

616
Л42

616
Лейбе В.
Частная ди-
агностика

W. Leube,

В. Кеминг

профессоръ терапевтической клиники и старшій врачъ больницы Juliusspital въ
Вюрцбургъ.

ЧАСТНАЯ ДІАГНОСТИКА

ВНУТРЕННИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Руководство для врачей и студентовъ,

СОСТАВЛЕННОЕ ПО ЛЕКЦІЯМЪ.

Перевелъ съ нѣмецкаго
д-ръ С. З. Серебренниковъ.

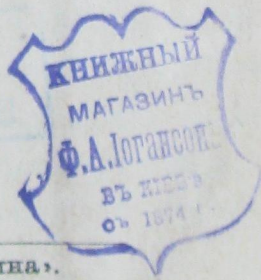
Съ примѣчаніями проф. М. И. Афанасьева.

(Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende, nach Vorlesungen bearbeitet von D-r Wilhelm Leube. Leipzig 1889).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала «Практическая Медицина».

1890.



616
142

С.-Петербургъ. Дозволено цензурою, 8 Сентября 1889.

~~УПРАВЛЕНИЕ
ОДЕ ВНОС
Государственного Медицинского
Института
в Импер. Академ. больницу~~

~~№ 800
м. Одесса, вул. Пастера № 8
Тел. № 27-42~~

197019
Одесский
медицинский
ИНСТИТУТ
БИБЛИОТЕКА

2012

Предисловіе.

Эта книга представляет собою результат моего опыта за 16 лѣтъ клинической дѣятельности. Такъ какъ діагностика основана на критикѣ столько же, сколько на наблюденіи, то систематическое изложеніе ея отдѣльнымъ лицомъ и результаты личныхъ наблюденій у постели больного могутъ имѣть нѣкоторую цѣну. Въ этомъ смыслѣ я питаю, по крайней мѣрѣ, надежду, что моя книга принесетъ извѣстную пользу. Общіе принципы, на которыхъ должна быть основана діагностика, будутъ подробно изложены во введеніи, и поэтому здѣсь, въ предисловіи, я могу на нихъ не останавливаться. Но о нѣкоторыхъ специальныхъ пунктахъ здѣсь все-таки необходимо упомянуть.

У читателя предполагается теоретическое и практическое знакомство съ методами изслѣдованія, какъ физическими, такъ и химическими, бактериологическими и микроскопическими. Въ этой книгѣ разсматриваются главнымъ образомъ только тѣ вопросы, которые возникаютъ при устанавливаніи спеціальнаго діагноза на основаніи имѣющихся проявленій болѣзни и результатовъ изслѣдованія. Далѣе, я почти нигдѣ не останавливаюсь на схематическомъ перечисленіи діагностическихъ признаковъ, такъ какъ моя книга не имѣетъ задачи служить компендіумомъ, а скорѣе имѣетъ цѣлью пріучить врача къ правильному обсужденію и вѣрной оцѣнкѣ cadaго отдѣльнаго случая. Но для этого необходимо объяснить самое возникновеніе и взаимодѣйствіе симптомовъ болѣзни, важныхъ для ея распознаванія, что и было мною сдѣлано по возможности. Наконецъ, такъ какъ книга эта носитъ характеръ руководства и такъ какъ самый текстъ ея составляетъ главнымъ образомъ повтореніе моихъ лекцій, то я и не привожу подробныхъ ссылокъ на литературу.

Вслѣдъ за этимъ первымъ томомъ я надѣюсь въ скоромъ времени

издать вторую половину сочиненія, въ которой будетъ изложена діагностика инфекціонныхъ и конституціональных болѣзней, а равно и болѣзней нервной системы.

Позволяю себѣ надѣяться, что книга эта выполнитъ ту цѣль, для которой она написана, т. е. будетъ служить студенту руководителемъ въ изученіи діагностики, а врачу—совѣтникомъ у постели больного.

Вюрцбургъ, іюнь 1889.

Leube.

Введение.

Діагностика имѣетъ своимъ предметомъ распознаваніе болѣзней и оцѣнку тѣхъ данныхъ, которыя въ частномъ случаѣ свидѣтельствуютъ о присутствіи той или другой спеціальной формы заболѣванія. Въ древности разрабатывалась исключительно терапевтическая сторона врачебной науки, причемъ выборъ того или другаго лѣкарственнаго средства дѣлался отчасти на основаніи традиціи, отчасти произвольно или инстинктивно; потребность же въ діагностикѣ явилась только весьма постепенно. Стремленіе къ теоретическому изученію болѣзней обнаруживалось все сильнѣе и сильнѣе, такъ какъ терапевты, руководившіеся въ своихъ дѣйствіяхъ грубымъ эмпиризмомъ, вскорѣ должны были прійти къ убѣжденію, что лучшими своими успѣхами и возможностью дѣйствовать сознательно у постели больного они обязаны точному знакомству съ данною болѣзнію. Затѣмъ вскорѣ оказалось, что уже не одно только естественное чувство самосохраненія и не только сочувствіе къ несчастнымъ страждущимъ, т. е. гуманность въ широкомъ смыслѣ слова, были для нѣкоторыхъ основными побудительными импульсами къ тому, чтобы интересоваться больными. Нѣкоторыя личности, обладавшія особеннымъ складомъ ума, — были ли это духовныя лица, которыя въ старыя времена почти одни только и занимались врачеваніемъ больныхъ, или нѣтъ, — стали находить большое удовольствіе въ томъ, чтобы съ болѣе объективной точки зрѣнія наблюдать, изучать, анализировать явленіе природы, представляемое тою или другою болѣзнію. Наблюденіе значительнаго числа больныхъ должно было неизбежно обнаружить, что у больныхъ какой нибудь опредѣленной категоріи существуютъ въ картинѣ болѣзни нѣкоторыя общія черты, которыхъ у другихъ больныхъ не существуетъ, что одни симптомы предвѣщаютъ благопріятное теченіе болѣзни, а другіе — неблагопріятное, и что опредѣленные лѣкарственные средства приносятъ пользу только при опредѣленныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, а при другихъ оказываются неэффективными или даже вредными. Но этимъ самымъ былъ сдѣланъ важный шагъ впередъ не только для сформированія особаго врачебнаго сословія, но также для развитія научной медицины и медицинской діагностики.

Быстрое и вѣрное схватываніе картины какой нибудь болѣзни пред-

полагаетъ точное знаніе болѣзней вообще и разсмотрѣніе всѣхъ тѣхъ возможностей, которыя допустимы въ данномъ случаѣ; оно усваивается постепенно, путемъ изученія частной патологии и пріобрѣтенія личнаго опыта, который однимъ врачомъ достигается быстрѣе, а другимъ — медленнѣе, и который обусловливается не только обширностью практики, но преимущественно точностью и добросовѣстностью наблюденія, а также способностью отличать у постели больного существенное отъ несущественнаго и правильно сравнивать найденное съ прежними наблюденіями. Эта послѣдняя способность, діагностическая въ тѣсномъ смыслѣ слова, можетъ быть въ большей своей части пріобрѣтена прилежнымъ изученіемъ, но до извѣстной степени составляетъ врожденный талантъ, который, впрочемъ, какъ бы онъ ни былъ великъ, все-таки приводитъ къ ошибочнымъ діагнозамъ, если онъ не идетъ рука объ руку съ обширнымъ знаніемъ и необходимою техникой.

Единственно вѣрный путь къ выясненію того, какая именно форма болѣзни существуетъ въ данномъ случаѣ, есть индуктивный методъ (методъ наведенія), пріобрѣтшій со временъ Франс. Вассона право гражданства въ естествознаніи вообще, т. е. констатированіе отдѣльныхъ явленій, входящихъ въ составъ картины болѣзни, и выведение діагноза изъ конкретныхъ фактовъ. Этотъ аналитическій методъ, какъ болѣе надежный, заслуживаетъ преимущества передъ всякимъ другимъ, въ частности — передъ дедуктивнымъ методомъ. Конечно, и синтетическіе выводы, какъ мы увидимъ впослѣдствіи, бываютъ иногда необходимы для установленія діагноза. Такъ напр., если констатированіе симптомокомплекса въ частномъ случаѣ сопряжено съ непреодолимыми трудностями, то иногда бываетъ выгодно установить тѣ немногіе симптомы, которые могутъ быть констатированы съ положительностью, и уже на основаніи ихъ составить себѣ общую точку зрѣнія, которая, въ качествѣ исходнаго пункта, внесла бы нѣкоторую систематичность въ дальнѣйшее изслѣдованіе подробностей. Но вообще этимъ дедуктивнымъ методомъ слѣдуетъ пользоваться только въ видѣ исключенія и съ большою осторожностью, такъ какъ онъ предоставляетъ больше простора субъективному элементу; единственно твердою почвою, на которой, согласно моему личному опыту, должна основываться діагностика, всегда остается аналитическій, индуктивный методъ.

Врачъ долженъ быть основательно знакомъ съ методомъ анализа болѣзенныхъ явленій, такъ какъ отъ правильнаго примѣненія этого метода существенно зависитъ констатированіе отдѣльныхъ элементовъ, входящихъ въ составъ картины болѣзни; онъ долженъ изучить отдѣльные методы изслѣдованія и освоиться съ ними путемъ частаго упражненія. Только тогда, когда врачъ вполне владѣетъ техникою изслѣдованія, онъ имѣетъ возможность создать себѣ въ каждомъ отдѣльномъ

случаѣ твердую основу для построенія спеціальнаго діагноза. Напр., не каждому доступно, даже при самомъ безпристрастномъ наблюденіи, отличить безъ дальнѣйшихъ разсужденій, что именно въ больномъ измѣнено по сравненію съ здоровымъ человѣкомъ; для того чтобы отличать существенное отъ несущественнаго, врачъ долженъ быть воспитанъ клинически.—Всѣ эти принципы составляютъ основу клиническаго преподаванія, какъ оно ведется въ нынѣшнемъ столѣтіи. Клинические методы изслѣдованія все болѣе и болѣе разрастались, и точность нашей діагностики выиграла отъ этого чрезвычайно много: съ каждымъ существеннымъ усовершенствованіемъ физическаго и химическаго изслѣдованія діагностика становилась все болѣе и болѣе точною.

Подробное описаніе этихъ методовъ не входитъ въ мою задачу. Здѣсь предполагается, что читателю они уже знакомы, какъ теоретически, такъ и практически. Тѣмъ не менѣе, прежде чѣмъ перейти къ частной діагностикѣ, я долженъ сначала изложить общій ходъ изслѣдованія при устанавливаніи всякаго діагноза.

Первое, что врачъ долженъ сдѣлать, это—тщательно собрать анамнезъ. Для того чтобы анамнестическія данныя были полны, а собраніе ихъ не отнимало слишкомъ много времени, я считаю необходимымъ придерживаться опредѣленной схемы. Разспросы лучше всего должны дѣлаться въ слѣдующемъ порядкѣ:

- 1) Возрастъ, званіе, мѣстожителство больного, семейныя условія.
- 2) Предшествовавшія болѣзни; начало нынѣшней болѣзни; продолжалась ли она постоянно или съ перерывами; причина, предполагаемая больнымъ.
- 3) Симптомы болѣзни; состояніе отдѣльныхъ органовъ и ихъ отравленій:
 - а) грудныхъ органовъ: одышка, кашель, мокрота, боль въ груди, сердпечіе;
 - б) брюшныхъ органовъ: вздутіе, боль въ животѣ, состояніе аппетита, отрыжка, тошнота, рвота и внѣшній видъ извергаемыхъ ею массъ, желтуха; частота и свойства испражнений (примѣсь слизи или крови), геморроидальныя шишки; выдѣленіе мочи (количество, прозрачность);
 - в) нервной системы: головныя боли, головокруженіе; сонъ; слабость, боли и т. д. въ конечностяхъ;
 - г) состояніе силъ; паденіе вѣса; лихорадка;
 - е) у больныхъ женскаго пола: характеръ менструацій; теченіе послѣродоваго періода, если женщина рожала.

Собраніе анамнеза по этой схемѣ требуетъ всего нѣсколько минутъ, и установленныя при этомъ данныя всегда вполне достаточно, чтобы приступить къ изслѣдованію больного. Но когда изслѣдованіе обнаружило заболѣваніе опредѣленныхъ органовъ, приходится еще пополнить анамнезъ въ нѣкоторыхъ подробностяхъ. Терять время на выслушиваніе разсказовъ самого больного не слѣдуетъ, а нужно его попросить, чтобы онъ только отвѣчалъ на вопросы, предлагаемые въ вышеуказанномъ порядкѣ. Для діагноза добытый такимъ путемъ результатъ всегда болѣе пригоденъ, чѣмъ подробнѣйшее описаніе болѣзни, сдѣланное самимъ больнымъ.

Производимое затѣмъ изслѣдованіе тѣла точно также всего лучше должно придерживаться опредѣленной схемы. За немногими исключеніями (напр. при перитонитѣ), постоянно должны быть изслѣдуемы всѣ органы, по крайней мѣрѣ—при первомъ посѣщеніи больного. Только такимъ образомъ и возможно избѣгать грубыхъ

ошибокъ въ діагнозъ. Но для болѣе точнаго распознаванія обыкновенно требуется повторное и тщательное изслѣдованіе отдѣльныхъ органовъ.

Порядокъ изслѣдованія:

Осмотръ цѣла кожи и слизистыхъ оболочекъ, а въ случаѣ надобности—осмотръ конечностей, съ цѣлю опредѣлить, нѣтъ ли отека.

Изслѣдованіе груди, совершенно обнаженной. Діагнозы, основанные на постукиваніи легкихъ при совершенно или отчасти покрытой грудной клѣткѣ, безусловно непригодны. Порядокъ изслѣдованія груди: Осмотръ формы и движеній грудной клѣтки. Выстукиваніе верхушекъ легкихъ: врачъ становится, если только возможно, за спиною больного; если больной лежитъ въ постели, но можетъ приподняться, то его нужно посадить и повернуть такимъ образомъ, чтобы по возможности вся спина его была обращена къ врачу; если же больной не лежитъ въ постели, то нужно посадить его на стулъ, такъ чтобы спинка послѣдняго приходилась сбоку. Выстукиваніе остальныхъ частей грудной клѣтки; изслѣдованіе подвижности краевъ легкихъ при вдыханіи; опредѣленіе того, проясняется ли или не проясняется притупленный звукъ въ нижнихъ частяхъ груди при перемѣнѣ положенія тѣла. Выслушиваніе: лучше всего, чтобы больной при этомъ дѣлалъ глубокія и короткія вдыханія; если констатировано притупленіе звука, отсутствіе дыхательнаго шума или бронхіальное дыханіе, то нужно опредѣлить, нѣтъ ли бронхофоніи, и изслѣдовать голосовое дрожаніе грудной клѣтки.

Изслѣдованіе сердца: Осмотръ сердечной области, причемъ нужно также опредѣлить положеніе и силу толчка верхушки. Ощупываніе сердечной области всюю ладонью, причемъ нужно ощупать толчекъ верхушки и дрожаніе (*frémissement*), если таковое существуетъ. Выстукиваніе границъ сердца. Выслушиваніе сердца и большихъ сосудовъ, по возможности—и въ стоячемъ и въ лежачемъ положеніи больного, такъ какъ шумы бываютъ яснѣ слышны то въ первомъ, то во второмъ. Изслѣдованіе пульса.

Изслѣдованіе живота: Выстукиваніе печени; при этомъ всегда нужно сдѣлать попытку прощупать нижній край органа, такъ какъ отличить печень отъ кишекъ обыкновенно удается даже и въ томъ случаѣ, когда она имѣетъ мягкую консистенцію. Ощупываніе селезенки: больной при этомъ лежитъ на правомъ боку, нѣсколько наклонившись животомъ книзу и удерживая голову совершенно неподвижно; врачъ становится съ правой стороны больного и, положивъ лѣвою рукою на животъ, подводитъ ее подъ лѣвую реберную дугу, а лѣвою рукою, помѣщенною по лѣвой аксиллярной линіи, обхватываетъ нижнія ребра грудной клѣтки и отдавливаетъ ихъ по направленію къ правой рукѣ, производящей ощупываніе¹⁾. Селезенка при такомъ изслѣдованіи, если только она увеличена, прощупывается почти всегда, и результатъ при этомъ получается гораздо болѣе надежный, чѣмъ при выстукиваніи, которое, впрочемъ, должно всегда слѣдовать за ощупываніемъ, для пополненія добытаго результата.—Осмотръ желудочной области и остальныхъ частей живота; ощупываніе, съ цѣлю констатировать ограниченную боль-

¹⁾ При моихъ занятіяхъ съ врачами я неоднократно убѣждался, что многіе изъ нихъ не умѣютъ ощупывать селезенку даже въ такихъ случаяхъ, когда она несомнѣнно увеличена и ясно прощупывается; другіе же находятъ нѣрѣдко при ощупываніи селезенку увеличенною, когда она на самомъ дѣлѣ не увеличена и не прощупывается. Чтобы умѣть ясно ощупывать край увеличенной селезенки, надо неоднократно и прилежно упражняться въ этомъ изслѣдованіи. Способъ изслѣдованія селезенки, предлагаемый профессоромъ Leube, я съ своей стороны могу очень рекомендовать. Онъ несравненно лучше способа, примѣняемаго нѣкоторыми другими авторами, напр.: стоять врачу съ лѣвой руки больного, лежащаго на спинѣ или на правомъ боку, и затѣмъ концами пальцевъ правой или лѣвой руки ощупывать край селезенки въ лѣвомъ подреберьѣ, особенно при вздохѣ.

зненность и опредѣлить, нѣтъ ли какихъ нибудь опухолей; выстукиваніе желудочной области въ сидячемъ или, еще лучше, въ стоячемъ положеніи больного, для того чтобы по мѣстонахожденію полосы притупленнаго звука опредѣлить величину желудка; полученный результатъ сравнивается съ тѣмъ, который дало выстукиваніе въ лежащемъ положеніи больного. Если величина желудка оказалась измѣненною, то нужно еще произвести изслѣдованіе зондомъ съ одновременнымъ вливаніемъ и выливаніемъ воды.—Осмотръ, выстукиваніе и ощупываніе кишечной области; при этомъ нужно обратить вниманіе, не замѣчается ли какихъ нибудь движеній кишечника и не прощупываются ли каловыя массы; если въ боковыхъ частяхъ живота найдено притупленіе звука, то нужно сравнить результаты перкуссии при различныхъ положеніяхъ тѣла, имѣя въ виду присутствіе свободной жидкости въ полости брюшины.

Изслѣдованіе мочи на бѣлокъ и на сахаръ должно производиться всегда, хотя бы и не было ни малѣйшаго повода подозрѣвать болѣзнь почекъ или конституціональное страданіе. Изслѣдованіе это часто даетъ совершенно неожиданный результатъ и направляетъ діагнозъ въ опредѣленную сторону, а между тѣмъ оно требуетъ почти не болѣе 1 минуты. Если анализъ мочи не былъ произведенъ, то, по моему, это всегда составляетъ грубую погрѣшность въ изслѣдованіи больного.

Если существуетъ основаніе заподозрить болѣзнь нервной системы, то, прежде чѣмъ произвести анализъ мочи, нужно изслѣдовать подвижность, чувствительность, рефлексъ и т. д.; при измѣненіи голоса необходимо ларингоскопическое изслѣдованіе, при неправильностяхъ испраженій и при существованіи геморроидальныхъ шишекъ—ручное изслѣдованіе прямой кишки, при аномаліяхъ менструацій—изслѣдованіе чрезъ влагалище, и т. д.

Описанное изслѣдованіе, всего лучше—въ вышеизложенномъ порядкѣ, должно производиться у каждаго больного, на какую бы болѣзнь ни указывалъ анамнезъ. Если не придерживаться этого правила, а обращать преимущественное вниманіе на тотъ или другой органъ, руководствуясь какимъ нибудь однимъ симптомомъ, сильнѣе другихъ выступающимъ въ анамнезѣ, то это очень часто вымещается на діагнозъ, такъ какъ изслѣдованіе остальнаго тѣла невольно производится болѣе поверхностно, чѣмъ это желательно въ интересахъ распознаванія, и діагнозъ уже съ самаго начала очень легко попадаетъ на ложный путь, невѣрно истолковывая всѣ симптомы согласно съ своимъ предвзятымъ мнѣніемъ. Мы должны стремиться къ тому, чтобы основаніе для діагноза было установлено настолько объективно, насколько возможно, а это можетъ быть достигнуто только вышеописаннымъ изслѣдованіемъ, которое производится всегда въ одномъ и томъ же порядкѣ, на какую бы болѣзнь ни указывалъ анамнезъ.

Затѣмъ мы сопоставляемъ всѣ данныя, которыя добыты изслѣдованіемъ больного, а въ случаѣ надобности пополняемъ ихъ вторичнымъ изслѣдованіемъ того органа, въ которомъ найдены болѣзненные измѣненія, провѣряемъ полученный результатъ въ различныхъ направленіяхъ и производимъ дополнительныя болѣе детальныя изслѣдованія, каковы, на примѣръ, микроскопическое изслѣдованіе мокроты, мочевого осадка, испраженій, крови, болѣе точное химическое изслѣдованіе рвоты, мочи, осмотръ кровеносныхъ сосудовъ, оцѣнка температуры тѣла, сфигмографическое изслѣдованіе пульса, изслѣдованіе обѣихъ половинъ грудной

клетки и ихъ дыхательныхъ экскурсій, изслѣдованіе глазнаго дна посредствомъ офтальмоскопа, уха—посредствомъ ушнаго зеркала, гортани и дыхательнаго горла—посредствомъ ларингоскопа, нервной реакціи—посредствомъ электрическаго тока, изслѣдованіе чувствительности въ ея различныхъ видахъ, изслѣдованіе сосудодвигательныхъ разстройствъ, рефлексовъ, разстройствъ рѣчи, если таковыя имѣются, и проч. и проч.

Только теперь, на твердой почвѣ результатовъ, добытыхъ изслѣдованіемъ, совершается умственный процессъ переработки констатированныхъ явленій въ форму діагноза, т. е. полученная картина сводится къ какой нибудь опредѣленной формѣ болѣзни. Здѣсь прежде всего необходимо отдѣлить существенные симптомы отъ несущественныхъ, второстепенныхъ, и сообразить, какіе именно симптомы въ картинѣ болѣзни должны быть признаны первичными и какіе могутъ считаться ихъ послѣдствіями. Для этого требуется не только знаніе всей патологій, а въ частномъ случаѣ—всей группы признаковъ, установленныхъ для данной болѣзни научными клиническими и анатомическими изслѣдованіями, но необходимо еще въ особенности обладать фізіологическими свѣдѣніями, такъ чтобы можно было ясно понимать теченіе болѣзненнаго процесса и вѣрно оцѣнивать взаимодѣйствіе отдѣльныхъ явленій, взаимодѣйствіе, которое происходитъ согласно съ законами фізіологій въ организмъ больномъ, т. е. функционирующемъ при измѣненныхъ условіяхъ. Когда врачъ пришелъ этимъ путемъ къ уразумѣнію взаимодѣйствія болѣзненныхъ явленій, имѣющихся въ данномъ случаѣ, онъ долженъ затѣмъ рѣшить, какой именно изъ числа извѣстныхъ въ настоящее время болѣзней всего болѣе соотвѣтствуетъ найденная совокупность симптомовъ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ эта послѣдняя бываетъ настолько характеристична, что ее можно сразу, безъ дальнѣйшихъ разсужденій, приурочить къ опредѣленной болѣзни той или другой категоріи. Въ большинствѣ же случаевъ, чтобы прийти къ точному діагнозу, намъ приходится разсматривать для сравненія еще и другія болѣзни, представляющія по своимъ симптомамъ нѣкоторое сходство съ тою, какая, вѣроятно, имѣется въ данномъ случаѣ, и обсуждать тѣ особенности, которыми одна болѣзнь отличается отъ другой. Иногда этотъ методъ діагностики имѣетъ настолько важное значеніе, что играетъ въ постановкѣ діагноза главную роль. Въ такихъ-то случаяхъ обыкновенно говорятъ о дифференціальномъ распознаваніи; но мы уже объяснили, что «дифференціальная діагностика» играетъ при всякомъ діагнозѣ болѣшую или меньшую роль, хотя діагностика часто не обращаетъ на это особаго вниманія.

Когда діагнозъ настолько законченъ, что болѣзнь распознана и получила опредѣленное названіе, онъ долженъ быть еще разъясненъ въ подробностяхъ, примѣнительно къ данному случаю, причемъ необходимо удостовѣриться, совмѣстимы ли съ нимъ тѣ или другія уклоне-

нія отъ обычной картины болѣзни и могутъ ли эти уклоненія быть объяснены индивидуальностью, случайно сопутствующими условіями и т. п. Если существуютъ осложненія, то слѣдуетъ еще обсудить, насколько они могутъ считаться обычными или необычными спутниками данной болѣзни; затѣмъ необходимо еще обсудить, насколько эти осложненія могли видоизмѣнить клиническую картину и, что особенно важно, должны ли они быть признаны за самостоятельные процессы, существующіе рядомъ съ главною болѣзною и независимо отъ нея. Коль скоро это послѣднее обстоятельство не принимается въ надлежащее соображеніе, врачъ легко можетъ впасть въ ошибку, навязывая фактамъ несоотвѣтствующее объясненіе. Конечно, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ большинствѣ случаевъ существуетъ только одна болѣзнь, служащая исходнымъ пунктомъ даже и для тѣхъ симптомовъ, которые на первый взглядъ какъ будто не соотвѣтствуютъ ея обычной картинѣ. Поэтому прежде всего должна быть сдѣлана попытка привести всѣ симптомы въ генетическую связь съ главною болѣзною, несомнѣнно существующею въ данномъ случаѣ. Но при такой попыткѣ не слѣдуетъ заходить дальше, чѣмъ это допускается безпристрастнымъ объективнымъ разсужденіемъ, такъ какъ стремленіе подводить во что бы то ни стало всѣ найденные симптомы подъ одну точку зрѣнія наказывается иногда самымъ чувствительнымъ образомъ. На основаніи долготѣннаго опыта я признаю это стремленіе однимъ изъ самыхъ опасныхъ подводныхъ камней, о который иногда разбиваются діагнозы, установленные даже послѣ очень тщательнаго обсужденія.

Въ доказательство этого привожу слѣдующій примѣръ:

47-лѣтняя женщина поступила въ сентябрѣ въ мою клинику вслѣдствіе значительнаго увеличенія живота. Изъ анамнеза оказалось, что животъ началъ увеличиваться въ іюнь. При изслѣдованіи живота найдено на обширномъ пространствѣ притупленіе звука, и въ этой же области прощупывалось зыбленіе. Границы притупленнаго звука незначительно перемѣщались при перемѣнѣ положенія тѣла. Пробнымъ проколомъ выпущена красновато-желтая жидкость, удѣльный вѣсъ которой равнялся 1020. Значительное опущеніе влагалищнаго свода, найденное при изслѣдованіи *per vaginam*, и волнообразная форма притупленія говорили противъ кисты яичника; однако, наряду съ зыбленіемъ прощупывались въ области притупленнаго звука болѣе твердыя мѣста, а въ концѣ концовъ, взвѣсивъ всѣ данныя, говорившія за и противъ кисты, мы пришли къ тому, что признали присутствіе ея неподлежащимъ сомнѣнію и поставили діагнозъ «*cystosarcoma ovarii*». Само собою разумѣется, что послѣ такого діагноза долженъ былъ возникнуть вопросъ объ операціи, но мы признали ее неумѣстной. Противъ благоприятнаго ея результата прежде всего говорило присутствіе въ подмышечной впадинѣ железистой опухоли, величиною съ грецкій орѣхъ, которая была сочтена метастатическою и, представляя мѣстами твердую консистенцію, дѣлала тѣмъ болѣе вѣроятнымъ злокачественный характеръ опухоли яичника. При вскрытіи оказалось, что послѣднее соображеніе исходило изъ невѣрной послышки: хотя и была найдена опухоль обоихъ яичниковъ, самый характеръ которой было однако трудно распознать при жизни больной, а именно—*cystadenoma colloidum ovarii utriusque*, но припухшая подмышечная железа

не имѣла съ этою опухолью яичниковъ ничего общаго и показала не метастатическою, а творожисто-бугорчатою, — случайное осложненіе, которое подало поводъ къ невѣрнымъ заключеніямъ о характерѣ опухоли яичника и о возможности операціи.

Я припоминаю еще одинъ случай изъ моей практики, гдѣ между мною и окулистомъ завязался сильный споръ относительно того, имѣемъ ли мы дѣло съ заболѣваніемъ головного или спиннаго мозга. Въ принципѣ было съ моей стороны, конечно, справедливо не отступаться при жизни больной отъ діагноза болѣзни спиннаго мозга, такъ какъ симптомы могли быть объяснены этимъ діагнозомъ безъ всякой натяжки. И однако, упорно стоять за этотъ діагнозъ было все-таки неправильно, коль скоро офтальмоскопическое изслѣдованіе свидѣтельствовало скорѣе объ опухоли головного мозга. Вскрытіе трупа показало, что оба діагноза были вѣрны, т. е., что совокупность симптомовъ была обусловлена опухолями въ спинномъ и головномъ мозгу!

Другое правило, котораго я, по крайней мѣрѣ — обыкновенно, съ успѣхомъ придерживаюсь при моихъ діагнозахъ, состоитъ въ томъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ, гдѣ два предположенія имѣютъ приблизительно одинаковую степень вѣроятности, я останавливаюсь при окончательномъ діагнозѣ на томъ изъ нихъ, которое представляется болѣе простымъ. Не слѣдуетъ также ставить слишкомъ тонкихъ анатомическихъ діагнозовъ, напримѣръ точно опредѣлять въ сантиметрахъ размѣры плевритическаго выпота или инфильтраціи легкаго, такъ какъ вскрытіе трупа очень часто при этомъ преподноситъ намъ непріятныя сюрпризы, просто потому, что физической діагностики были предъявлены невозможныя требованія. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, для точнаго установленія діагноза, бываетъ недостаточно одного физическаго, химическаго и бактеріо-микроскопическаго изслѣдованія, а приходится еще, въ качествѣ вспомогательнаго діагностическаго средства, прибѣгать къ эксперименту, напр. дѣлать разводки бактерій, прививать животнымъ эти разводки или продукты, взятые изъ больного органа, и т. п.

Если, по тщательномъ обсужденіи результата изслѣдованія и теченія болѣзни, мы пришли къ опредѣленному діагнозу, то не должны особенно легко рѣшаться на его измѣненіе, хотя бы и присоединился какой нибудь новый симптомъ, который болѣе соотвѣтствуетъ другому діагнозу, чѣмъ первоначальному. Обыкновенно такія колебанія и сомнѣнія бываютъ въ высшей степени вредны, и на основаніи моего личнаго опыта я могу сказать, что діагнозъ, поставленный въ виду новыхъ симптомовъ, появившихся за короткое время передъ смертью больного, взамѣнъ первоначальнаго діагноза, построеннаго на тщательномъ обсужденіи картины болѣзни, обыкновенно оказывается невѣрнымъ. Вообще я совѣтую измѣнять діагнозъ при упомянутыхъ обстоятельствахъ только тогда, когда для этого имѣются твердыя основанія. Врачъ, не затрудняющійся измѣнять свои діагнозы, очень легко привыкаетъ ставить вначалѣ только предварительные діагнозы, а болѣе тщательное изслѣдованіе и обсужденіе картины болѣзни откладывать до другаго времени; при такихъ условіяхъ

онъ никогда не можетъ приобрести надлежащей серьезности и точности въ распознаваніи болѣзней.

Если больной умеръ, то, прежде чѣмъ приступить ко вскрытію трупа, мы должны снова вызвать въ своей памяти всю картину болѣзни, съ ея симптомами, отдѣльными фазисами ея теченія и результатомъ изслѣдованія, и еще разъ провѣрить тѣ основанія, въ виду которыхъ былъ поставленъ данный діагнозъ. Дѣлать въ немъ теперь какія нибудь измѣненія было бы, какъ мы уже сказали, непозволительно и только свидѣтельствовало бы о томъ, что при жизни больного врачъ отнесся къ діагнозу не такъ серьезно и тщательно, какъ бы слѣдовало. Но вторичное обсужденіе картины болѣзни, сдѣланное передъ вскрытіемъ трупа, приноситъ ту пользу, что ясно обнаруживаетъ пробѣлы въ діагнозѣ, даетъ намъ возможность лучше сознать его недостатки, которыхъ можно будетъ избѣгать впослѣдствіи, и дѣлаетъ насъ болѣе подготовленными къ результату вскрытія, который явится для насъ менѣе неожиданнымъ, еслибы оказалось, что онъ расходится съ прижизненнымъ діагнозомъ. Передъ вскрытіемъ слѣдуетъ вручить патолого-анатому записку, на которой обозначенъ клиническій діагнозъ. Вскрытіе, если только возможно, не должно производиться тѣмъ врачомъ, которымъ былъ поставленъ діагнозъ. Только при этомъ условіи и получается чисто объективный результатъ, которымъ врачъ можетъ воспользоваться для критической оцѣнки своихъ дѣйствій. Во всякомъ случаѣ, врачъ, поставившій діагнозъ, сохраняетъ вѣдь за собою право попросить разъясненія у патолого-анатома относительно того или другого пункта, не согласующагося съ прижизненнымъ діагнозомъ, и онъ можетъ также потребовать вторичнаго болѣе тщательнаго обслѣдованія результата вскрытія въ томъ или другомъ направленіи.

Едва ли нужно упоминать о томъ, какую пользу приносятъ діагносту тщательно производимыя анатомическія вскрытія. Нѣтъ сомнѣнія, что и самое теченіе болѣзни, появленіе извѣстнаго рода симптомовъ и химическихъ реакцій или характерное дѣйствіе терапевтическихъ средствъ можетъ иногда подтвердить діагнозъ или, наоборотъ, доказать его несостоятельность. Такъ напр., въ случаѣ, въ которомъ дифференціальный діагнозъ колебался долгое время между брюшнымъ тифомъ и острою просовидною бугорчаткою, благопріятное теченіе болѣзни можетъ рѣшить вопросъ въ пользу тифа; пробный проколъ въ сомнительномъ случаѣ плеврита можетъ съ положительностью доказать присутствіе плевритическаго выпота, и т. п. Но главнымъ средствомъ для провѣрки діагноза всегда было и будетъ анатомическое вскрытіе. Я могу безъ всякаго колебанія сказать, что лучшими своими діагнозами, по крайней мѣрѣ—въ случаяхъ затруднительныхъ для распознаванія, я обязанъ патологической анатоміи.

Особенную пользу приноситъ сравненіе анатомическаго діагноза (ко-

торый точно также долженъ быть обозначенъ на запискѣ, получаемой отъ патолого-анатома) съ діагнозомъ клиническимъ. При этомъ необходимо подвергнуть каждый пунктъ самой строгой критикѣ, тщательно обсудить, какимъ образомъ могла бы быть избѣгнута та или другая діагностическая ошибка, и еще разъ, въ эпикризѣ, сообразить начало болѣзни, ея теченіе и исходъ, прежде чѣмъ окончательно разстаться съ даннымъ случаемъ, который затѣмъ можетъ на будущее время служить для діагноза путеводною нитью, еслибы встрѣтились другіе случаи, ему подобные.

Если клиническій діагнозъ въ большинствѣ случаевъ совпадаетъ съ анатомическимъ, — а до такой степени діагностическаго искусства долженъ бы дойти каждый врачъ, — то это доставляетъ утѣшительное сознаніе, что и въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ дѣло не доходитъ до вскрытія, клиническій діагнозъ точно также долженъ быть вѣренъ, коль скоро изслѣдованіе производится одинаково тщательно въ случаяхъ легкаго и тяжелаго заболѣванія. Я не думаю, чтобы такое сознаніе вредило скромности врача. Въ самомъ дѣлѣ, даже самому опытному діагносту, именно въ виду результатовъ, получаемыхъ при анатомическомъ вскрытіи, постоянно приходится убѣждаться въ томъ, что его діагностическое искусство еще представляетъ нѣкоторые пробѣлы и нуждается въ усовершенствованіи. Но, съ другой стороны, сознательное стремленіе къ этой цѣли, усовершенствованіе своего діагностическаго искусства придаетъ врачу необходимую увѣренность и нужное спокойствіе у постели больного и становится для него обильнымъ источникомъ внутренняго удовлетворенія. Если удовлетвореніе это доставляется уже самымъ исканіемъ и нахожденіемъ истины, то оно еще болѣе увеличивается тою мыслью, что съ усовершенствованіемъ диагностики мы получаемъ бѣольшую возможность излѣчивать болѣзни и помогать страждущимъ ближнимъ, такъ какъ старинное изреченіе «*qui bene diagnoscit bene curat*» останется истиной, пока существуетъ научная медицина.

Распознаваніе болѣзней сердца.

Предварительныя замѣчанія.

Нѣтъ ни одной категоріи болѣзней, при которой физическое изслѣдованіе играло бы въ постановкѣ правильнаго діагноза такую преобладающую роль, какъ при болѣзняхъ сердца. Явленія, констатируемыя этимъ методомъ, составляютъ почти въ всѣхъ безъ исключенія случаяхъ ту твердую почву, на основаніи которой могутъ быть вѣрно оцѣнены анатомическія и функціональныя уклоненія органа отъ его нормальнаго состоянія. Если основное разстройство найдено, то изъ него почти съ математическою точностью могутъ быть выведены послѣдствія, которыя должно повлечь за собою данное измѣненіе центральнаго органа кровообращенія. Поэтому распознаваніе отдѣльных болѣзней сердца не трудно, если только врачъ хорошо знакомъ съ условіями нормальнаго кровообращенія и умѣетъ вѣрно оцѣнивать послѣдствія, вызываемыя тѣмъ или другимъ нарушеніемъ этихъ нормальныхъ условій.

Всѣмъ заболѣваніямъ сердца, будутъ ли это болѣзни клапановъ или сердечной мышцы или заболѣванія перикардія съ изліяніемъ выпота въ околосердечную сумку, свойственно одно послѣдствіе, обнаруживающееся рано или поздно: они приводятъ неизбѣжно къ разстройству кровообращенія, причемъ *давленіе крови въ артеріальной системѣ понижается*, тогда какъ *въ венахъ*, благодаря затрудненному опорожненію крови, давленіе это *повышается*. Такимъ образомъ *скорость движенія крови въ волосныхъ сосудахъ*, зависящая именно отъ разности напряженія въ артеріяхъ и венахъ, *уменьшается*, а вмѣстѣ съ тѣмъ кровь волосныхъ сосудовъ отдаетъ тканямъ большее количество кислорода. Это ненормальное измѣненіе кровообращенія и химическаго состава крови обнаруживается двумя симптомами, рѣзко бросающимися въ глаза, а именно: *водянкою* подкожной клѣтчатки и *ціанозомъ* наиболѣе периферическихъ частей тѣла.

При болѣе точномъ изслѣдованіи подобныхъ больныхъ замѣчаются еще и другіе признаки застоя крови. На первомъ планѣ стоитъ здѣсь опуханіе *печени* и равномерное увеличеніе ея консистенціи (эти два признака почти всегда бываютъ ясно замѣтны, но опуханіе печени, если оно незначительно, можетъ быть лучше констатировано ощупываніемъ, нежели постукиваніемъ). Сюда же относится *hydrothorax*, присутствіе котораго легко можетъ быть констатировано, если тщательно опредѣлить нижнюю границу легкихъ, а для контроля произвести еще изслѣдованіе больного при наклоненіи туловища впередъ и обратить должное вниманіе на ослабленіе вези-

кулярнаго дыхательнаго шума или на уклоненіе его въ смыслъ перехода въ бронхальное дыханіе. Нерѣдко также удается констатировать *водянку сердечной сорочки* (hydropericardium). Менѣе постоянными оказываются послѣдствія, вызываемыя застоемъ крови въ почкахъ. Повидяому, требуется болѣе сильное разстройство кровообращенія для того, чтобы при застоѣ крови характернымъ образомъ измѣнить отпавленія почекъ, т. е. значительно уменьшить количество мочи и вызвать умѣренную альбуминурию. Мочевой осадокъ въ послѣднемъ случаѣ содержитъ очень большое количество солей, обыкновенно—мочеислыхъ, затѣмъ немногочисленные гиалиновые цилиндры и совершенно не заключаетъ въ себѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, или же они встрѣчаются въ очень небольшомъ количествѣ. Хроническое воспаленіе почекъ, судя по моимъ наблюденіямъ, почти никогда не бываетъ прямымъ послѣдствіемъ этихъ застоевъ: они могутъ развѣ только предрасполагать къ нефриту, такъ что для появленія его достаточно такихъ раздраженій, которыя при обыкновенныхъ условіяхъ не вызываютъ воспаленія почекъ. Если же у больного, страдающаго болѣзью сердца, мы находимъ при изслѣдованіи мочи не одни только признаки застойной почки, но и признаки нефрита, т. е. очень большое количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, грязное окрашиваніе мочи (которое при химическомъ изслѣдованіи оказывается зависящимъ отъ примѣси крови), эпителиальные и метаморфозированные цилиндры и проч., то мы имѣемъ дѣло не съ простою застойною почкою, а съ осложненіемъ, причѣмъ нефритъ случайно присоединился къ болѣзни сердца или же, сравнительно чаще, обѣ болѣзни возникли подъ вліяніемъ *одной и той же* причины (обыкновенно—инфекціоннаго свойства). Къ послѣдней категоріи принадлежитъ также относительно частое сочетаніе нефрита съ недостаточностью клапановъ аорты, причѣмъ обѣ болѣзни возникаютъ обыкновенно на почвѣ атероматознаго перерожденія. *Брюшная водянка* (ascites), какъ послѣдствіе застоя, встрѣчается рѣдко; столь же рѣдко, въ противоположность увеличенію печени, встрѣчается опуханіе *селезенки*, такъ какъ послѣднее бываетъ лишь косвеннымъ результатомъ застоя крови въ печени.

Напротивъ того, очень часто, при болѣе значительныхъ степеняхъ застоя, встрѣчается *пульсация* растянутыхъ шейныхъ венъ. Эта видимая пульсация яремныхъ венъ всегда бываетъ признакомъ переполненія венозной системы. Прежде всего, при такомъ переполненіи, наступающемъ въ видѣ послѣдствія нарушеннаго кровообращенія при самыхъ различныхъ болѣзняхъ сердца, бываетъ сильнѣе выражень тотъ венный пульсъ, который иногда констатируется и у здороваго человека. Нормальный венный пульсъ, а равно и это усиленіе его при венозномъ застоѣ, по изслѣдованіямъ *Mosso*, *Göttwalt'a* и *Riegel'a*, представляется «отрицательнымъ», въ сравненіи съ артеріальнымъ пульсомъ, такъ что въ то время, когда артерія расширяется, происходитъ спаденіе вены, и наоборотъ. При этомъ ката-(моно-)критическая вѣтвь кривой веннаго пульса коротка, а *анакротическая* вытянута и представляетъ ясно замѣтное вдавленіе («анадикротизмъ»). Вторая вѣтвь кривой анадикротического веннаго пульса соотвѣтствуетъ систолѣ предсердія (praesystole), а первая (катамонокротическая)—сistolѣ желудочка (діастолѣ предсердія); слѣдовательно, этотъ венный пульсъ оказывается *діастоло-пресистолическимъ*. Въ противоположность артеріальному пульсу, а равно и движеніямъ яремной вены, сообщеннымъ ей сонною артеріею, этотъ венный пульсъ характеризуется *медленностью* расширенія вены (обыкновенно замѣтною и для глаза), а также меньшимъ давленіемъ крови въ пульсирующей шейной венѣ, сравнительно съ пульсирующею сонною артеріею. При діастоло-пресистолическомъ венномъ пульсѣ, вена медленно растягивается во время спаденія артерій, соотвѣтственно систолѣ предсердія, а съ наступленіемъ систолы желудочка она опять спадается. Иной характеръ, какъ было выяснено въ послѣднее время *Riegel'емъ*, представляетъ *тотъ* венный пульсъ, который встрѣчается при недостаточности трехстворчататаго клапана. Венный пульсъ, наблюдаемый при этихъ усло-

віяхъ, оказывается *пресисто-систолическимъ*, т. е. вслѣдствіе систолы предсердія наступаетъ расширеніе вены, какъ и при предыдущей формѣ веннаго пульса, но затѣмъ, во время систолы желудочка, прогоняющей кровь чрезъ недостаточный трехстворчатый клапанъ въ правое предсердіе, вена не спадается, а, напротивъ того, снова расширяется, тогда какъ во время наступающей теперь діастолы желудочка опорожненіе вены относительно облегчается, а съ наступленіемъ систолы предсердія опять происходитъ расширеніе вены. Соотвѣтственно этому, при «настоящемъ» венномъ пульсѣ, обусловленномъ недостаточностью трехстворчатого клапана, медленное расширеніе вены начинается вмѣстѣ съ систолой предсердія и продолжается во все время систолы желудочка. Эта послѣдняя особенность, т. е. расширеніе вены во время систолы желудочка, служитъ патогностическимъ симптомомъ недостаточности трехстворчатого клапана, о чемъ мы еще будемъ подробнѣе говорить по поводу діагноза означеннаго порока сердца.

817961
Было бы совершенно чевѣрно предполагать, что упомянутыя застойныя явленія при болѣзняхъ сердца наступаютъ сразу въ вышеозначенной степени своего развитія, какъ послѣдствіе нарушеннаго кровообращенія. Напротивъ того, клиническія наблюденія показываютъ, что при порокахъ клапановъ застойныя явленія, сколько нибудь значительныя, обыкновенно отсутствуютъ очень долго, а въ случаѣ хроническаго теченія болѣзни они не наступаютъ даже десятками лѣтъ. Причина этого факта заключается въ томъ, что усиленные требованія, предъявляемыя сердцу порокомъ клапана, удовлетворяются соотвѣтственнымъ увеличеніемъ работы, т. е. сердце болѣе или менѣе совершенно «уравновѣшиваетъ» («компенсируетъ») порокъ клапана. Въ быстротечныхъ случаяхъ это достигается усиленнымъ сокращеніемъ сердечной мышцы, соотвѣтствующимъ большому количеству проталкиваемой крови, теср. тѣмъ препятствіямъ, которыя при этомъ встрѣчаются, а въ случаяхъ хроническихъ—такимъ путемъ, что мышечныя волокна того или другаго отдѣла сердца, на которомъ всего раньше отразилось разстройство кровообращенія, подвергаются гипертрофіи, вслѣдствіе своихъ чрезвычайно усиленныхъ сокращеній. Только тогда, когда эта компенсація недостаточна съ самаго начала или сдѣлалась таковою въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, наступаетъ пассивное расширеніе сердца, а вмѣстѣ съ тѣмъ неизбѣжно появляются вышеуказанныя послѣдствія нарушеннаго кровообращенія.

Недостаточная компенсація можетъ зависѣть оттого, что сердце вообще неспособно гипертрофироваться (напр. у стариковъ или очень истощенныхъ субъектовъ), далѣе—отъ абсолютной интенсивности анатомическихъ измѣненій сердца, составляющихъ препятствіе для кровообращенія, или же отъ усиленія ихъ вслѣдствіе присоединившихся осложнений; но главнымъ образомъ компенсація страдаетъ оттого, что гипертрофированная мускулатура не можетъ долго удовлетворять чрезмѣрнымъ задачамъ, которыя ей поставлены, такъ какъ она постепенно вслѣдствіе истощенія теряетъ свою возбудимость или же измѣняется анатомически такимъ образомъ, что жирноперерожденная мышца все болѣе и болѣе

лишается своей сократительности. Наконецъ, при значительномъ изліяніи выпота въ сердечную сорочку разстройство кровообращенія наступаетъ уже съ самаго начала, такъ какъ въ этомъ случаѣ воспрепятствовано діастолическое расширение сердечныхъ полостей, а вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшено систолическое наполненіе артерій.

Знакомство съ этимъ регуляторнымъ дѣйствіемъ сердца и упомянутыми препятствіями для компенсаціи чрезвычайно важно въ *диагностическомъ* отношеніи. Изъ вышесказаннаго ясно, что даже значительныя анатомическія измѣненія сердца вообще и его клапановъ въ частности могутъ не сопровождаться ціанозомъ и отеками, а съ другой стороны эти послѣднія явленія могутъ наступать даже при незначительныхъ повидимому измѣненіяхъ сердца, если компенсація недостаточна съ самаго начала или сдѣлалась таковою съ теченіемъ времени. Мѣриломъ для оцѣнки даннаго состоянія компенсаціи служить прежде всего состояніе пульса или степень напряженія артерій. Малый и обыкновенно вмѣстѣ съ тѣмъ учащенный, мягкій, неправильный пульсъ указываетъ на недостаточность компенсаціи; но совершенно точное опредѣленіе качества пульса достигается въ этомъ случаѣ только *сфигмографическимъ* изслѣдованіемъ, которое съ полною очевидностью обнаруживаетъ мягкость пульса, а особенно — неправильность пульсовыхъ волнъ. Даже при вполне удовлетворительной компенсаціи сфигмографическое изслѣдованіе составляетъ очень важное пособіе для распознаванія специальной формы заболѣванія сердца, потому что сфигмографическая картина пульса, какъ будетъ подробнѣе объяснено впослѣдствіи, представляется при нѣкоторыхъ болѣзняхъ сердца въ высшей степени характеристичною, нерѣдко даже патогностическою. — Согласно тому закону, что отдѣлы сердца, лежащіе позади анатомической причины разстройства кровообращенія, подвергаются со стороны крови болѣе сильному давленію, а мускулатура ихъ гипертрофируется вслѣдствіе усиленной работы, мы должны при различныхъ болѣзняхъ сердца ожидать расширения и гипертрофіи всего органа или отдѣльныхъ его частей, смотря по данной формѣ заболѣванія. Очевидно, что когда существуетъ возможность на основаніи другихъ симптомовъ опредѣлить специальную форму заболѣванія сердца, присутствие этихъ послѣдовательныхъ явленій, непосредственно вытекающихъ изъ анатомическихъ измѣненій сердца, составляетъ для діагноза чрезвычайно важную поддержку и служить, такъ сказать, пробнымъ камнемъ, удостоверяющимъ, что врачъ правильно разрѣшилъ поставленную ему диагностическую задачу.

Подробнѣе объ этихъ послѣдовательныхъ явленіяхъ, т. е. объ измѣненіи перкуторныхъ границъ сердца и толчка верхушки, а также объ аускультативныхъ явленіяхъ, будетъ сказано въ другомъ мѣстѣ, по поводу специальной диагностики отдѣльныхъ болѣзней сердца. Здѣсь же мы должны ограничиться немногими предварительными замѣчаніями. Прежде всего нужно сказать нѣсколько словъ объ одномъ очень часто встрѣчающемся аускультативномъ признакѣ, именно о такъ наз. «случай-

шумъ» (неорганическихъ, функциональныхъ, малокровныхъ или кровяныхъ) шумахъ, обыкновенно не сопровождаемыхъ никакими анатомическими измѣненіями сердца. Эти шумы играютъ въ дифференціальной діагностикѣ болѣзней сердца такую существенную роль, что точное знакомство съ ихъ отличительными свойствами составляетъ необходимое условіе для правильного распознаванія болѣзней этого органа.

Случайные шумы, въ противоположность эндокардіальнымъ («органическимъ»), обыкновенно отличаются своею *меньшею силою*. Это правило не абсолютно, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, очень сильныя шумы бываютъ иногда слышны въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ анатомическое вскрытіе обнаруживаетъ совершенно нормальное состояніе клапановъ; но *обыкновенно* случайные шумы рѣзко отличаются своею меньшею силою, имѣютъ *мягкій, раздувательный* тембръ и появляются во время *сistolы* желудочка. Діастолическаго случайнаго шума мнѣ *ни разу* не приходилось наблюдать съ полною несомнѣнностью ¹⁾, и вообще, на основаніи личнаго опыта, я могу только посовѣтовать, чтобы діастолическіе шумы были совершенно исключены изъ категоріи случайныхъ или, по крайней мѣрѣ, чтобы они не признавались таковыми при распознаваніи болѣзней сердца. Чаше всего случайные шумы оказываются на мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи, гдѣ, впрочемъ, довольно часто бываютъ всего яснѣе слышны и «органическіе» систолическіе шумы, зависящіе отъ недостаточности двустворчатого клапана. Но всѣ эти отличительныя признаки, понятнымъ образомъ, имѣютъ только относительное достоинство; болѣе важно то, что шумы, зависящіе отъ анатомическихъ измѣненій клапановъ, сопутствуются *расширеніемъ и гипертрофіею различныхъ отдѣловъ сердца*, тогда какъ *при малокровныхъ шумахъ эти явленія отсутствуютъ*. Правда, и здѣсь встрѣчаются исключенія: незначительное расширеніе праваго сердца иногда наблюдается и при случайныхъ шумахъ что и понятно, такъ какъ они иногда несомнѣнно бываютъ обусловлены функциональною слабостью сосковидныхъ мышцъ, причемъ кровь во время систолы лѣваго желудочка *обязательно* должна возвращаться въ лѣвое предсердіе, и слѣдовательно въ концѣ концовъ не можетъ не наступить расширеніе лѣваго предсердія и праваго сердца. Но болѣе значительныя расширенія, а въ особенности—значительныя гипертрофіи сердца при этихъ случайныхъ шумахъ *не встрѣчаются*. То же самое можно сказать о систолическомъ *дрожаніи* (*frémissement cataire*), ощущаемомъ въ области сердечной верхушки, и объ *усиленіи втораго звука легочной артеріи*. Это послѣднее явленіе также можетъ встрѣчаться при случайныхъ шумахъ, представляя аускультативное выраженіе усиленной дѣятельности праваго желудочка, зависящей отъ относительно увеличеннаго содержанія крови въ системѣ малаго круга. Однако, при этомъ никогда дѣло не доходитъ до такого значительнаго усиленія (акцентуированія) втораго звука легочной артеріи, какое встрѣчается при гипертрофіи праваго желудочка, зависящей отъ анатомической недостаточности двустворчатого клапана, и никогда въ этихъ случаяхъ не ощущивается усиленное захлопываніе клапановъ легочной артеріи, такъ какъ для этого необходимо, чтобы передній край лѣваго легкаго былъ отодвинутъ въ сторону гипертрофированнымъ правымъ желудочкомъ. Наконецъ, случайные шумы сердца до нѣкоторой степени характеризуются измѣнчивостію своей силы. Изъ сказаннаго очевидно, что отличить случайные шумы, встрѣчаемые при анеміи, при кахектическихъ и лихорадочныхъ состояніяхъ, отъ шумовъ органическихъ не представляетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ никакого труда; въ случаяхъ же сомнительныхъ, чтобы избѣгнуть ошибочнаго діагноза, необходимо прежде всего принимать въ соображеніе силу

¹⁾ При этомъ я не говорю о тѣхъ случайныхъ діастолическихъ шумахъ, которые иногда ясно бываютъ слышны надъ аортой. Насколько я могу судить по моему личному опыту, они представляютъ проведенныя венозные шумы, и этотъ характеръ ихъ легко можетъ быть узнавъ по тому признаку, что при надавливаніи на шейныя вены они видоизмѣняются или совершенно исчезаютъ.

второго звука легочной артеріи и степень гипертрофіи праваго желудочка, а также обращать вниманіе на самое мѣсто образованія шума.

Кромѣ случайныхъ шумовъ, здѣсь необходимо еще вкратцѣ упомянуть о «*нечистыхъ*» и «*раздвоенныхъ*» звукахъ сердца. Нѣтъ сомнѣнія, что и тѣ и другіе встрѣчаются перѣдко; но придавать имъ важное значеніе, а тѣмъ болѣе—основывать на нихъ діагностическіе выводы, я считаю ошибочнымъ. Такъ какъ раздвоеніе сердечныхъ звуковъ встрѣчается и при анатомическихъ измѣненіяхъ клапановъ и соско-видныхъ мышцъ, и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ сердце при анатомическомъ вскрытіи оказывается здоровымъ, то и присутствіе этого раздвоенія не имѣетъ для діагноза никакого значенія. Только для тѣхъ врачей, которые хотятъ всегда быть правы, раздвоеніе сердечныхъ звуковъ составляетъ удобное средство успокоенія совѣсти, такъ какъ найденіе у постели больного оправдывается во всякомъ случаѣ, оказались ли при вскрытіи трупа какія нибудь патологическія измѣненія клапановъ, или нѣтъ.

Въ сравненіи съ тѣми физическими признаками, о которыхъ мы отчасти уже говорили, а отчасти еще будемъ говорить впослѣдствіи, другіе симптомы, встрѣчаемые при болѣзняхъ сердца, какъ напр. сердцебіеніе, боль въ сердечной области и т. п., не имѣютъ значенія или, во всякомъ случаѣ, стоятъ далеко на заднемъ планѣ, тѣмъ болѣе, что они встрѣчаются и у другихъ, въ особенности—нервныхъ больныхъ, не представляющихъ никакого патолого-анатомическаго пораженія сердца.

Распознаваніе отдѣльныхъ болѣзней сердца.

I. Болѣзни эндокардіа.

Острый эндокардитъ.

Распознаваніе *остраго эндокардита* обыкновенно представляетъ большія трудности. Иногда объективные признаки даже совершенно отсутствуютъ, и въ такомъ случаѣ существованіе эндокардита можетъ быть только предполагаемо съ большою степенью вѣроятія, но опредѣленнаго діагноза ставить *не слѣдуетъ*, потому что распознаваніе эндокардита всегда основывается *исключительно на объективныхъ явленіяхъ со стороны сердца*. До тѣхъ поръ пока болѣзненный процессъ не распространился на самые клапаны и не нарушаетъ ихъ отправленій, нельзя ожидать никакихъ уклоненій въ результатахъ аускультации и перкуссии: эндокардитъ при такихъ условіяхъ недостаточенъ для распознаванія, хотя бы сокращенія сердца были видимы для глаза на ненормально большомъ пространствѣ и хотя бы существовала неправильность пульса, такъ какъ явленія эти зависятъ исключительно отъ осложняющаго міокардита или воспалительнаго серознаго пропитыванія сердечной мышцы. Только тогда, когда воспалительный процессъ захватываетъ самые клапаны, какъ это, впрочемъ, и бываетъ обыкновенно,

можетъ быть рѣчь о распознаваніи эндокардита. Чаще всего — по меньшей мѣрѣ въ половинѣ всѣхъ случаевъ — анатомическія измѣненія локализируются на *двустворчатомъ* клапанѣ, гораздо менѣе часто — на клапанахъ аорты и въ высшей степени рѣдко — на клапанахъ праваго сердца. При этомъ появляются характеристическіе *шумы*, на которыхъ въ каждомъ частномъ случаѣ нужно основывать діагнозъ остраго эндокардита, руководствуясь тѣмъ значеніемъ ихъ для отдѣльныхъ пороковъ клапановъ, о которомъ мы еще будемъ говорить впослѣдствіи. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ оказываются физическіе признаки *недостаточности двустворчатого клапана*, во первыхъ потому, что именно на немъ, какъ мы уже замѣтили, всего чаще встрѣчаются эндокардитическія изъязвленія и разрошенія, а во вторыхъ потому, что эти анатомическія измѣненія, локализируются ли они на сосковидныхъ мышцахъ или сухожильныхъ нитяхъ или самыхъ зубцахъ двустворчатого клапана, влекутъ за собою его недостаточность. Случаи, въ которыхъ существуютъ многочисленныя разрошенія у основанія зубцовъ двустворчатого клапана, въ которыхъ свободные края послѣдняго плотно склеены между собою, или въ которыхъ даже существуетъ очень большой фибринозный сгустокъ, проникающій въ лѣвое венозное отверстіе, такъ что наряду съ недостаточностью двустворчатого клапана оказывается при остромъ эндокардитѣ еще и суженіе упомянутаго отверстія со свойственнымъ ему пресистолическимъ шумомъ, — случаи эти чрезвычайно рѣдки въ сравненіи съ обычными случаями чистой недостаточности двустворчатого клапана, возникновеніе которой легко объясняется анатомическими условіями. Соотвѣтственно этому, при выслушиваніи сердца, пораженнаго острымъ эндокардитомъ, мы находимъ обыкновенно *систолическій раздувательный шумъ*, слышимый всего громче у верхушки сердца, рѣдко — на мѣстѣ легочной артеріи, и акцентуированный второй звукъ *art. pulmonalis*. При ощупываніи толчокъ верхушки онъ оказывается на ненормально большомъ пространствѣ, а при выстукиваніи обыкновенно констатируется умѣренное увеличеніе сердечной тупости въ правую сторону, обнаруживающееся тогда, когда правый желудочекъ уже не можетъ вполне совладать съ усиленною работою, которая требуется для компенсаціи.

Если эндокардитъ, въ видѣ исключенія, занимаетъ не двустворчатый клапанъ, а локализируется на клапанахъ аорты, то вышеупомянутыя аускультативныя явленія видоизмѣняются соотвѣтственнымъ образомъ, т. е. во второмъ правомъ межреберномъ пространствѣ около грудины появляется діастолическій шумъ, какъ симптомъ острой недостаточности аортальныхъ клапановъ, а иногда въ томъ же мѣстѣ бываетъ слышенъ и систолическій шумъ, коль скоро эндокардитическія измѣненія этихъ клапановъ препятствуютъ ихъ полному развертыванію.

Эти физическіе признаки служатъ *основаніемъ* для діагноза. По

вполнѣ точнымъ онъ становится только тогда, когда одновременно принимается во вниманіе этиологія даннаго случая.

Эндокардитъ есть болѣзнь существенно инфекціонная. Это воззрѣніе все болѣе и болѣе подтверждается новѣйшими клиническими и экспериментальными изслѣдованіями. Большинство извѣстныхъ намъ инфекціонныхъ болѣзней могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ эндокардитъ, либо благодаря занесенію соответствующихъ микроорганизмовъ и мѣстному, болѣе механическому дѣйствію ихъ на внутреннюю оболочку сердца, либо благодаря дѣйствію химическаго яда, который, образовавшись подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, производитъ раздраженіе и омертвѣніе эндокардія. Далѣе, въ виду новѣйшихъ экспериментальныхъ изслѣдованій о возникновеніи эндокардита (*Высоковичъ, Ribbert, Orth* и др.) мы вправѣ допустить, что заразные вещества могутъ съ особенною легкостью обнаруживать свое воспалительное и разрушающее дѣйствіе на внутреннюю оболочку сердца въ томъ случаѣ, когда ткань ея предварительно уже ослаблена. Не всѣ заразные вещества одинаково обладаютъ способностью вызывать эндокардитъ. Чаще всего онъ вызывается острымъ ревматизмомъ и септико-піеміею; менѣе часто причиною его бываютъ дифтеритъ, скарлатина, *relapsus rheumaticus*, Виттова пляска, пневмонія, сравнительно рѣдко — тифъ, рожа и трипперъ. Въ смыслѣ вышеупомянутаго факта, что функціональное ослабленіе внутренней оболочки сердца дѣлаетъ ее болѣе воспримчивою къ дѣйствію заразныхъ веществъ и такимъ образомъ подготавливаетъ развитіе эндокардита, должно быть, вѣроятно, истолковано и то обстоятельство, что эндокардитъ нерѣдко развивается при Брайтовой болѣзни и во время беременности и что при существующихъ уже порокахъ клапановъ очень обыкновенно появляются обостренія эндокардита.

Всѣ упомянутые нами этиологическіе моменты должны быть принимаемы въ соображеніе при распознаваніи остраго эндокардита, такъ какъ этимъ самымъ существенно пополняются физическіе признаки рассматриваемой болѣзни. Если для предположенія объ эндокардитѣ, представляющагося вѣроятнымъ въ виду физическихъ признаковъ, а особенно въ виду шумовъ, найденныхъ при выслушиваніи сердца, не имѣется этиологической почвы, то діагнозъ этой болѣзни долженъ ставиться, во всякомъ случаѣ, съ величайшею осторожностью. Самымъ опаснымъ подводнымъ камнемъ для діагноза представляются *случайные шумы при анатомически здоровой внутренней оболочкѣ сердца*. Объ отличительныхъ признакахъ, на которыхъ основывается распознаваніе случайныхъ шумовъ, мы уже говорили (см. стр. 19). Мягкій тембръ шума, появленіе его во время систолы, чрезвычайная измѣнчивость его силы, а еще болѣе — почти постоянное отсутствіе гинертрофіи праваго сердца и усиленія втораго звука легочной артеріи, но въ особенности одновременное присутствіе анэміи и т. п., почти всегда позволяютъ распознать «случайный» характеръ шума. Но въ рѣдкихъ случаяхъ всѣ эти діагностическіе признаки оказываются недостаточными для вѣрнаго рѣшенія вопроса, такъ что діагнозъ долженъ быть оставленъ подъ нѣкоторымъ сомнѣніемъ. Въ доказательство привожу слѣдующій случай, наблюдавшійся въ моей клиникѣ годъ тому назадъ:

20-лѣтняя служанка, поступившая въ клинику 6-го іюня, заболѣла 1-го іюня лихорадочнымъ состояніемъ, головою болью и проч. Мѣсячныя очищенія прекра-

тились съ января; больная находится въ 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Изслѣдованіе сердца дало отрицательный результатъ; но за то было найдено увеличеніе селезенки, а нѣсколько дней спустя появилась розеола, такъ что въ виду этихъ явленій и въ виду характера температурной кривой не могло оставаться сомнѣнія въ томъ, что больная страдаетъ брюшнымъ тифомъ. 13-го іюня въ первый разъ былъ констатированъ у верхушки сердца явственный систолическій шумъ, но перкуторныя границы сердца найдены нормальными; въ теченіе того же дня обнаружилось незначительное усиленіе второго звука легочной артеріи, при учащенномъ полномъ равномерномъ пульсѣ, а систолическій шумъ очень явственно былъ слышенъ и на легочной артеріи. На слѣдующій день второй звукъ легочной артеріи уже не былъ акцентуированъ; но шумъ сдѣлался болѣе громкимъ, сильно раздувательнымъ, хотя повсюду сохранялъ свой мягкій тембръ. Перкуторныя границы сердца нормальны.

Съ чѣмъ же мы здѣсь имѣли дѣло? Въ пользу случайнаго шума говорили: его мягкій тембръ, появленіе его въ моментъ систолы, чрезвычайная измѣнчивость его силы, такая же измѣнчивость второго звука легочной артеріи, отсутствіе остраго расширенія праваго желудочка и, наконецъ, одинаковое свойство пульса до и послѣ появленія шума. Кромѣ того, предположеніе о случайномъ характерѣ шума находило достаточныя основанія въ лихорадкѣ, въ беременности и общей слабости больной. Но, съ другой стороны, имѣлись рѣшительныя основанія къ тому, чтобы возбудить вопросъ объ эндокардитѣ; въ пользу этого послѣдняго говорили: этиологія, т. е. появленіе шума въ теченіи тифа, который несомнѣнно можетъ подавать поводъ къ развитію эндокардита, внезапное появленіе шума и быстрое усиленіе его въ теченіе слѣдующаго дня, хотя ни въ высотѣ лихорадки, ни въ какомъ либо осложненіи (кровотеченіе и т. п.) нельзя было усмотрѣть достаточнаго повода къ тому, чтобы предположить ослабленіе сердечной дѣятельности, которое могло бы объяснить внезапное появленіе случайнаго шума. Такимъ образомъ, не смотря на то, что всѣ дифференціально-діагностическіе признаки, приведенные нами вначалѣ, говорили въ пользу случайнаго характера шума, діагнозъ долженъ былъ остаться *in suspense*; мало того, соображенія, приведенныя нами подъ конецъ, несомнѣнно сильнѣе, по крайней мѣрѣ по моему убѣжденію, говорили въ пользу эндокардита, чѣмъ всѣ предыдущія соображенія—въ пользу случайнаго характера шума. Дальнѣйшее теченіе подтвердило наши предположенія: появилось расширеніе праваго желудочка, а шумъ все болѣе усиливался и въ концѣ концовъ остался даже послѣ полного прекращенія лихорадки.

Перикардіальныя шумы могутъ быть различаемы отъ эндокардіальныхъ гораздо легче, чѣмъ шумы случайныя. Обыкновенно перикардіальныя шумы вполне характеризуются своею поверхностностью, своимъ тембромъ тренія и тѣмъ обстоятельствомъ, что они не совпадаютъ въ точности съ систолой или діастолой и усиливаются при надавливаніи снаружи; поэтому сомнѣнія для діагноза возникаютъ рѣдко. Подробнѣе объ акустическихъ свойствахъ перикардіальныхъ шумовъ мы еще будемъ говорить по поводу распознаванія перикардита. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перикардита съ одновременнымъ эндокардитомъ, сердечныя шумы, зависящіе отъ этого послѣдняго, могутъ заглушаться болѣе громкими перикардіальными шумами и затѣмъ явственно обнаруживаться только по исчезаніи перикардита.

Значительно труднѣе рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ эндокардитомъ острымъ или хроническимъ, или съ обостреніемъ хроническаго эндокардита, существовавшаго уже раньше. Рѣшить первый изъ этихъ

вопросовъ, т. е. отличить хроническій эндокардитъ отъ острой формы, представляется сравнительно менѣе труднымъ. Для хронической формы характерно отсутствіе лихорадки, а главнымъ образомъ—существованіе значительной гипертрофіи отдѣльныхъ областей сердца, которая при хроническихъ порокахъ клапановъ обязательно развивается съ теченіемъ времени, тогда какъ при остромъ эндокардитѣ существуетъ только расширение того или другаго отдѣла сердца или значительное усиленіе сердечной дѣятельности, т. е. гипертрофія въ первой стадіи ея развитія. Далѣе, *острый* эндокардитъ характеризуется измѣнчивою, но постоянно увеличивающеюся силою эндокардіальныхъ шумовъ, присоединеніемъ новыхъ шумовъ къ существовавшимъ раньше, однимъ словомъ—непостояннымъ характеромъ шумовъ, тогда какъ при хроническомъ эндокардитѣ, т. е. при вполне развитыхъ порокахъ клапановъ, они отличаются бѣльшимъ постоянствомъ. Пресистолическій шумъ у верхушки сердца и аортальные шумы рѣшительно говорятъ больше въ пользу хроническаго эндокардита, т. е. порока клапановъ, въ собственномъ смыслѣ слова. Діагностическое значеніе, имѣетъ, кромѣ того, появляющаяся по временамъ лихорадка, а также внезапное присоединеніе послѣдовательныхъ явленій остраго эндокардита, о которыхъ мы должны здѣсь поговорить нѣсколько подробнѣе.

Дѣло именно въ томъ, что хотя діагнозъ остраго эндокардита можетъ быть основываемъ только на вышеприведенныхъ результатахъ физическаго изслѣдованія сердца, однако онъ подкрѣпляется весьма существенно, если констатированы болѣзненные процессы, вызванные эндокардитомъ въ другихъ мѣстахъ тѣла (*метастазы*).

Вслѣдствіе того, что потокомъ крови уносятся фибринозныя массы, отложившіяся на разрощеніяхъ эндокардіа, возникаютъ путемъ эмболіи гѣморрагическіе инфаркты въ самыхъ различныхъ органахъ, какъ напр. въ головномъ мозгу, гдѣ они обыкновенно проявляются гемиплегіями и афазією,—въ селезенкѣ, гдѣ они характеризуются опуханіемъ и болѣзненностью органа,—въ почкахъ, гдѣ дѣло начинается гѣматуріей, болью въ области почекъ или симптомами гѣморрагическаго нефрита. Гѣморрагическій инфарктъ въ легкихъ влечетъ за собою кровохарканіе, ограниченное притупленіе перкуторнаго звука, особенно въ нижней долѣ, и одышку. Въ печени, а тѣмъ болѣе—въ брыжжеечной артеріи, эмболіи встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ въ вышеупомянутыхъ органахъ. Иногда эмболіи начинаются потрясающимъ ознобомъ, или сочувственною рвотой, и эти симптомы, коль скоро они присоединяются къ эндокардиту, вообще указываютъ на наступленіе метастаза. Такія метастатическія эмболіи встрѣчаются, правда, и при хроническомъ эндокардитѣ; но если хроническій порокъ клапановъ просуществовалъ цѣлыя годы, не приводя къ эмболіямъ, а затѣмъ въ короткое время появились эмболіи въ различныхъ органахъ, то это свидѣтельствуетъ о присоединеніи остраго эндокардита.

Если въ частномъ случаѣ поставленъ діагнозъ эндокардита, то остается еще опредѣлить, съ какою *спеціальною формою* этой болѣзни мы имѣемъ дѣло. Этотъ вопросъ имѣетъ значеніе особенно для предсказанія, и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо, по крайней

мѣръ, попытаться его разрѣшить. Лучше всего различать здѣсь эндокардиты легкіе и тяжелые. Представителями первой группы могли бы служить большинство тѣхъ эндокардитовъ, которые развиваются въ теченіи остраго сочленовнаго ревматизма, а представителями второй—септические эндокардиты. Случаи эндокардита, возникающіе подъ вліяніемъ другихъ инфекцій, подходят по своимъ симптомамъ то къ легкой ревматической формѣ, то къ тяжелой септической; но строгое классифицированіе ихъ по этимъ двумъ категоріямъ я признаю неумѣстнымъ, тѣмъ болѣе, что даже ревматическій эндокардитъ можетъ представлять самую тяжелую картину, сходную съ септической формою, и наоборотъ, септический эндокардитъ, по моимъ наблюденіямъ, можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ имѣть легкое теченіе и окончиться выздоровленіемъ. Вообще, по моему мнѣнію, мы можемъ признать за основное правило, что *легкое или тяжелое теченіе эндокардита зависитъ не столько отъ вида инфекціи, сколько отъ степени ея развитія*¹⁾.

Легкая форма характеризуется умѣренной лихорадкою или полнымъ ея отсутствіемъ, малымъ разстройствомъ общаго состоянія и отсутствіемъ вышеупомянутыхъ эмболій въ различныхъ органахъ (сравнительно чаще еще наблюдаются легочные инфаркты). Образованіе инфарктовъ въ цѣломъ рядѣ органовъ уже указываетъ на *болѣе тяжелую* форму эндокардита; важнѣйшія мѣста, въ которыхъ образуются инфаркты, уже были нами перечислены, а теперь остается еще присовокупить, что и въ сѣтчаткѣ, въ кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ также могутъ встрѣчаться многочисленные эмболіи гезр. геморрагін.

2) Что касается до классифицированія эндокардитовъ въ различныя группы, то мы лично думаемъ, что вопросъ этотъ гораздо сложнее, чѣмъ можетъ показаться съ перваго взгляда. Въ настоящее время существуетъ уже нѣсколько довольно точныхъ клинико-бактеріологическихъ наблюденій, по которымъ оказывается, что въ основѣ эндокардита лежитъ зараженіе различными микробами: тѣми или другими гроздевидными кокками нагноенія, цѣпочнымъ коккомъ, крупознымъ диплококкомъ, бугорчатой палочкой, гонококкомъ и пр. Въ большинствѣ этихъ случаевъ эндокардитъ присоединялся уже спустя нѣкоторое время послѣ того, какъ та или другая изъ упомянутыхъ заразъ уже раньше локализовалась въ томъ или другомъ органѣ: легкихъ, кожѣ, или подкожной кѣтчаткѣ, мочеиспускательномъ каналѣ и пр. Но были описаны и такіе эндокардиты, въ которыхъ заразные микробы очень скоро попадали въ кровь, вѣдрялись въ клапаны сердца, производили здѣсь свойственный имъ процессъ и пр., причемъ первоначальное мѣсто вѣдренія ихъ въ организмъ оставалось неизвѣстнымъ не только при жизни, но и по смерти. Характеръ эндокардита въ случаяхъ перваго рода обыкновенно бываетъ ясенъ и легко распознается при жизни, но въ случаяхъ эндокардита втораго рода распознаваніе характера его при жизни и даже по смерти очень трудно. Вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ здѣсь будетъ изслѣдованіе крови на бактеріи, главнымъ образомъ путемъ микроскопическимъ, а частію и путемъ полученія разводокъ этихъ бактерій изъ крови больного. О необходимости примѣненія этого способа изслѣдованія почтенный авторъ, къ сожалѣнію, не говоритъ ничего.

Данныя, полученныя этимъ путемъ, могутъ дать и уже давали неоцѣнимыя указанія на этиологію того или другаго эндокардита, а слѣдовательно и на предсказаніе; напр. бугорчатый эндокардитъ даетъ совсѣмъ иное предсказаніе, чѣмъ диплококковый эндокардитъ, а этотъ послѣдній—иное предсказаніе, чѣмъ обыкновенный эндокардитъ при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, при которомъ вообще еще не найдено микробовъ и пр.

Въ виду всего сказаннаго нами, необходимо дѣлить эндокардиты на группы, смотря по этиологіи ихъ, затѣмъ нѣкоторые изъ этихъ группъ надо дѣлить уже на легкіе и тяжелые случаи, какъ и предлагаетъ это почтенный авторъ настоящаго труда.

Примѣч. М. А.

Если инфекция имѣетъ, въ частности, *септический* характеръ, то обыкновенно уже въ лихорадочной кривой замѣчается одно необычное явленіе, а именно — быстрыя пониженія температуры и внезапныя, чрезвычайно значительныя повышенія ея (до 41—42°), сопровождаемыя потрясающими ознобами. Общее состояніе при этомъ *очень сильно разстроено*, чувствилще помрачено, а иногда существуютъ рѣзкіе симптомы (гнойнаго) менингита и энцефалита. Въмѣстѣ съ тѣмъ, какъ и при другихъ инфекціяхъ, появляется острое опуханіе селезенки, моча представляетъ особенности, свойственныя инфекціонному геморрагическому нефриту, а въ кожѣ образуются различнѣйшія формы метастазовъ, именно — розеола, эритема, волдыри, оспенноподобныя пустулы, пемфигинозные пузыри и проч. Въ то же время могутъ появляться воспаленія суставовъ, обыкновенно характеризующіяся тѣмъ, что гнойное воспаленіе ограничивается однимъ или немногими суставами. Въ легкихъ могутъ развиваться мелкіе абсцессы, которые, сопровождаясь одышкою и бронхитомъ, представляютъ чрезвычайное сходство съ картиною острой просовидной бугорчатки. Особенно важное значеніе для діагноза имѣютъ измѣненія глазнаго дна, въ частности — кровоизліянія въ сѣтчатку, которыя иногда представляютъ въ центрѣ бѣлое пятно, а иногда — пѣту; кровоизліянія эти въ сомнительныхъ случаяхъ говорятъ въ пользу гнилостнаго зараженія (и септического эндокардита), которое становится еще болѣе несомнѣннымъ, если въ метастатическихъ пустулахъ кожи, какъ это было въ одномъ изъ моихъ случаевъ, удастся обнаружить присутствіе бактерій. Изъ всего этого достаточно очевидно, что въ частномъ случаѣ нельзя довольствоваться простымъ діагнозомъ эндокардита, но что діагнозъ всегда долженъ пополняться этиологіей; съ разрѣшеніемъ же вопроса о томъ, на какой почвѣ развился эндокардитъ въ данномъ случаѣ, обыкновенно совпадаетъ и разрѣшеніе вопроса о легкомъ или тяжеломъ характерѣ болѣзни.

Хроническій эндокардитъ.—Пороки клапановъ.

Насколько труднымъ обыкновенно бываетъ точное распознаваніе остраго эндокардита, настолько же легкимъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ оказывается распознаваніе эндокардита хроническаго, т. е. пороковъ клапановъ, которые (т. е. пороки) чаще всего бываютъ результатомъ окончившагося остраго эндокардита, рѣже — частнымъ проявленіемъ атероматознаго процесса. Разстройства отправленій клапаннаго аппарата, проистекающія изъ анатомическихъ измѣненій, обнаруживаются, какъ извѣстно, въ видѣ сѣуженія отверстія или же въ видѣ недостаточности клапана. Последняя можетъ возникать и при полномъ отсутствіи анатомическихъ измѣненій въ самыхъ клапанахъ, если наступившее вслѣдствіе какой либо причины расширеніе желудочка принимаетъ такіе размѣры, что зубцы двустворчатаго или трехстворчатаго клапана, хотя бы они сами постепенно растянулись до нѣкоторой степени, оказываются уже слишкомъ малыми для закрытія соотвѣтствующаго отверстія. При такихъ условіяхъ говорятъ объ *относительной* недостаточности одного изъ названныхъ клапановъ. Но въ рѣдкихъ случаяхъ, при чрезмѣрномъ растяженіи начальной части аорты или легочной артерій, возникаетъ также относительная недостаточность полулунныхъ клапановъ. О послѣдствіяхъ для кровообращенія, производимыхъ этими пороками клапановъ, именно о неизбѣжно наступающемъ пониженіи кровянаго давле-

нія въ артеріальной системѣ, о повышеніи давленія въ венахъ, о замедленіи движенія крови по волоснымъ сосудамъ, о происходящемъ вслѣдствіе этого ціанозѣ, о подкожномъ отека и полостной водянкѣ, о застоѣ крови въ печени и почкахъ, о венномъ пульсѣ и проч., а также о компенсаторныхъ приспособленіяхъ сердца, которыя могутъ въ теченіе долгаго времени предотвращать эти тяжелыя послѣдствія нарушеннаго кровообращенія, обусловливаемого пороками клапановъ, мы уже говорили. Констатированіе упомянутыхъ застойныхъ явленій у постели больного свидѣтельствуетъ только о продолжительномъ и очень серьезномъ разстройствѣ кровообращенія, обыкновенно зависящемъ, правда, отъ порока клапановъ; но существованіе порока и его спеціальная форма опредѣляются только физическимъ изслѣдованіемъ сердца. Поэтому физическое изслѣдованіе и служитъ основой для распознаванія отдѣльныхъ пороковъ клапановъ.

а) Недостаточность двустворчатого клапана.

При *осмотрѣ* обнаженной груди обыкновенно замѣчается *распространенная пульсація*, занимающая всю область сердца и обусловливаемая преимущественно правымъ желудочкомъ, прилежающимъ къ грудной стѣнкѣ на большемъ протяженіи, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ правый боковой край праваго желудочка, отодвигаясь внизъ и принимая поперечное направленіе, прилегаетъ на всемъ своемъ протяженіи къ грудобрюшной преградѣ и къ поверхности печени, такъ что и въ *надчревной области* существуетъ видимая пульсація. Но отчасти это усиленное біеніе, занимающее всю область сердца, обусловливается также гипертрофіею (и расширеніемъ) лѣваго желудочка. *Сердечный толчекъ* оказывается не на сосковой линіи въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ, какъ при нормальныхъ условіяхъ, а отодвинутъ кнаружи, т. е. по направленію къ лѣвой аксиллярной линіи, часто на нѣсколько сантиметровъ, и это перемѣщеніе его замѣтно уже при осмотрѣ, а еще болѣе при ощупываніи. Иногда, именно при болѣе значительной гипертрофіи лѣваго желудочка, толчекъ бываетъ смѣщенъ и книзу, прощупываясь въ 6-мъ или даже 7-мъ межреберномъ пространствѣ. Но это далеко не составляетъ обычнаго явленія; въ большинствѣ же случаевъ сердечный толчекъ бываетъ смѣщенъ только кнаружи, оставаясь въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ. Сила толчка при этомъ увеличена. Нерѣдко также прощупывается въ области верхушки сердца систолическое дрожаніе (*frémissement cataire*).

При *выстукиваніи* мы находимъ значительное расширеніе сердечной тупости, которое существенно обусловливается расширеніемъ праваго желудочка, происходящимъ вслѣдствіе недостаточности двустворчатого клапана. Правая граница сердечной тупости не идетъ вдоль лѣваго края грудины, какъ обыкновенно, а достигаетъ ея праваго края

или заходить еще дальше (особенно при расширеніи праваго предсердія, которое при этомъ отчасти еще сильно смѣщается въ правую сторону и нѣсколько книзу, благодаря измѣненному положенію гипертрофированнаго праваго желудочка). Верхняя граница сердца тоже не соответствуетъ хрящу 4-го ребра, какъ при нормальныхъ условіяхъ, а лежитъ нѣсколько выше, смотря по степени увеличенія праваго сердца и, въ частности, праваго предсердія. Сердечная тупость расширена также и по направленію влево, особенно при болѣе значительной гипертрофіи лѣваго желудочка ³⁾.

При *выслушиваніи* констатируется болѣе или менѣе *громкій систолическій шумъ*, который всего сильнѣе бываетъ слышенъ у верхушки сердца; лишь рѣдко онъ существуетъ только на очень небольшомъ протяженіи у самой границы сердечнаго толчка съ лѣвой стороны, а обыкновенно оказывается значительно распространеннымъ, какъ въ правую сторону, такъ и вверхъ. Иногда шумъ бываетъ всего сильнѣе слышенъ на мѣстѣ легочной артеріи, а въ видѣ исключенія онъ существуетъ даже единственно въ этомъ мѣстѣ. Последнее обстоятельство легко можетъ быть объяснено естественнымъ положеніемъ лѣваго венознаго отверстія (отъ грудиннаго конца 3-го праваго до наружнаго конца хряща втораго лѣваго ребра, такъ что середина отверстія лежитъ во второмъ межреберномъ пространствѣ слѣва отъ грудины) и направленіемъ шума, который, вслѣдствіе обратнаго теченія крови, распространяется *вверхъ* къ лѣвому предсердію.

Систолическій шумъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ слышенъ только при извѣстныхъ положеніяхъ тѣла или при усиленной дѣятельности сердца; въ другихъ случаяхъ констатируется только «нечистый» первый звукъ, или же, наряду съ шумомъ, въ началѣ или въ концѣ его, слышится чистый первый звукъ. Услышать первый звукъ наряду съ шумомъ удастся всего лучше, если слегка приложить стетоскопъ и искусственно отвлечь свое вниманіе отъ систолическаго шума. Присутствіе перваго звука при систолическомъ шумѣ истолковывается различно, смотря по тому, какимъ образомъ объяснять себѣ происхожденіе нормальнаго перваго звука сердца; но толкованія эти до сихъ поръ не представляютъ ни теоретическаго, ни практическаго интереса.

Кромѣ измѣненій самого сердца, констатируются еще измѣненія въ большихъ сосудахъ. Начальная часть *легочной артеріи* даетъ во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ *видимую систолическую пульсацию*, если она, расширившись вслѣдствіе застоя крови, оттѣсняетъ край легкаго въ сторону и такимъ образомъ приходитъ въ непосред-

³⁾ Говоря о выстукиваніи сердца, авторъ имѣетъ въ виду очевидно легкую, поверхностную перкуссію и слѣдовательно только абсолютную тупость сердца и от носительное увеличеніе его. О такъ называемой относительной тупости сердца и абсолютномъ увеличеніи сердца авторъ ничего не пишетъ.

ственное соприкосновеніе съ грудной стѣнкой. Въ этомъ случаѣ удастся также *видѣть глазомъ и прощупать пальцемъ діастолическое захлопываніе клапановъ легочной артеріи*. Явленіе это очень важно для дифференціального распознаванія случайныхъ шумовъ отъ такихъ, которые обусловлены недостаточностью двустворчатого клапана; но вообще оно встрѣчается рѣдко. Напротивъ того, къ числу патогностическихъ симптомовъ недостаточности двустворчатого клапана принадлежитъ замѣчаемое при выслушиваніи *усиленіе втораго звука легочной артеріи*, на которое впервые обратилъ вниманіе *Skoda*. Явленіе это зависитъ отъ гипертрофіи праваго желудочка, происходящей вслѣдствіе увеличеннаго содержанія крови и повышеннаго давленія ея въ системѣ малаго круга: благодаря этой гипертрофіи, кровь во время діастолы сильнѣе ударяетъ въ полулунные клапаны легочной артеріи, діастолическое напряженіе которыхъ, слѣдовательно, оказывается болѣе сильнымъ, нежели при нормальныхъ условіяхъ. Чѣмъ меньше энергіей обладаетъ лѣвый желудочекъ при недостаточности двустворчатого клапана, - тѣмъ болѣе сильнымъ представляется второй звукъ легочной артеріи въ сравненіи со вторымъ звукомъ аорты. Это бываетъ особенно тогда, когда лѣвый желудочекъ совсѣмъ не гипертрофировался въ сколько нибудь значительной степени, или когда усиленная дѣятельность его начинаетъ ослабѣвать, или, наконецъ, когда наряду съ недостаточностью двустворчатого клапана существуетъ еще и суженіе лѣваго венознаго отверстія (что и бываетъ обыкновенно). Если гипертрофированный правый желудочекъ также начинаетъ ослабѣвать, то вмѣстѣ съ тѣмъ ослабѣваетъ и второй звукъ легочной артеріи. Наоборотъ, если усиленіе втораго звука этой артеріи очень значительно, то оно бываетъ слышно на большомъ пространствѣ.

Въ виду вышесказаннаго понятно, что пульсъ лучевой артеріи обыкновенно не представляетъ существенныхъ уклоненій отъ нормы. До тѣхъ поръ пока компенсація остается наивозможно совершенною, а въ особенности пока лѣвый желудочекъ гипертрофируется и расширяется давленіемъ крови, вливающейся въ увеличенномъ количествѣ изъ лѣваго предсердія, аортальная система во время систолы продолжаетъ наполняться приблизительно нормальнымъ образомъ, не смотря на то, что кровь вливается обратно въ лѣвое предсердіе. Пульсъ, соотвѣтственно этому, представляетъ довольно нормальную кривую, т. е. пульсовая волна уменьшена лишь весьма незначительно, и только напряженіе пульса, если гипертрофія лѣваго желудочка не вполне компенсируетъ порокъ клапановъ, оказывается нѣсколько пониженнымъ, что и выражается увеличеніемъ дикротическаго колебанія (*Rückstosselevation*) и уменьшеніемъ тѣхъ колебаній, которыя зависятъ отъ эластичности стѣнокъ самого сосуда (*Elasticitätserhebungen*). Въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, которые намъ приходится лѣчить, расстройство компенсаціи оказывается болѣе значительнымъ, и пульсъ представляется неправильнымъ и малымъ. Последняя особенность свойственна пульсу главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ недостаточность двустворчатого клапана осложнена суженіемъ лѣваго венознаго отверстія. Изъ числа *косвенныхъ послѣдствій* недостаточности двустворчатого клапана нужно въ особенности упомянуть объ относительно частомъ образованіи геморрагическихъ инфарктовъ въ легкихъ.

Распознаваніе недостаточности двустворчатого клапана, этого наиболѣе частаго изъ всѣхъ пороковъ заслонокъ, обыкновенно бываетъ легкимъ, если принимаются въ соображеніе вышеописанные симптомы. Затрудненія представляетъ только дифференціальное распознаваніе недостаточности двустворчатого клапана отъ *случайныхъ* шумовъ, если послѣдніе имѣютъ болѣе значительную силу, чѣмъ обыкновенно, и если правый желудочекъ при этомъ нѣсколько расширенъ. Относящіеся сюда дифференціально-діагностическіе признаки были уже указаны по поводу остраго эндокардита. Отъ смѣшиванія недостаточности двустворчатого клапана съ такими болѣзненными состояніями, которыя сопровождаются случайными шумами, предохраняетъ прежде всего относительно большое увеличеніе праваго сердца, а также усиленіе втораго звука легочной артеріи, которое лишь въ видѣ исключенія сопровождается случайные шумы, да и тогда бываетъ весьма незначительнымъ. Кромѣ того, при случайныхъ шумахъ никогда не встрѣчается видимаго и ощутимаго діастолическаго захлопыванія клапановъ легочной артеріи, которое всегда предполагаетъ значительное расширеніе праваго сердца и названной артеріи. Но, съ другой стороны, діагнозъ недостаточности двустворчатого клапана можетъ оказаться невѣрнымъ, въ томъ смыслѣ, что при вскрытіи трупа можно не найти въ этомъ клапанѣ ожидаемыхъ анатомическихъ измѣненій, если расширеніе и гипертрофія сердца развились вслѣдствіе какой нибудь другой причины, а въ дальнѣйшемъ теченіи присоединилась *относительная* недостаточность двустворчатого клапана, оттого ли, что расширеніе сердца достигло крайнихъ размѣровъ и такимъ образомъ анатомически неизмѣненный клапанъ уже не могъ вполне замыкаться, или же оттого, что замыканіе клапана сдѣлалось невозможнымъ вслѣдствіе перерожденія сосковидныхъ мышцъ. Въ практикѣ главную роль здѣсь играютъ гипертрофія сердца при Брайтовой болѣзни, идіопатическое увеличеніе сердца и послѣдовательное расширеніе съ гипертрофіею праваго сердца при эмфиземѣ. Возникновеніе относительной недостаточности двустворчатого клапана во всѣхъ этихъ случаяхъ предполагаетъ ослабленіе (или перерожденіе) и растяженіе лѣваго желудочка, причемъ на верхушкѣ сердца появляется систолическій шумъ. Въ этихъ случаяхъ относительная недостаточность двустворчатого клапана еще можетъ быть отличена, по крайней мѣрѣ обыкновенно, отъ недостаточности органической. Слѣдуетъ только принимать въ соображеніе существующія въ то же время болѣзненныя состоянія и самый способъ возникновенія измѣненій сердца въ каждомъ данномъ случаѣ, а особенно—то обстоятельство, что шумъ, свойственный относительной недостаточности двустворчатого клапана, какъ и случайные шумы, до нѣкоторой степени измѣнчивъ въ своей силѣ, смотря по состоянію возбужденія сердца въ данную минуту, причемъ, въ противоположность систолическому шуму въ случаяхъ органической недостаточности двустворчатого клапана, онъ во время

усиленной дѣятельности сердца⁴⁾ скорѣе ослабѣваетъ, чѣмъ усиливается, а при максимальномъ усиленіи ея, напр. послѣ употребленія *digitalis*, онъ совсѣмъ исчезаетъ, если только еще не наступило непоправимое перерожденіе сердечной мышцы. Наконецъ, иногда, какъ мы сейчасъ увидимъ, бываетъ трудно у постели больного рѣшить вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ чистою недостаточностью двустворчататаго клапана, или же она осложнена суженіемъ лѣваго венознаго отверстія, какъ это бываетъ обыкновенно.

б) Суженіе лѣваго венознаго отверстія.

Суженіе этого отверстія почти всегда существуетъ одновременно съ недостаточностью двустворчататаго клапана. Слѣдовательно, вышеописанныя анатомическія и клиническія послѣдствія недостаточности названнаго клапана почти всегда имѣются и при суженіи лѣваго венознаго отверстія, но представляются существенно видоизмѣненными, такъ что діагнозъ суженія, не смотря на существующую въ то же время недостаточность клапана, можетъ быть поставленъ легко и съ полною достовѣрностью, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ. Чистое суженіе, безъ одновременной недостаточности, встрѣчается тогда, когда обѣ створки клапана, не представляясь сморщенными, срослены между собою воронкообразно, начиная отъ своего основанія. Но доказать положительно, что въ этихъ случаяхъ (чрезвычайно рѣдкихъ по сравненію съ тѣми, гдѣ суженіе несомнѣнно сопутствуется недостаточностью) было еще возможно полное замыканіе клапана, удастся очень рѣдко даже при анатомическомъ вскрытіи. Поэтому распознаваніе въ значительномъ большинствѣ случаевъ должно сосредоточиваться на разрѣшеніи того вопроса, *какія именно клиническія явленія даютъ намъ право признать наряду съ недостаточностью двустворчататаго клапана одновременное суженіе лѣваго венознаго отверстія и который изъ этихъ двухъ пороковъ преобладаетъ у даннаго больного.*

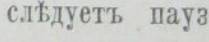

Не трудно сообразить, что препятствіе, обыкновенно очень значительное, представляемое суженіемъ лѣваго венознаго отверстія для прохожденія крови изъ лѣваго предсердія въ лѣвый желудочекъ, должно всегда обуславливать расстройство кровообращенія, ибо необходимымъ послѣдствіемъ всякаго суженія упомянутаго отверстія долженъ быть сильный застой крови въ лѣвомъ предсердіи, а затѣмъ въ системѣ малаго круга и въ правомъ сердцѣ. Соотвѣтственно этому мы находимъ значительное расширеніе и гипертрофію праваго желудочка, тогда какъ лѣвый желудочекъ и аорта тѣмъ менѣе наполнены, чѣмъ сильнѣе развито суженіе венознаго отверстія.

⁴⁾ Чтобы вызвать усиленную дѣятельность сердца, больного заставляютъ нѣсколько разъ пройти по комнатѣ, или, если онъ лежитъ въ постели, то проавести руками или туловищемъ ту или другую мышечную работу.

Прим. М. А.

При *осмотрѣ* мы замѣчаемъ распространенную пульсацію; сердечный толчекъ хотя и смѣщенъ далеко кнаружи, т. е. къ лѣвой аксиллярной линіи, но по направленію книзу онъ смѣщенъ менѣе, чѣмъ при чистой недостаточности, такъ какъ свойственная этой послѣдней гипертрофія лѣваго желудочка при одновременномъ суженіи венознаго отверстія не развивается вовсе или, по крайней мѣрѣ, отчасти задерживается въ своемъ развитіи, смотря по тому, насколько суженіе преобладаетъ надъ недостаточностью. Вмѣстѣ съ тѣмъ замѣчается сильное біеніе надчревной области, которое прямо указываетъ на расширение праваго желудочка.—При *ощупываніи* мы находимъ ослабленіе сердечнаго толчка и обыкновенно сильное дрожаніе (*frémissement cataire*), отличающееся отъ такого же дрожанія при чистой недостаточности тѣмъ, что оно начинается передъ систолой и происходитъ съ рѣзко замѣтными перерывами; особенности эти констатируются также при выслушиваніи, и намъ еще придется о нихъ говорить.

При *выстукиваніи* мы находимъ прежде всего значительное увеличеніе праваго сердца, т. е. максимальное расширеніе сердечной тупости въ правую сторону.

При *выслушиваніи* констатируется шумъ на верхушкѣ сердца, который въ различныхъ случаяхъ имѣетъ весьма неодинаковыя свойства. Относительно рѣдко шумъ бываетъ *чисто діастолическій*, т. е. появляется въ самомъ началѣ діастолы желудочка и заступаетъ мѣсто втораго звука, а затѣмъ слѣдуетъ пауза:——. Но обыкновенно шумъ появляется только во вторую часть діастолы желудочка или, по крайней мѣрѣ, лишь въ это время достигаетъ своей полной силы, такъ что онъ занимаетъ главнымъ образомъ «паузу» между вторымъ и послѣдующимъ первымъ звукомъ. Это видоизмѣненіе діастолическаго шума обыкновенно называется шумомъ *«пресистолическимъ»* и происходитъ вслѣдствіе того, что въ началѣ діастолы желудочка кровь вливается въ него изъ предсердія чрезъ суженное отверстіе подъ такимъ относительно ничтожнымъ давленіемъ, что не образуется достаточно сильныхъ круговоротовъ, какіе необходимы для возникновенія шума, а достаточную для этого силу они получаютъ лишь во время сокращенія предсердія, т. е. приблизительно въ послѣднія двѣ трети діастолы желудочка. Кромѣ того, шумъ можетъ прерываться, такъ что между чисто-діастолическимъ (начальнымъ) и пресистолическимъ (заключительнымъ) шумомъ существуетъ небольшая пауза («прерывистый видоизмѣненно-діастолическій шумъ», по *Früntzelю*). Устанавливать дальнѣйшія различія въ ритмѣ шума я считаю неправильнымъ, тѣмъ болѣе, что первый звукъ сердца, какъ мы уже замѣтили, почти всегда бываетъ тоже замѣненъ шумомъ, и, слѣдовательно, дальнѣйшее болѣе, тонкое дифференцированіе особенностей шума слишкомъ много зависѣло бы отъ субъективнаго произвола. Если *первый звукъ*, въ видѣ исклю-

ченія, бываетъ чистъ, то онъ можетъ представляться *поразительно сильнымъ*, почти металлическимъ.

Последнее явленіе объясняется тѣмъ, что при нормальныхъ условіяхъ двустворчатый клапанъ начинаетъ напрягаться уже въ концѣ діастолы, а во время систолы напряженіе его увеличивается. Но чѣмъ болѣе велика разность между начальнымъ и конечнымъ напряженіемъ клапана, тѣмъ болѣе силенъ первый звукъ. А при суженіи лѣваго венознаго отверстія начальное напряженіе двустворчатого клапана, разумѣется, бываетъ ненормально уменьшено, потому что въ концѣ діастолы находится въ лѣвомъ желудочкѣ очень малое количество крови при незначительномъ напряженіи, тогда какъ во время систолы желудочка зубцы двустворчатого клапана напрягаются очень сильно, по крайней мѣрѣ — *въ сравненіи* съ ненормально малымъ начальнымъ напряженіемъ; слѣдовательно, *разность* напряженій ненормально велика, и поэтому первый звукъ оказывается болѣе сильнымъ, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Не всегда при этомъ пороки клапана бываютъ слышны діастолическій шумъ. Если подумать о томъ, что для возникновенія такого шума необходимо образованіе круговоротовъ, имѣющихъ извѣстную силу, то станетъ понятно, что, когда систола предсердія ослаблена, какъ это бываетъ въ особенности къ концу жизни, образующіеся круговороты будутъ слишкомъ слабы для того, чтобы вызвать шумъ, слышный для нашего уха, и въ такихъ случаяхъ только неопытный будетъ пораженъ, если при вскрытіи окажется рѣзкое суженіе лѣваго венознаго отверстія у такого больного, у котораго при жизни нельзя было констатировать шума, не смотря на самое тщательное выслушиваніе.

Мнѣ приходилось видѣть, что при слабой дѣятельности сердца нельзя было *почувствовать* ни разу констатировать шума, хотя его искали ежедневно. Въ такихъ случаяхъ, по моимъ наблюденіямъ, еще возможенъ, по крайней мѣрѣ, предположительный діагнозъ суженія лѣваго венознаго отверстія, если несомнѣнная гипертрофія праваго сердца съ усиленіемъ втораго звука легочной артеріи не можетъ быть объяснена состояніемъ легкихъ и т. п., и если для существующей въ то же время слабости пульса лучевой артеріи нельзя отыскать достаточной причины. Однако, и въ осложненныхъ случаяхъ могутъ отсутствовать послѣдовательныя явленія, столь важныя для діагноза суженія лѣваго венознаго отверстія; это доказывается слѣдующимъ примѣромъ:

17-лѣтняя дѣвица, въ продолженіе нѣсколькихъ лѣтъ страдавшая хлорозомъ, приобрѣла за $\frac{1}{2}$ года передъ смертію заболѣваніе почекъ съ общеизвѣстными симптомами подостраго (паренхиматознаго) нефрита, т. е. съ грязно-кровянистой мочою, нѣсколько уменьшенною въ количествѣ и содержавшею многочисленныя цилиндры, съ сильною водянкою и появлявшимися по временамъ приступами уремій. При выслушиваніи сердца — очень мягкой, чисто систолическій шумъ, особенно явственный на мѣстѣ легочной артеріи. Сердечная тупость едва переходитъ за лѣвый край грудины, но толчекъ верхушки смѣщенъ влѣво и при этомъ очень силенъ; *пульсъ полонъ*, значительно напряженъ; *второй звукъ легочной артеріи не усиленъ*; рѣзкая анемія. *Діагнозъ: паренхиматозный нефритъ; умѣренная гипертрофія лѣваго желудочка; анемическій шумъ.* Смерть отъ случайно присоединившейся рожи.

Результатъ вскрытія: *блѣдая широкая почка, концентрическая гипертрофія лѣваго желудочка и самое незначительное суженіе лѣваго венознаго отверстія, съ нѣкоторымъ укороченіемъ зубцовъ двустворчатого клапана. Гипертрофія праваго желудочка очень мало выражена. Ткань легкихъ очень блѣдна.*

Съуженіе лѣваго венознаго отверстія было въ этомъ случаѣ, очевидно, настолько ничтожное, что кровь при своемъ прохожденіи чрезъ относительно широкое отверстіе не производила шума и что не образовалось сколько нибудь замѣтнаго застоя въ маломъ кругу (легочная ткань была совершенно безкровна), а поэтому второй звукъ легочной артеріи если и былъ усиленъ, то, во всякомъ случаѣ, очень мало; усиленіе же этого звука, если оно и существовало, не могло быть констатировано по причинѣ значительнаго усиленія втораго звука аорты, которое было обусловлено гипертрофіею лѣваго желудочка, составлявшею, въ свою очередь, послѣдствіе нефрита. Отъ нефрита же зависѣлъ полный напряженный пульсъ лучевой артеріи, состояніе котораго было, слѣдовательно, прямо противоположно тому, какое вообще бываетъ при суженіи лѣваго венознаго отверстія.

Вопросъ о томъ, существуетъ ли уданнаго больнаго наряду съ недостаточностью двустворчатаго клапана еще и суженіе лѣваго венознаго отверстія, разрѣшается далеко не исключительно на основаніи характера шума, но еще лучше—на основаніи другихъ послѣдовательныхъ явленій, вызываемыхъ суженіемъ упомянутого отверстія. Особенно важно при этомъ обращать вниманіе на силу втораго звука легочной артеріи. Вслѣдствіе продолжительнаго застоя крови, всегда существующаго въ системѣ малого круга при этомъ пороѣ сердца, и вслѣдствіе значительной гипертрофіи праваго желудочка, кровь во время діастолы ударяется обратно въ полудунные клапаны легочной артеріи съ особенною силою; поэтому второй звукъ названной артеріи оказывается очень громкимъ, тѣмъ болѣе, что второй звукъ аорты, благодаря незначительному наполненію послѣдней, представляется при сравненіи несоразмѣрно слабымъ. Соотвѣтственно этому во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ мы находимъ видимое и осязаемое діастолическое захлопываніе клапановъ легочной артеріи, далеко распространяющееся по сосѣдству.

Усиленіе втораго звука легочной артеріи отсутствуетъ только въ томъ случаѣ, если правый желудочекъ значительно ослабѣлъ, или же, если, благодаря существующему въ немъ громадному застою крови, развилась въ заключеніе относительная недостаточность трехстворчатаго клапана, вслѣдствіе которой кровь праваго желудочка можетъ проходить обратно въ правое предсердіе. На сонной и подключичной артеріяхъ констатируются, по изслѣдованіямъ *Matterstock'a*, еще чаще, чѣмъ при недостаточности двустворчатаго клапана, сердечно-систолическіе шумы, которые, по всей вѣроятности, должны быть объяснены слабымъ наполненіемъ артерій, причемъ движеніе крови становится неправильнымъ и вызываетъ образованіе круговоротовъ. До нѣкоторой степени патогностическое значеніе имѣетъ наблюдаемое нерѣдко раздвоеніе втораго звука легочной артеріи. *Geigel* объяснялъ это явленіе тѣмъ, что клапаны аорты и легочной артеріи, благодаря неодинаковому наполненію обоихъ сосудовъ, захлопываются при суженіи лѣваго венознаго отверстія неодновременно; т. е. сильно наполненная и менѣе упругая легочная артерія спадается будто бы нѣсколько позже, чѣмъ плохо наполненная аорта. Но когда раздвоеніе втораго звука слышно всего яснѣе на верхушкѣ сердца, то въ подобныхъ случаяхъ явленіе это требуетъ инаго объясненія. Это раздвоеніе втораго сердечнаго звука, столь важное для діагноза суженія лѣваго венознаго отверстія, можетъ быть всего проще истолковано слѣдующимъ образомъ: Послѣ систолы лѣваго желудочка кровяное давленіе въ немъ падаетъ, тогда какъ въ предсердіи, благодаря застою крови, оно повышено, а при сокращеніи предсердія повышается еще болѣе, такъ что во время діастолы

происходитъ растяженіе и напряженіе двустворчатого клапана по направленію къ желудочку. Клапанъ при этомъ, если онъ не сдѣлался слишкомъ ригиднымъ, образуетъ звукъ, который мы и слышимъ, если только онъ не маскируется шумомъ. При недостаточности двустворчатого клапана, не смотря на подобныя же условія кровяного давленія въ лѣвомъ желудочкѣ и лѣвомъ предсердіи, не существуетъ раздвоенія второго сердечнаго звука, такъ какъ зубцы легко развертывающагося клапана могутъ при этомъ беззвучно прикладываться къ стѣнкамъ желудочка, и кровь стекаетъ по нимъ безпрепятственно [*Neukirch, Pel*¹⁾].

Для діагноза суженія лѣваго венознаго отверстія характеръ пульса лучевой артеріи играетъ не менѣе важную роль, чѣмъ несоразмѣрно сильное акцентуированіе второго звука *art. pulmonalis*. Пульсовая волна при этомъ порокѣ сердца, въ противоположность чистой недостаточности двустворчатого клапана, поразительно *мала*, и это слабое напряженіе въ артеріальной системѣ выражается также болѣе значительнымъ диастолическимъ колебаніемъ и слабымъ развитіемъ тѣхъ колебаній, которыя зависятъ отъ эластичности стѣнокъ сосуда. Пульсъ, кромѣ того, учащенъ и даже въ періодѣ удовлетворительной компенсаціи легче становится неправильнымъ, чѣмъ при другихъ порокахъ клапановъ.

Если всѣ эти послѣдовательныя явленія достаточно развиты, то слѣдуетъ предполагать суженіе лѣваго венознаго отверстія, хотя бы при выслушиваніи сердца и не было диастолическаго шума, или констатировался только шумъ чисто систолическій. Не слѣдуетъ забывать, что суженіе лѣваго венознаго отверстія при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ не сопровождается никакими шумами и что, съ другой стороны, оно представляетъ очень частое осложненіе недостаточности двустворчатого клапана. Поэтому я совѣтую быть весьма осторожнымъ относительно *діагноза чистой недостаточности* и положить себѣ за правило—*ставить такой діагнозъ только тогда, когда одновременно суженіе лѣваго венознаго отверстія можетъ быть съ положительностью исключено на основаніи вышеуказанныхъ признаковъ.*

с) Недостаточность клапановъ аорты.

Этотъ порокъ клапановъ, послѣ недостаточности двустворчатого—наиболѣе частый, отличается такими характеристичными симптомами, что распознаваніе его принадлежитъ къ числу самыхъ достовѣрныхъ.

Уже при *осмотрѣ* замѣчаются очень рѣзкія измѣненія: сильное выпячиваніе сердечной области въ лѣвую сторону и разлитыя пульсаторныя сотрясенія грудной стѣнки, простирающіяся до лѣвой аксиллярной линіи, указываютъ на гипертрофію лѣваго желудочка. *Сердечный*

¹⁾ *Pel*, впрочемъ, не признаетъ «пресистолическаго» характера этого звука, т. е. образованія его въ зависимости отъ сокращенія предсердія, а считаетъ диастолическое звучаніе двустворчатого клапана при суженіи лѣваго венознаго отверстія просто результатомъ неодинаковаго кровяного давленія въ желудочкѣ и предсердіи.

толчокъ — рѣзко «приподнимающій» и находится въ 6-омъ или 7-омъ межреберномъ пространствѣ или еще ниже, а вмѣстѣ съ тѣмъ смѣщенъ кнаружи, по направленію къ лѣвой аксиллярной линіи. У основанія сердца иногда ощущивается діастолическое дрожаніе.

Сердечная тупость, соотвѣтственно расширенію и гипертрофіи лѣваго желудочка, увеличена главнымъ образомъ въ лѣвую сторону. Начинаясь выше обыкновеннаго, она простирается почти до лѣвой аксиллярной линіи, выступая иногда нѣсколько влѣво отъ видимаго сердечнаго толчка, а съ правой стороны большею частью переходитъ за лѣвый край грудины; однако, увеличеніе сердечной тупости въ правую сторону всегда бываетъ незначительно въ сравненіи съ увеличеніемъ ея влѣво. Если начало аорты и дуга ея въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни сильно расширяются, то это обнаруживается притупленіемъ перкуторнаго звука на рукояткѣ грудины и вправо отъ нея.

Патогностическимъ признакомъ рассматриваемаго порока клапановъ служить *діастолическій шумъ* на мѣстѣ выслушиванія аорты или вблизи этого мѣста. Шумъ обыкновенно имѣетъ характеръ продолжительнаго жужжанія. Встрѣчаются, однако, отклоненія отъ этого правила: иногда шумъ бываетъ болѣе грубый, а иногда — сравнительно чаще — настолько нѣжный и слабый, что его можно замѣтить только при сосредоточенномъ вниманіи ¹⁾. Для діагноза эти различія въ характерѣ шума имѣютъ очень мало значенія; болѣе важно то, въ какомъ мѣстѣ всего яснѣ слышенъ шумъ ²⁾. Обыкновенно онъ бываетъ слышенъ всего громче на верхней части тѣла грудины, у ея лѣваго края; причина, по которой онъ слышенъ всего сильнѣе не во второмъ правомъ межреберномъ пространствѣ, подобно другимъ звуковымъ явленіямъ, производимымъ клапанами аорты, заключается, конечно, въ томъ, что круговороты, образующіеся вслѣдствіе недостаточности полулунныхъ кла-

¹⁾ Въ рѣдкихъ случаяхъ шумъ можетъ даже *вовсе отсутствовать*; по моимъ наблюденіямъ, это бываетъ обыкновенно тогда, когда недостаточность аортальныхъ клапановъ достигаетъ наивысшей степени своего развитія, т. е. когда вода, вливаемая при анатомическомъ вскрытіи въ аорту, совершенно свободно низвергается чрезъ ея устье въ лѣвый желудочекъ. Клапаны при этомъ могутъ быть до такой степени сморщены, что представляютъ только небольшіе лоскутки, неспособные къ замыканію отверстія. Вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно прекращается образованіе круговоротовъ, а слѣдовательно и не можетъ происходить никакого шума. Второй звукъ, слышимый при такихъ условіяхъ въ начальной части аорты, есть проведенный второй звукъ легочной артеріи. Въ самомъ началѣ развитія этого порока клапановъ также можетъ отсутствовать діастолическій шумъ, тогда какъ другіе симптомы недостаточности аортальныхъ клапановъ, напр. пульсація селезенки (*Gerhardt*), уже ясно выражены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, судя по новѣйшимъ наблюденіямъ, причиною отсутствія шума служить, быть можетъ, уменьшеніе кровянаго давления и скорости теченія крови вслѣдствіе перерожденія сердечной мышцы.

²⁾ Если больной съ недостаточностью полулунныхъ клапановъ аорты и вторымъ тономъ, оканчивающимся яснымъ шумомъ, ослабѣлъ вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ причинъ, напр. вслѣдствіе развитія гѣмorrhagическихъ инфарктовъ, потери крови, недостаточнаго питанія перерожденія сердца и пр., то у него можно замѣтить слѣдующія перемѣны: 1) лучевой пульсъ изъ большаго становится сравнительно малымъ и 2) шумъ при второмъ тонѣ слабѣетъ постепенно и даже совсѣмъ исчезаетъ.

пановъ, направлены книзу. На самой верхушкѣ сердца, впрочемъ, шумъ обыкновенно бываетъ едва еще слышенъ въ видѣ очень слабаго діастолическаго дуновения. Наряду съ діастолическимъ шумомъ иногда еще можно слышать второй звукъ, который долженъ быть объясненъ отчасти еще правильно происходящими колебаніями не вполне перерожденныхъ клапановъ аорты. Во время *сistolы* слышенъ *чистый первый звукъ*, а иногда вмѣсто него — *сistolическій шумъ*. Послѣдній можетъ зависѣть отъ различныхъ причинъ, которыя еще будутъ нами подробнѣе рассмотрѣны по поводу дифференціального распознаванія.

Если существуетъ чистый первый звукъ, то иногда, вмѣсто того чтобы быть очень сильнымъ, какъ слѣдовало бы ожидать а priori въ виду гипертрофіи лѣваго желудочка, онъ бываетъ значительно ослабленъ (въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ даже совсѣмъ отсутствуетъ); *Traube* объясняетъ это такимъ образомъ, что во время діастолы, когда давленіе въ лѣвомъ желудочкѣ повышено, начальное напряженіе двустворчатого клапана несоразмѣрно велико, а поэтому во время систолы оно увеличивается уже весьма незначительно. Амплитуда колебаній двустворчатого клапана можетъ иногда уменьшиться даже настолько, что въ заключеніе первый звукъ совсѣмъ становится неслышнымъ.

При разсматриваемомъ порокѣ клапановъ, болѣе, чѣмъ при всякомъ другомъ, нельзя основывать діагнозъ исключительно на одномъ только изслѣдованіи сердца. Напротивъ того, именно при недостаточности клапановъ аорты существуютъ другія послѣдовательныя состоянія, не касающіяся самаго сердца, которыя представляютъ для діагноза наилучшую точку опоры. Это бываетъ особенно тогда, когда дѣло идетъ о субъектахъ молодаго возраста.

Уже при простомъ ощупываніи *пульса* онъ оказывается до такой степени характеристичнымъ, что изъ одного этого можно въ большинствѣ случаевъ заключить о недостаточности клапановъ аорты. Пульсъ лучевой артеріи представляетъ рѣзко выраженный *pulsus altus et celer*. Гипертрофированный лѣвый желудочекъ во время систолы прогоняетъ въ относительно опустѣвшую артеріальную систему ненормально большую массу крови, попавшую въ него во время діастолы изъ предсердія и изъ аорты: пульсъ поэтому долженъ быстро достигать значительнаго наполненія, которое затѣмъ во время діастолы быстро же уменьшается, такъ какъ кровь проходитъ не только по направленію къ волоснымъ сосудамъ, но и въ лѣвый желудочекъ, чрезъ незакрытое отверстіе между недостаточными клапанами аорты; поэтому пульсъ становится *подскакивающимъ, скорымъ* (*pulsus celer*). Всего яснѣе эти измѣненія пульса обнаруживаются на его сфигмографической кривой. Крутое поднятіе восходящей линіи есть слѣдствіе гипертрофіи лѣваго желудочка; а такъ какъ во время діастолы кровь быстро проходитъ не только къ периферіи, но и къ центру, то нисходящая линія въ своей начальной части спускается очень круто, и поэтому верхушка кривой получаетъ явственно остrokонечную форму. На дальнѣйшемъ протяженіи

нисходящей линіи особенно бросается въ глаза слабо выраженное дикротическое колебаніе, и это вполне естественно, такъ какъ нормальнымъ образомъ оно производится замыканіемъ аортальныхъ клапановъ, и слѣдовательно при недостаточности этихъ клапановъ оно должно отсутствовать.

Если дикротическое колебаніе тѣмъ не менѣе существуетъ въ слабой степени, то это зависитъ оттого, что отраженіе кровяной массы отъ стѣнки желудочка и отъ аортальныхъ клапановъ, хотя бы уже неспособныхъ къ закрытію отверстія, или же отъ ихъ остатковъ, все-таки еще дѣлаетъ возможнымъ образованіе небольшой отраженной волны. Дикротическое колебаніе бываетъ относительно велико при одновременной недостаточности двустворчатого клапана, такъ какъ большее количество крови, вливающееся при этихъ условіяхъ изъ лѣваго предсердія во время діастолы, оказываетъ возвращающейся изъ аорты кровяной волнѣ достаточное противодѣйствіе, чтобы сдѣлалось возможнымъ отраженіе аортальной крови, а слѣдовательно и дикротическое колебаніе.

Въ видѣ примѣра я могу привести слѣдующій случай изъ моей клиники, который впервые былъ подробно анализированъ и описанъ Geigel'емъ-младшимъ:

20-лѣтняя дѣвица, страдающая недостаточностью аортальныхъ клапановъ съ обычными послѣдовательными явленіями, между прочимъ также съ отсутствіемъ дикротическаго колебанія на сфигмографической кривой. Обостреніе эндокардита, съ развитіемъ острой недостаточности двустворчатого клапана, въ теченіи которой обнаружилось явственное дикротическое колебаніе. Затѣмъ, когда прошла недостаточность двустворчатого клапана, такъ что подъ конецъ опять существовала только чистая недостаточность клапановъ аорты, дикротическое колебаніе исчезло.

Что сочетаніе недостаточности аортальныхъ клапановъ съ *относительною* недостаточностью двустворчатого точно также благопріятствуетъ происхожденію дикротическаго колебанія, это доказываетъ слѣдующій случай:

Мельникъ 49-ти лѣтъ. Диагнозъ: *insufficiencia valv. aortae cum sequelis; hypertrophia ventric. sinistri permagna*. При поступленіи въ Juliussspital — діастолическій шумъ на аортѣ, громкій систолическій шумъ на верхушкѣ сердца, слегка усиленный второй звукъ легочной артеріи, застойныя явленія, увеличеніе печени и селезенки. Дикротическое колебаніе выражено довольно сильно. Назначено: *Digitalis 5×0,1* (т. е. 5 разъ въ день по 0,1 грам.). Въ теченіе слѣдующей недѣли *систолическій шумъ исчезъ*, пульсъ сдѣлался рѣдкимъ и полнымъ, печень уменьшилась на два поперечныхъ пальца, селезенка—до нормальнаго объема, и *дикротическое колебаніе сдѣлалось менѣе явственнымъ*. Въ концѣ той же недѣли больной выпиcался изъ госпиталя, такъ какъ всѣ субъективные симптомы исчезли. Температура постоянно колебалась между 36°,5 и 37°,5; пульсъ вначалѣ доходилъ до 100 ударовъ въ минуту, а впослѣдствіи упалъ до 77-ми. Въ виду этого теченія болѣзни мы признали сочетаніе недостаточности аортальныхъ клапановъ съ относительною недостаточностью двустворчатого.

Своеобразная форма *нисходящей линіи*, согласно вышесказанному, можетъ вообще считаться патогностическимъ признакомъ недостаточности аортальныхъ клапановъ; но при этомъ не слѣдуетъ забывать, что сфигмографическая кривая характеристична только тогда, когда недостаточность аортальныхъ клапановъ существуетъ безъ осложненій, когда сердечная мышца работаетъ энергично и когда въ то же время не существуетъ значительнаго атероматознаго перерожденія, такъ какъ послѣднее препятствуетъ быстрому спаденію артеріи, и поэтому верхушка кривой становится менѣе заостренною.

Столь же рѣзкія измѣненія представляетъ пульсъ другихъ артерій; такъ напр., на бедренной артеріи ощущается при каждой систолѣ короткій быстрый ударъ, а въ сонныхъ артеріяхъ уже издали видно сильное біеніе и подскакиваніе; но и въ мельчайшихъ артеріальныхъ вѣточкахъ существуетъ видимый и ощутимый *pulsus celer*; подъ ногтями ручныхъ пальцевъ и на кожѣ (если на ней искусственно вызвана краснота), а при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи — въ сосудахъ сѣтчатки, очень явственно замѣчается капиллярный пульсъ; иногда также ощущается пульсація *печени и селезенки*.

При выслушиваніи *периферическихъ артерій* тоже констатируются очень характерныя измѣненія. Между тѣмъ какъ при нормальныхъ условіяхъ, слегка приложивъ стетоскопъ, мы находимъ слышные звуки только въ сонной и подключичной артеріяхъ,—при выраженной недостаточности аортальныхъ клапановъ звучать также плечевая, лучевая, бедренная, подколенная и даже болѣе мелкія артеріи. Вполнѣ патогностическаго признака это сердечно-систолическое звучаніе артерій не представляетъ, такъ какъ, по крайней мѣрѣ—въ бедренной артеріи, оно встрѣчается и при другихъ условіяхъ, а особенно—при лихорадочныхъ состояніяхъ. Но артеріальные звуки во всѣхъ этихъ случаяхъ болѣе слабы, чѣмъ при недостаточности клапановъ аорты, гдѣ условія для звучанія артерій наиболѣе благоприятны.

Образованіе сердечно-систолическаго звука въ большихъ артеріяхъ зависитъ оттого, что въ моментъ прохожденія крови въ аортную систему внезапно и сильно напрягается артеріальная стѣнка, напряженіе которой во время діастолы было уничтожено. Чѣмъ болѣе значителенъ приростъ напряженія артеріальной стѣнки во время систолы желудочка, тѣмъ болѣе громкимъ оказывается сердечно-систолическій звукъ въ артеріи. Но именно при недостаточности аортальныхъ клапановъ особенно велика эта разность между систолическимъ приростомъ напряженія, съ одной стороны, и діастолическимъ уменьшеніемъ его—съ другой: приростъ напряженія увеличивается дѣйствіемъ расширеннаго и гипертрофированнаго лѣваго желудочка, но и потеря напряженія тоже увеличивается вслѣдствіе обратнаго прохожденія крови въ лѣвый желудочекъ во время діастолы. Поэтому сердечно-систолическій звукъ появляется и въ болѣе отдаленныхъ отъ сердца артеріяхъ, въ которыхъ разность напряженій при нормальныхъ условіяхъ слишкомъ незначительна для того, чтобы вызвать образованіе звука. Но иногда въ сонной артеріи бываетъ слышенъ, *вмѣсто перваго звука, сердечно-систолическій шумъ*, не смотря на то, что повидимому существуютъ всѣ вышеупомянутыя условія для образованія чистаго перваго звука; причина этого, какъ было въ особенности выставлено на видъ *Fräntzel* емъ, заключается въ томъ, что сильному напряженію артеріальной стѣнки въ такихъ случаяхъ предшествовало слишкомъ значительное уменьшеніе напряженія во время діастолы: внезапно напрягающаяся артеріальная стѣнка была передъ тѣмъ такъ мало напряжена, что правильныя колебанія невозможны, а поэтому вмѣсто чистаго звука является шумъ. Съ другой стороны, въ *бедренной артеріи* часто приходится слышать не одинъ, а два звука (такъ наз. «*двойной тонъ*»). Происхожденіе втораго (сердечно-діастолическаго) звука старались объяснить различнымъ образомъ. Несомнѣнно, что внезапное уменьшеніе напряженія артеріальной стѣнки можетъ быть причиною образованія этого втораго звука. Другое объясненіе, предложенное *Bamberger* омъ, имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ кровяную волну, возвращающуюся къ сердцу во время діастолы, причемъ предполагается, что волна эта, если она очень сильна, можетъ вызвать образованіе звука въ артеріи. Какъ бы то ни было, этою возвращающеюся кровяною волною долженъ быть объясненъ шумъ, который во многихъ случаяхъ недостаточности аорталь-

ныхъ клапановъ бываетъ слышенъ во время діастолы желудочка при надавливаніи стетоскопомъ на бедренную артерію. При умѣренномъ надавливаніи слышенъ въ этой артеріи прежде всего стенотический шумъ, совпадающій по времени съ систолой желудочка, такъ какъ кровь, при своемъ поступательномъ движеніи, вынуждена этимъ самымъ проходить чрезъ искусственно суженную часть артеріальной трубки; если затѣмъ оставить стетоскопъ на прежнемъ мѣстѣ, то вслѣдъ за сердечно-систолическимъ шумомъ, по той же самой причинѣ, является сердечно-діастолическій, коль скоро возвращающаяся кровяная волна достаточно сильна, а таковою она навѣрно всегда бываетъ въ бедренной артеріи при недостаточности аортальныхъ клапановъ. И дѣйствительно, нигдѣ этотъ двойной шумъ не бываетъ слышенъ такъ громко и съ такимъ постоянствомъ, какъ именно при разсматриваемомъ пороѣ сердца, при которомъ возвращающаяся кровяная волна становится болѣе сильною, такъ какъ она здѣсь не отражается отъ аортальныхъ клапановъ. Поэтому присутствіе двойнаго шума въ бедренной артеріи имѣетъ для діагноза недостаточности аортальныхъ клапановъ рѣшающее значеніе (*Duroziez*). Однако, этотъ двойной шумъ—правда, въ болѣе слабой степени—встрѣчается иногда и при другихъ состояніяхъ. Въ сонной артеріи, уже при легкомъ приложеніи стетоскопа, также бываетъ слышенъ *сердечно-діастолическій шумъ*; но причина его здѣсь совершенно иная: это есть шумъ, проведенный отъ недостаточныхъ клапановъ аорты, и онъ часто даже отсутствуетъ, если условія для его передачи неблагоприятны, а при неполнѣ развитой недостаточности аортальныхъ клапановъ можетъ даже существовать слабый второй звукъ.

Аортальные клапаны, подобно другимъ, могутъ, хотя и рѣдко, становиться *относительно* недостаточными, если устье аорты чрезмерно расширено до такой степени, что клапаны, не измѣненные анатомически, не могутъ его закрывать ¹⁾. Эта относительная недостаточность аортальныхъ клапановъ характеризуется, по *Groedelю*, діастолическимъ чрезвычайно громкимъ музыкальнымъ шумомъ, образующимся будто бы вслѣдствіе того, что клапаны, неизмѣненные въ своемъ строеніи, могутъ быть приведены возвращающеюся кровяною волною въ правильныя колебанія. Хотя музыкальные діастолическіе шумы встрѣчаются и при другихъ условіяхъ,—главнымъ образомъ, повидимому, при анатомической недостаточности аортальныхъ клапановъ, обусловленной ихъ продыравливаніемъ, а въ видѣ скоропреходящаго явленія—даже у здороваго человѣка, какъ это мнѣ еще недавно пришлось наблюдать,—однако, при явственно музыкальномъ характерѣ діастолическаго шума слѣдуетъ прежде всего подвергать обсужденію вопросъ объ *относительной* недостаточности аортальныхъ клапановъ, тѣмъ болѣе, что анатомическое вскрытіе въ подобныхъ случаяхъ оправдывало прижизненное распознаваніе. Діагнозъ относительной недостаточности еще болѣе подтверждается, если при выстукиваніи констатировано расширение начальной части аорты.

¹⁾ *Fütterer* подробно описалъ еще и другой способъ возникновенія относительной недостаточности аортальныхъ клапановъ, наблюдавшійся недавно въ моей клиникѣ: относительная недостаточность произошла вслѣдствіе разрыва стѣнокъ аорты съ образованіемъ выпячиванія или чего-то въ родѣ «ложнаго кармана», который помѣстился между анатомически неизмѣненными клапанами аорты и поставилъ одинъ изъ нихъ въ невозможность функціонировать.

Резюмируя въ короткихъ словахъ тѣ симптомы, которые наиболѣе важны для діагноза недостаточности аортальныхъ клапановъ, мы должны сказать, что *громкій діастолическій шумъ*, слышный на груди, есть важнѣйшій изъ всѣхъ діагностическихъ признаковъ, безъ котораго нельзя ставить діагноза и, наоборотъ, въ присутствіи котораго діагнозъ долженъ быть поставленъ, хотя бы даже отсутствовали другіе симптомы этого порока клапановъ ¹⁾. Но діагнозъ существенно пополняется, если мы находимъ тѣ послѣдовательныя явленія, которыя особенно рѣзко бываютъ выражены именно при этомъ порокѣ клапановъ, т. е. гипертрофію и расширение лѣваго желудочка, слабый первый звукъ на верхушкѣ сердца, полный и скорый пульсъ, сильное бѣіе и звучаніе артерій, двойной звукъ или двойной шумъ въ бедренной артеріи, и т. д. Если при выслушиваніи сердца констатируется, кромѣ діастолическаго, еще и систолическій шумъ, то діагнозъ можетъ сдѣлаться въ высшей степени труднымъ, потому что систолическій шумъ, какъ уже сказано, можетъ здѣсь происходить отъ весьма различныхъ причинъ. Прежде всего при этомъ слѣдуетъ подумать объ одновременномъ суженіи устья аорты, такъ какъ оно довольно часто осложняетъ недостаточность аортальныхъ клапановъ. Сочетаніе этихъ двухъ пороковъ должно быть диагностировано въ томъ случаѣ, если систолическій шумъ хотя и слышенъ по всему сердцу, но громче всего — соотвѣтственно устью аорты, если у основанія сердца ощущивается систолическое дрожаніе, если пульсъ поразительно малъ для недостаточности аортальныхъ клапановъ и если отсутствуетъ звучаніе артерій. Но и тогда, когда громкій систолическій шумъ слышенъ всего сильнѣе у основанія сердца, необходима осторожность въ постановкѣ діагноза, такъ какъ были наблюдаемы случаи, гдѣ, не смотря на это, при анатомическомъ вскрытіи не оказывалось въ клапанахъ такихъ измѣненій, которыя оправдывали бы діагнозъ суженія аортальнаго устья. И дѣйствительно, уже простое расширение начальной части аорты, довольно легко образующееся при недостаточности аортальныхъ клапановъ вслѣдствіе чрезвычайно высокаго давленія въ аортной системѣ, можетъ вызвать въ устьѣ аорты систолическій шумъ, обусловленный круговоротными движеніями крови; но при этомъ, въ противоположность сочетанію разсматриваемыхъ двухъ

¹⁾ Въ рѣдкихъ случаяхъ *діастолическій шумъ* не есть слѣдствіе недостаточности аортальныхъ клапановъ, а имѣетъ *случайный* характеръ. При этомъ онъ происходитъ въ близкихъ къ сердцу *венахъ*, возникая вслѣдствіе образующихся въ нихъ круговоротовъ, особенно у малокровныхъ субъектовъ. Такъ какъ круговороты болѣе сильны во время діастолы, потому что въ этомъ фазисѣ сердечной дѣятельности облегченъ оттокъ крови, то можетъ случиться, что на груди будетъ слышенъ только *діастолическій шумъ*, проведенный или изъ нижней полой вены (причемъ онъ будетъ особенно громкимъ на нижней части грудины), или изъ внутренней яремной вены. Въ послѣднемъ случаѣ онъ будетъ усиливаться по направленію къ ключицѣ; кромѣ того, по моимъ наблюденіямъ, существуетъ еще одинъ признакъ, на основаніи котораго очень легко можно доказать, что мы имѣемъ дѣло съ проведеннымъ «венознымъ шумомъ»: именно, при надавливаніи на яремную вену этотъ шумъ въ большинствѣ случаевъ исчезаетъ.

пороковъ, бываютъ сохранены свойства пульса, характеристичныя для недостаточности аортальныхъ клапановъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ сохранено звучаніе артерій. Этимъ, однако, еще не исчерпываются всѣ причины, отъ которыхъ можетъ зависѣть констатируемый при выслушиваніи сердца систолическій шумъ. Помимо осложненія недостаточностью двустворчатого клапана, вызванною развившимся на немъ эндокардитомъ, сосковидныя мышцы расширеннаго лѣваго желудочка, подвергаясь сильному сжатію, могутъ оказаться сплюснутыми и чрезмѣрно вытянутыми, такъ что въ концѣ концовъ онѣ начинаютъ слабѣе функционировать; кромѣ того, гипертрофія лѣваго желудочка можетъ и здѣсь, какъ и въ другихъ случаяхъ, съ теченіемъ времени повести къ относительной недостаточности двустворчатого клапана. Систолическій шумъ при такихъ условіяхъ, въ противоположность тому шуму, который зависитъ отъ осложняющаго суженія устья аорты, будетъ представляться мягкимъ, второй звукъ легочной артеріи будетъ усиленъ, и въ концѣ концовъ дѣло не обойдется безъ послѣдовательнаго расширенія праваго желудочка. Распознать причину систолическаго шума въ такихъ случаяхъ, при нѣкоторомъ вниманіи, не трудно, въ особенности, если постепенно обнаруживается все болѣе и болѣе сильный застой крови и если появилась относительная недостаточность трехстворчатого клапана, съ ея симптомами.

Въ числѣ послѣдствій венознаго застоя появляется и альбуминурія: моча становится темною, отдѣляется въ скудномъ количествѣ, изобилуетъ солями, даетъ большой осадокъ и содержитъ умѣренныя количества бѣлка и гіалиновые цилиндры. По эту альбуминурію, сопровождаемую перечисленными измѣненіями мочи (такъ наз. застойною мочею), необходимо строго отличать отъ той альбуминуріи, которая происходитъ вслѣдствіе нефрита, осложняющаго недостаточность аортальныхъ клапановъ даже въ періодъ полной компенсаціи, и которая, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается при этомъ порокѣ сердца не особенно рѣдко ⁶⁾. Моча въ такихъ случаяхъ представляетъ характерныя особенности, свойственныя нефриту, и именно—хроническому, т. е. отдѣляется въ обильномъ количествѣ, болѣе или менѣе прозрачна, содержитъ наряду съ гіалиновыми еще и зернистыя цилиндры, и находящееся въ ней количество бѣлка не колеблется такъ сильно, какъ при застойной почкѣ, при которой содержаніе бѣлка въ мочѣ зависитъ отъ состоянія сердечной дѣятельности въ каждый данный моментъ.

При недостаточности аортальныхъ клапановъ, въ противоположность другимъ порокамъ заслонокъ, расширеніе и гипертрофія лѣваго желудочка сопровождается тягостными для больныхъ явленіями, а именно—чувствомъ жара, біенія и давленія въ головѣ, головною болью, головокруженіемъ или даже разрывомъ въ большинствѣ случаевъ атероматозно перерожденныхъ артерій головного мозга, съ его послѣдствіями. При распознаваніи недостаточности аортальныхъ клапановъ необходимо, между прочимъ, принимать и эти симптомы въ соображеніе.

⁶⁾ Будетъ вѣрнѣе смотрѣть на дѣло такимъ образомъ: недостаточность аортальныхъ клапановъ и нефритъ являются нерѣдко послѣдствіемъ одной и той же общей причины, а именно, артеріосклеротическихъ и атероматозныхъ измѣненій сосудовъ. Нефритъ, развивающійся въ почкахъ подъ вліяніемъ артеріосклеротическаго измѣненія мелкихъ сосудовъ, такъ и называется теперь *артеріосклеротическимъ*.

d) Суженіе устья аорты.

Явленія, на которыхъ основывается діагнозъ *суженія аортальнаго устья*, представляются гораздо болѣе простыми, чѣмъ соответствующія явленія при недостаточности аортальныхъ клапановъ. Какъ при недостаточности, такъ и при суженіи, наиболѣе рѣзкій симптомъ, констатируемый физическимъ изслѣдованіемъ, состоитъ въ гипертрофіи *лѣваго* желудочка. Но величина сердца при суженіи аортальнаго устья не такъ громадна, потому что расширеніе желудочка въ неосложненныхъ случаяхъ сильно отступаетъ на задній планъ, сравнительно съ его гипертрофіей; если же суженіе осложнено недостаточностью, какъ это часто бываетъ, то къ гипертрофіи присоединяется болѣе значительное расширеніе желудочка, и въ такомъ случаѣ величина лѣваго сердца часто достигаетъ громадныхъ размѣровъ. *Толчекъ верхушки* смѣщенъ нѣсколько внизъ и кнаружи, но при этомъ менѣе распространенъ и обыкновенно менѣе силенъ, чѣмъ слѣдовало бы ожидать въ виду существующей гипертрофіи сердца, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ было замѣчено *Traube*, онъ совсѣмъ даже отсутствуетъ, потому что при суженіи аортальнаго устья уменьшена скорость и величина кровяной массы, проталкиваемой въ аорту, а вслѣдствіе этого уменьшается сила противоудара.

Другое, въ діагностическомъ отношеніи самое важное, послѣдствіе суженія аортальнаго устья заключается въ образованіи *систолическаго шума*. Этотъ шумъ, производимый круговоротами, образующимися при медленномъ протискиваніи крови въ аорту чрезъ ея суженное устье, бываетъ соответственно своему происхожденію очень громкимъ и протяжнымъ, пѣвучимъ или свистящимъ, и иногда даже слышенъ на разстояніи. Наибольшую силу онъ имѣетъ у края грудины во второмъ правомъ межреберномъ пространствѣ, а по направленію книзу сила его уменьшается; обыкновенно, впрочемъ, этотъ шумъ бываетъ слышенъ очень явственно по всему сердцу, даже у верхушки, гдѣ онъ почти всегда заглушаетъ первый звукъ, производимый замыканіемъ двустворчататаго клапана.

На томъ же протяженіи, гдѣ слышенъ этотъ шумъ, ощущивается пальцемъ *систолическое дрожаніе*, наиболѣе сильное у основанія сердца, около праваго края грудины. *Второй звукъ аорты* слабъ, по той причинѣ, что кровяное давленіе въ аортной системѣ остается очень незначительнымъ, не смотря на гипертрофію лѣваго желудочка. Въ другихъ случаяхъ онъ совсѣмъ даже не слышенъ наряду съ очень протяжнымъ систолическимъ шумомъ, или же вмѣсто него существуетъ діастолическій шумъ, зависящій отъ одновременной недостаточности аортальныхъ клапановъ. Второй звукъ аорты, всегда ослабленный, не распространяется въ сонную артерію, такъ что въ послѣдней онъ со-

всѣмъ не слышенъ, а существуетъ только сердечно-систолическій шумъ взаимнѣй перваго звука этой артеріи. Въ бедренной же артеріи, въ противоположность недостаточности аортальныхъ клапановъ, не слышно ничего, а особенно никогда не бываетъ слышно двойнаго шума.

Какъ при недостаточности аортальныхъ клапановъ пульсъ лучевой артеріи принимаетъ въ высшей степени характерныя свойства (*pulsus altus et celer*), точно также и при суженіи аортальнаго устья онъ представляетъ важныя измѣненія, имѣющія значеніе для діагноза. Пульсовая волна становится *малой* и *очень продолжительной*: она мала вслѣдствіе того, что кровяная масса, проталкиваемая въ артеріальную трубку чрезъ суженное устье аорты, относительно ничтожна, не смотря на гипертрофію лѣваго желудочка; болѣшая же продолжительность пульсовой волны (*pulsus tardus*) свойственна суженію аортальнаго устья во первыхъ потому, что артеріальная трубка, благодаря затрудненному прохожденію крови въ аорту, растягивается очень медленно, и во вторыхъ потому, что суженіе аортальнаго устья обыкновенно сопровождается ригидностью артерій, такъ что спаденіе сосуда происходитъ весьма постепенно: онъ остается растянутымъ болѣе долгое время, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, а соотвѣтственно этому верхушка пульсовой волны должна сдѣлаться болѣе плоскою. Если сердечный толчекъ силенъ, что, впрочемъ, бываетъ рѣдко, то онъ представляетъ большой контрастъ съ относительно малымъ и медленнымъ пульсомъ. Частота пульса обыкновенно тоже бываетъ уменьшена, такъ какъ сокращенія сердца становятся болѣе рѣдкими вслѣдствіе того, что вѣнечныя артеріи, благодаря суженію аортальнаго устья, наполняются недостаточно.

Распознаваніе суженія аортальнаго устья, въ виду вышесказаннаго, представляется легкимъ, если только дѣло идетъ о *чистомъ* случаѣ. Но такое чистое суженіе встрѣчается довольно рѣдко. Если же одновременно существуетъ недостаточность аортальныхъ клапановъ, что бываетъ очень часто, то вышеуказанные симптомы видоизмѣняются во многихъ отношеніяхъ. Характерныя свойства пульса могутъ, по моимъ наблюденіямъ, совершенно отсутствовать при суженіи аортальнаго устья, и сфигмографическая кривая можетъ даже представлять самую рѣзкую картину полного и скорого пульса (*pulsus altus et celer*), если недостаточность аортальныхъ клапановъ значительно преобладаетъ надъ суженіемъ устья. Распознаваніе одновременнаго суженія въ такихъ случаяхъ даже вообще оказывается невозможнымъ, потому что систолическій шумъ можетъ быть отнесенъ на счетъ послѣдовательнаго расширенія восходящей аорты. Съ другой стороны, наблюдается постепенный переходъ недостаточности въ суженіе, благодаря именно тому, что эндокардитическія разрощенія, первоначально ограничивавшіяся свободнымъ краемъ клапановъ, становятся все болѣе обширными и, распространившись до мѣста ихъ прикрѣпленія, суживаютъ аорталь-

ное устье. Наконецъ, когда компенсирующая дѣятельность лѣваго желудочка въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни ослабѣваетъ, то пульсъ становится мягкимъ, неправильнымъ, а въ заключеніе, какъ и при другихъ порокахъ клапановъ, неминуемо обнаруживаются признаки несостоятельности сердца, т. е. расширеніе праваго желудочка, одышка и проч.

Послѣдствія врожденнаго суженія аортальнаго устья весьма существенно отличаются отъ послѣдствій такого же суженія, приобретеннаго въ болѣе позднемъ возрастѣ. При врожденномъ суженіи остаются открытыми *foramen ovale* и *ductus Botalli*. Если существуетъ полное зарощеніе аортальнаго устья, то вся кровь лѣвой половины сердца проходитъ изъ лѣваго предсердія чрезъ открытое *foramen ovale* въ правое предсердіе, и только нѣкоторая часть ея попадаетъ изъ легочной артеріи въ аорту чрезъ Боталловъ протокъ. вмѣстѣ съ тѣмъ появляются признаки застоя крови въ *правомъ сердцѣ*, которое увеличивается въ объемъ, и наступаетъ *цианозъ*. На основаніи этихъ признаковъ было бы, разумѣется, возможно отличить врожденное суженіе аортальнаго устья, но оно почти никогда не является объектомъ клиническаго распознаванія, такъ какъ почти всѣ дѣти, одержимыя этимъ порокомъ сердца, погибаютъ въ первые дни жизни и развѣ очень рѣдко—спустя нѣсколько недѣль.

Изъ числа пороковъ *праваго сердца* сравнительно большее клиническое значеніе имѣетъ только недостаточность трехстворчататаго клапана, а остальные встрѣчаются рѣдко и бываютъ почти всегда основаны на аномаліяхъ развитія и эндокардитахъ, возникшихъ во время утробной жизни. Последнее составляетъ правило и по отношенію къ недостаточности трехстворчататаго клапана; но все-таки иногда этотъ порокъ сердца бываетъ результатомъ эндокардита, возникшаго во время внѣутробной жизни, и это случается не такъ рѣдко, какъ многіе думаютъ. Что же касается той формы недостаточности трехстворчататаго клапана, которая происходитъ независимо отъ какихъ либо анатомическихъ измѣненій, то наблюдать ее во время внѣутробной жизни случается даже сравнительно часто. Именно, область прикрѣпленія клапана можетъ при расширеніи праваго желудочка настолько растянуться, что замыканіе его зубцовъ, не смотря на отсутствіе въ нихъ анатомическихъ измѣненій, становится невозможнымъ, и обнаруживаются признаки такъ наз. „*относительной*“ недостаточности трехстворчататаго клапана. Такъ какъ эта послѣдняя форма, по моимъ наблюденіямъ, констатируется въ позднѣйшіе періоды болѣзней сердца довольно часто, если только тщательно измѣрять при анатомическомъ вскрытіи ширину праваго венознаго отверстія и сравнивать ее съ длиною отдѣльныхъ зубцовъ трехстворчататаго клапана, то о распознаваніи относительной недостаточности *этого* клапана мы должны будемъ поговорить подробно, тогда какъ по поводу распознаванія другихъ пороковъ праваго сердца можно будетъ ограничиться нѣсколькими словами, тѣмъ болѣе, что симптомы ихъ уже сами собою вытекаютъ изъ сказаннаго нами о послѣдствіяхъ пороковъ лѣваго сердца, если только принять въ расчетъ тѣ видоизмѣненія картины болѣзни, которыя обусловлены мѣстонахожденіемъ

соотвѣтствующаго порока. Поэтому и будетъ достаточно ограничиться краткимъ изложеніемъ тѣхъ симптомовъ, которыми характеризуются отдѣльные пороки клапановъ праваго сердца.

е) Недостаточность клапановъ легочной артеріи.

Естественнымъ послѣдствіемъ этого порока клапановъ является замѣтное увеличеніе (расширеніе и гипертрофія) праваго желудочка, констатируемое при выстукиваніи и сопровождающееся также незначительнымъ смѣщеніемъ сердечнаго толчка по направленію кнаружи; кромѣ того, при выслушиваніи мы находимъ во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ диастолическій шумъ, который на томъ же мѣстѣ ощущается въ видѣ дрожанія; шумъ этотъ распространяется далеко по сосѣдству, именно книзу—почти до мечевиднаго отростка грудины и кверху—почти до ключицы. Соотвѣтственно послѣдовательному расширенію легочной артеріи, прощупывается иногда во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ систолическая пульсація. Первый звукъ легочной артеріи въ однихъ случаяхъ чистъ, а въ другихъ замѣненъ систолическимъ шумомъ, по тѣмъ же самымъ причинамъ, по которымъ и первый звукъ аорты превращается иногда въ систолическій шумъ при недостаточности аортальныхъ клапановъ (см. стр. 41).

ф) Суженіе устья легочной артеріи.

Послѣдствія этого порока клапановъ по отношенію къ правому сердцу—тѣ же самыя, какъ и послѣдствія суженія аортальнаго устья по отношенію къ лѣвому. Именно, при суженіи устья легочной артеріи существуетъ гипертрофія праваго сердца, выражающаяся умѣреннымъ расширеніемъ сердечной тупости въ правую сторону и обширнымъ сотрясеніемъ нижней половины грудной кости, а также надчревной области. Во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ констатируется при выслушиваніи систолическій шумъ, который, кромѣ того, прощупывается въ видѣ систолическаго дрожанія; шумъ этотъ распространяется далеко по сосѣдству. Наступающій въ послѣдствіи венозный застой обнаруживается *цианозомъ, обыкновенно очень сильнымъ*, а также охлажденіемъ конечностей и склонностью къ кровотечениямъ; недостаточное наполненіе системы малаго круга выражается рѣзкимъ *ослабленіемъ втораго звука легочной артеріи*, астматическими приступами и *расположеніемъ къ творожистымъ и булорчатымъ заболѣваніямъ легочной ткани*, отъ которыхъ больные обыкновенно рано погибаютъ.

Авторы старались установить діагностическіе признаки, по которымъ можно было бы отличать *врожденное суженіе устья легочной артеріи* (встрѣчающееся сравнительно нерѣдко) отъ *приобрѣтеннаго* въ послѣдствіи; но старанія эти оказались вообще безуспѣшными. Понятно, что врожденное суженіе должно предполагаться въ томъ случаѣ, если *цианозъ* существуетъ съ самаго рожденія; точно также, если наряду съ симптомами этого порока клапановъ существуетъ *усиленіе втораго звука легочной артеріи*, то мы должны скорѣе предположить суженіе врожденное, потому что усиленное замыканіе ея *клапановъ* указываетъ на обычное здѣсь осложненіе, именно—на незарошеніе Боталлова протока. Признаки, по которымъ принято отличать *суженіе праваго артеріальнаго конуса* (см. ниже) отъ суженія устья легочной артеріи, обусловленнаго измѣненіемъ полулунныхъ клапановъ, построены искусственно и поэтому для діагноза оказываются недостаточными.

Напротивъ того, *суженіе просвѣта легочной артеріи впереди ея клапановъ*, производимое иногда циррозомъ легкихъ и опухолями грудной полости, можетъ по своимъ симптомамъ нѣсколько различаться отъ суженія самаго устья, и при такихъ условіяхъ діагнозъ периферическаго суженія оказывается возможнымъ. Въ подоб-

ныхъ случаяхъ систолическій шумъ наиболѣе силенъ не на мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ, а ближе къ правому краю грудины и, что особенно важно,—сзади и слѣва, между лопаткой и позвоночникомъ. Но важнѣйшимъ отличительнымъ признакомъ я считаю *усиленіе второго звука легочной артеріи*, которое здѣсь является необходимымъ послѣдствіемъ, въ противоположность сѣуженію самаго устья, гдѣ второй звукъ легочной артеріи, по весьма понятнымъ причинамъ, долженъ быть ослабленъ и дѣйствительно оказывался таковымъ почти во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія. Если оба эти симптома существуютъ въ случаѣ одной изъ двухъ вышеупомянутыхъ болѣзней и если къ тому же усиливающаяся одышка не находится въ соотвѣтствіи съ объективными измѣненіями легкихъ, то мы вправѣ распознать сѣуженіе легочной артеріи впереди ея клапановъ.

г) Недостаточность трехстворчатого клапана.

Мы сказали уже, что несравненно чаще, чѣмъ объ остальныхъ порокахъ праваго сердца, возникаетъ у постели больного вопросъ о недостаточности трехстворчатого клапана. Но и симптомы этого порока настолько рѣзки, что діагнозъ почти всегда можетъ быть поставленъ съ большою положительностью. Характеристичны слѣдующія явленія:

1. Сильное *увеличеніе сердечной тупости* въ правую сторону, вслѣдствіе значительнаго расширенія и гипертрофіи праваго предсердія и праваго желудочка; очень распространенный сердечный толчекъ.

2. *Систолическій шумъ*, наиболѣе сильный около нижней части праваго края грудины, приблизительно въ 4-мъ и 5-мъ межреберныхъ пространствахъ, гдѣ прощупывается и систолическое дрожаніе. Шумъ распространяется далеко въ правую сторону.

Соотвѣтственно обратному прохожденію крови въ правое предсердіе и въ долиа вены, кровяное давленіе въ венозной системѣ особенно велико, а въ системѣ легочной артеріи и аорты оно падаетъ тѣмъ болѣе, чѣмъ менѣе развита компенсаторная гипертрофія праваго желудочка, такъ что, въ противоположность обычнымъ застоямъ (напр. при недостаточности двустворчатого клапана), второй звукъ легочной артеріи не особенно усиленъ. Повышеніе кровяного давленія въ венозной системѣ и сопряженное съ венознымъ застоемъ замедленіе кровообращенія въ волосныхъ сосудахъ влекутъ за собою ціанозъ и водянку; но важнѣйшимъ послѣдствіемъ обратнаго прохожденія крови изъ праваго желудочка въ большія вены тѣла оказывается *венный пульсъ*, замѣтный и для зрѣнія, и для осязанія. Этотъ венный пульсъ, всегда наиболѣе замѣтный въ шейныхъ венахъ, отличается, какъ мы уже объяснили, отъ простаго застойнаго пульса своею силою и временемъ своего появленія, такъ какъ онъ оказывается не діастоло-пресистолическимъ, а *пресисто-систолическимъ*. Впрочемъ, различить эти двѣ формы у постели больного не такъ легко, какъ кажется съ теоретической точки зрѣнія, тѣмъ болѣе, что въ практикѣ обыкновенно бываетъ трудно добыть сфигмографическую кривую веннаго пульса. До

нѣкоторой степени это затрудненіе можетъ быть устранено посредствомъ длинной стрѣлки, которая, будучи поставлена въ области верхушки сердца, позволяетъ видѣть венный пульсъ одновременно съ сердечнымъ толчкомъ и такимъ образомъ даетъ возможность опредѣлять время отдѣльныхъ фазисовъ веннаго пульса. До тѣхъ поръ пока клапаны яремной вены успѣшно противодѣйствуютъ обратному теченію крови, венный пульсъ на шеѣ не можетъ обнаружиться во всей своей силѣ; но усиленное захлопываніе клапановъ при такихъ обстоятельствахъ протупывается въ видѣ короткаго удара надъ луковицей яремной вены, а при выслушиваніи констатируется въ видѣ чистаго звука (по Бамбергеру, «звукъ яремныхъ клапановъ»). Въ бедренной венѣ точно также слышенъ звукъ отъ захлопыванія клапановъ, который можетъ быть двойнымъ, соотвѣтственно наполненію вены во время сокращенія предсердія и желудочка. Если венные клапаны въ дальнѣйшемъ теченіи порока сердца сдѣлались недостаточными, а въ бедренной венѣ слышенъ все-таки двойной звукъ, то происхожденіе его (какъ и двойнаго шума) должно быть объяснено правильными (а во второмъ случаѣ неправильными) колебаніями венной стѣнки, напрягающейся во время сокращенія предсердія и желудочка.

Какъ въ яремной и бедренной, точно также и въ другихъ венахъ тѣла, хотя и съ меньшимъ постоянствомъ, наблюдается пульсація, замѣтная и для зрѣнія, и для осязанія. Въ качествѣ патогностически-важнаго признака, заслуживаетъ здѣсь особеннаго вниманія *печеночный венный пульсъ*, который соотвѣтствуетъ пресистолю-систолическому набуханію сосудовъ печени и имѣетъ важное діагностическое значеніе въ томъ смыслѣ, что при недостаточности трехстворчататаго клапана онъ иногда появляется раньше пульсаціи шейныхъ венъ, сильнѣе бросающейся въ глаза. Пульсація шейныхъ венъ, сказать мимоходомъ, можетъ быть усилена давленіемъ на нижнюю полую вену или прижатіемъ печени.

Во избѣжаніе ошибочныхъ діагнозовъ не слѣдуетъ забывать, что изолированная недостаточность трехстворчататаго клапана, зависящая отъ анатомическихъ измѣненій этого послѣдняго, встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Менѣе рѣдко наблюдается недостаточность трехстворчататаго клапана при другихъ порокахъ сердца (основанныхъ на эндокардитѣ), и, наконецъ, довольно часто, какъ мы уже замѣтили, встрѣчается относительная недостаточность трехстворчататаго клапана, какъ послѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія праваго желудочка. Поэтому при распознаваніи вопросъ обыкновенно заключается въ томъ, чтобы рѣшить, существуетъ ли наряду съ недостаточностью двустворчататаго клапана, которая тоже сопровождается расширеніемъ сердечной тупости въ правую сторону, систолическимъ шумомъ и венознымъ застоемъ, — существуетъ ли наряду съ нею, въ качествѣ осложненія, еще и недостаточность трехстворча-

того, и притомъ относительная или органическая. Вѣрнѣе всего поступать здѣсь слѣдующимъ образомъ: Сначала необходимо съ положительностью доказать существующую недостаточность трехстворчатого клапана, констатиравъ *значительное* расширеніе сердечной тупости въ правую сторону, распространеніе систолическаго шума почти до правой сосковой линіи, пресисто-систолическій характеръ яремнаго или печеночнаго веннаго пульса и отсутствіе усиленія втораго звука легочной артеріи. Если существованіе недостаточности трехстворчатого клапана поставлено такимъ образомъ внѣ всякаго сомнѣнія, то остается рѣшить второй вопросъ, а именно, существуетъ ли наряду съ нею еще и недостаточность двустворчатого, или нѣтъ. Рѣшить этотъ вопросъ легко, если больной находился подъ наблюденіемъ довольно долго, если несомнѣнному проявленію симптомовъ недостаточности трехстворчатого клапана предшествовалъ періодъ, во время котораго, наряду съ систолическимъ шумомъ и расширеніемъ сердечной тупости, констатировался лишь слабо выраженный діастоло-пресистолическій венный пульсъ, а въ особенности, если при этомъ существовало значительное усиленіе втораго звука легочной артеріи. Если же ко всему этому присоединилось усиленіе систолическаго шума и смѣщеніе его болѣе или менѣе далеко за правый край грудины, если венный пульсъ сталъ болѣе явственнымъ и въ то же время ритмъ его сдѣлался пресисто-систолическимъ, и если, не смотря на усиленіе признаковъ застоя въ венозной системѣ, второй звукъ легочной артеріи становится менѣе акцентуированнымъ, то мы вправѣ съ увѣренностью поставить діагнозъ недостаточности трехстворчатого клапана, при одновременной недостаточности двустворчатого. Но если больной попалъ подъ наблюденіе въ болѣе позднемъ періодѣ, когда уже имѣются рѣзкіе симптомы недостаточности трехстворчатого клапана, то діагнозъ одновременной недостаточности двустворчатого можетъ быть поставленъ только съ извѣстнымъ вѣроятіемъ. Въ такомъ случаѣ необходимо сдѣлать терапевтическій опытъ, назначивъ больному наперстянку. Если дѣло идетъ о простомъ ослабленіи переутомленнаго сердца, съ пассивнымъ расширеніемъ праваго желудочка, то при употребленіи наперсточной травы симптомы недостаточности трехстворчатого клапана могутъ быстро исчезнуть, и затѣмъ могутъ въ чистомъ своемъ видѣ обнаружиться явленія вновь компенсированной недостаточности двустворчатого клапана. Въ другихъ случаяхъ исчезаютъ симптомы недостаточности трехстворчатого и двустворчатого клапановъ, если и недостаточность этого послѣдняго была также относительная, т. е., если она была обусловлена другими заболѣваніями сердца безъ всякаго пораженія клапановъ, напр. жировымъ перерожденіемъ сердца и т. п. Самопроизвольное исчезновеніе веннаго пульса, впрочемъ, *не всегда* свидѣтельствуетъ объ устраненіи относительной недостаточности трехстворчатого клапана, такъ какъ именно съ усиленіемъ разстройствъ крово-

обращенія уменьшается движущая сила праваго сердца, а это влечетъ за собою ослабленіе или полное прекращеніе пульсациі шейныхъ венъ. Въ такихъ случаяхъ чрезмѣрнаго пассивнаго расширенія праваго желудочка можетъ въ заключеніе исчезнуть и систолическій шумъ на правомъ венозномъ отверстіи, а подъ вліяніемъ дигиталиса можетъ опять обнаружиться и этотъ шумъ, и венный пульсъ, т. е. дѣйствіе наперсточной травы получается здѣсь прямо противоположное тому, о которомъ мы сейчасъ говорили. Слѣдовательно, если была констатирована недостаточность трехстворчатаго клапана, а затѣмъ исчезъ венный пульсъ, то исчезновеніе его можетъ считаться признакомъ устраненія недостаточности клапана или, вообще, благопріятнымъ симптомомъ только тогда, когда вмѣстѣ съ тѣмъ общій застой крови въ венахъ несомнѣнно уменьшился, а пульсъ лучевой артеріи сдѣлался болѣе полнымъ.

h) Суженіе праваго венознаго отверстія.

Этотъ порокъ наблюдался почти всегда въ сочетаніи съ недостаточностью трехстворчатаго клапана и притомъ настолько рѣдко, что о точномъ распознаваніи его, которое основывалось бы на симптомокомплексѣ, дѣйствительно ему принадлежащемъ, не можетъ быть и рѣчи. Явленія же, которыя приписываются ему теоретически, заимствованы болѣею частью изъ симптоматологіи суженія лѣваго венознаго отверстія. Явленія эти суть слѣдующія:

Расширеніе и гипертрофія праваго предсердія; повышенное давленіе крови въ системѣ полыхъ венъ, ціанозъ, пониженное давленіе въ маломъ кругу и въ аортной системѣ, т. е. ослабленный второй звукъ легочной артеріи и малый пульсъ въ лучевой; пресистолическій или діастолическій шумъ на правомъ венозномъ отверстіи, который, впрочемъ, какъ и при суженіи лѣваго венознаго отверстія, можетъ иногда совершенно отсутствовать, что доказывается нижеприведеннымъ случаемъ, наблюдавшимся въ моей клиникѣ. Въ яремной венѣ слѣдуетъ ожидать веннаго пульса, на анакротической вѣтви котораго должно быть особенно сильно выражено пресистолическое возвышеніе, а при одновременной недостаточности трехстворчатаго клапана, смотря по степени ея развитія, должно быть также болѣе или менѣе выражено систолическое набуханіе вены. Благодаря ослабленію дѣятельности праваго желудочка, въ немъ особенно легко образуются тромбы, а въ легкихъ — гѣмorrhagическіе инфаркты, ускоряющіе смертельный исходъ. Это и было въ слѣдующемъ случаѣ моего наблюденія:

Служанка, 26-ти лѣтъ, страдала 3 года тому назадъ острымъ ревматизмомъ и съ тѣхъ поръ жалуется на сердцебіеніе и на затрудненіе дыханія, усилившееся въ послѣднее время до степени одышки. *Сердечная тупость* выдается за лѣвый край грудины на одинъ поперечный палецъ, а по направленію влѣво доходитъ до передней аксиллярной линіи; верхняя граница сердца начинается на нижнемъ краѣ 4-го ребра; сердечный толчекъ—въ 7-мъ межреберномъ пространствѣ, соотвѣтственно передней аксиллярной линіи. При *выслушиваніи*: на верхушкѣ—свистящій систолическій шумъ и вслѣдъ за нимъ—діастолическій, котораго нельзя отъ него отдѣлить; на *трехстворчатомъ клапанѣ*—*систолическій* шумъ. На легочной артеріи—систолическій шумъ; второй звукъ чистъ, *не усиленъ*. На аортѣ оба звука чисты. Обильное, постоянное кровохарканіе; увеличенная печень; застойная моча; пульсъ довольно полный, неправильный, а вполнѣ сдѣлался менѣе полнымъ.

Діагнозъ: недостаточность двустворчатаго клапана и суженіе лѣваго венознаго отверстія въ періодъ нарушенной компенсаціи (застойная печень и пр.). При продолжавшемся кровохарканіи, смерть наступила по прошествіи недѣли.

Вскрытіе обнаружило слѣдующее: *недостаточность двустворчатого клапана, суженіе лѣваго венознаго отверстія и очень сильное суженіе праваго*, причемъ это послѣднее пропускало только большой палецъ, а утолщенные зубцы трехстворчатого клапана были сросшены между собою въ видѣ кольцеобразной діафрагмы, но свободные края ихъ оказались подвижны, такъ что несомнѣнно могли еще замыкать отверстіе. *Весьма значительная эксцентрическая гипертрофія лѣваго предсердія и праваго сердца*. Сосковидныя мышцы праваго сердца не гипертрофированы. Многочисленные гѣмorrhagическіе инфаркты въ легкихъ, мускатная печень и т. д.

Между тѣмъ какъ суженіе лѣваго венознаго отверстія и недостаточность двустворчатого клапана обнаруживались въ этомъ случаѣ своими обычными физическими признаками (хотя пульсъ, къ удивленію, былъ довольно полонъ, а второй звукъ легочной артеріи не былъ усиленъ),—ничто при жизни больной не свидѣтельствовало о томъ чрезвычайно сильномъ суженіи праваго венознаго отверстія, которое было найдено при вскрытіи. На мѣстѣ выслушиванія трехстворчатого клапана былъ, правда, слышенъ систолическій шумъ, но не было ни пресистолическаго, ни діастолическаго. Эти неожиданныя особенности физическихъ явленій могутъ быть объяснены тѣмъ обстоятельствомъ, что суженіе лѣваго венознаго отверстія и недостаточность двустворчатого клапана имѣли своимъ послѣдствіемъ накопленіе крови въ маломъ кругу, которое не повело къ усиленію втораго звука легочной артеріи потому, что одновременное суженіе праваго венознаго отверстія повлекло за собою уменьшеніе притока крови изъ праваго предсердія въ правый желудочекъ, который вслѣдствіе этого и не могъ гипертрофироваться до максимальной степени. Благодаря скопленію крови въ маломъ кругу и очень значительной потерѣ крови вслѣдствіе многочисленныхъ гѣмorrhagическихъ инфарктовъ, притокъ ея изъ праваго предсердія въ правый желудочекъ былъ, очевидно, настолько ничтоженъ, что отсутствовали условія для образованія пресистолическаго или діастолическаго шума.

Суженіе праваго венознаго отверстія можетъ быть признано *врожденнымъ* порокомъ сердца, если ціанозъ существуетъ съ самаго рожденія и если возможно исключить врожденное суженіе устья легочной артеріи.

і) Сочетанные пороки клапановъ.

Было бы совершенно неправильно думать, что пороки клапановъ всегда или хотя бы и часто представляютъ у постели больного такой простой и характерный симптомокомплексъ, какимъ мы до сихъ поръ его описывали и должны были описывать. Очень часто, напротивъ того, мы имѣемъ дѣло съ сочетаніемъ нѣсколькихъ пороковъ, что и понятно въ виду ихъ этиологіи. Діагнозъ вслѣдствіе этого въ большинствѣ случаевъ затрудняется, такъ какъ симптомы, принадлежащіе одному пороку, видоизмѣняются или отчасти затемняются симптомами другихъ. Для того чтобы при такихъ условіяхъ лучше оріентироваться относительно діагноза, слѣдуетъ придерживаться правила—опредѣлять прежде всего главное пораженіе сердца. Только тогда, когда опредѣленъ тотъ порокъ сердца, который занимаетъ въ картинѣ болѣзни господствующее мѣсто, и когда установлены и выдѣлены зависящія отъ него послѣдствительныя явленія, мы можемъ приступить къ тому, чтобы объяснить другими пороками клапановъ тѣ симптомы въ картинѣ болѣзни сердца, которые несовмѣстимы съ первымъ діагнозомъ.

Предположимъ, что при изслѣдованіи найденъ *діастолическій шумъ*,

а первый звукъ сердца повсюду чистъ. Въ такомъ случаѣ прежде всего нужно подумать о недостаточности аортальныхъ клапановъ. Этотъ порокъ сердца почти всегда распознается легко и съ положительностью. Конечно, діастолическій шумъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть очень слабъ, но это обстоятельство не такъ важно, какъ то, что шумъ несомнѣнно появляется во время діастолы и что онъ слышенъ всего сильнѣе на верхней части тѣла грудины. Кромѣ того, послѣдовательныя явленія въ периферическомъ сосудистомъ аппаратѣ, даже когда они не сильно развиты, бываютъ все-таки настолько рѣзки, что и въ случаѣ сочетаннаго порока сердца опредѣлить недостаточность аортальныхъ клапановъ не представляетъ никакого труда. Вопросъ о томъ, не зависить ли отчасти діастолическій шумъ отъ одновременнаго пораженія какого нибудь другаго клапана, — вопросъ этотъ почти не имѣетъ въ практикѣ никакого значенія, потому что недостаточность клапановъ легочной артеріи принадлежитъ къ числу самыхъ рѣдкихъ пороковъ сердца, а суженіе венозныхъ отверстій, которое точно также можетъ вызывать діастолическій шумъ, обыкновенно сопровождается шумомъ не чисто-діастолическимъ и, что особенно важно, бываетъ почти всегда осложнено недостаточностью соотвѣтствующаго клапана, причемъ діастолическій или пресистолическій шумъ сопровождается систолическимъ.

Предположимъ затѣмъ, что при выслушиваніи сердца мы нашли *чисто-систолическій шумъ*. Въ такомъ случаѣ почти всегда въ практикѣ можетъ идти рѣчь только о недостаточности двустворчатого клапана или о суженіи устья аорты, а изъ этихъ двухъ пороковъ недостаточность двустворчатого клапана встрѣчается настолько чаще суженія аортальнаго устья, что, найдя систолическій шумъ, слѣдуетъ прежде всего подумать именно о ней. Впрочемъ, отличить эти два порока другъ отъ друга не трудно, такъ какъ, не говоря уже о неодинаковомъ мѣстонахожденіи шума наибольшей силы, — характеръ пульса, послѣдовательное дѣйствіе порока на анатомическое состояніе отдѣльныхъ областей сердца и т. д. діаметрально противоположны въ томъ и въ другомъ случаѣ. Поэтому и сочетаніе обоихъ пороковъ, если они имѣются у одного и того же больного, можетъ быть распознано безъ особеннаго труда. — То же самое относится къ часто встрѣчаемому сочетанію недостаточности двустворчатого клапана съ недостаточностью трехстворчатого, слѣдовательно — къ сочетанію двухъ пороковъ, которые оба производятъ систолическіе шумы. Въ этомъ отношеніи не должно забывать, что изолированная недостаточность трехстворчатого клапана, не сопровождаемая другими пороками, принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ; слѣдовательно, если недостаточность трехстворчатого клапана констатирована безспорно, то одновременная недостаточность двухстворчатого, хотя бы и находилась подъ нѣкоторымъ сомнѣніемъ, представляется все-таки вѣроятною, коль скоро не суще-

ствуетъ основаній признать недостаточность трехстворчатого клапана относительно, напр. зависящею отъ эмфиземы. Въ главѣ о распознаваніи недостаточности трехстворчатого клапана были подробно указаны и тѣ признаки, по которымъ распознается сочетание ея съ недостаточностью двустворчатого; но мы считаемъ нелишнимъ еще разъ выставить на видъ, что въ такихъ случаяхъ очень важно обращать вниманіе на силу второго звука легочной артеріи.

Дѣло становится болѣе сложнымъ, если при выслушиваніи сердца констатируется *и систолическій и діастолическій шумъ*, а это бываетъ довольно часто. Въ подобномъ случаѣ прежде всего нужно опредѣлить, въ какомъ мѣстѣ каждый изъ этихъ шумовъ слышенъ съ наибольшею силою и какой именно отдѣлъ сердца гипертрофированъ по преимуществу. Диагнозъ, конечно, не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, если оба шума слышны всего яснѣе на верхней части тѣла грудины и если гипертрофія сосредоточивается въ лѣвомъ желудкѣ: оба порока, отъ которыхъ зависятъ найденные два шума, должны локализоваться въ устьѣ аорты. Недостаточность аортальныхъ клапановъ должна здѣсь существовать въ всякомъ случаѣ; но существуетъ ли вмѣстѣ съ тѣмъ суженіе аортального устья, или же систолическій шумъ есть только послѣдствіе недостаточности аортальныхъ клапановъ, обуславливаясь именно расширеніемъ начальной части аорты,—этотъ вопросъ долженъ быть рѣшенъ прежде всего характеромъ пульса и звучаніемъ артерій, если таковое имѣется въ данномъ случаѣ, а объ этихъ частностяхъ діагноза мы уже подробно говорили, когда шла рѣчь о дифференціальномъ распознаваніи недостаточности аортальныхъ клапановъ. Суженіе устья аорты въ сочетаніи съ недостаточностью ея клапановъ встрѣчается часто, а еще чаще наблюдается суженіе лѣваго венознаго отверстія въ сочетаніи съ недостаточностью двустворчатого клапана. Это послѣднее сочетаніе должно быть предполагаемо въ томъ случаѣ, если послѣдовательное расширеніе съ гипертрофіей занимаетъ главнымъ образомъ правое сердце и если симптомы недостаточности двустворчатого клапана видоизмѣнены въ такомъ направленіи (весьма значительное усиленіе второго звука легочной артеріи, малый пульсъ, преимущественное *расширеніе* праваго сердца, раздвоеніе второго звука, видоизмѣненный діастолическій шумъ и проч.), что мы вправѣ признать одновременное суженіе лѣваго венознаго отверстія.

Сочетаніе порока двустворчатого клапана или лѣваго венознаго отверстія съ порокомъ аортальныхъ клапановъ или устья аорты, сопровождаемое двумя шумами въ различные фазисы сердечной дѣятельности, точно также встрѣчается нерѣдко и иногда распознается безъ затрудненій, какъ это будетъ видно изъ нижеописаннаго случая. Но само собою разумѣется, что здѣсь нужно строго руководствоваться

всѣми основными правилами, существующими для каждаго отдѣльнаго порока клапановъ. Вообще, однако, я долженъ сказать, что діагнозъ трехъ или четырехъ пороковъ въ одномъ и томъ же сердцѣ требуетъ большой осторожности и долженъ ставиться только тогда, когда двумя пороками клапановъ никоимъ образомъ не могутъ быть объяснены существующіе симптомы. Мы не должны успокаиваться на томъ, что изъ трехъ діагностицированныхъ нами пороковъ сердца одинъ или два были дѣйствительно найдены при анатомическомъ вскрытіи и только третій не оказался въ наличности! При этомъ какъ будто предполагалось бы, что изъ трехъ пороковъ могло бы не оказаться ни одного! Гораздо правильнѣе въ такихъ случаяхъ опредѣлять съ положительною одинъ только главный порокъ сердца, а все прочее оставлять *in suspensio*, нежели увлекаться подробнымъ діагнозомъ, который не будетъ подтвержденъ анатомическимъ вскрытіемъ.

Вдаваться въ дальнѣйшія подробности бесполезно, да и невозможно: каждый отдѣльный случай, въ которомъ имѣется сочетаніе нѣсколькихъ пороковъ сердца, долженъ быть обсуждаемъ самъ по себѣ. Въ качествѣ иллюстраціи къ вышеизложеннымъ разсужденіямъ, будетъ небезполезно привести здѣсь вкратцѣ исторію одного случая, гдѣ имѣлось сочетаніе нѣсколькихъ пороковъ сердца, и на этомъ частномъ примѣрѣ проанализировать послѣдовательныя явленія каждаго порока въ отдѣльности.

Кучеръ С., 55-ти лѣтъ отъ роду, страдалъ 16 лѣтъ тому назадъ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ, продолжавшимся 6 мѣсяцевъ. Годъ тому назадъ въ первый разъ обнаружились сердечные симптомы: сердцебіеніе, одышка, кашель, лихорадка. Явленія эти спустя нѣкоторое время исчезли, но незадолго передъ поступленіемъ больного въ Juliuspital обнаружились вновь.

Изслѣдованіе сердца: Толчекъ верхушки, слегка усиленный, находится въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ, нѣсколько кнаружи отъ сосковой линіи. Сердечная тупость, какъ вправо, такъ и влѣво, мало выступаетъ за свои нормальные предѣлы. На верхушкѣ сердца—систолическій раздувательный шумъ; второй звукъ повсюду чистъ и на легочной артеріи усиленъ лишь въ умѣренной степени; пульсъ—средняго наполненія. Въ виду всего этого мы признали *неосложненную недостаточность двустворчатого клапана* (безъ суженія лѣваго венознаго отверстія). Спустя 3 недѣли усилились сердечные симптомы: на верхушкѣ сердца—явственный систолическій шумъ (сердечный толчекъ—въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ), второй звукъ нечистъ; на груди нѣ, кромѣ слабого (проведеннаго) систолическаго шума, слышенъ по временамъ явственно-діастолическій, но очень слабый шумъ, который въ теченіе слѣдующихъ двухъ недѣль сдѣлался болѣе громкимъ и болѣе постояннымъ. Во второмъ правомъ межреберномъ пространствѣ діастолическій шумъ слышенъ менѣе хорошо. Сердечный толчекъ—приподнимающій. Сердечная тупость мало переходитъ за лѣвый край грудины; пульсъ—мягкій, умѣреннаго наполненія; на сфигмографической кривой пульсовая волна представляетъ заостренную верхушку, при *отсутствіи* *дикротическаго колебанія*; въ сонныхъ артеріяхъ слышенъ только сердечно-систолическій звукъ. На верхушкѣ сердца шумъ постепенно становился очень протяжнымъ и все болѣе и болѣе равномерно распространялся на систолу и діастолу. Незначительныя явленія застоя, а къ концу жизни—венный пульсъ, и притомъ несомнѣнно пресисто-систолическій; отекъ въ области лодыжекъ; плотная печень.

Въ виду этихъ новыхъ явленій, намъ пришлось расширить первоначальный діагнозъ «неосложненной недостаточности двустворчатого клапана». Несомнѣнно, во

всякомъ случаѣ, была *недостаточность аортальныхъ клапановъ*, которая обнаруживалась все яснѣе и яснѣе: хотя большинства характеристичныхъ явленій въ периферической артеріальной системѣ и не было въ наличности, но все-таки существовали важнѣйшіе симптомы недостаточности аортальныхъ клапановъ, а именно, во первыхъ, соответственно направленію аорты, сначала по временамъ, но впослѣдствіи—постоянно, былъ слышенъ на груди несомнѣнно-діастолическій шумъ, и воторыхъ, на нисходящей линіи пульсовой волны отсутствовало дикротическое колебаніе. Последнее обстоятельство могло бы показаться страннымъ, такъ какъ оно не согласуется съ тѣмъ вышеизложеннымъ правиломъ, что дикротическое колебаніе вновь обнаруживается при недостаточности аортальныхъ клапановъ, если она осложнена недостаточностью двустворчатого. Но не должно забывать, что при одновременномъ *суженіи* лѣваго венознаго отверстія лѣвый желудочекъ наполняется кровью изъ своего предсердія слишкомъ медленно и несовершенно для того, чтобы могло происходить отраженіе кровяной массы, а слѣдовательно и для того, чтобы могло обнаружиться дикротическое колебаніе. Между тѣмъ, суженіе лѣваго венознаго отверстія стало вѣроятнымъ въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, такъ какъ первоначальный чисто-систолическій шумъ сдѣлался очень протяжнымъ и распространился на діастолу. Поэтому былъ поставленъ слѣдующій діагнозъ: *недостаточность двустворчатого клапана, недостаточность клапановъ аорты, суженіе лѣваго венознаго отверстія*, а въ виду пресистола-систолическаго веннаго пульса—*относительная недостаточность трехстворчатого клапана*.

Вскрытіе подтвердило нашъ клиническій діагнозъ, обнаруживъ незначительное *суженіе лѣваго венознаго отверстія, недостаточность двустворчатого клапана* (утолщеніе краевъ вдоль замыкательной линіи), *недостаточность аортальныхъ* (первый клапанъ обезображенъ, утолщенъ, инфильтрированъ известью, второй представляетъ тѣ же измѣненія и вдобавокъ сросшенъ съ третьимъ,—суженіе устья аорты?) и *Относительную недостаточность трехстворчатого* (правое венозное отверстие очень широко, имѣетъ въ окружности 15 сантиметровъ).

Мы должны еще упомянуть здѣсь вкратцѣ объ **аномаліяхъ развитія сердца и большихъ сосудовъ**, поскольку они вообще доступны распознаванію и поскольку намъ приходится принимать ихъ въ расчетъ при распознаваніи болѣзней сердца.

Незарощеніе овальнаго отверстія встрѣчается очень часто; но многочисленными наблюденіями доказано, что для діагностики оно не имѣетъ никакого значенія. Кровь будетъ переходить чрезъ *foramen ovale* изъ одного предсердія въ другое, направляясь въ сторону меньшаго давленія, развѣ только въ томъ случаѣ, когда давленіе въ одномъ изъ предсердій ненормально велико. Такъ напр., при одновременной недостаточности двустворчатого клапана кровь поступаетъ изъ лѣваго предсердія въ правое, причемъ образуется застой крови въ системѣ полыхъ венъ, а иногда, какъ это доказывается извѣстнымъ случаемъ *Reisch'a*, дѣло доходитъ до сильной пульсаціи яремныхъ венъ, даже при отсутствіи недостаточности трехстворчатого клапана. Если переходъ крови изъ одного предсердія въ другое совершается не съ очень большою силою, то не существуетъ никакихъ причинъ для образованія шума; дѣйствительно, его и не было въ огромномъ большинствѣ случаевъ, и только въ очень немногихъ существовалъ систолическій шумъ, который, казалось, могъ быть приписанъ незарощенію овальнаго отверстія.

Дефекты въ перегородкѣ желудочковъ. Такъ какъ при этой аномаліи развитія кровь отчасти переходитъ во время систолы изъ лѣваго желудочка въ правый, то развивается гипертрофія праваго желудочка съ усиленіемъ втораго звука легочной артеріи, а въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ ціанозъ; если при этомъ соединитель-

ное отверстіе довольно узко, то во время систолы происходятъ круговоротныя движенія крови и образуется систолическій шумъ, наиболѣе сильный у верхушки сердца. Слѣдовательно, отличить эту аномалію развитія отъ недостаточности двустворчатого клапана весьма трудно, хотя съ теоретической точки зрѣнія и слѣдуетъ, конечно, ожидать, что первая должна отличаться отъ второй отсутствіемъ застоя въ системѣ малаго круга и меньшимъ наполненіемъ артерій. Но такъ какъ именно при дефектахъ въ перегородкѣ желудочковъ развиваются послѣдовательные пороки клапановъ (недостаточность трехстворчатого и двустворчатого), или существуютъ въ то же время другія аномаліи развитія и врожденные пороки клапановъ, чаще всего—суженіе устья легочной артерій, то о точномъ діагнозѣ никогда не можетъ быть рѣчи. Но и предположительный діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи вышеупомянутыхъ признаковъ развѣ чрезвычайно рѣдко, именно тогда, когда дефектъ въ перегородкѣ желудочковъ существуетъ безъ всякихъ осложнений; впрочемъ, даже и отъ такихъ предположительныхъ диагнозовъ лучше совсѣмъ отказаться, такъ какъ это будутъ скорѣе діагностическія хитросплетенія, чѣмъ настоящіе диагнозы, основанные на твердыхъ объективныхъ данныхъ.

Нѣсколько болѣе точекъ опоры для діагноза представляютъ тѣ случаи, гдѣ сохранены Боталловъ протокъ и *isthmus aortae*.

Незарощеніе Боталлова протока.

Эта аномалія развитія влечетъ за собою прохожденіе крови изъ аорты въ Боталловъ протокъ и въ легочную артерію, такъ что въ результатѣ получается расширеніе этой послѣдней, переполненіе легкихъ кровью, расширеніе и гипертрофія праваго желудочка, т. е. увеличеніе сердечной тупости, бѣненіе въ надчревной области, ощутимое для пальца бѣненіе расширенной легочной артеріи и усиленіе ея втораго звука. Если вдобавокъ ощущивается надъ легочной артеріей систолическое дрожаніе и слышенъ надъ нею систолическій шумъ,—оба эти явленія зависятъ отъ круговоротовъ, образуемыхъ кровью при ея прохожденіи чрезъ Боталловъ протокъ,—и если, соотвѣтственно расширенію легочной артеріи, мы находимъ при перкуссіи, что сердечная тупость продолжается въ видѣ узкой полосы вдоль лѣваго края грудины ко второму ребру,—обстоятельство, на которое впервые обратилъ вниманіе *Gerhardt*,—то діагнозъ получаетъ болѣе твердое основаніе. Но и тогда онъ все-таки остается затруднительнымъ, а въ большинствѣ случаевъ даже недостовернымъ, тѣмъ болѣе, что незарощеніе Боталлова протока весьма обыкновенно сопутствуется другими аномаліями развитія сердца и большихъ сосудовъ, въ особенности—суженіемъ того или другаго отверстія, между прочимъ также и устья легочной артеріи. Незарощеніе Боталлова протока, если оно не осложнено другими аномаліями, отличается отъ суженія устья легочной артеріи тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ ціанозъ достигаетъ гораздо большей степени и существуетъ съ самаго рожденія, что въ первомъ случаѣ систолическій шумъ, слышны надъ легочной артеріей, распространяется, хотя и въ ослабленномъ видѣ, на аорту и лѣвую сонную артерію, чего не бываетъ при суже-

нии устья *art. pulmonalis*, и наконецъ — тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ, если не существуетъ осложненій, второй звукъ легочной артеріи не усиленъ, а при незарощеніи Боталлова протока, наоборотъ, усиленъ весьма значительно.

Сохраненный isthmus aortae.

Если часть аорты, лежащая между началомъ лѣвой подключичной артеріи и мѣстомъ впаденія Боталлова протока, остается суженною, какъ во время утробной жизни (такъ наз. «*isthmus aortae*»), или же, если она еще болѣе суживается послѣ зарощенія Боталлова протока, то въ результатѣ получаютъ нѣкоторыя клиническія явленія, на основаніи которыхъ можетъ быть поставленъ діагнозъ. Эта аномалія развитія встрѣчается преимущественно у субъектовъ мужскаго пола. Артеріи, идущія отъ дуги аорты къ верхней половинѣ тѣла, поразительно широки, пульсъ очень полонъ, и существуютъ приливы крови къ головному мозгу. Напротивъ того, *артеріи нижней половины тѣла очень узки, пульсъ въ брюшной аортѣ и въ бедренныхъ артеріяхъ малъ, съ трудомъ прощупывается и нѣсколько запаздываетъ. Лѣвый желудочекъ при этомъ гипертрофированъ* вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія, и между верхнею и нижнею половинами тѣла существуютъ *коллатеральные сосудистые пути, рѣзко замѣтные какъ для зрѣнія, такъ и для осязанія.*

Діагнозъ на основаніи этихъ трехъ симптомовъ можетъ быть поставленъ съ полнотой. Для пополненія его слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на коллатеральныя сообщенія между сосудами; таковы именно: анастомозъ *art. subclaviae—art. mammariae internae—art. cruralis* (черезъ посредство *art. epigastr. sup. et inf.*), анастомозъ *art. subclaviae—art. mammariae internae—aortae descend. thorac.* (черезъ посредство переднихъ и заднихъ межреберныхъ артерій) и, наконецъ, анастомозъ *art. subclaviae*, черезъ посредство *art. transv. colli*, съ *art. dorsal. scapulae*, которая, помѣщаясь у внутренняго края лопатки, анастомозируетъ, въ свою очередь, съ задними межреберными артеріями, т. е. съ вѣтвями нисходящей грудной аорты. Всѣ эти соединительные пути, при посредствѣ которыхъ кровь проходитъ изъ дуги аорты въ нижнюю половину тѣла, очень широки и сильно пульсируютъ, особенно въ области внутренняго края лопатки и на передней грудной стѣнкѣ. Иногда въ этихъ расширенныхъ сосудахъ бываетъ слышенъ *сердечно-систолическій шумъ*, который, особенно въ области *art. mammariae internae*, отличается отъ сердечныхъ шумовъ тѣмъ, что по времени онъ слѣдуетъ за первымъ (чистымъ) звукомъ сердца. При ошупываніи расширенныхъ артерій замѣчается *систолическое дрожаніе*, которое зависитъ оттого, что артеріальныя стѣнки чрезмерно растянуты и, слѣдовательно, напрягаясь въ время систолы сердца, совершаютъ неправильныя колебанія. Благодаря сильному напору крови, зависящему отъ гипертрофіи лѣваго желудочка, *дуга аорты* постепенно расширяется, такъ что бѣненіе ея прощупывается на шеѣ, за рукояткой грудины.

II. Болѣзни сердечной сорочки.

Перикардитъ.

Распознаваніе перикардита основывается исключительно на данныхъ перкуссіи и аускультациі. Всѣ же остальные явленія, пополняющія собою картину перикардита, не должны служить основаніемъ для діагноза, и только нѣкоторые изъ этихъ побочныхъ симптомовъ, какъ напр. дисфагія, имѣютъ извѣстное діагностическое значеніе постольку, поскольку возникновеніе ихъ стоитъ въ прямой анатомической связи съ сердечной сорочкой.

Выстукиваніе, при большомъ накопленіи выпота въ полости сердечной сорочки, обнаруживаетъ весьма характеристическое измѣненіе нормальной сердечной тупости. Напротивъ того, незначительное скопленіе выпота совсѣмъ не вліяетъ на абсолютную и относительную сердечную тупость, или вліяетъ на нее очень мало. Распространеніе сердечной тупости начинаетъ обнаруживаться прежде всего у основанія сердца, отчасти потому, что само сердце не позволяетъ воспалительной жидкости стекать внизъ, а отчасти потому, что часть жидкости, опустившаяся внизъ, распредѣляется по большой поверхности и не можетъ быть обнаружена выстукиваніемъ, если количество ея не особенно велико. Но когда накопленіе выпота достигаетъ болѣе значительныхъ размѣровъ, то сердечная сорочка сильнѣе растягивается во всѣхъ направленіяхъ, сердце все болѣе и болѣе оттѣсняется отъ передней грудной стѣнки, легочные края, окружающіе сердечную сорочку, смѣщаются въ сторону, и такимъ образомъ вся «сердечная тупость» оказывается увеличенною. При этихъ условіяхъ она получаетъ общеизвѣстную форму *треугольника, основаніе котораго обращено внизъ, а закругленная вершина — вверхъ*. Эта область тупаго звука можетъ быть еще значительно увеличена, если заставить больного приподняться и наклониться тѣломъ впередъ. Однако, прибѣгать къ этому діагностическому приему излишне, потому что, какъ мы еще объяснимъ впослѣдствіи, онъ не даетъ такого результата, который былъ бы вполнѣ характеристиченъ именно для перикардита, а съ другой стороны, больному онъ непріятенъ и иногда даже опасенъ. *Вершина треугольника, образуемаго сердечною тупостію*, доходитъ вверхъ до третьяго или втораго ребернаго хряща, смотря по количеству выпота. *Лѣвая сторона треугольника* доходитъ до лѣвой аксиллярной линіи или еще дальше и выступаетъ влѣво отъ сердечнаго толчка, если послѣдній вообще еще доступенъ ошупыванію. *Правая сторона треугольника* доходитъ до праваго края грудины или еще дальше, а при очень большомъ количествѣ выпота она оказывается даже по ту сторону правой сосковой линіи. Наконецъ, *основаніе треугольника*, выступая влѣво отъ сердечнаго толчка, оказывается непосредственно

доступнымъ для перкуссiи, по крайней мѣрѣ — отчасти, а именно по направленiю влѣво отъ самаго наружнаго края лѣвой доли печени. При этомъ нижняя граница сердечной тупости смѣщена внизъ до 8-го ребра, а грудобрюшная преграда и вмѣстѣ съ нею печень оттѣснена внизъ давленiемъ выпота. Части легкаго, прилегающiя къ треугольнику сердечной тупости, какъ мы уже сказали, тоже оттѣснены въ сторону, и сжатiе ихъ можетъ быть констатировано выстукиванiемъ, именно — по тимпаническому или притупленному звуку, который всего болѣе выраженъ въ подключичной области и особенно сзади въ области лопатки, гдѣ существуютъ и остальные признаки сжатiя легочной ткани, а именно — бронхиальное дыханiе и т. д.

При *осмотрѣ* констатируется расширенiе грудной клѣтки въ сердечной области, расширенiе межреберныхъ пространствъ и уменьшенiе дыхательныхъ экскурсiй лѣвой половины груди, совершенно такъ же, какъ при плевритическомъ выпотѣ; но эти послѣдовательныя явленiя могутъ приниматься въ расчетъ развѣ только какъ второстепенные симптомы, пополняющiе діагнозъ. Напротивъ того, *важное діагностическое значенiе имѣютъ измѣненiя сердечнаго толчка*. Соотвѣтственно низдавленiю грудобрюшной преграды, онъ смѣщенъ книзу, но также и нѣсколько влѣво, потому что сердце при этихъ условiяхъ занимаетъ болѣе горизонтальное положенiе. Важнѣйшее, однако, измѣненiе состоитъ въ томъ, что сердечная тупость, и именно лѣвая сторона образуемаго ею треугольника, *выступаетъ кнаружи отъ сердечнаго толчка*, такъ какъ часть выпота еще помѣщается влѣво отъ сердца. Чѣмъ больше жидкости накапливается въ сердечной сорочкѣ съ дальнѣйшимъ теченiемъ воспалительнаго процесса, тѣмъ болѣе слабымъ долженъ становиться сердечный толчекъ, и въ заключенiе онъ исчезаетъ совершенно. Исчезнувшiй сердечный толчекъ обыкновенно можетъ быть обнаруженъ вновь, *если заставитъ больнаго наклониться впередъ*, такъ какъ сердце при этомъ опускается въ жидкомъ экссудатѣ впередъ и внизъ.

До какой степени важное діагностическое значенiе имѣетъ слабость сердечнаго толчка и мѣстонахожденiе его въ самой площади треугольника, образуемаго сердечною тупостью, — это доказываетъ слѣдующiй случай, который мнѣ пришлось недавно наблюдать.

У одного больнаго, страдавшаго порокомъ сердца (недостаточностью двустворчатаго клапана), сердечная тупость, при затрудненiи дыханiя и ухудшенiи пульса, *внезапно распространилась вправо на грудину*. Въ то же время *на средней части грудины появился шумъ тренiя*. Но сердечный толчекъ прощупывался съ прежнею силою на самой наружной границѣ сердечной тупости. Въ виду послѣдняго обстоятельства мы распознали не экссудативный перикардитъ, какъ по всѣмъ видимостямъ слѣдовало бы, а острое расширенiе сердца съ сухимъ перикардитомъ. Больной спустя 2 дня умеръ и при вскрытiи действительно было найдено острое расширенiе праваго сердца, въ частности — праваго предсердiя, съ острымъ медиастинитомъ, который и былъ причиною шума тренiя въ области сердца.

Болѣе важное значеніе для точнаго распознаванія перикардита, чѣмъ всѣ предыдущіе признаки, имѣетъ находимый при *выслушиваніи* (а иногда и *прощупываемый*) *шумъ тренія*, который производится взаимнымъ передвиганіемъ обоихъ листковъ сердечной сорочки, сдѣлавшихся шероховатыми вслѣдствіе воспаленія. Шумъ этотъ очень важенъ въ діагностическомъ отношеніи именно потому, что онъ почти всегда представляетъ характерныя акустическія особенности, такъ что уже по одному присутствію его можно безъ дальнѣйшихъ разсужденій поставить діагнозъ перикардита.

Шумъ тренія дѣлаетъ несомнѣннымъ діагнозъ перикардита и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ совсѣмъ не имѣется жидкаго выпота. Но, къ удивленію, шумъ этотъ обыкновенно бываетъ слышенъ даже тогда, когда листки сердечной сорочки отдѣлены другъ отъ друга довольно большимъ количествомъ жидкаго экссудата. Въ послѣднемъ случаѣ нужно искать этого шума у основанія сердца, тамъ, гдѣ изъ сердечной сорочки выступаютъ большіе сосуды, такъ какъ при увеличивающемся накопленіи жидкаго выпота листки сердечной сорочки именно здѣсь всего дольше остаются въ соприкосновеніи. Съ другой стороны, шумъ тренія, какъ я недавно убѣдился на одномъ случаѣ, можетъ совершенно отсутствовать даже при громадномъ развитіи воспалительныхъ отложеній на сердечной сорочкѣ, не смотря на полное отсутствіе жидкаго выпота, если отложенія эти очень мягки, а дѣятельность сердца ослаблена. Діагнозъ перикардита въ упомянутомъ случаѣ не могъ быть поставленъ тѣмъ болѣе, что сердечная тупость хотя и была нѣсколько расширена вслѣдствіе громадныхъ воспалительныхъ отложеній на сердечной сорочкѣ, но жидкаго выпота совсѣмъ почти не было, и поэтому слабый сердечный толчекъ совпадалъ съ самою наружною лѣвою границею сердечной тупости!

Акустическія свойства перикардіальнаго шума тренія чрезвычайно разнообразны, и однако узнать этотъ шумъ бываетъ довольно легко. По описаніямъ нельзя научиться отличать тембръ этого шума: его нужно часто слышать, для того чтобы ухо привыкло вѣрно отличать его отъ другихъ шумовъ, въ частности—отъ шумовъ эндокардіальныхъ. Поэтому устанавливать особыя категоріи разсматриваемаго шума (скребущій шумъ, поглаживающій и т. д.) я считаю совершенно бесполезнымъ. Распознаваніе въ моихъ случаяхъ всегда облегчалось тѣмъ, что я обращалъ вниманіе на *прерывистый* характеръ шума; кромѣ того, въ пользу перикардіальнаго происхожденія констатированнаго шума говоритъ несовпаденіе его по времени съ систолой и діастолой сердца («шумъ тянется за сердечными звуками»). Это послѣднее явленіе бываетъ рѣзко замѣтно только при медленномъ боѣ сердца, или тогда, когда при случайныхъ остановкахъ пульса обращается вниманіе на паузу. Болѣе важно, по моимъ наблюденіямъ, то обстоятельство, что шумъ тренія слышится очень поверхностно, какъ бы подъ самымъ ухомъ, и что онъ обыкновенно становится болѣе громкимъ, если нѣсколько сильнѣе придавить стетоскопъ. Кромѣ того, шумъ тренія въ большинствѣ случаевъ становится болѣе явственнымъ, если заставить больного глубоко вздохнуть и затѣмъ задержать дыханіе, тогда какъ во время выдыханія шумъ усиливается чрезвычайно рѣдко. Еще болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ этимъ послѣднимъ особенностямъ шума, я придаю тому обстоятельству, что при перемѣнѣ положенія тѣла, а именно, когда больной садится или наклоняется тѣломъ впередъ, т. е., когда сердце напираетъ на переднюю грудную стѣнку, мы замѣчаемъ перикардіальный шумъ, который въ лежачемъ положеніи не былъ слышенъ, или же онъ при этомъ усиливается, если былъ слышенъ и въ лежачемъ положеніи; наконецъ, весьма важно и то что перикардіальный шумъ бываетъ иногда слышенъ

всего яснѣе въ такихъ мѣстахъ, которыя не соотвѣтствуютъ мѣстамъ выслушиванія клапановъ, и что, въ противоположность эндокардіальнымъ шумамъ, онъ строго локализованъ, т. е. исчезаетъ уже на очень близкомъ разстояніи отъ того мѣста, гдѣ мы его слышимъ. Что перикардіальный шумъ тренія дѣйствительно имѣетъ вышеописанныя свойства,—въ этомъ легко можно убѣдиться на многихъ случаяхъ.

На основаніи вышеупомянутыхъ симптомовъ, діагнозъ перикардита въ частномъ случаѣ обыкновенно можетъ быть поставленъ легко и съ положительностью. Всѣ же остальные явленія, наблюдаемыя при перикардитѣ, имѣютъ значеніе только второстепенныхъ факторовъ, пополняющихъ діагнозъ. Сюда относится, напримѣръ, боль въ области сердца, — лихорадка, которая протекаетъ весьма различно и совершенно не имѣетъ специфическаго характера, — затрудненное учащенное дыханіе, и т. д. Болѣе важное значеніе имѣютъ симптомы, зависящіе отъ механическаго сдавливанія сердца перикардіальнымъ выпотомъ и отъ *затрудненной* вслѣдствіе этого *діастолы*, причемъ вены съ бѣльшимъ трудомъ опорожняютъ свою кровь въ предсердія, а артеріальная система наполняется менѣе совершенно, и въ концѣ концовъ должно обнаружиться паденіе кровяного давленія. Вслѣдствіе всего этого наступаютъ общеизвѣстныя разстройства кровообращенія: опуханіе печени, а вмѣстѣ съ нимъ иногда значительная брюшная водянка, преобладающая надъ другими водяночными явленіями, — уменьшеніе количества мочи, — общая водянка и ціанозъ, наконецъ — обмороки, появляющіеся тогда, когда больной принимаетъ сидячее положеніе, т. е., когда содержаніе крови въ артеріяхъ головного мозга, уже и безъ того незначительное, внезапно уменьшается еще въ большей степени.

Слѣдуетъ еще упомянуть о нѣкоторыхъ симптомахъ, которые, не находясь въ зависимости отъ нарушеннаго кровообращенія, возникаютъ вслѣдствіе мѣстнаго давленія перикардіальнаго выпота на ближайшіе сосѣдніе органы. Симптомы эти иногда имѣютъ важное діагностическое значеніе, поскольку они специально свойственны заболѣванію сердечной сорочки. Сюда относятся: *дисфагія*, *параличи голосовыхъ связокъ*, *рвота* и *икота*. Возможно, что сюда же принадлежитъ наблюдаемое иногда замедленіе пульса, т. е. что оно должно быть объяснено раздраженіемъ блуждающаго нерва, которое производится давленіемъ перикардіальнаго выпота.

Расширеніе сердечной тупости можетъ, понятно, зависѣть отъ различныхъ причинъ, и въ этомъ заключается источникъ діагностическихъ ошибокъ. Если границы сердечной тупости имѣютъ вышеописанную форму треугольника съ притупленною вершиной, такъ что несомнѣнно существуетъ скопленіе жидкости въ сердечной сорочкѣ, то наряду съ перикардитомъ возникаетъ вопросъ о перикардіальной водянкѣ. Такъ какъ перикардитъ тоже можетъ сопровождаться застойными явленіями и такъ какъ шумъ тренія при немъ можетъ исчезнуть, когда количество выпота сдѣлалось очень обильнымъ, то смѣшать между собою эти двѣ болѣзни, разумѣется, возможно, тѣмъ болѣе, что и лихорадка

далеко не всегда сопутствуетъ перикардиту, въ особенности его хронической формѣ. Если мы имѣли возможность наблюдать больного въ теченіе довольно долгаго времени, то обыкновенно бываетъ нетрудно рѣшить, существуетъ ли въ данномъ случаѣ перикардитъ или перикардiальная водянка, особенно, когда еще приняты во вниманіе этиологическія условія. Наступленіе болѣзни сердца при какомъ нибудь инфекціонномъ заболѣваніи, напр. при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, при септицеміи, бугорчаткѣ, дифтеритѣ, скарлатинѣ, пневмоніи, цингѣ, или гѣморрагическомъ діатезѣ вообще, наконецъ — при воспаленіи органа, лежащаго по сосѣдству съ сердечной сорочкой, говоритъ въ пользу перикардита и противъ перикардiальной водянки, которая всегда должна имѣть для себя причину въ общихъ или, сравнительно рѣже, въ мѣстныхъ разстройствахъ кровообращенія.

Въ случаяхъ, въ которыхъ эти діагностическія правила не могутъ разрѣшить вопроса, — а таковыя встрѣчаются хотя бы уже потому, что Брайтова болѣзнь, бугорчатка и др. могутъ безразлично вызывать перикардитъ и перикардiальную водянку, — слѣдуетъ назначить съ діагностико-терапевтической цѣлью наперсточную траву. Если при употребленіи этого средства исчезаютъ застойныя явленія, а вмѣстѣ съ ними и расширеніе сердечной тупости, то это говоритъ въ пользу перикардiальной водянки; если же, наоборотъ, количество жидкости не уменьшилось, т. е. сердечная тупость осталась увеличенною, то представляется вѣроятнымъ, что жидкость въ сердечной сорочкѣ имѣетъ воспалительное происхожденіе. Конечно, и въ случаяхъ перикардита жидкій выпотъ можетъ всосаться подъ влияніемъ наперсточной травы, благодаря увеличенному отдѣленію мочи; но тогда слѣдуетъ ожидать, что обнаружится шумъ тренія, который до тѣхъ поръ не былъ слышенъ, и что этимъ самымъ будетъ облегчено дифференціальное распознаваніе. *Кровянистая жидкость въ сердечной сорочкѣ (haemopericardium)* должна быть предполагаема въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда накопленіе ея происходило быстро и сопровождалось признаками остраго малокровія.

Труднѣе, чѣмъ отличить перикардитъ отъ перикардiальной водянки, бываетъ иногда рѣшить вопросъ, зависитъ ли расширеніе сердечной тупости отъ перикардита или отъ увеличенія самого сердца. Если сердечный толчекъ ясно прощупывается, то мѣстоположеніе его очень просто разрѣшаетъ этотъ вопросъ. Именно, если толчекъ прощупывается на самой наружной лѣвой границѣ сердечной тупости, то слѣдуетъ признать увеличеніе самого сердца, хотя бы все остальное и говорило въ пользу перикардита. Если же онъ прощупывается кнутри отъ лѣвой границы сердечной тупости, то слѣдуетъ поставить діагнозъ перикардита. Но когда толчекъ уже не прощупывается, при перикардитѣ — вслѣдствіе того, что сердце оттѣснено выпотомъ отъ грудной стѣнки, а при увеличеніи самого сердца — вслѣдствіе значительнаго упадка его дѣятельности, то въ такомъ случаѣ дифференціальное распознаваніе оказывается труднымъ. Если пульсъ при отсутствіи сердечнаго толчка довольно полонъ, то это несоотвѣтствіе между толчкомъ и величиною пульса уже само по себѣ наводитъ на діагнозъ перикардита. Однако, мы видѣли уже, что очень большой выпотъ, оттѣсняющій сердце кзади и вызывающій исчезновеніе

сердечнаго толчка, затрудняетъ вмѣстѣ съ тѣмъ діастолу сердца, а слѣдовательно, производитъ застой крови въ венахъ и пониженное кровяное давленіе въ артеріальной системѣ, такъ что значеніе вышеуказаннаго дифференціально-діагностическаго симптома этимъ самымъ нѣсколько ограничивается. И здѣсь также можно надѣяться на выясненіе діагноза при употребленіи наперсточной травы, которая въ подобныхъ случаяхъ представляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ важнѣйшее терапевтическое средство.

Не особенно удовлетворительные результаты даетъ и другой дифференціально-діагностическій признакъ, а именно—измѣненіе границъ сердечной тупости при различныхъ положеніяхъ тѣла. Разсуждая теоретически, слѣдовало бы думать, что въ сидячемъ положеніи больного, а особенно *при наклоненіи тѣла впередъ, пространство сердечной тупости при перикардитѣ будетъ значительно увеличиваться, а при увеличеніи самого сердца—нѣтъ*. Однако, не трудно (особенно въ такихъ случаяхъ, гдѣ при вскрытіи оказывается увеличеніе сердца съ полнымъ сращеніемъ обоихъ листовъ сердечной сорочки, такъ что сама собою исключается перикардiальная водянка, всосавшаяся, напр., въ послѣдніе часы жизни) убѣдиться въ томъ, что и увеличенное сердце можетъ значительно вліять на размѣры сердечной тупости при различныхъ положеніяхъ тѣла. Именно, при наклоненіи больного впередъ увеличенное тяжелое сердце тоже опускается кпереди, такъ что границы сердечной тупости тотчасъ же значительно расширяются. Конечно, увеличеніе это менѣе значительно чѣмъ при перикардiальномъ выпотѣ; однако, въ сомнительномъ случаѣ основывать діагнозъ на такихъ количественныхъ различіяхъ мы не имѣемъ права, и только тогда, когда при наклоненіи больного сердечный толчекъ, который до тѣхъ поръ отсутствовалъ, несомнѣнно прощупывается кнутри отъ лѣвой границы сердечной тупости, мы имѣемъ право допустить, что увеличеніе этой послѣдней обусловлено накопленіемъ жидкости въ сердечной сорочкѣ.

При сморщиваніи легкихъ возможно, что сердце, даже не увеличенное, будетъ обнажено на такомъ пространствѣ, что по ошибкѣ легко предположить присутствіе жидкости въ сердечной сорочкѣ. То же самое, съ теоретической точки зрѣнія (на практикѣ это почти не встрѣчается), было бы возможно и при изолированной инфильтраціи легочныхъ краевъ, окружающихъ сердечную тупость. Въ первомъ случаѣ насъ избавляетъ отъ діагностической ошибки высокое стояніе грудобрюшной преграды, обширное сотрясеніе сердечной области, мѣстонахожденіе сердечнаго толчка на самой крайней лѣвой границѣ тупаго звука, а также видимое и ощутимое сильное біеніе легочной артеріи; во второмъ же случаѣ рѣшающее значеніе для діагноза имѣютъ отсутствіе везикулярнаго дыханія, усиленное голосовое дрожаніе грудной стѣнки и неправильныя границы тупаго звука въ инфильтрированныхъ краяхъ легкаго. Опухоль средостѣнія также можетъ случайно развиваться такимъ образомъ, что обусловливаемое ею притупленіе звука будетъ непосредственно примыкать къ нормальной сердечной тупости, и эта послѣдняя будетъ казаться увеличенною. Въ такомъ случаѣ вопросъ разрѣшается постоянствомъ границъ тупаго звука при различныхъ положеніяхъ тѣла, мѣстоположеніемъ сердечнаго толчка, а главное—тѣмъ обстоятельствомъ, что границы тупаго звука обыкновенно распространяются здѣсь неравномѣрно по преимуществу въ одну какую нибудь сторону.

Наоборотъ, перикардiальный выпотъ можетъ остаться незамѣченнымъ или казаться меньшимъ, чѣмъ онъ есть въ дѣйствительности, если передніе края легкихъ приращены и вслѣдствіе этого при накопленіи выпота въ сердечной сорочкѣ не могутъ отойти въ сторону, или же, если эмфизематозное легкое прикрываетъ сердце на большемъ пространствѣ. Въ такихъ случаяхъ присутствіе жидкости можетъ быть

распознано прежде всего по тому признаку, что относительное сердечное притупленіе занимаетъ большее пространство и усиливается при перемѣнѣ положенія тѣла.

Обыкновенно, впрочемъ, всѣ эти діагностическія трудности легко устраняются благодаря тому, что почти во всѣхъ случаяхъ перикардита существуетъ шумъ тренія, который констатируется по крайней мѣрѣ временно, если выслушиваніе производится часто и тщательно.

Самыя свойства этого *перикардіальнаго шума тренія* настолько рѣзки, что его не легко можно смѣшать съ другими шумами, выслушиваемыми въ области сердца. О тѣхъ признакахъ, по которымъ перикардіальный шумъ тренія отличается отъ эндокардіальныхъ шумовъ, мы уже говорили. Но опредѣлить истинный характеръ шума бываетъ иногда трудно вслѣдствіе того, что рядомъ съ нимъ не слышно чистаго перваго или втораго звука, а существуютъ во время систолы и діастолы одни только шумы, или же вслѣдствіе того, что перикардіальные и эндокардіальные шумы констатируются рядомъ у одного и того же больного. Въ послѣднемъ случаѣ эндокардіальные шумы обыкновенно не могутъ быть распознаны, такъ какъ они заглушаются перикардіальными, которые болѣе сильны; но иногда бываетъ и наоборотъ.

При плевритѣ или пневмоніи, если процессъ локализируется вблизи сердца, послѣднее во время своихъ сокращеній нерѣдко такъ сильно трется о шероховатую воспаленную плевру, что получается шумъ тренія, совпадающій по времени съ сердечными сокращеніями: *плевро-перикардіальный* или *«экстраперикардіальный»* шумъ тренія. Соотвѣственно этому явленію, наблюдавшемуся у постели больного, обыкновенно оказывается при анатомическомъ вскрытіи воспалительное заболѣваніе обращенныхъ другъ къ другу плевральныхъ поверхностей *sinus mediastino-costalis*. Шумъ тренія при такой локализациі воспалительнаго процесса производится взаимнымъ передвиженіемъ шероховатыхъ листковъ плевры, сдѣлавшихся таковыми вслѣдствіе воспаленія, причемъ это передвиженіе ихъ происходитъ отчасти во время дыханія, отчасти во время систолы и діастолы сердца. Благодаря послѣднему обстоятельству, эти шумы тренія, совпадающіе по времени съ сердечною дѣятельностью, могутъ быть смѣшиваемы съ перикардіальными шумами. *Если заставить больного глубоко вздохнуть и затѣмъ задержать дыханіе, то рассматриваемый шумъ тренія, въ противоположность перикардіальному, обыкновенно исчезаетъ совсѣмъ*, такъ какъ легкое, вступая при вдыханіи въ *sinus mediastino-costalis*, дѣлаетъ менѣе возможнымъ треніе сердца о шероховатую плевру во время сердечныхъ сокращеній. Однако, этотъ дифференціально-діагностическій признакъ, по моимъ наблюденіямъ, далеко не надеженъ; наоборотъ, иногда плевроперикардіальный шумъ тренія бываетъ слышенъ съ особенною силою какъ-разъ на высотѣ вдыханія. Во всякомъ случаѣ, діагнозъ долженъ всего болѣе основываться на томъ, что шумъ тренія по-

является въ зависимости не только отъ сердечной дѣятельности, но и отъ дыхательныхъ движеній, а въ сердечной сорочкѣ не существуетъ выпота. Отличить сухой перикардитъ отъ перикардiальнаго плеврита становится невозможно, если къ первому присоединяется плевритъ, локализирующійся вблизи сердца. Распознать сухой перикардитъ въ подобномъ случаѣ было бы еще мыслимо развѣ тогда, когда шумъ тренія слышенъ въ центральной части сердечной тупости, слѣдовательно — въ такомъ мѣстѣ, куда не доходитъ *sinus mediastino-costalis*.

Въ качествѣ послѣдовательнаго симптома, вызываемаго перикардiальнымъ плевритомъ, было описано *Riegel* емъ своеобразное явленіе, заключающееся въ томъ, что сердечный толчекъ, ослабѣвающій при нормальныхъ условіяхъ во время вдыханія, ослабѣваетъ здѣсь во время *выдыханія*. *Riegel* объясняетъ это явленіе тѣмъ, что между сердцемъ и легкимъ существуютъ тѣсмобразныя сращения, которыя, благодаря своему строенію и мѣстоположенію, становятся во время вдыханія болѣе слабыми, и, слѣдовательно, сердце въ это время можетъ перемѣщаться болѣе свободно, чѣмъ въ моментъ выдыханія.

При распознаваніи перикардита необходимо еще въ заключеніе опредѣлить самое свойство воспалительнаго выпота, т. е. рѣшить вопросъ, окажется ли выпоть серозно-фибринознымъ, гнойнымъ, ихорознымъ, или гѣморрагическимъ. Для разрѣшенія этого вопроса особенно важно обращать вниманіе на причину перикардита и на тѣлосложеніе даннаго субъекта: при цынгѣ и гѣморрагическомъ діатезѣ вообще, при ракѣ и бугорчаткѣ, при гѣморрагической оспѣ или скарлатинѣ нужно ожидать кровянистаго выпота; при септицеміи, при осложненіи гнойнымъ плевритомъ слѣдуетъ ожидать гнойнаго выпота, и въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываютъ еще потрясающіе ознобы и сильно ремиттирующая лихорадка; напротивъ того, при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ представляется вѣроятнымъ, что выпоть имѣетъ серозно-фибринозный характеръ. Но все это — одни предположенія, не имѣющія никакой цѣны, такъ какъ обыкновенно они ничѣмъ не могутъ быть доказаны. Иногда, уже ради того, чтобы выяснитъ терапевтическое показаніе, становится необходимымъ произвести пробный проколъ, которымъ всего проще и разрѣшаются сомнѣнія на счетъ качества выпота ⁷⁾.

Послѣдовательныя состоянія, производимыя перикардитомъ. Срощеніе обоихъ листковъ сердечной сорочки. Мозолистый медиастино-перикардитъ.

По окончаніи перикардита нерѣдко остаются соединительнотканныя сращения между обоими листками сердечной сорочки, плотныя сращения

⁷⁾ Одного макроскопическаго изслѣдованія выпота, т. е. опредѣленія, есть ли выпоть серозно-фибринозный, гнойный, ихорозный или гѣморрагическій и пр., очевидно недостаточно. Съ цѣлью выясненія этиологіи перикардита, а слѣдовательно и принятія тѣхъ или другихъ терапевтическихъ мѣръ, положительно необходимо микроскопическое, гевр. бактеріоскопическое изслѣдованіе выпота. Данныя, полученныя при такомъ изслѣдованіи, въ нѣкоторыхъ случаяхъ давали очень цѣнныя указанія.

ей съ передней грудной стѣнкой или съ позвоночникомъ, съ пазухами грудной плевры, иногда также съ аортой, а если воспалительный процессъ захватывалъ клѣтчатку средостѣнія, то въ послѣднемъ нерѣдко образуются мозолистые пучки со смѣщеніемъ находящихся въ немъ органовъ. Всѣ эти процессы могутъ затруднять и отчасти чрезвычайно характернымъ образомъ измѣнять дѣятельность сердца и кровообращеніе въ сосудахъ, такъ что распознаваніе иногда бываетъ возможно. Впрочемъ, такая возможность существуетъ не всегда: напр., при анатомическомъ вскрытіи можетъ быть найдено полное зарощеніе сердечной сорочки, хотя при жизни и не было ни малѣйшихъ симптомовъ, которые бы на это указывали. Ослабленіе дѣятельности сердца, производимое болѣе обширными сращениями листковъ сердечной сорочки, — несостоятельность сердца съ ея послѣдствіями, — представляетъ симптомъ, свойственный очень многимъ болѣзнямъ сердца; слѣдовательно, симптомъ этотъ не можетъ самъ по себѣ служить основаніемъ для діагноза, а можетъ имѣть значеніе развѣ только въ качествѣ побочнаго явленія, пополняющаго собою діагнозъ. Но иногда, наряду съ этою несостоятельностью сердца или безъ нея, обнаруживаются діагностически-важныя измѣненія, которыя могутъ быть констатированы физическимъ изслѣдованіемъ.

Наиболѣе извѣстное изъ этихъ измѣненій представляетъ *втягиваніе межребернаго пространства на мѣстѣ сердечнаго толчка во время систолы желудочка*.

Извѣстно, что выпячиваніе 5-го межребернаго пространства, наблюдаемое при нормальныхъ условіяхъ во время сокращенія сердца, не можетъ быть объяснено какою-нибудь одною причиною. Въ настоящее время несомнѣнно доказано, что верхушка сердца при его сокращеніи перемѣщается вправо, вверхъ и впередъ, а основаніе его при этомъ смѣщается внизъ. Перемѣщеніе верхушки кпереди составляетъ, съ одной стороны, результатъ «противоудара», а съ другой стороны, оно есть послѣдствіе того, что ось желудочка принимаетъ вертикальное направленіе относительно основанія сердца, а основаніе желудочка при этомъ получаетъ болѣе круглую форму. Такимъ образомъ понятно, что верхушка сердца, не смотря на свое безспорное перемѣщеніе вправо и вверхъ, все-таки поворачивается впередъ настолько, что сокращеніе сердца, лежащаго на грудобрюшной преградѣ, можетъ производить выпячиваніе 5-го межребернаго пространства, по направленію къ которому ниспадаетъ наклонная плоскость, образуемая діафрагмой. Свободное мѣсто, образующееся при уменьшеніи объема сердца, занимаютъ края легкихъ, перемѣщаясь во время систолы. Если же это перемѣщеніе невозможно, какъ напр. въ случаяхъ сморщиванія и приращенія легочныхъ краевъ, или въ случаяхъ гипертрофіи сердца и т. п., то при сильномъ сердечномъ толчкѣ часто приходится наблюдать втягиваніе межреберныхъ пространствъ во всей сердечной области, которое зависитъ оттого, что мѣсто, освободившееся при систолическомъ уменьшеніи сердца, не можетъ быть занято легочными краями. Но это втягиваніе межреберныхъ пространствъ должно быть строго отличаемо отъ систолическаго втягиванія сердечной *верхушки*, о которомъ мы здѣсь говоримъ. Последнее явленіе наступаетъ только тогда, когда воспрепятствовано вышеупомянутое перемѣщеніе сердечной верхушки по направленію кпереди. Такъ какъ это перемѣщеніе верхушки кпереди сопряжено съ перемѣщеніемъ основанія сердца книзу, то при сращеніи обоихъ листковъ сердечной сорочки все будетъ зависетьъ оттого, локализуется ли оно у

основанія сердца, препятствуя его перемѣщенію внизъ. Дѣйствительно, анатомическими вскрытіями доказано, что даже незначительныя сращения производили систолическое втягиваніе 5-го межребернаго пространства, коль скоро они занимали основаніе сердца, между тѣмъ какъ въ другихъ мѣстахъ даже обширныя сращения не обнаруживались при жизни никакими симптомами. Если же облитерированная сердечная сорочка, вмѣсто того чтобы быть слабо прикрѣпленною, какъ при нормальныхъ условіяхъ, сращена съ передней грудной стѣнкой и съ позвоночникомъ при посредствѣ очень сильно натянутыхъ соединительнотканыхъ пучковъ, то результатомъ сокращенія сердца будетъ не только втягиваніе межребернаго пространства въ области сердечнаго толчка, но и *втягиваніе болѣе значительной части передней грудной стѣнки; впрочемъ, сокращеніе сердца должно происходить съ нѣкоторою силою для того, чтобы это втягиваніе было ясно выражено.* Во время діастолы грудная стѣнка опять приходитъ въ свое естественное положеніе, а это сопровождается нѣкоторымъ сотрясеніемъ — *діастолическимъ* сердечнымъ толчкомъ — и образованіемъ звука, слышнаго непосредственно вслѣдъ за вторымъ звукомъ сердца. Одновременно съ діастолой, какъ показалъ впервые *Friedreich*, происходитъ *спаденіе шейныхъ венъ*, потому что діастолическое выпячиваніе грудной стѣнки благопріятствуетъ ихъ быстрому опорожненію. Втягиваніе одного межребернаго пространства на мѣстѣ сердечнаго толчка наблюдалось и при другихъ условіяхъ, напр., въ извѣстномъ случаѣ *"Friedreich'a"*—при суженіи аортальнаго устья (благодаря отсутствію противоудара), хотя въ общемъ оно все-таки сравнительно чаще встрѣчается при сращеніи сердечной сорочки; обширное же втягиваніе передней грудной стѣнки и діастолическое спаденіе шейныхъ венъ представляютъ два симптома, на основаніи которыхъ съ положительностью можетъ быть распознано плотное сращеніе сердечной сорочки съ сосѣдними органами. Особенно важно еще обращать вниманіе на то обстоятельство, что этимъ явленіямъ предшествовалъ перикардитъ. Если въ теченіи перикардита сердечный толчекъ сначала былъ ясно виденъ, а затѣмъ по излѣченіи перикардита и восстановленіи нормальныхъ границъ сердечной тупости исчезъ, то одного уже отсутствія сердечнаго толчка, которое столь часто наблюдается при другихъ условіяхъ и которое обыкновенно не имѣетъ никакого значенія, вполне здѣсь достаточно, чтобы поставить діагнозъ сращения сердечной сорочки, и этотъ діагнозъ становится, конечно, еще болѣе несомнѣннымъ, если одновременно существуетъ втягиваніе межребернаго пространства на мѣстѣ сердечнаго толчка, а въ особенности—обширное втягиваніе передней грудной стѣнки. Если сердечный толчекъ не перемѣщается при положеніи больного на лѣвомъ боку, то это обстоятельство также можетъ считаться признакомъ сращения сердечной сорочки съ сосѣдними органами.

Если большіе сосуды—аорта и верхняя полая вена—оттягиваются и сдавливаются соединительноткаными сращениями, образовавшимися вслѣдствіе перикардита или медиастинита, то во время вдыханія наблюдаются на артеріяхъ и венахъ своеобразныя явленія. Между тѣмъ какъ у здороваго человѣка при *спокойномъ* дыханіи пульсовыя волны не представляютъ во время вдыханія и выдыханія никакой разницы или, по крайней мѣрѣ, лишь весьма незначительно уменьшаются во время вдыханія и повышаются въ моментъ выдыханія,—при мозолистомъ медиастино-перикардитѣ замѣчается на сфигмографической кривой или даже ощущается пальцемъ очень рѣзкое ослабленіе пульса во время каждаго вдыханія, а когда больной вдохнетъ очень глубоко, то пульсъ совсѣмъ даже исчезаетъ подъ пальцемъ. Это свойство пульса (*pulsus paradoxus*) обусловлено тѣмъ, что аорта, оттягиваемая сращениями, суживается во время вдыханія. Патогностическимъ признакомъ мозолистаго медиастино-перикардита этотъ «парадоксальный пульсъ», конечно, не можетъ считаться, такъ какъ онъ наблюдался при различныхъ другихъ болѣзненныхъ состояніяхъ и такъ какъ онъ долженъ появляться во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда нормальное инспираторное пониженіе кровянаго давленія обнаруживается въ болѣе сильной степени. Но именно при медиастино-перикардитѣ инспираторное пониженіе кровянаго давленія бываетъ выражено въ напѣснѣй-

шей степени, а если одновременно съ парадоксальнымъ пульсомъ существуетъ еще и другой признакъ смѣщенія сосудовъ, именно—*инспираторное набуханіе шейныхъ венъ*, то мы тѣмъ болѣе вправѣ распознать медиастино-перикардитъ. Последнее явленіе легко объясняется тѣмъ, что большіе венозные стволы, будучи оттягиваемы сращеніями, суживаются во время вдыханія, и такимъ образомъ, благодаря мгновенно наступающему застою крови, шейныя вены во время вдыханія *набухаютъ*, вмѣсто того чтобы *спадаться*, какъ при нормальныхъ условіяхъ.

Скопленіе воздуха въ сердечной сорочкѣ.

Рнеуморерикардium.

Скопленіе воздуха въ сердечной сорочкѣ есть болѣзнь чрезвычайно рѣдкая, которая характеризуется объективными признаками, сильно бросающимися въ глаза. При объясненіи этой болѣзни не слѣдуетъ забывать, что, совершенно такъ же какъ при пневмотораксѣ (возникающемъ, кстати сказать, подъ вліяніемъ подобныхъ же этиологическихъ условій), въ сердечной сорочкѣ накапливается, кромѣ газовъ, еще и жидкость, обыкновенно—гной. Соотвѣтственно этому мы констатируемъ: выпячиваніе въ области сердца, отсутствіе сердечнаго толчка, который иногда вновь обнаруживается въ сидячемъ положеніи или при наклоненіи тѣла впередъ, и такъ какъ воздухъ помѣщается въ самой верхней части сердечной сорочки, а сердце и жидкій выпотъ опускаются внизъ, то при *перкуссii* мы находимъ взамѣнъ сердечной тупости ясный тимпаническій звукъ съ металлическимъ оттѣнкомъ (особенно при постукиваніи рукояткою или спинкою молоточка), и высота этого звука, по наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, измѣняется во время систолы и діастолы сердца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пневмоперикардіа, даже при замкнутой полости, былъ слышенъ шумъ треснувшаго горшка. Само собою понятно, что жидкій выпотъ и сердце быстро перемѣщаются при перемѣнахъ положенія тѣла, а вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется и перкуторный звукъ. *Аускультативныя* явленія, пожалуй, еще болѣе рѣзки, нежели тѣ, которыя получаютъ при выстукиваніи: важнѣйшее изъ нихъ состоитъ въ металлическомъ тембрѣ сердечныхъ звуковъ, который обыкновенно бываетъ настолько силенъ, что звуки сердца могутъ быть услышаны въ нѣкоторомъ разстояніи отъ больного. Движенія сердца обыкновенно производятъ въ жидкости сильныя колебанія, и вслѣдствіе этого образуется шумъ плеска, точно также сопровождаемый металлическимъ звономъ. Кромѣ того, иногда бываетъ слышенъ звенящій шумъ падающихъ капель, а если существуетъ шумъ тренія, то и онъ можетъ имѣть металлическій оттѣнокъ. Если заставить больного наклониться впередъ, то жидкій выпотъ и сердце опускаются тоже впереди, причемъ ясный звукъ въ сердечной области становится притупленнымъ, сердечный толчекъ—ощутимымъ для пальца, а шумъ тренія—совершенно явственнымъ.

Въ виду этихъ чрезвычайно своеобразныхъ физическихъ признаковъ, смѣшать пневмоперикардію съ какою нибудь другою болѣзнью едва ли возможно.

Только при очень поверхностномъ изслѣдованіи можно смѣшать съ пневмоперикардіемъ металлическій отголосокъ сердечныхъ звуковъ, появляющійся вслѣдствіе резонанса въ желудкѣ. Впрочемъ, я долженъ согласиться, что металлическій оттънокъ сердечныхъ звуковъ въ этомъ случаѣ бываетъ иногда очень рѣзокъ. Но ошибка тотчасъ же выясняется нормальными границами сердечной тупости и нормальнымъ мѣстоположеніемъ толчка. Наконецъ, всякое сомнѣніе окончательно устраняется, если наполнить желудокъ водою, причемъ сердечные звуки немедленно теряютъ свой металлическій отголосокъ. Ошибка въ діагнозѣ возможна скорѣе тогда, когда сердечные звуки имѣютъ металлическій оттънокъ вслѣдствіе резонанса въ *легочной кавернѣ* или въ полости *ограниченнаго пневмоторакса*, находящихся *вблизи сердца*. Впрочемъ, по моимъ наблюденіямъ, это бываетъ довольно рѣдко. И здѣсь также можно избѣжать діагностической ошибки, если обратить вниманіе на сердечный толчекъ и на сохранившіеся нормальные размѣры сердечной тупости, хотя и толчекъ, и тупость сердца при пневмотораксѣ бываютъ смѣщены; впрочемъ, въ обоихъ вышеупомянутыхъ случаяхъ гораздо болѣе сильный металлическій оттънокъ имѣютъ шумы, выслушиваемые во время дыхательныхъ движеній.

Когда діагнозъ пневмоперикардія стоитъ уже внѣ всякаго сомнѣнія, то необходимо еще выяснитъ причину болѣзни, т. е. постараться опредѣлить, попалъ ли воздухъ въ полость сердечной сорочки вслѣдствіе какой-нибудь травмы или вслѣдствіе перфорации сосѣдняго органа, въ которомъ таковой имѣется. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ было невозможно при анатомическомъ вскрытіи найти нарушеніе цѣлости сердечной сорочки. Въ литературѣ имѣется нѣсколько вполне достовѣрныхъ случаевъ накопленія газовъ въ полости сердечной сорочки, которое происходило вслѣдствіе разложенія перикардіальнаго выпота, и я самъ, волей-неволей, долженъ присоединить къ нимъ одинъ случай изъ моей практики (дѣло шло о раковой опухоли пищевода, гангренизированной по направленію къ сердечной сорочкѣ), гдѣ существовалъ пневмоперикардій и однако при анатомическомъ вскрытіи, не смотря на всѣ старанія, не удалось найти никакого сообщенія между пищеводомъ и полостью сердечной сорочки.

III. Болѣзни сердечной мышцы.

Сравнительно болѣе труднымъ представляется распознаваніе *болѣзней сердечной мышцы*, такъ какъ физическіе признаки ихъ менѣе рѣзки. Изъ числа самостоятельныхъ патологическихъ процессовъ, сюда относящихся, клиническое значеніе имѣютъ въ дѣйствительности только 3 болѣзни: воспаленіе сердечной мышцы (миокардитъ), самостоятельная («идіопатическая») гипертрофія сердца, возникающая независимо отъ другихъ его заболѣваній, и жирное сердце. Эти 3 болѣзни требуютъ болѣе подробнаго описанія; о всѣхъ же остальныхъ измѣненіяхъ сердечной мышцы мы будемъ упоминать только мимоходомъ.

Воспаленіе сердечной мышцы. Миокардитъ.

Прежде всего, что касается *миокардита*, то главнѣйшимъ симптомомъ его должно считаться сильное *разстройство отпращиваній сердечной мышцы*, наступающее или быстро или постепенно, смотря по характеру каждаго отдѣльнаго случая. Разстройство это обнаруживается *прежде всего въ измѣненіи пульса, который становится малымъ, учащеннымъ, неправильнымъ*; но, въ отличіе отъ простаго ослабленія

переутомленнаго сердца (при эндокардитѣ и другихъ болѣзняхъ этого органа, не осложненныхъ міокардитомъ), наперсточная трава и другіе сердечные раздражители не оказываютъ здѣсь на характеръ пульса никакого прочнаго вліянія, или дѣйствуютъ на него очень мало. Діагнозъ подкрѣпляется остальными признаками несостоятельности сердечной мышцы, каковы, напримѣръ, слабость сердечнаго толчка, чувство стѣсненія въ груди, затрудненіе дыханія, удушье, разстройства пищеваренія, ціанозъ и застойныя явленія вообще. Постепенно увеличивающееся расширение сердца становится доступнымъ для перкуссіи; но слабые сердечные звуки остаются чистыми, а если и появляются шумы, то они всегда бываютъ случайнаго свойства. Эти случайные шумы зависятъ здѣсь отъ ослабленной дѣятельности воспаленныхъ сосковидныхъ мышцъ, причемъ рѣзкаго усиленія втораго звука легочной артеріи не наблюдается. Въ *дальнѣйшемъ теченіи* міокардита могутъ, однако, появиться и болѣе сильныя, постоянныя шумы, если дѣло дошло до того, что оторвался подрѣзанный зубецъ клапана, или же, если наступило прободеніе перегородки желудочковъ, и т. п. *Если въ теченіи простаго міокардита, при которомъ сердечные звуки до тѣхъ поръ хотя и были слабы, но оставались чистыми, внезапно появляется очень громкій сердечный шумъ,* то можно считать вѣроятнымъ, что къ міокардиту присоединилось послѣднее изъ названныхъ сейчасъ осложненій.

На осложняющихъ эмболіяхъ головного мозга, селезенки и т. д. не можетъ основываться діагнозъ міокардита. Діагнозъ этотъ всегда бываетъ труденъ и можетъ быть поставленъ съ извѣстною положительностью только въ томъ случаѣ, если возможно наблюдать болѣзнь въ продолженіе нѣкотораго времени и тщательно прослѣдить ея теченіе. Болѣе твердую почву діагнозъ получаетъ въ особенности тогда, когда обращается вниманіе на анамнезъ и на одновременное существованіе такихъ болѣзней, которыя, какъ напр. скарлатина, тифъ, а главное—острый ревматизмъ и септицемія, могутъ, согласно опыту, подавать поводъ къ развитію міокардита. Но именно эти инфекціонныя болѣзни, какъ намъ уже извѣстно, приводятъ гораздо чаще къ эндокардиту и перикардиту, чѣмъ къ міокардиту.

Впрочемъ, для того чтобы въ какомъ нибудь случаѣ можно было признать чистый міокардитъ, должны быть предварительно исключены эндокардитъ и перикардитъ, которые, какъ извѣстно, тоже могутъ повлечь за собою несостоятельность сердечной мышцы, съ ея послѣдствіями. Съ другой стороны, если найдены ясно выраженные признаки эндокардита или перикардита, то необходимо разрѣшить вопросъ, вѣтъ ли еще и міокардита. Въ этомъ отношеніи особенно важно обращать вниманіе на несоотвѣтствіе между симптомами несостоятельности сердца и степенью развитія несомнѣнно существующаго эндокардита или перикардита. Если первые преобладаютъ надъ второю и если наперсточная трава и другіе сердечные раздражители даютъ незначительный эффектъ или совсѣмъ не оказываютъ никакого дѣйствія, то можно съ вѣроятіемъ предположить одновременное существованіе міокардита.

Если дѣло идетъ не объ острой, а о хронической несостоятельности сердца, то опредѣлить, что въ подобной картинѣ болѣзни порвѣнствующую роль играетъ хроническій міокардитъ, становится еще болѣе труднымъ. Если при хронической несостоятельности сердца и его расши-

реніи сердечные звуки чисты, то дѣло можетъ идти или о хроническомъ миокардитѣ, или о жирномъ сердцѣ въ собственномъ смыслѣ этого слова, или о послѣдовательномъ жировомъ перерожденіи идиопатически гипертрофированнаго сердца. Строгое дифференціальное распознаваніе здѣсь невозможно; но все-таки теченіе болѣзни и анамнезъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ свидѣтельствуютъ больше то объ одной, то о другой изъ этихъ болѣзней: въ пользу хроническаго миокардита говоритъ именно отсутствіе въ картинѣ болѣзни такого періода, въ которомъ несомнѣнно констатировались бы явленія гипертрофіи сердца, затѣмъ отсутствіе общей тучности и существованіе давняго сифилиса, представляющаго несомнѣнные третичные симптомы.

Если наряду съ хроническою несостоятельностью сердца констатируются при выслушиваніи сердечные шумы, то рѣшить вопросъ, зависятъ ли они отъ эндокардита, присоединившагося уже вторичнымъ образомъ къ миокардиту, или отъ одного только хроническаго миокардита, оказывается совершенно невозможнымъ, въ особенности, когда данный случай не наблюдался съ самаго начала и затѣмъ въ теченіе довольно долгаго времени. Если довольно долго существовали признаки, указывавшіе на неосложненный миокардитъ, а именно — малый, неправильный пульсъ и т. д., и если затѣмъ къ нимъ присоединились симптомы недостаточности двустворчататаго клапана, то можно думать, что послѣдняя составляетъ результатъ хроническаго перерожденія сосковидныхъ мышцъ или же обусловлена присоединившимся эндокардитомъ. Если появляются признаки недостаточности трехстворчататаго клапана съ расширеніемъ сердечной тупости, то въ значительномъ большинствѣ случаевъ они должны считаться результатомъ послѣдовательнаго расширенія сердца, причемъ расширение это повлекло за собою относительную недостаточность названнаго клапана. Наконецъ, если къ явленіямъ миокардита присоединяются физическіе признаки суженія какого либо отверстія, а особенно — устья аорты или легочной артеріи, то возможно, что развилось такъ наз. «суженіе сердца» вслѣдствіе образованія мозолистой ткани, которая суживаетъ просвѣтъ того или другаго желудочка. Но и въ послѣднихъ случаяхъ не можетъ быть рѣчи даже о приблизительно точномъ распознаваніи, потому что къ миокардиту могъ вторичнымъ образомъ присоединиться и простой эндокардитъ соотвѣствующихъ клапановъ. Слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ нужно довольствоваться малымъ и ограничиваться діагнозомъ хроническаго миокардита, сопровождаемаго недостаточностью опредѣленнаго клапана или суженіемъ опредѣленнаго отверстія. Если данный случай не наблюдался въ различныхъ періодахъ своего развитія, то вообще лучше воздержаться отъ опредѣленнаго діагноза, что достаточно видно уже изъ вышесказаннаго и станетъ совершенно ясно изъ послѣдующаго описанія, когда мы будемъ говорить о распознаваніи идиопатической гипертрофіи сердца въ позднѣйшія стадіи ея развитія и о распознаваніи

жирного сердца, клиническая картина которого въ главнѣйшихъ своихъ чертахъ совпадаетъ съ картиною хроническаго міокардита, тѣмъ болѣе, что инфекціонный міокардитъ даже и анатомически переходитъ незамѣтнымъ образомъ въ жировое перерожденіе. Діагнозъ хроническаго міокардита можетъ быть поставленъ съ нѣскольکو большею достовѣрностію развѣ только въ томъ случаѣ, *если пульсъ былъ неправиленъ съ самаго начала* и если онъ остается таковымъ, не смотря на то, что *сердечныя сокращенія сдѣлались болѣе сильными* подъ вліяніемъ наперсточной травы и т. д., — обстоятельство, которое въ новѣйшее время было выставлено на видъ *Riegel*емъ и которое онъ объясняетъ прекращеніемъ дѣятельности сердечныхъ узловъ.

Когда мы пришли вышеуказаннымъ путемъ къ тому, что поставили діагнозъ міокардита, то можно еще, принявъ во вниманіе главнымъ образомъ этиологію, задаться разрѣшеніемъ вопроса, съ какою именно формою болѣзни мы имѣемъ дѣло въ данномъ случаѣ, т. е., существуетъ ли у больного инфекціонный resp. гнойный міокардитъ, или же фиброзная форма. Впрочемъ, клиническаго значенія эти подробности не имѣютъ, и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вполне достаточно опредѣлить, существуетъ ли у больного острая или хроническая форма міокардита.

Жирное сердце.

При незначительной степени своего развитія болѣзнь недоступна распознаванію; то же самое относится и къ такимъ случаямъ, гдѣ хотя и произошло полное жировое перерожденіе отдѣльныхъ участковъ сердца, но бѣольшая часть органа еще здорова. Даже вся верхушка сердца, какъ это было въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся недавно въ моей клиникѣ, можетъ быть превращена въ комокъ жира, безъ того чтобы это обнаруживалось хотя бы *однимъ* клиническимъ симптомомъ. Наоборотъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ распространенное жировое перерожденіе сердца, діагнозъ можетъ быть поставленъ по нѣкоторымъ явленіямъ, связаннымъ съ измѣненною сердечною дѣятельностію, если въ то же время будутъ приняты во вниманіе анамнезъ и конституціональныя особенности даннаго субъекта.

И здѣсь также въ картинѣ болѣзни господствующее мѣсто занимаютъ симптомы хронической несостоятельности сердца: сердечная тупость увеличена вслѣдствіе пассивнаго расширенія органа, сердечный толчекъ при этомъ ослабленъ, а иногда совсѣмъ отсутствуетъ, звуки сердца слабы, но чисты, и развѣ очень рѣдко сопровождаются случайнымъ систолическимъ шумомъ, второй звукъ легочной артеріи не усиленъ, если болѣзнь не ограничивается исключительно лѣвымъ желудочкомъ, въ каковомъ случаѣ правый желудочекъ вторичнымъ образомъ гипертрофируется. Вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживается застой крови, въ болѣе или меньшей степени; пульсъ лучевой артеріи ослабленъ вслѣд-

ствіе недостаточнаго наполненія аортной системы и въ значительномъ большинствѣ случаевъ учащенъ и неправиленъ (вѣроятно, благодаря недостаточному притоку крови къ головному мозгу, вслѣдствіе чего ограничивается задерживающая функція блуждающихъ нервовъ). Лишь въ высшей степени рѣдко, по моимъ наблюденіямъ, обнаруживается явное замедленіе пульса, иногда, впрочемъ, весьма значительное (до 20 ударовъ въ минуту и еще ниже), которое, будучи вполне obviously неудовлетворительнымъ питаніемъ и недостаточнымъ возбужденіемъ сердечной мышцы и сердечныхъ узловъ, совершенно неправильно считалось патогностическимъ признакомъ жирнаго сердца. Иногда вслѣдъ за такимъ замедленіемъ сердечной дѣятельности появляется мозговой приступъ, имѣющій сходство съ апоплексіей. Эти приступы, подобно нѣкоторымъ другимъ симптомамъ жирнаго сердца, составляютъ послѣдствіе недостаточнаго притока крови къ головному мозгу, что доказывается, на примѣръ, знаменитымъ случаемъ *Stokes'a*, гдѣ больной былъ въ состояніи купировать приступъ, принявъ колѣно-локтевое положеніе и наклонивъ голову внизъ. Еще болѣе, чѣмъ эти псевдо-апоплексіи, извѣстно *Cheyne-Stokes'*ово дыханіе, какъ признакъ продолжительной анеміи головного мозга, обусловливаемой жирнымъ сердцемъ; явленіе это характеризуется періодическимъ усиленіемъ и ослабленіемъ дыхательныхъ движеній, съ одной стороны, и полною дыхательною паузою — съ другой. *Cheyne-Stokes'*ово дыханіе точно также не есть патогностическій признакъ жирнаго сердца: соотвѣтственно причинѣ своего возникновенія, оно можетъ существовать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда при недостаточномъ притоцѣ крови къ продолговатому мозгу и неудовлетворительномъ питаніи послѣдняго наступаетъ временное истощеніе дыхательнаго центра. Сердцебиеніе, приступы грудной жабы, сердечная астма, т. е. послѣдствія несостоятельности сердца, обнаруживающіяся со стороны нервной системы, встрѣчаются и при жирномъ сердцѣ. О распознаваніи этихъ неврозовъ мы еще будемъ говорить въ особой главѣ.

И такъ, *точное распознаваніе* жирнаго сердца сопряжено съ немалыми трудностями; оно *концентрируется прежде всего на томъ, что долженъ быть установленъ фактъ несостоятельности сердца, не находящейся въ зависимости отъ какого либо порока клапановъ*. Когда эта несостоятельность сердца констатирована и когда затѣмъ установлено, что она имѣетъ не временной, а постоянный характеръ, что она, на примѣръ, не можетъ быть быстро устранена наперсточною травой и другими сердечными раздражителями, то необходимо отыскать причину этой хронической несостоятельности сердца и прежде всего, руководствуясь вышеприведенными діагностическими указаніями, опредѣлить, нѣтъ ли хроническаго міокардита. Если присутствіе міокардита представляется невѣроятнымъ, то

сама собою является мысль о жирномъ сердцѣ, тѣмъ болѣе, когда еще имѣются этиологическія условія, благоприятствующія его возникновенію, именно предшествовавшее отравленіе (въ особенности—фосфоромъ и мышьякомъ), инфекціонныя болѣзни и рѣзко выраженные конституціональныя заболѣванія герп. болѣзни обмѣна веществъ. Къ послѣдней категоріи относятся общее малокровіе, маразмъ (у больныхъ чахоткой, ракомъ и т. п.), а въ особенности—общая тучность, которая во многихъ случаяхъ, по моему мнѣнію, должна считаться не просто лишь результатомъ нецѣлесообразнаго питанія, а послѣдствіемъ продолжительнаго уклоненія въ обмѣнѣ веществъ, отражающагося между прочимъ и на состояніи сердечной мышцы, о чемъ мы еще будемъ въ свое время говорить по поводу распознаванія тучности. Эти послѣднія состоянія, коль скоро присутствіе ихъ вполнѣ установлено, позволяютъ намъ ставить діагнозъ жирнаго сердца, въ тѣсномъ смыслѣ слова. *Впрочемъ, съ клинической точки зрѣнія я считаю болѣе правильнымъ совершенно не различать ожирѣніе сердца и жировое перерожденіе*, а говорить только о жирномъ сердцѣ, указывая въ каждомъ данномъ случаѣ причину развитія болѣзни. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи необходимо еще присовокупить, что жировое перерожденіе сердечной мышцы очень часто образуется послѣ предшествовавшей гипертрофіи, отъ какой бы причины она ни развилась. До тѣхъ поръ пока гипертрофированная мышца работаетъ усиленно, удовлетворяя повышеннымъ требованіямъ, которыя ей предъявляются, происходитъ и усиленное разложеніе жировъ, такъ что мѣстнаго накопленія жира не образуется. Если же мышца хотя и иннервируется къ усиленной работѣ, такъ что и направленіе обмѣна веществъ измѣняется въ смыслѣ усиленнаго разложенія жировъ, но дѣятельность ея уже недостаточна для преодоленія встрѣчаемыхъ препятствій, то жиръ остается отчасти неразложившимся, и тогда мышца все болѣе и болѣе подвергается жировому перерожденію. Этотъ видъ жироваго перерожденія наблюдается при гипертрофіи сердца, образующейся въ теченіи болѣзней клапановъ; но онъ встрѣчается и при всѣхъ другихъ гипертрофіяхъ сердца, о которыхъ мы еще будемъ говорить. Вообще, всего ранѣе и сильнѣе развивается жировое перерожденіе въ той части сердца, которая исполняетъ наибольшую работу, т. е. обыкновенно — въ лѣвомъ желудочкѣ, чего и слѣдовало ожидать.

Самопроизвольный разрывъ сердца.

Разрыву никогда не подвергается сердечная мышца, если она не измѣнена въ своемъ строеніи. Наоборотъ, онъ всегда бываетъ подготовленъ тѣмъ, что мышца предварительно потеряла свою нормальную сопротивляемость. Чаще всего это бываетъ при мѣстномъ жировомъ перерожденіи сердечной мышцы, рѣже—послѣ тромбоза вѣнечныхъ артерій, анемическаго омертвѣнія сердечной стѣнки и т. п. *Діагнозъ* разрыва сердца почти никогда не можетъ быть поставленъ хотя бы съ приблизительною точ-

ностью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ наступаетъ довольно внезапно; однако, и здѣсь, въ виду клиническихъ наблюдений, слѣдуетъ думать, что заключительному разрыву сердечной стѣнки предшествуетъ болѣе ограниченное нарушеніе ея цѣлости или тромбозъ вѣнечной артерій, чему и должны быть приписаны чувство стѣсненія въ груди, прекордіальная тоска и одышка, которыя, просуществовавъ очень короткое время или нѣсколько дней, приводятъ въ концѣ концовъ къ заключительной катастрофѣ—внезапному упадку силъ, съ болью въ области сердца, очень быстрымъ развитіемъ ціаноза, исчезаніемъ пульса, появленіемъ судорогъ и быстрымъ наступленіемъ смерти. *Догадываться* о разрывѣ сердца можно въ томъ случаѣ, если упомянутымъ симптомамъ предшествовали несомнѣнные явленія хроническаго міокардита или жирнаго сердца, или же, если больной еще прожилъ довольно долгое время послѣ наступившаго разрыва и если при этомъ увеличивающееся накопленіе крови въ полости сердечной сорочки можетъ быть констатировано физическимъ изслѣдованіемъ, по расширенію сердечной тупости.

Гипертрофія сердца.

О гипертрофіи желудочковъ и предсердій, какъ о симптомѣ различныхъ болѣзней сердца, мы уже неоднократно говорили по поводу распознаванія этихъ послѣднихъ. Констатированіе такой гипертрофіи есть необходимое условіе распознаванія этихъ болѣзней, такъ что здѣсь мы не будемъ вторично о ней говорить. Но гипертрофія сердца развивается и отъ другихъ причинъ, напр. вслѣдствіе ненормально увеличенныхъ препятствій, обусловливаемыхъ суженіемъ аортной системы, артеріосклерозомъ, аневризмами, въ каковыхъ случаяхъ гипертрофируется преимущественно лѣвый желудочекъ, тогда какъ правый подвергается гипертрофіи при заболѣваніяхъ легочной ткани, сопровождаемыхъ разстройствомъ кровообращенія въ маломъ кругу, напр.—при эмфиземѣ легкихъ и т. п. Всѣмъ этимъ состояніямъ свойственно механическое разстройство кровообращенія, каковое разстройство и составляетъ причину гипертрофіи сердца. Наоборотъ, другія формы гипертрофіи обусловливаются не столько анатомическими причинами, сколько химическими и нервными вліяніями. Сюда относятся гипертрофіи, преимущественно—лѣваго желудочка, развивающіяся вслѣдствіе болѣзней почекъ и физическаго переутомленія, затѣмъ—гипертрофіи, появляющіяся послѣ продолжительныхъ душевныхъ волненій, послѣ неумѣреннаго употребленія кофе, чая или спиртныхъ напитковъ, послѣ злоупотребленія табакомъ или свинцоваго отравленія, или послѣ неумѣреннаго употребленія холодныхъ ваннъ, какъ мнѣ пришлось очень ясно это видѣть въ одномъ случаѣ, и т. п. При всѣхъ этихъ этиологическихъ моментахъ важнѣйшую роль играетъ повышеніе кровянаго давленія въ артеріяхъ, вызываемое раздраженіемъ сосудодвигательнаго центра. Каждый изъ нихъ въ отдѣльности долженъ быть принимаемъ въ соображеніе при распознаваніи гипертрофіи, не составляющей послѣдовательнаго симптома какой нибудь другой болѣзни сердца. Во всемъ прочемъ діагнозъ гипертрофіи сердца можетъ быть поставленъ легко и съ положительностью, потому что онъ основывается на такихъ

явленіяхъ, которыя безъ труда могутъ быть обнаружены физическимъ изслѣдованіемъ.

Объ этихъ явленіяхъ мы уже говорили неоднократно, такъ что здѣсь будетъ достаточно привести ихъ еще разъ въ короткихъ словахъ:

Гипертрофія малаго желудка характеризуется слѣдующими симптомами: сердечный толчекъ смѣщенъ внизъ и влѣво, т. е. находится въ 6-мъ—8-мъ межреберномъ пространствѣ, ближе къ лѣвой аксиллярной линіи; кромѣ того, онъ усиленъ («приподнимающій» толчекъ) и прощупывается на большемъ протяженіи, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ; часто даже существуетъ распространенная пульсація во всей области сердца. Сердечная тупость расширена, главнымъ образомъ по направленію внизъ и влѣво; звуки сердца очень громки, и въ томъ числѣ усиленъ также второй звукъ аорты, который иногда прощупывается во второмъ правомъ межреберномъ пространствѣ. Первый звукъ на верхушкѣ сердца иногда имѣетъ своеобразный металлическій отголосокъ вслѣдствіе сильныхъ систолическихъ колебаній грудной стѣнки (*cliquetis métallique*, по *Laennec*'у). Пульсъ лучевой артеріи полонъ, очень напряженъ; въ сонныхъ артеріяхъ уже при осмотрѣ глазомъ замѣчается сильная пульсація, а при выслушиваніи констатируются два сильныхъ звука. Въ то же время существуютъ приливы крови къ головѣ, головокруженіе, мельканіе передъ глазами, звонъ въ ушахъ и наклонность къ кровоточеніямъ, особенно—къ кровоизліяніямъ въ ткань головного мозга.

Гипертрофія праваго желудка: Сердечная тупость расширена въ правую сторону, доходя до праваго края грудины или еще дальше, между тѣмъ какъ сердечный толчекъ хотя и смѣщенъ кнаружи, но находится въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ. Сотрясеніе сердечной области, особенно сильное въ нижней части грудины и *in regione epigastrica*; усиленіе втораго звука легочной артеріи. Переполненіе системы малаго круга; наклонность къ одышкѣ, легочнымъ кровоточеніямъ и къ бронхиту.

Часто констатируется одновременная гипертрофія обоихъ желудочковъ. Если гипертрофія просуществовала довольно долгое время и если причины, ее вызвавшія, продолжаютъ дѣйствовать по прежнему, то наступаетъ, какъ мы уже объяснили, несостоятельность желудочковъ, съ указанными симптомами расстройства кровообращенія.

Гипертрофія сердца можетъ по ошибкѣ остаться незамѣченной, если существуетъ перикардіальный выпотъ (см. дифференціальное распознаваніе перикардита), или же, если увеличенное сердце прикрыто эмфизематозными краями легкихъ; поэтому начинающіе врачи, вскрывая трупы эмфизематиковъ, часто бываютъ поражены неожиданно большими размѣрами сердца. Наоборотъ, сердце, имѣющее нормальную величину, можетъ казаться гипертрофированнымъ, если рядомъ съ сердечною тупостью существуетъ ненормальное притупленіе звука (при ограниченныхъ плевроитическихъ выпотахъ, аневризмахъ и опухоляхъ средостѣнія, особенно когда сердце при этомъ отбѣснено впередъ), или же, если сердечная тупость кажется увеличенною вслѣдствіе ненормально большаго обнаженія сердца при сморщиваніи легкихъ и т. п. Главное правило состоитъ здѣсь въ томъ, чтобы обращать вниманіе на мѣстоположеніе и силу сердечнаго толчка, который всегда долженъ находиться не на нормальномъ своемъ мѣстѣ и соотвѣтствовать самой наружной лѣвой границѣ сердечной тупости, а въ противномъ случаѣ діагнозъ гипертрофіи сердца не имѣетъ твердаго основанія.

Другія измѣненія сердечной мышцы, какъ напр. рѣдко встрѣчающіяся формы ея перерожденія, опухоли (раковыя и т. п.) и паразиты (эхинококкъ и проч.), представляютъ незначительные или совершенно неопредѣленные симптомы, такъ что о *распознаваніи* ихъ не можетъ быть рѣчи.

Напротивъ того, ненормальныя состоянія сердца, обусловливаемыя разстройствами его иннерваціи, играютъ такую большую роль, отчасти въ качествѣ важныхъ симптомовъ другихъ болѣзней сердца, а отчасти въ качествѣ болѣзней самостоятельныхъ, что мы должны посвятить этимъ «*неврозамъ сердца*» особенное вниманіе и поговорить о нихъ болѣе подробно.

IV. Неврозы сердца.

Нервное сердцебиение.

Распознаваніе «нервнаго сердцебиенія» должно быть названо легкимъ, если относить сюда только такіе случаи, въ которыхъ появляются *непріятные для больного приступы учащенныхъ сердечныхъ сокращеній*. безъ того чтобы въ самомъ сердцѣ было возможно обнаружить какое либо органическое измѣненіе, а въ особенности -- *расширеніе сердечной тупости*. Менѣе важно то, существуютъ ли при этомъ систолическіе «случайные» шумы. Такъ какъ общее малокровіе составляетъ главный источникъ не только нервнаго сердцебиенія, но и случайныхъ шумовъ, то само собою понятно, что оба эти явленія часто совпадаютъ. Напротивъ того, присутствіе діастолическаго шума исключаетъ діагнозъ простаго нервнаго сердцебиенія. Если при очень бурной дѣятельности сердца не констатируется въ немъ никакихъ шумовъ, то въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи можно было бы возбудить рѣчь о міокардитѣ или о жирномъ сердцѣ. Впрочемъ, трудности дифференціальнаго распознаванія этихъ двухъ болѣзней отъ нервнаго сердцебиенія, насколько я могу судить по моему личному опыту, скорѣе построены искусственно, чѣмъ существуютъ въ дѣйствительности. Отсутствіе расширенія сердца, отсутствіе застойныхъ явленій и то обстоятельство, что приступы раздѣлены между собою короткими или болѣе продолжительными перемежками, во время которыхъ больной не ощущаетъ никакого сердцебиенія, — всѣ эти данныя позволяютъ намъ (обыкновенно сразу) узнать нервный характеръ болѣзни сердца. Дѣло оказывается болѣе сложнымъ, если учащенный пульсъ становится во время приступовъ перемежающимся, неправильнымъ. Но и въ такомъ случаѣ діагнозъ вполнѣ обезпечивается вышеприведенными отличительными признаками, и онъ становится еще болѣе несомнѣннымъ, если обращать должное вниманіе на этиологію нервнаго сердцебиенія. Обыкновенно мы здѣсь имѣемъ дѣло съ малокровными или несомнѣнно неврозными субъектами, у которыхъ приступы сердцебиенія вызываются самыми разнообразными

поводами, каковы напр. раздраженіе нервовъ матки, желудка и проч., отравленіе табакомъ, кофе и чаемъ, аномаліи обмѣна веществъ, а въ особенности—всевозможныя душевныя волненія.

Грудная жаба. *Angina pectoris. Stenocardia.*

Симптомы *грудной жабы*, появляющейся въ видѣ приступовъ, обыкновенно бываютъ очень рѣзкіе, а именно: сильнѣйшая боль въ области сердца, чувство приближающейся смерти и остановившагося дыханія, учащенная дѣятельность сердца, малый обыкновенно пульсъ,—который, впрочемъ, въ одномъ и томъ же приступѣ измѣняется въ отношеніи числа, силы и правильной послѣдовательности пульсовыхъ ударовъ,—иррадіація боли въ лѣвую руку, особенно по направленію лѣваго локтеваго нерва, рѣдко—по направленію другихъ, осложненіе обмороками, сосудодвигательными расстройствами, судорогами, *utina spastica* и т. д.

Чаще всего грудная жаба встрѣчается при атероматозномъ перерожденіи артерій, при порокахъ и аневризмахъ аорты, при жирномъ сердцѣ, рѣже—при нормальномъ повидимому состояніи аппарата кровообращенія, послѣ нѣкоторыхъ отравленій или, на примѣръ, подъ вліяніемъ куренія,—какъ мнѣ пришлось видѣть очень ясно въ одномъ случаѣ, гдѣ съ прекращеніемъ куренія тотчасъ же и навсегда прекратились приступы стенокардіи, бывшіе до тѣхъ поръ очень частыми,—послѣ сильныхъ душевныхъ волненій, при конституціональныхъ болѣзняхъ, особенно при подагрѣ, и т. п. Были также наблюдаемы случаи грудной жабы на истерической почвѣ. Если принимать въ соображеніе весьма характеристичную совокупность симптомовъ, которая въ краткихъ чертахъ была нами описана, а равно и то обстоятельство, что дѣло идетъ о болѣзни, появляющейся въ видѣ приступовъ, то діагнозъ обыкновенно будетъ оказываться легкимъ, и намъ почти никогда не прійдется смѣшать по ошибкѣ грудную жабу съ какою нибудь другою болѣзнью. Труднѣе рѣшить вопросъ о томъ, какая именно изъ вышеуказанныхъ причинъ обуславливаетъ приступъ грудной жабы въ частномъ случаѣ; въ этомъ отношеніи, конечно, прежде всего слѣдуетъ опредѣлить, связана ли грудная жаба съ какимъ нибудь объективнымъ измѣненіемъ сердца или сосудовъ, которое могло бы быть констатировано физическимъ изслѣдованіемъ, или нѣтъ.

Сердечная астма. *Asthma cardiale.*

Сердечною астмою, въ противоположность бронхіальной, были названы тѣ случаи, въ которыхъ приступы не находятся въ зависимости ни отъ спазма грудобрюшной преграды, ни отъ спазма бронхіальныхъ мышцъ, а обуславливаются единственно патологическою дѣятельностью сердца. Анатомическое состояніе легкихъ при сердечной астмѣ вполне нормально, или, по крайней мѣрѣ,

въ нихъ существуютъ только такія измѣненія, которыя могутъ быть приведены въ связь съ этою ненормальною дѣятельностью сердца.

S. von Basch въ последнее время подробно изучилъ условія кровяного давления и кровообращенія при сердечной астмѣ и привелъ ихъ въ связь съ физиологическимъ экспериментомъ, такъ что теперь болѣзнь эта стала для насъ болѣе понятной.

При увеличенномъ наполненіи легочныхъ волосныхъ сосудовъ уменьшается растяжимость стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ, и поэтому дыхательныя мышцы начинаютъ работать усиленно, какъ только повышается давление крови въ легочныхъ капиллярахъ. Но кровяное давление въ этихъ сосудахъ повышается какъ при увеличенномъ, такъ и при уменьшенномъ давленіи въ аортѣ. Дѣло въ томъ, что *повышеніе* кровяного давленія въ аортной системѣ, производимое, напримѣръ, раздраженіемъ судодвигательныхъ центровъ, связано съ повышеніемъ давленія и въ легочной артеріи, какъ это доказывается прямыми опытами *v. Basch'a*; слѣдовательно, волосные сосуды легочныхъ пузырьковъ наполняются кровью въ большемъ количествѣ, стѣнки пузырьковъ становятся *менше растяжимыми*, и дыхательная способность легкихъ уменьшается. Такое предрасположеніе къ одышкѣ мы видимъ, напримѣръ, у больныхъ сморщенной почкой или въ нѣкоторыхъ случаяхъ артеріосклероза. Съ другой стороны, при *пониженіи* кровяного давленія въ аортѣ, существующемъ, напримѣръ, при порокахъ клапановъ и вообще при несостоятельности сердца, распределеніе крови измѣняется такимъ образомъ, что въ венозной системѣ и въ маломъ кругу количество ея увеличено, кровяное давленіе въ легочной артеріи повышается и второй звукъ ея усиливается; слѣдовательно, и здѣсь въ результатъ получается усиленное наполненіе легочныхъ капилляровъ, уменьшенная растяжимость легочныхъ пузырьковъ, увеличенный объемъ легкихъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ—предрасположеніе къ *сердечной одышкѣ*.

Эти невыгодныя послѣдствія могутъ быть, правда, *уравновѣшены*, такъ какъ, чѣмъ менѣе растяжимыми становятся легкія подъ вліяніемъ вышеозначенныхъ условій, тѣмъ съ большою энергіей дѣйствуютъ дыхательныя мышцы, а выдыхательныя, принимая усиленное участіе въ актѣ дыханія, способствуютъ уменьшенію объема легкихъ. Но въ такомъ случаѣ все то, что препятствуетъ этой компенсаціи, будетъ способствовать наступленію одышки, напримѣръ: слабость дыхательныхъ мышцъ у истощенныхъ или слишкомъ тучныхъ субъектовъ, уменьшенная расширяемость грудной кѣтки и легкихъ въ лежачемъ положеніи или при высокомъ стояніи грудобрюшной преграды, зависящемъ отъ накопленія газовъ въ кишечномъ каналѣ, отъ чрезмернаго растяженія желудка и т. п.

Если субъектъ, у котораго вслѣдствіе сморщиванія почекъ, склероза артерій, порока сердца, общей тучности и т. п. уже существуетъ наклонность къ одышкѣ, попадаетъ въ такія условія, гдѣ сердце *быстро* выходитъ изъ своего «состоянія равновѣсія» и притомъ въ смыслѣ ослабленія своей дѣятельности, то наступаетъ такое внезапное повышеніе кровяного давленія въ легочныхъ волосныхъ сосудахъ, что результатомъ этого является одышка, обнаруживающаяся болѣе непосредственно,—такъ наз. *сердечная астма*. Эта внезапная перемѣна состоянія равновѣсія можетъ одинаково наступить какъ при нарезѣ, такъ и при спазмѣ сердца. Конечный эффектъ относительно степени наполненія легочныхъ капилляровъ будетъ въ обоихъ случаяхъ одинъ и тотъ же, именно—болѣе сильное наполненіе лѣваго предсердія и легочныхъ капилляровъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ—набуханіе и неподатливость стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ и одышка. При паретической формѣ сердечной астмы, во

всякомъ случаѣ—наиболѣе частой, лѣвый желудочекъ расширенъ, а при спазмодической не расширенъ. Паретическая форма наступаетъ въ томъ случаѣ, когда лѣвый желудочекъ долженъ преодолевать большія препятствія и когда онъ сильно переполненъ кровью. Если при такихъ условіяхъ къ уже существующему препятствію присоединится болѣе или менѣе *внезапно* новое требованіе на усиленную дѣятельность сердца, то послѣдствіемъ этого будетъ парезъ сердца, т. е. паретическая сердечная астма, которая тѣмъ скорѣе должна наступить, чѣмъ болѣе пострадало питаніе органа, а это и бываетъ въ особенности при склерозѣ вѣнечныхъ артерій и при жирномъ сердцѣ. Требования на усиленную дѣятельность предъявляются такому сердцу довольно часто, напр. при повышеніи кровяного давленія вслѣдствіе мышечныхъ напряженій, даже при спокойномъ лежаніи въ постели, при сильныхъ психическихъ возбужденіяхъ, при урѣмическомъ отравленіи и т. п. Дѣйствительно, наблюденія у постели больного доказываютъ, что всѣ эти условія могутъ иногда вызывать сердечную астму. При *судорогъ сердца*, какъ мы уже замѣтили, точно также необходимо признать переполненіе легкихъ кровью и повышеніе давленія въ системѣ легочной артерій, а по теоріи *S. von Basch'a* это повышеніе давленія здѣсь еще болѣе значительно, чѣмъ при парезѣ сердца, такъ что конечнымъ результатомъ можетъ быть не только одышка, но и *отекъ легкихъ*.

Руководствуясь этими разсужденіями, опирающимися на фізіологическій экспериментъ, мы можемъ теперь перейти къ изложенію діагностики сердечной астмы. При всякомъ приступѣ астмы главное вниманіе слѣдуетъ обращать на *характеръ одышки*. Очень легко, обыкновенно уже съ перваго взгляда, можно исключить ту одышку, которая зависитъ отъ болѣзней гортани. Одышка эта, сказать мимоходомъ, бываетъ въ большинствѣ случаевъ явно инспираторною. Напротивъ того, при бронхіальной астмѣ почти всегда существуетъ одышка экспираторная, а при сердечной астмѣ, согласно сказанному нами о ея возникновеніи, одышка бываетъ *смѣшаннаго* характера, т. е. вдыханіе и выдыханіе затруднены въ одинаковой мѣрѣ. И при бронхіальной и при сердечной астмѣ частота дыханія уменьшена; приступъ въ обоихъ случаяхъ появляется внезапно и сопровождается возрастающимъ ціанозомъ, причемъ лицо больного выражаетъ сильный страхъ вслѣдствіе затрудненнаго дыханія.

Затѣмъ необходимо изслѣдовать качество пульса. При сердечной астмѣ пульсъ можетъ быть, правда, очень полонъ и напряженъ въ началѣ приступа, но затѣмъ, когда послѣдній достигаетъ полного своего развитія, кровяное давленіе вскорѣ понижается, и пульсъ становится *мягкимъ* и малымъ. При бронхіальной астмѣ качество пульса вообще измѣнчиво; однако, въ періодъ сильной одышки пульсъ какъ-разъ бываетъ *напряженъ*, благодаря повышенію кровяного давленія, наступа-

ющему подъ вліяніемъ диспноэтической крови, которая возбуждаетъ сосудодвигательные центры.

Если позволяетъ состояніе больного, то нужно еще во время приступа астмы произвести физическое изслѣдованіе легкихъ. *Перкуссія*, какъ при бронхіальной, такъ и при сердечной астмѣ, обнаруживаетъ *опущеніе границъ легкихъ*, въ первомъ случаѣ—вслѣдствіе острого расширенія органа, а во второмъ—вслѣдствіе его набуханія и уменьшенной эластичности. Однако, это набуханіе легкихъ при сердечной астмѣ никогда не можетъ достигать такой значительной степени, какой достигаетъ острое расширеніе ихъ при бронхіальной астмѣ, при которой нижняя граница легкихъ опускается на нѣсколько межреберныхъ пространствъ и не смѣщается во время вдыханія и выдыханія; кромѣ того, при сердечной астмѣ перкуссія легкихъ никогда не даетъ «картоннаго звука», получаемого при бронхіальной астмѣ («звукъ картонной коробки», «Schachtelton»). *Перкуссія сердца* при неосложненной бронхіальной астмѣ всегда обнаруживаетъ пространственное уменьшеніе сердечной тупости, а при сердечной астмѣ расширяющееся сердце точно также отчасти прикрывается набухшими и неподатливыми легкими, такъ что сердечная тупость будетъ то увеличена, то нормальна, то расширена, смотря по состоянію, въ какомъ находилось сердце до появленія приступа. И такъ, мы видимъ, что результаты перкуссіи не даютъ рѣзкихъ дифференціально-діагностическихъ признаковъ. Но таковыя признаки доставляются *аускультацией*: между тѣмъ какъ при бронхіальной астмѣ всегда появляются свистящіе и обильные влажные хрипы, особенно въ моментъ выдыханія,—при *сердечной астмѣ эти хрипы отсутствуютъ*, и только въ тѣхъ случаяхъ, вообще очень рѣдкихъ, когда дѣло доходитъ до *отека легкихъ*, появляются обильные влажные хрипы, иногда также бронхіальное дыханіе въ заднихъ нижнихъ частяхъ, и отхаркивается водянистая, пѣнистая, нѣсколько кровянистая мокрота, которая и свидѣтельствуетъ объ отека легкихъ.

Дифференціальное распознаваніе существенно облегчается, если принимать въ расчетъ *этіологическіе* моменты, подъ вліяніемъ которыхъ наступила астма. Объ астмѣ *бронхіальной* нужно подумать прежде всего, коль скоро въ дыхательныхъ путяхъ имѣются условія для прямаго воздѣйствія на тѣ нервные пути, чрезъ посредство которыхъ происходитъ приступъ астмы, а особенно, когда въ легкихъ существуютъ и анатомическія измѣненія; сюда относится, напримѣръ, та астма, которая вызывается извѣстнаго рода пахучими веществами или вдыханіемъ определенной какой нибудь пыли, затѣмъ—астма, которая обуславливается болѣзнями носа, бронхитомъ и т. д. Съ другой стороны, при предшествующихъ разстройствахъ въ аппаратѣ кровообращенія, напр. при артеріосклерозѣ, порокахъ клапановъ или жирномъ сердцѣ, уже заравѣ представляется вѣроятнымъ, что мы имѣемъ дѣло съ *сердечною* астмой.

Для пѣлаго ряда случаевъ рефлекторной астмы еще окончательно не рѣшено, слѣдуетъ ли считать ее сердечною или бронхіальною, тѣмъ болѣе, что сочетаніе обихъ формъ встрѣчается, безъ сомнѣнія, нерѣдко. По всей вѣроятности, довольно многіе виды астмы, причислявшіеся до сихъ поръ къ бронхіальной, слѣдовало бы на

будущее время причислять къ сердечной; сюда относится, быть можетъ, урэмическая астма при хроническомъ нефритѣ (см. выше) и астма при свинцовомъ отравленіи, а безъ всякаго сомнѣнія—диспентическая астма: именно, такъ какъ вадутіе желудка влечетъ за собою повышеніе кровяного давленія (этотъ фактъ давно уже доказанъ *Mayer*омъ и *Pribram*омъ), то едва ли можеть подлежать сомнѣнію, что здѣсь будетъ появляться *сердечная* астма, тѣмъ болѣе, что, благодаря поднятію грудобрюшной преграды, которое производится вздутіемъ желудка, уменьшеніе растяжимости легкихъ, наступающее при повышеніи кровяного давленія, не можетъ быть уравновѣшиваемо усиленнымъ дыханіемъ.

Наконецъ, было бы чрезвычайно важно, особливо въ терапевтическомъ отношеніи, еслибы мы умѣли отличать паретическую форму астмы отъ формы спазмодической. Послѣ вышеприведенныхъ соображеній слѣдовало бы думать, что и въ дѣйствительности это возможно. Однако, не смотря на то, что условія возникновенія астмы очень ясно проанализированы *S. von Basch*емъ на почвѣ физиологическаго эксперимента, различить эти двѣ формы у постели больного лишь рѣдко удастся. Тѣмъ не менѣе, въ случаяхъ, въ которыхъ можетъ быть доказано (а мы сейчасъ замѣтили, что это бываетъ трудно), что расширение сердечной тупости зависитъ отъ лѣваго желудочка, въ которыхъ второй звукъ легочной артеріи усиленъ, а пульсъ малъ и мягокъ, слѣдуетъ предполагать паретическую форму сердечной астмы, тогда какъ преимущественное расширение праваго желудочка, сравнительно болѣе полный пульсъ и появленіе отека легкихъ во время приступа свидѣтельствуютъ скорѣе о спазмодической астмѣ.

Распознаваніе болѣзней большихъ сосудовъ.

1. Атероматозное перерожденіе артерій. Артеріосклерозъ.

Атероматозное перерожденіе артерій, насколько дѣло идетъ о сосудахъ периферическихъ, доступныхъ зрѣнію и осязанію, распознается легко: артеріи при осмотрѣ глазомъ представляются *извилистыми, пульсирующими*, а при ошупываніи—*твердыми, бугристыми: пульсъ напряженъ и медленно наполняется*.

На сфигмографической кривой этотъ медленный пульсъ (*pulsus tardus*) характеризуется вытянутою восходящею линіей—послѣдствіе уменьшенной растяжимости стѣнокъ сосуда—и плоскою верхушкою, такъ какъ, по причинѣ уменьшенной своей эластичности, растянутая артерія дольше остается въ расширенномъ состояніи и только мало по малу возвращается въ состояніе покоя. На нисходящей линіи при этомъ совершенно отсутствуютъ или, по крайней мѣрѣ, лишь весьма слабо выражены колебанія, зависящія отъ эластичности стѣнокъ сосуда.—Перечисленные признаки, если они имѣются у какого нибудь больного, не оставляютъ сомнѣній на счетъ присутствія артеріосклероза, и обыкновенно при такихъ условіяхъ даже болѣе серьезныя послѣдовательныя явленія могутъ быть безъ всякой натяжки объяснены этими измѣненіями артеріальной стѣнки.

Если же въ периферическихъ артеріяхъ, доступныхъ осязанію, не замѣчается явныхъ признаковъ атероматознаго перерожденія, то въ такомъ случаѣ часто бываетъ трудно рѣшить, можетъ ли быть допущено, что тѣ или другія болѣе серьезныя явленія зависятъ отъ атероматознаго перерожденія сосудовъ, находящихся въ грудной полости, въ головномъ мозгу и т. д. Одно изъ этихъ послѣдовательныхъ явленій артеріосклероза, наступающее не особенно рѣдко, но и не такъ часто, какъ обыкновенно полагають, есть *гипертрофія сердца*, а въ частности — лѣваго желудочка. Если такая гипертрофія констатирована наряду съ атероматознымъ перерожденіемъ, то является вопросъ, составляетъ ли она послѣдствіе этого перерожденія, или же оба они представляютъ совмѣстный результатъ однихъ и тѣхъ же этиологическихъ условій, или, наконецъ, атероматозное перерождение есть результатъ продолжительнаго повышенія кровянаго давленія при идиопатической гипертрофіи сердца. Рѣшить такой вопросъ въ частномъ случаѣ обыкновенно бываетъ невозможно; впрочемъ, съ клинической точки зрѣнія это довольно безразлично. Гипертрофія сердца, сопутствующая атероматозному перерожденію артерій, обнаруживается усиленіемъ сердечнаго толчка и втораго звука аорты, а также расширеніемъ сердечной тупости. Необходимо, однако, замѣтить, что расширение перкуторныхъ границъ сердца иногда не можетъ быть доказано, такъ какъ оно маскируется одною временною эмфиземою легкихъ: въ большинствѣ случаевъ артеріосклероза мы имѣемъ дѣло съ пожилыми субъектами, у которыхъ легочная эмфизема, какъ извѣстно, составляетъ весьма обычное явленіе.

Иногда на сердцѣ и на аортѣ вмѣсто чистыхъ звуковъ оказываются *шумы*; въ такомъ случаѣ возникаетъ вопросъ, обусловлены ли эти шумы измѣненіями клапановъ или однимъ только атероматознымъ перерожденіемъ аорты. Отноительно происхожденія *діастолическаго* шума, еслибы таковой былъ констатированъ, не можетъ существовать никакихъ сомнѣній: оставляя въ сторонѣ возможность одновременнаго присутствія большой аневризмы, въ которой діастолическій шумъ можетъ, хотя и рѣдко, появляться при нормальномъ состояніи аортальныхъ клапановъ, нужно признать, что во всѣхъ другихъ случаяхъ діастолическій шумъ на аортѣ долженъ считаться послѣдствіемъ недостаточности аортальныхъ клапановъ, которая при атероматозномъ перерожденіи встрѣчается нерѣдко. Распознаваніе становится болѣе труднымъ, если констатированъ (сердечно-) *систолическій* шумъ. Нужно согласиться, что и онъ можетъ быть обусловленъ распространеніемъ атероматознаго процесса на полулунные клапаны и наступившимъ вслѣдствіе этого суженіемъ аортальнаго устья. Однако, систолическій шумъ бываетъ слышенъ и при нормальномъ состояніи клапановъ, оттого ли, что существуетъ одновременное расширеніе аорты, благодаря которому происходятъ круговоротныя движенія крови, или же оттого, что правильныя колебанія стѣнокъ аорты

сдѣлались невозможными вслѣдствіе очень сильнаго развитія атероматознаго перерожденія, такъ что первый звукъ исчезаетъ и замѣняется глухимъ шумомъ.

Которая именно изъ указанныхъ трехъ возможностей существуетъ въ частномъ случаѣ,—этотъ вопросъ разрѣшается на основаніи имѣющихся симптомовъ: Если на рукояткѣ грудины констатируется притупленіе перкуторнаго звука, то это указываетъ на аневризму, а съ постепеннымъ ростомъ ея и съ присоединеніемъ послѣдовательныхъ явленій діагнозъ становится все болѣе и болѣе достовѣрнымъ. Суженіе аортальнаго устья производитъ такой громкій шумъ, что едва ли даже возможно смѣшать его съ тѣмъ глухимъ шумомъ, который образуется при одномъ атероматозномъ перерожденіи стѣнокъ аорты; къ тому же, относительно слабый толчекъ гипертрофированнаго сердца при суженіи аортальнаго устья и другіе симптомы этого порока прямо указываютъ на него какъ на причину систолическаго шума.

До тѣхъ поръ пока гипертрофированное сердце вполне уравниваетъ ненормально большія препятствія въ аортной системѣ, больной чувствуетъ себя относительно хорошо. Но когда эта компенсація начинается ослабѣвать, немедленно обнаруживаются, хотя сначала и въ очень слабой степени, симптомы несостоятельности сердца, а именно: чувство стѣсненія въ груди и легкая одышка при болѣе сильныхъ мышечныхъ напряженіяхъ, застой крови въ маломъ кругу, хроническій бронхитъ, головокруженіе и т. п. Картина болѣзни представляется болѣе серьезною, если сердце ослабѣваетъ не постепенно, а *очень быстро*, хотя бы на короткое время, и если этимъ самымъ вызывается приступъ сердечной астмы или грудной жабы. Въ дальнѣйшемъ теченіи наступаютъ симптомы постоянной слабости сердца, а именно: застойная водянка, уменьшенное выдѣленіе мочи и т. д.

Особенно пагубнымъ оказывается атероматозное перерожденіе вѣнечныхъ артерій сердца и артерій головного мозга, такъ какъ здѣсь разстраивается питаніе важнѣйшихъ органовъ тѣла. *Склерозъ вѣнечныхъ артерій* встрѣчается довольно часто и приводитъ обыкновенно къ жировому перерожденію сердечной мышцы. Распознаваніе этого склероза далеко не надежно; но все-таки часто діагнозъ можетъ быть поставленъ съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, а именно въ томъ случаѣ, если появляется сердцебиеніе и если пульсъ становится слишкомъ медленнымъ или неправильнымъ и теряетъ свое напряженіе, не смотря на то, что периферическія артеріи прощупываются твердыми и извилистыми. По временамъ, когда сердечной дѣятельности предъявляются слишкомъ большія требованія, дѣло доходитъ до приступовъ сердечной астмы и грудной жабы. Если къ этой картинѣ присоединяется *внезапный* упадокъ силъ, наступившій безъ опредѣленной причины, и если пульсъ *быстро* становится менѣе полнымъ и болѣе рѣдкимъ, то можно предполагать тромбозъ вѣнечныхъ артерій ⁸⁾.—*Атероматозное перерожденіе артерій*

⁸⁾ Артеріосклеротическія измѣненія въ вѣнечныхъ сосудахъ сердца на секціонномъ столѣ наблюдаются довольно часто. Особенно интересны и важны тѣ случаи, въ

головного мозга составляет весьма обычную причину мозговых кровоизлияній и размягченія. И здѣсь также почти всегда существуетъ рѣзкое атероматозное перерожденіе периферическихъ артерій, съ обыкновенными его послѣдствіями, къ числу которыхъ, между прочимъ, относится «произвольная» гангрена конечностей; сюда же, наконецъ, принадлежитъ и аневризматическое расширеніе большихъ сосудовъ, которое иногда встрѣчается при артеріосклерозѣ.

Симптомы аневризмъ обыкновенно бываютъ весьма характеристичны, такъ что діагнозъ во многихъ случаяхъ можетъ быть поставленъ съ полною достовѣрностью. Но этому предмету мы должны посвятить особую главу.

2. Аневризма аорты.

Аневризма аорты возникаетъ въ большинствѣ случаевъ на почвѣ атероматознаго перерожденія, такъ что явленія этого послѣдняго, которыя сейчасъ были нами описаны, должны быть принимаемы въ расчетъ при постановкѣ діагноза. Симптомы вполне развившейся аневризмы обыкновенно бываютъ въ высшей степени характеристичны, но далеко не всегда существуютъ во всей своей совокупности, такъ что для постановки діагноза приходится обыкновенно довольствоваться нѣкоторыми изъ нихъ. Мало того, аневризмы, находящіяся въ началѣ своего развитія или имѣющія очень небольшіе размѣры, вообще недоступны распознаванію.

Діагнозъ представляется легкимъ, если расширеніе грудной аорты, которую мы здѣсь имѣемъ пока исключительно въ виду, дошло до образованія болѣе или менѣе значительной, видимо *пульсирующей опухоли*, которая по разрушеніи реберъ или грудины и по исчезаніи мускулатуры оказывается непосредственно подъ самою кожей. Послѣдняя гладка, блестяща, туго натянута надъ поверхностью опухоли, тонка, мало по малу становится красноватою и передъ наступленіемъ разрыва омертвѣваетъ. *Пульсаціи аневризмы* распространяются во всѣхъ направленіяхъ, какъ сверху внизъ, такъ и *въ стороны*; пульсаціи же, сообщаемыя другаго рода опухолямъ подлежащими сосудами, распространяются только въ одномъ какомъ нибудь направленіи, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ. При *ощупываніи* пульсирующей опухоли мы замѣчаемъ систолическій толчекъ, сопровождаемый расширеніемъ

которыхъ выходъ аорты и сама аорта весьма мало измѣнены артеріосклеротически, въ то время какъ обѣ вѣтвечныя артеріи, отъ самаго ихъ выхода изъ аорты, и на большое протяженіе далѣе, весьма сильно измѣнены артеріосклеротически или даже атероматозно. Иной разъ стѣнки ихъ сплошь покрыты бляшками, мѣстами очень твердыми геср. омѣлѣвшими, и весьма сильно суживающими просвѣтъ сосуда. Конечно, при столь измѣненныхъ вѣтвечныхъ артеріяхъ доставка крови, а слѣдовательно и питаніе сердечной мышцы, очень сильно нарушены, такъ что можетъ наступить смерть отъ одной только недостаточности сердечной мышцы. Такіе случаи артеріосклероза вѣтвечныхъ артерій сердца, безъ одновременнаго, сколько-нибудь рѣзко выраженнаго артеріосклеротическаго измѣненія другихъ сосудовъ, слѣдовало бы выдѣлать въ отдѣльную группу.

Прим. М. А.

аневризматическаго мѣшка; нерѣдко также замѣчается двойной толчекъ, причемъ второй болѣе слабый ударъ представляетъ обыкновенную возвратную волну, происходящую отъ закрывшихся аортальныхъ клапановъ. Систолическій толчекъ, прощупываемый надъ опухолью, можетъ быть настолько силенъ, что даже превосходить толчекъ сердечной верхушки. Иногда вмѣсто этого толчка прощупывается надъ опухолью явственное дрожаніе, производимое круговоротными движеніями крови при внезапномъ переходѣ въ расширяющееся русло. Поэтому и при *выслушиваніи* констатируется въ такихъ случаяхъ сердечно-систолическій шумъ; кромѣ того, иногда бываетъ слышенъ и діастолическій шумъ, производимый круговоротными движеніями крови, когда она во время діастолы вливается обратно чрезъ относительно узкій *isthmus aortae* въ широкій аневризматическій мѣшокъ дуги аорты или восходящей аорты. Само собою разумѣется, что шумы могутъ быть и проведенные отъ аортальныхъ клапановъ, если послѣдніе подверглись перерожденію и если это повлекло за собою ихъ недостаточность или суженіе аортального устья, а подобная комбинація при аневризмахъ аорты тѣмъ болѣе возможна, что и аневризмы и пороки аорты обыкновенно бываютъ послѣдствіемъ атероматознаго перерожденія. Нерѣдко, впрочемъ, вмѣсто шумовъ бываютъ слышны два чистыхъ звука: первый производится систолическимъ напряженіемъ стѣнокъ аорты, а второй проведенъ отъ закрывающихся аортальныхъ клапановъ. Этого въ особенности слѣдуетъ ожидать тогда, когда аневризматическій мѣшокъ расширяется весьма постепенно, или когда тромбы, отлагаясь отдѣльными слоями на внутренней стѣнкѣ, суживаютъ просвѣтъ аневризмы настолько, что онъ становится равенъ или почти равенъ первоначальному просвѣту аорты. Но перкуссия въ этихъ случаяхъ, какъ и при аневризмѣ вообще, все-таки еще обнаруживаетъ надъ аневризматическимъ мѣшкомъ болѣе или менѣе значительное притупленіе звука.

Если аневризма не образуетъ пульсирующей опухоли, то для діагноза теряются важнѣйшія явленія, доставляемые ощупываніемъ; впрочемъ, аневризма дуги аорты даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда она не достигаетъ такихъ размѣровъ, чтобы прилегала непосредственно къ грудной стѣнкѣ, еще можетъ быть сдѣлана доступною ощупыванію чрезъ *временную впадину*, если далеко опустить туда палецъ, который при этомъ попадаетъ на аневризматическій мѣшокъ. Наоборотъ, перкуторныя и аускультативныя явленія остаются тѣ же самыя, какъ при пульсирующей опухоли, а главное, здѣсь обнаруживаются симптомы, вызываемые давленіемъ аневризмы на прилегающіе къ ней органы.

Помимо *боли*, которая для діагноза имѣетъ очень мало значенія, главное мѣсто въ ряду этихъ послѣднихъ симптомовъ занимаютъ *одышка* и *астма*. Первая можетъ представлять картину бронхостеноза, если прижатію подвергается бронхъ, въ особенности—лѣвый, находящійся всего ближе къ дугѣ аорты. На основаніи своихъ наблюденій я считаю

особенно подозрительнымъ, если при перемѣнѣ положенія тѣла обнаруживается астма. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ нерѣдко параличъ голосовыхъ связокъ, обыкновенно—одной только лѣвой, потому что *левый п. recurrens* проходитъ позади дуги аорты и, слѣдовательно, гораздо чаще подвергается прижатію со стороны аневризмы, чѣмъ правый п. *recurrens*, который можетъ подвергаться такому прижатію только косвеннымъ образомъ, именно тогда, когда въ аневризматическомъ расширеніи принимаетъ участіе безымянная артерія. Иногда и въ стѣнкѣ дыхательнаго горла тоже замѣчается сильное пульсирующее сотрясеніе. Прижатію можетъ подвергаться не только п. *recurrens*, но и другіе, напр. межреберные нервы и плечевое сплетеніе, а иногда даже спинной мозгъ, если предварительно разрушенъ позвоночникъ (параличъ нижнихъ конечностей и т. д.). Прижатіе *блуждающаго нерва* имѣетъ своимъ послѣдствіемъ рвоту, прижатіе волоконъ симпатическаго нерва производитъ измѣненіе въ ширинѣ зрачковъ, прижатіе пищевода влечетъ за собою затрудненіе глотанія.

Болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ всѣ эти симптомы прижатія, имѣетъ послѣдовательное дѣйствіе аневризмы на органы кровообращенія. Что касается самого сердца, то гипертрофія лѣваго желудочка можетъ быть констатирована далеко не всегда; чаще мы находимъ только смѣщеніе сердца, именно внизъ и влѣво, такъ что толчекъ верхушки находится въ 6-мъ межреберномъ пространствѣ кнаружи отъ сосковой линіи. Для діагноза особенно важны измѣненія пульса въ периферическихъ артеріяхъ, какъ относительно его *величины*, такъ и относительно *времени его появленія*: запаздываніе пульса въ артеріяхъ верхней или нижней конечности, смотря по тому, помѣщается ли аневризма въ восходящей или нисходящей аортѣ, и неодинаковая величина пульса или неодновременное появленіе его въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ. Если при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ, что артерія сѣтчатки пульсируетъ въ одномъ только глазу, то и это обстоятельство имѣетъ значеніе для діагноза.

Если аневризматическій мѣшокъ прижимаетъ ту или другую вену, лежащую въ грудной полости, то въ предѣлахъ корней этой вены происходитъ застой крови и отекъ, а именно—на лицѣ, шеѣ и верхней части груди съ лѣвой стороны, если прижата лѣвая безымянная вена, или съ обѣихъ сторонъ, если прижата верхняя полая вена.

Послѣ всего сказаннаго становится понятно, что симптомы аневризмы не могутъ быть всегда одинаковы, а должны сильно видоизмѣняться, смотря по мѣстоположенію аневризмы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Поэтому при распознаваніи мы не можемъ ограничиваться констатированіемъ аневризмы вообще, а должны въ каждомъ данномъ случаѣ *опредѣлить, какая именно область большихъ артерій представляетъ аневризматическое расширеніе*. Для этого существуютъ слѣдующіе признаки.

Въ пользу аневризмы *восходящей аорты* говорятъ: притупленіе звука справа отъ рукоятки грудины, во второмъ межреберномъ пространствѣ и далѣе вверхъ,—

пульсація въ первомъ и второмъ межреберныхъ пространствахъ на правой сторонѣ,—смѣщеніе сердца и толчка верхушки внизъ и влѣво,—запаздываніе пульса въ периферическихъ артеріяхъ обѣихъ сторонъ тѣла по сравненію съ сердечнымъ толчкомъ,—явленія прижатія въ области верхней полой вены, наконецъ—прижатіе легочной артерій, съ расширеніемъ и гипертрофіею праваго желудочка, съ одышкой и иногда съ хохоткою легкихъ.

Объ аневризмѣ *души аорты* свидѣлствуютъ: пульсація въ яремной впадинѣ,—притупленіе звука на рукояткѣ грудины и слѣва отъ нея, въ первомъ межреберномъ пространствѣ,—смѣщеніе безымянной, лѣвой сонной и лѣвой подключичной артерій, выходящихъ изъ дуги аорты, и, слѣдовательно, неодинаковая величина пульса и неодновременное появленіе его въ артеріяхъ головы и верхней конечности на одной и той же сторонѣ тѣла,—прижатіе лѣвой безымянной вены, съ застоємъ крови и отекомъ въ области лѣвой половины головы и шеи,—параличъ лѣвой голосовой связки и, наконецъ, прижатіе лѣваго бронха, съ явленіями бронхостеноза.

Аневризма *нисходящей грудной аорты* представляется вѣроятною, если существуетъ пульсація по лѣвую сторону позвоночника, на уровнѣ угла лопатки, если пульсъ бедренной артерій запаздываетъ по сравненію съ пульсомъ лучевой, если обнаруживаются симптомы прижатія *v. azygos* или *hemiazygos* и позвоночного столба, съ постепеннымъ разрушеніемъ этого послѣдняго и появленіемъ параличей, и наконецъ, если появляются признаки суженія пищевода и лѣваго бронха.

Объ аневризмѣ *брюшной аорты* должно подумать въ томъ случаѣ, если по лѣвую сторону позвоночника, надъ пупкомъ, существуетъ пульсирующая опухоль. Иногда въ этомъ же мѣстѣ прощупывается дрожаніе, а при выслушиваніи констатируется систолическій шумъ, очень рѣдко—двойной звукъ, и запаздываніе пульса бедренной артерій по сравненію съ сердечнымъ толчкомъ. При этомъ могутъ существовать боли въ крестцѣ, симптомы со стороны желудка (рвота, кардіалгія и т. п.) или со стороны кишечнаго канала (запоръ, поносъ и т. д.), или затрудненіе глотанія. Однако, нужно остерегаться, чтобы за аневризму не была по ошибкѣ принята нормальная, нерасширенная брюшная аорта, которая въ случаѣ значительнаго исхуданія можетъ представляться сильно пульсирующею, какъ при осмотрѣ глазомъ, такъ и при ощущеніи. Нормальная аорта при такихъ условіяхъ очень легко можетъ представлять сходство съ аневризмой; но, съ другой стороны, здѣсь отсутствуютъ систолическій шумъ, запаздываніе пульса бедренной артерій и проч.

Распознаваніе болѣзней дыхательныхъ органовъ.

Болѣзни гортани.

Диагностика болѣзней гортани совершенно преобразовалась съ тѣхъ поръ, какъ введена ларингоскопія. Симптомы заболѣванія гортани, какъ то: охриплость, потеря голоса, одышка и т. п., въ настоящее время уже не могутъ служить основаніемъ для опредѣленнаго діагноза, а скорѣе представляютъ только явленія, побуждающія къ тому, чтобы предпринять ларингоскопическое изслѣдованіе. Рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ только результатъ изслѣдованія гортаннымъ зеркаломъ. Поэтому, говоря о распознаваніи отдѣльных болѣзней гортани, мы будемъ почти исключительно принимать въ расчетъ тѣ данныя, которыя доставляются ларингоскопомъ.

Острый катаръ гортани. Острый ларингитъ.

Ларингоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ *гиперэмию* и *припухлость*, которыя въ однихъ случаяхъ занимаютъ слизистую оболочку всей гортани, а въ другихъ ограничиваются только отдѣльными частями послѣдней, а именно надгортанникомъ, голосовыми связками и т. д. Степень красноты и припухлости въ различныхъ случаяхъ тоже весьма неодинакова, начиная съ легкой инъекціи и кончая темнокрасною припухlostью на подобіе валика; иногда бываетъ только затруднена свободная подвижность голосовыхъ связокъ, а иногда сужена голосовая щель, такъ что наступаютъ явленія ларингостеноза. Слизистая оболочка при этомъ можетъ потерять свой эпителиальный покровъ и сдѣлаться шероховатою, представляя ссадины или болѣе глубокія потери вещества, въ особенности на краяхъ голосовыхъ связокъ и на голосовыхъ отросткахъ; рѣдко встрѣчаются кровоизліянія, сопровождаемыя острою гиперэміею и припухlostью слизистой оболочки. Секретъ вначалѣ бываетъ очень скудный, вязкій, стекловидный, а затѣмъ постепенно становится непрозрачнымъ, сѣро-желтоватымъ, но никогда не бываетъ очень обильнымъ. Симптомы, зависящіе отъ этихъ измѣненій, а именно — кашель, охриплость, потеря голоса, чувство щекотанія въ горлѣ и т. д., дополняютъ собою клиническую картину.

Отдѣльныя формы остраго ларингита.

Смотря по тому, ограничивается ли острый катаръ исключительно надгортанникомъ, или ложными голосовыми связками и проч., можно говорить о различныхъ формахъ этой болѣзни, подъ названіемъ *«epiglottitis»*, *chorditis superior* и т. д. Впрочемъ, это составляетъ совершенно ненужное обогащеніе клинической номенклатуры. Вполнѣ достаточно, если къ діагнозу «воспаленіе гортани» присовокуплять: «съ преимущественнымъ участіемъ надгортанника» и т. п. Необходимо еще замѣтить, что острый ларингитъ очень часто бываетъ осложненъ парезомъ голосовыхъ связокъ, который, конечно, является послѣдствіемъ воспалительной инфильтраціи отдѣльных мышцъ гортани.

У *маленькихъ дѣтей* картина болѣзни нѣсколько видоизмѣняется вслѣдствіе узости голосовой щели. Уже сравнительно небольшого опуханія голосовыхъ связокъ достаточно у нихъ для того, чтобы явилось затрудненіе дыханія. Затрудненіе это усиливается до степени одышки, если во время сна секретъ накапливается въ голосовой щели, тѣмъ болѣе, когда воспалительная припухlostь занимаетъ подслизистую ткань и выпячиваетъ ее на подобіе валика. Коль скоро при такихъ условіяхъ дѣло доходитъ до временной закупорки голосовой щели (причина этого для *всѣхъ* случаевъ еще не выяснена), то появляются хорошо извѣстные приступы *«ложнаго крупа»*, съ лающимъ кашлемъ и стенотическимъ свистящимъ шумомъ, слышимымъ на разстояніи, а спустя 1—2 часа или еще скорѣе эти явленія опять проходятъ. Ларингоскопическое изслѣдованіе часто бываетъ здѣсь сопряжено съ непреодолимыми трудностями.

Отъ обыкновенной формы ларингита принято отдѣлять *«сухой» острый ларингитъ*, отличающійся способностью катаррального секрета легко засыхать и приставать плотнѣе къ слизистой оболочкѣ, причемъ образуются корки, въ большинствѣ случаевъ кровависто окрашенныя, которыя при ларингоскопическомъ изслѣдованіи легко узнаются.

Еще болѣе важно отдѣлять отъ обыкновенной формы ларингита *подслизистый острый ларингитъ*, такъ какъ эта послѣдняя модификація представляетъ тяжелое заболѣваніе гортани, которое иногда подвергаетъ больного серьезной опасности. Воспаленіе при этой формѣ ларингита развивается *въ болѣе глубокой* подслизистой ткани, и притомъ особенно часто въ опредѣленныхъ мѣстахъ гортани, а именно — въ *надгортанникѣ*, въ *черпало-надгортанныхъ* и *ложныхъ голосовыхъ связкахъ* и въ *частяхъ, находящихся подъ истинными голосовыми связками*. Благодаря тому, что въ означенныхъ мѣстахъ существуетъ значительное опуханіе ткани, дѣло доходитъ до угрожающихъ стенотическихъ явленій, въ особенности когда воспалительная припухлость помѣщается подъ голосовыми связками. Больной въ этомъ послѣднемъ случаѣ представляетъ картину задушенія, съ ціанозомъ и громкимъ стенотическимъ шумомъ во время вдыханія и выдыханія. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ подъ совершенно нормальными или покраснѣвшими голосовыми связками два толстыхъ красныхъ валика, представляющихъ какъ бы дубликатуры голосовыхъ связокъ и обуславливающихъ сильную одышку вслѣдствіе того, что они не раздвигаются во время вдыханія. Рѣдко дѣло доходитъ до образованія абсцесса, причемъ на внутренней поверхности гортани появляется ограниченная припухлость, а затѣмъ гной прорывается внутрь.

Ошибочнаго смѣшиванія съ отекомъ голосовой щели всего скорѣе можно избѣгнуть, если обращать вниманіе на интенсивную красноту и плотную припухлость, такъ какъ при отека валикообразная опухоль представляется болѣе эластичною, студенистою и сравнительно блѣдною. Отличить подслизистый ларингитъ отъ *перихондрита* очень трудно или даже невозможно до тѣхъ поръ, пока послѣдній еще не привелъ къ обнаженію хряща. Если подслизистый ларингитъ находится подъ истинными голосовыми связками и если картина его рѣзко выражена, то діагностическая ошибка невозможна; если же онъ локализуется въ ложныхъ голосовыхъ связкахъ или въ межчерпаловидной складкѣ, то ларингоскопическая картина его можетъ представлять полное сходство съ картиною перихондрита, тѣмъ болѣе, что въ обоихъ случаяхъ присоединяется потеря подвижности голосовыхъ связокъ и что подслизистый ларингитъ иногда осложняется перихондритомъ. Послѣ опорожненія гноя дифференціальныя діагнозы становятся совершенно ясными, такъ какъ при перихондритѣ въ этомъ случаѣ обнаженный хрящъ можетъ быть узнавъ посредствомъ зонда или извергается наружу путемъ отхаркиванія.

Хроническій ларингитъ.

Хроническій ларингитъ, часто развивающійся изъ острой формы или появляющійся таковымъ съ самаго начала, сопровождаемый обыкновенно хроническимъ фарингитомъ или возникающій на почвѣ сифилиса и бугорчатки, представляетъ при ларингоскопическомъ изслѣдованіи умѣренную или очень сильную темнокрасную, отчасти варикозную инъекцію внутренней поверхности гортани, а въ особенности — надгортанника, ложныхъ и истинныхъ голосовыхъ связокъ и межчерпаловидной складки,

которая протискивается между голосовыхъ связокъ и ограничиваетъ ихъ подвижность. Кромѣ красноты существуетъ еще и утолщеніе воспаленныхъ частей, которое на голосовыхъ связкахъ представляется въ формѣ узловатыхъ возвышеній (*chorditis tuberosa*). Ссадины встрѣчаются нерѣдко, а особеннаго вниманія заслуживаютъ щелеобразныя ссадины (трещины) въ межчерпаловидной складкѣ. Подвижность голосовыхъ связокъ уменьшена по причинѣ ихъ утолщенія и послѣдовательнаго пареза гортанныхъ мышцъ. Очень скудный густой секретъ, лежащій въ видѣ нитей или шариковъ на поверхности слизистой оболочки, въ нѣкоторыхъ случаяхъ засыхаетъ, образуя корки, — такъ наз. *сухой хроническій ларингитъ*, который иногда возникаетъ путемъ распространенія сухаго фарингита на слизистую оболочку гортани.

Въ гортани, какъ и въ другихъ мѣстахъ, хроническій катарръ можетъ приводить къ *атрофіи слизистой оболочки*, съ измѣненіемъ цвѣта (сѣроватымъ окрашиваніемъ) голосовыхъ связокъ и образованіемъ тонкихъ корокъ. Съ другой стороны, исходомъ хроническаго воспаленія бываетъ иногда *гипертрофія железъ*, которая придаетъ слизистой оболочкѣ гортани зернистый видъ. На верхней поверхности голосовыхъ связокъ иногда появляются сосочковыя разрощенія, которыя могутъ развиваться до степени полиповъ.

Подслизистый ларингитъ встрѣчается не только въ острой, но и въ *хронической* формѣ, которая иногда происходитъ изъ острой формы той же самой болѣзни, а иногда изъ хроническаго поверхностнаго катарра. Хроническій подслизистый ларингитъ развивается преимущественно въ надгортанникѣ, въ задней стѣнкѣ гортани, въ ложныхъ и истинныхъ голосовыхъ связкахъ, а главное — въ частяхъ, лежащихъ непосредственно подъ голосовую щелью. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи эта болѣзнь характеризуется блѣднокрасною плотною припухlostью пораженныхъ частей, а въ случаяхъ хроническаго подвязочнаго (гипертрофическаго) ларингита мы находимъ два толстыхъ, обыкновенно гладкихъ свѣтлокрасныхъ валика, которые представляютъ какъ бы нижнія дубликатуры голосовыхъ связокъ и которыя могутъ обусловливать явленія ларингостеноза, въ особенности когда голосовыя связки также инфильтрированы и когда въ голосовой щели, уже и безъ того суженной, накапливается вязкая слизь.

Дифтерический ларингитъ. Крупъ гортани.

Въ анатомическомъ отношеніи крупъ характеризуется присутствіемъ фибринознаго выпота на свободной поверхности и въ самой ткани слизистой оболочки. Причину крупа составляетъ дифтеритный ядъ, а въ относительно рѣдкихъ случаяхъ анатомически-сходный процессъ обуславливается коревою и скарлатинною инфекціями или, еще рѣже, сильными химическими и термическими раздраженіями гортани. Клиническое значеніе имѣетъ только та форма крупа, которая возникаетъ на почвѣ дифтеритной инфекціи. Распознаваніе крупа въ большинствѣ

случаевъ не представляетъ особенныхъ трудностей, не смотря на то, что именно при этой болѣзни лишь рѣдко бываетъ возможно произвести тщательный осмотръ посредствомъ гортаннаго зеркала. Заболѣванію гортани въ нѣкоторыхъ случаяхъ предшествуетъ дифтеритическое воспаленіе зѣва, а въ другихъ, болѣе рѣдкихъ, гортань поражается первично.

Важнѣйшимъ патогностическимъ симптомомъ служитъ *ларингостенозъ*, который характеризуется затрудненнымъ храпящимъ дыханіемъ и выдыханіемъ, усиленною работою всѣхъ вспомогательныхъ респираторныхъ мышцъ, втягиваніемъ надчревной области, межреберныхъ пространствъ и яремной впадины, наконецъ—инспираторнымъ опусканіемъ гортани. Ларингостенозъ сопровождается лающимъ кашлемъ, который въ концѣ концовъ становится совершенно беззвучнымъ. Приступы задушенія постепенно начинаютъ повторяться чаще и чаще, появляется беспокойство, ціанозъ и сонливость вслѣдствіе отравленія углекислотою, пульсъ становится малымъ, учащеннымъ, прерывающимся, и наконецъ наступаетъ смерть отъ истощенія и асфиксіи. Если ларингоскопическое изслѣдованіе возможно,—а это, какъ уже сказано, бываетъ совсѣмъ не часто,—то мы находимъ, что вся внутренняя поверхность гортани или отдѣльные участки ея покрыты сѣровато-бѣлыми, въ одномъ случаяхъ очень нѣжными, а въ другихъ—плотными перепонками. Кромѣ этихъ перепонокъ, въ гортани можетъ еще находиться густая вязкая слизь, которая, съ своей стороны, тоже способствуетъ закупоркѣ голосовой щели. Движенія голосовыхъ связокъ затруднены отчасти этимъ послѣднимъ обстоятельствомъ, отчасти покрывающими перепонками, а отчасти, наконецъ, парезомъ мышцъ, пропитанныхъ серозною жидкостью. *Лихорадка* вообще бываетъ умѣренна; но она можетъ быть очень высока, если процессъ, распространяясь внизъ, переходитъ на дыхательное горло и бронхи, а особенно, если присоединяются катаррально-пневмоническія инфильтраціи легочной ткани.

Распознаваніе гортаннаго крупа, какъ мы уже сказали, рѣдко бываетъ сопряжено съ трудностями, и смѣшать эту болѣзнь, по крайней мѣрѣ—въ продолженіе нѣкотораго времени, возможно развѣ только съ такъ наз. *ложнымъ крупомъ*. Но послѣдній начинается внезапно, среди полного здоровья, между тѣмъ какъ при крупѣ наступленію характернаго крупознаго кашля и ларингостеноза обыкновенно предшествуютъ простой катарральный кашель, охриплость, лихорадка или ангина съ дифтеритическими отложеніями. Приступы одышки при ложномъ крупѣ продолжаются короткое время, никакъ не болѣе нѣсколькихъ часовъ, а при настоящемъ крупѣ стѣсненіе гортани (ларингостенозъ) со своими опасными симптомами оказывается болѣе постояннымъ, хотя и не вполне равномернымъ, такъ какъ приступы

болѣе сильной одышки чередуются съ періодами сравнительно свободнаго дыханія; но, во всякомъ случаѣ, дыханіе даже и внѣ приступа всегда остается затрудненнымъ. Если на миндалевидныхъ железахъ существуютъ дифтеритическія перепонки, то діагнозъ становится еще болѣе достовѣрнымъ, а если отхаркиваются обрывки фибриновыхъ массъ, то онъ получаетъ полную достовѣрность. Наконецъ, ларингоскопическое изслѣдованіе, если оно оказывается возможнымъ, устраняетъ всякое сомнѣніе на счетъ присутствія гортаннаго крупа. Смѣшать крупъ гортани съ другими болѣзнями, приводящими къ ларингостенозу, напр. съ отекомъ голосовой щели, съ заглоточнымъ абсцессомъ и т. д., при сколько нибудь тщательномъ изслѣдованіи невозможно.

Отекъ гортани; отекъ голосовой щели.

Смотря по своему мѣстонахожденію и распространенію, отекъ гортани протекаетъ или скрытно, или при самыхъ тяжелыхъ симптомахъ задушенія. Ларингоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ мѣстами сильную припухлость слизистой оболочки или подслизистой ткани, чаще всего—въ надгортанникѣ, который представляетъ при этомъ шарообразную опухоль, затѣмъ —въ черпало-надгортанныхъ складкахъ, которыя представляются въ видѣ двухъ толстыхъ, соприкасающихся посерединѣ, блѣдно-красныхъ, напряженныхъ или отвислыхъ валиковъ; очень рѣдко оказываются припухшими истинныя голосовыя связки, чаще—ложныя. Всѣ эти измѣненія могутъ чрезвычайно затруднить вдыханіе, или также и выдыханіе, если они достигаютъ болѣе значительнаго развитія.

Отекъ можетъ наступать при большинствѣ болѣзней гортани, чаще всего — при *подслизистомъ ларинитѣ*, при которомъ онъ, однако, стоитъ на заднемъ планѣ въ сравненіи съ форменными элементами воспалительнаго выпота и при которомъ припухлость представляется болѣе плотною, темнокрасною, далѣе—при перихондритѣ и различнаго рода язвахъ гортани. Кромѣ того, отекъ можетъ присоединяться къ флегмонѣ шеи и къ заглоточному абсцессу, рѣже — къ воспаленію языка, околоушной железы и проч. ⁹⁾ Въ другихъ случаяхъ отекъ голосовой щели является послѣдствіемъ застоя крови при болѣзняхъ сердца, при опухоляхъ средостѣнія или щитовидной железы (*struma*) и т. п., или составляетъ результатъ Брайтовой болѣзни, амфилоиднаго перерожденія, рака и другихъ кахексій. Въ качествѣ воспалительнo-метастатическаго процесса, отекъ голосовой щели развивается также при инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр. при тифѣ, скарлатинѣ и проч., а особенно—при рожѣ. Наконецъ, существуютъ случаи—правда, очень рѣдкіе,—въ которыхъ невозможно найти прямой причины для объясненія отека.

Какъ бы то ни было, на діагнозѣ идіопатическаго отека голосовой щели мы имѣемъ право успокоиться только тогда, когда, не смотря на самое

⁹⁾ Въ прошломъ году мною въ Спб. Николаевскомъ военномъ госпиталѣ наблюдался больной писарь, страдавшій злокачественной прогрессивной анэміей, у котораго весьма быстро развился смертельный отекъ голосовой щели вслѣдъ за появленіемъ омертвѣнія въ язычкѣ или даже части его. Послѣднее въ свою очередь развилось на мѣстѣ кровоизліянія, захватывавшаго часть язычка и лѣвой передней дужки мягкаго нѣба. Все сказанное было подтверждено посмертнымъ вскрытіемъ. Прим. М. А.

тщательное изслѣдованіе, не удастся найти для отека никакой мѣстной или общей причины. Если отекъ развивается медленно, или же, если острый отекъ принялъ затяжное теченіе, то въ подобныхъ случаяхъ можно говорить о *хроническомъ отеке голосовой щели*.

Воспаленіе надхрящницы гортанныхъ хрящей. Перихондритъ.
Perichondritis laryngea.

Перихондритъ, развивающійся или вслѣдствіе травматическихъ поврежденій и прижатія гортани, или вслѣдствіе глубокихъ воспалительныхъ и язвенныхъ процессовъ въ самой гортани или въ окружающихъ ее частяхъ, приводитъ къ накопленію гноя между хрящемъ и надхрящницей, къ образованію абсцесса вокругъ хряща, а такъ какъ послѣдній питается изъ надхрящницы, то въ результатъ болѣе или менѣе значительная часть его подвергается омертвѣнію. Поэтому, когда прорывается абсцессъ, омертвѣвшій хрящъ оказывается обнаженнымъ и отпадаетъ. Абсцессъ вскрывается по направленію внутрь, т. е. въ просвѣтъ гортани, или въ пищеводъ, или черезъ кожу, причемъ образуется свищъ (гортанный свищъ). Соотвѣтственно этимъ анатомическимъ измѣненіямъ, перихондритъ будетъ представлять тѣ или другія клиническія явленія, а именно: мѣстныя припухлости на внутренней поверхности гортани, суженіе голосовой щели, инспираторную одышку, локализованныя боли въ опредѣленныхъ мѣстахъ гортани, измѣненія голоса, затрудненіе глотанія, отекъ и образованіе свища въ покровахъ шеи. Картина симптомовъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣляется преимущественно мѣстонахожденіемъ болѣзненнаго процесса, который можетъ поражать любой изъ гортанныхъ хрящей или нѣсколько хрящей одновременно.

Чаще всего бываетъ пораженъ черпаловидный хрящъ, а всего рѣже—надгортанникъ. Перихондритъ черпаловиднаго хряща обыкновенно бываетъ послѣдствіемъ бурчатыхъ изъязвленій на задней части голосовыхъ связокъ, рѣже—послѣдствіемъ тифозныхъ язвъ, и сопровождается потерей подвижности соотвѣтствующей голосовой связки, между тѣмъ какъ перихондритъ, развивающійся въ пластинкѣ перстневиднаго хряща, приводитъ къ параличу заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ (*mm. crico-arytaenoidei postici*).

При *ларингоскопическомъ изслѣдованіи*, перихондритъ обнаруживается прежде всего симптомами образованія абсцесса и ограниченными припухлостями въ той или другой части гортани; но затѣмъ, когда прорвался абсцессъ, эти припухлости исчезаютъ, оставляя за собою свищи, чрезъ которые извергается и отхаркивается омертвѣвшій хрящъ, или чрезъ которые онъ непосредственно можетъ быть ошупанъ зондомъ. Только тогда, когда констатировано это омертвѣніе хряща, мы можемъ съ положительностью поставить діагнозъ перихондрита, потому что симптомы воспаленія и образованія абсцесса, предшествующіе обнаженію хряща, встрѣчаются и при другихъ болѣзняхъ гортани, а въ особенности — при подслизистомъ ларингитѣ.

Заключивъ главу о воспаленіяхъ гортани, мы должны присовокупить, что въ этомъ органѣ изрѣдка еще наблюдаются *герпетическія* сыпи въ видѣ желтовато-бѣлыхъ пузырьковъ, которые разрываются и оставляютъ послѣ себя поверхностныя язвы. Герпетическій характеръ этой сыпи доказывается одновременнымъ существованіемъ herpes'a на другихъ слизистыхъ оболочкахъ или на кожѣ.

Язвы гортани.

Распознаваніе язвъ гортани при помощи ларингоскопическаго изслѣдованія бываетъ вообще легкимъ, если только онѣ достигаютъ сравнительно большихъ размѣровъ. Напротивъ того, маленькія язвы подаютъ поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ; если, напримѣръ, на воспаленной слизистой оболочкѣ, а въ особенности—на свободномъ краѣ голосовыхъ связокъ, существуютъ небольшія неровности, то нормальныя части слизистой оболочки кажутся углубленными вслѣдствіе того, что онѣ находятся рядомъ съ возвышеніями, и поэтому могутъ быть приняты за настоящіе дефекты, особенно, когда онѣ покрыты слизью. Кромѣ того, маленькія язвы въ нѣкоторыхъ случаяхъ недоступны зрѣнію, если сосѣдняя ткань сильно припухла, или же, если края самой язвы приподняты надъ ея дномъ и прикрываютъ его болѣе или менѣе совершенно. Последнее обстоятельство встрѣчается преимущественно при изъязвленіяхъ межчерпаловидной складки, имѣющихъ форму трещинъ. Если язвенный дефектъ слизистой оболочки констатированъ несомнѣнно, то намъ еще остается рѣшить другой, не менѣе важный вопросъ, а именно: опредѣлить самое происхожденіе язвы, найденной въ гортани. Въ этомъ отношеніи различаютъ: 1) *катарральныя* язвы, 2) язвы, образовавшіяся вслѣдствіе *давленія*, 3) *инфекціонныя* язвы (бугорчатая, лунозная, тифозная, септическая, сифилитическая) и 4) язвы, происходящія вслѣдствіе распада *новообразованій*. Впрочемъ, объ этихъ послѣднихъ язвахъ мы будемъ подробнѣе говорить по поводу діагностики новообразованій гортани.

1. *Катарральныя, воспалительныя* язвы встрѣчаются вообще рѣдко. Онѣ образуются въ теченіи специфическаго или не-специфическаго поверхностнаго ларингита, представляясь въ видѣ «*эрозіонныхъ язвъ*», т. е. въ видѣ дефектовъ эпителія, въ частности—мостовиднаго эпителія на голосовыхъ связкахъ, на передней поверхности черпаловидныхъ хрящей и задней поверхности надгортанника. Язвы эти отличаются тѣмъ, что представляютъ очень неглубокіе и ограниченные или, по крайней мѣрѣ, только по поверхности болѣе распространенные дефекты, которые находятся обыкновенно въ томъ мѣстѣ, гдѣ слизистая оболочка подвержена болѣе сильному тренію и давленію, слѣдовательно—въ хрящевой части голосовой щели (*glottis cartilaginea s. respiratoria*). Другой способъ образованія воспалительныхъ язвъ состоитъ въ томъ, что на отдѣльных мѣстахъ гортани, вслѣдствіе предшествовавшихъ болѣе глубокихъ воспаленій (напр., подслизистаго ларингита или пери-

хондрита), происходитъ нагноеніе и омертвѣніе воспаленной ткани, а затѣмъ, послѣ прободенія покрывающей слизистой оболочки, остается язва. Диагнозъ основывается здѣсь прежде всего на наблюденіи за постепеннымъ развитіемъ *глубокаго* воспаления, предшествовавшего и сопутствовавшего образованію язвы. Края воспалительныхъ язвъ въ послѣднемъ случаѣ оказываются утолщенными и подрытыми.

2. Язвы, образующіяся вслѣдствіе *давленія*. Мы уже сказали, что давленіе способствуетъ до извѣстной степени образованію поверхностныхъ катарральныхъ язвъ. Давленіемъ же несомнѣнно обусловлены и тѣ язвы, которыя вызываются остающимся въ гортани инороднымъ тѣломъ. Наконецъ, язвы, образующіяся на задней спайкѣ у больныхъ очень истощенныхъ, въ особенности — тифозныхъ, должны считаться, по всей вѣроятности, результатомъ давленія, въ томъ же смыслѣ, какъ и язвенные пролежни, образующіяся въ другихъ мѣстахъ тѣла.

3. Значительное большинство гортанныхъ язвъ имѣетъ *инфекціонное* происхожденіе, а главнѣйшая роль въ образованіи этихъ инфекціонныхъ язвъ, какъ и вообще всѣхъ язвъ гортани, принадлежитъ *бугорчаткѣ*.

Бугорчатка вызываетъ, правда, еще и другія болѣзненные состоянія гортани, напр. анемію слизистой оболочки, простой катарральный ларингитъ, по временамъ появляющійся и опять исчезающій въ теченіи легочной чахотки, расстройства иннервации, а въ частности — парезы гортанныхъ мышцъ; однако, всѣ эти болѣзненные состоянія не имѣютъ патогностическаго значенія и не представляютъ заболѣваній специфически-бугорчатыхъ, причемъ никакого исключенія не можетъ быть сдѣлано даже въ пользу эрозіонныхъ язвъ, которыя присоединяются не только къ ларингиту, встрѣчающемуся у чахоточныхъ, но иногда и къ другимъ ларингитамъ. Иное дѣло — *настоящія бугорчатая* язвы гортани, которымъ принадлежитъ главная роль въ гортанной чахоткѣ. Онѣ образуются изъ клѣточныхъ подъэпителиальныхъ инфильтрацій, выступающихъ въ видѣ бугровъ надъ уровнемъ слизистой оболочки, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже представляющихъ полное подобіе опухолей: инфильтраціи эти подвергаются творожистому перерожденію, распадаются и, прорываясь чрезъ эпителиальный покровъ, оставляютъ за собою язвы, кратерообразной формы, съ подрытыми краями. По сосѣдству съ этими язвами (въ подслизистой ткани, въ надхрящницѣ, рѣже — въ мышцахъ) находятся настоящіе бугорки, которые, въ свою очередь, могутъ опять распадаться, образуя небольшія точечныя изъязвленія, и этимъ самымъ способствовать увеличенію первоначальной язвы.

Мѣстоположеніе бугорчатыхъ язвъ бываетъ различно. Въ большинствѣ случаевъ, какъ по моимъ наблюденіямъ, такъ и по свидѣтельству другихъ авторовъ, бугорчатая инфильтрація и образующіяся изъ нихъ язвы встрѣчаются на *межчерталообразной складкѣ*, часто уже въ такое время, когда въ легкихъ еще нельзя обнаружить никакихъ измѣненій. Язвы въ этомъ мѣстѣ обыкновенно имѣютъ сильно утолщенные края, устьянные какъ-бы папилломатозными разрощеніями, которыя могутъ при этомъ совершенно закрывать самое дно язвы, въ особенности когда изъязвленія имѣютъ форму трещинъ. Послѣ указаннаго мѣста, бугорчатая

инфильтрации и язвы чаще всего встречаются на *ложных голосовых связках*, которые могут быть такъ сильно опухшими и инфильтрованными, что истинныя голосовыя связки совершенно прикрыты и недоступны зрѣнію. Затѣмъ особенно характеристична бугорчатая инфильтрація въ области *черпаловидныхъ хрящей*, которые представляются шарообразно опухшими, причемъ ограничена ихъ подвижность. Впрочемъ, не менѣе часто, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчаются бугорчатая язвы на *истинныхъ голосовыхъ связках*, которые въ первое время представляются неровными и утолщенными, а вмѣстѣ съ тѣмъ сильнѣе инфильтрованными внизу и вверху, такъ что посерединѣ онѣ оказываются углубленными въ продольномъ направленіи. Образованіе язвъ на истинныхъ голосовыхъ связкахъ не долго заставляетъ себя ждать, въ противоположность образованію ихъ изъ инфильтрацій межчерпаловидной складки. Язвы на голосовыхъ связкахъ локализуются по преимуществу въ области голосовыхъ отростковъ, очевидно потому, что въ этой области существуетъ наибольшее треніе. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни голосовая связка изъязвляется и разрушается по всей своей длинѣ.

Сравнительно рѣже бугорчатая инфильтрація и изъязвленія встрѣчаются на черпало-надгортанныхъ связкахъ и самомъ надгортанникѣ, въ противоположность сифилитическимъ язвамъ, которые всего чаще образуются на надгортанномъ хрящѣ. Упомянутыя связки, пораженныя бугорчатыми язвами, представляются въ видѣ плотныхъ валиковъ, а надгортанникъ—въ видѣ обезображенной массы, утолщенной по краямъ и нѣсколько углубленной посерединѣ. Бугорчатая инфильтрація въ различныхъ мѣстахъ изъязвляется, образуя то поверхностныя язвы, то болѣе глубокія, съ подрывными краями. Распознавать при помощи гортаннаго зеркала просовидные бугорки съ полною достовѣрностью, т. е. съ проверкою результатовъ прижизненнаго изслѣдованія результатами, полученными на секціонномъ столѣ, до сихъ поръ едва ли когда нибудь удавалось, хотя аргументъ нельзя сомнѣваться въ томъ, что *стро-желтоватыя* бугорчатые узелки *могутъ* быть обнаружены ларингоскопическимъ изслѣдованіемъ.

Хотя вышеуказанные ларингоскопическіе признаки, если они найдены у какого нибудь больного, дѣлаютъ уже напередъ вѣроятнымъ, что язвы имѣютъ бугорчатое происхожденіе, но все-таки по одному наружному виду никогда не можетъ быть съ положительностью опредѣлено бугорчатое свойство язвы. Для полной точности распознаванія должно быть констатировано несомнѣнно бугорчатое пораженіе какой нибудь другой части тѣла, въ особенности—легкихъ; если же въ этомъ послѣднемъ органѣ еще нельзя открыть никакихъ измѣненій, что и бываетъ въ рѣдкихъ случаяхъ, то для того, чтобы мы были вправѣ признать бугорчатое происхожденіе гортанной язвы, должны быть констатированы бугорчатая палочка въ гортанной мокротѣ. Присутствіе лихорадки точно также говорить въ пользу бугорчатаго свойства гортанныхъ язвъ.

Къ бугорчатымъ язвамъ непосредственно примыкаютъ «*лупозныя*» изъязвленія, встрѣчающіяся довольно рѣдко. Онѣ образуются изъ мелкихъ, тѣсно сгруппированныхъ

красныхъ узелковъ и распространяются болѣе или менѣе далеко въ глубину, причемъ въ рѣдкихъ случаяхъ приходилось наблюдать сердцевидный язвенный дефектъ посрединѣ свободного края надгортанника. Согласно современной теоріи о сущности лупознаго процесса, эти язвы вполне тождественны съ бугорчатыми, и онѣ должны быть признаны таковыми даже въ томъ случаѣ, если наряду съ ними существуютъ вдавленные бляшки, образовавшіяся вслѣдствіе всасыванія и обратнаго развитія.

Сифилисъ локализуется въ гортани довольно часто и вызываетъ въ ней самыя разнообразныя формы заболѣванія, которыя могутъ быть признаны сифилитическими отчасти по своей характерной ларингоскопической картинѣ, а отчасти потому, что онѣ весьма обыкновенно встрѣчаются во время сифилиса и быстро исчезаютъ при антисифилитическомъ лѣченіи, между тѣмъ какъ всякой другой терапіи онѣ оказываютъ упорное сопротивленіе.

Это относится прежде всего къ простому *сифилитическому ларингиту*: при изслѣдованіи гортаннымъ зеркаломъ онъ ничѣмъ не отличается отъ не-специфическаго катарра гортани, съ его разнообразными формами и послѣдовательными состояніями, каковы, напримѣръ, ссадины и т. п. Гораздо рѣже (въ видѣ проявленія сифилиса) встрѣчаются въ гортани *широкія кондиломы*; сравнительно всего чаще онѣ оказываются на голосовыхъ связкахъ, на надгортанникѣ, межчерпаловидной складкѣ и т. д., представляясь въ обычной формѣ, свойственной слизистымъ папуламъ зѣва, а иногда также въ видѣ маленькихъ бугровъ, покрытыхъ бѣловатымъ эпителиальнымъ налетомъ.

Обыкновенно, впрочемъ, сифилисъ локализуется въ гортани только въ своемъ позднѣйшемъ теченіи и образуетъ тогда болѣе глубокія многочисленныя инфильтраціи и небольшіе узлы (*gummata*). Узлы эти имѣютъ сильную склонность къ распаденію и къ образованію язвъ. Образовавшіяся такимъ путемъ изъязвленія рѣзко ограничены, имѣютъ утолщенные края и глубокое дно, а вмѣстѣ съ тѣмъ распространяются очень быстро, такъ что, съ одной стороны, происходятъ въ гортани значительныя разрушенія, а съ другой стороны, въ случаѣ заживленія, образуются рубцы съ сильнымъ смѣщеніемъ различныхъ частей гортани и суженіемъ ея просвѣта. Что касается *мѣстоположенія* язвъ, то обыкновенно исходнымъ пунктомъ для нихъ служитъ *надгортанникъ*, и уже отсюда изъязвленія распространяются вдоль черпало-надгортанныхъ связокъ, переходя послѣдовательнымъ путемъ на ложныя и истинныя голосовыя связки. Въ дальнѣйшемъ теченіи легко можетъ присоединиться перихондритъ, съ омертвѣніемъ хрящей. Хотя язвы эти, по моему мнѣнію, не имѣютъ специфическаго, вполне характернаго вида, но все-таки, по самому способу распространенія язвеннаго процесса съ надгортанника, можно при ларингоскопическомъ изслѣдованіи поставить до извѣстной степени вѣроятный діагнозъ гортаннаго сифилиса, въ особенности, когда изъязвленія находятся на *одной* только сторонѣ гортани и притомъ на верхней поверхности надгортанника, въ язычно-надгортанныхъ связкахъ. Предположеніе это становится болѣе достовѣрнымъ, если въ то же время существуютъ сифилитическія пораженія костей, гуммозныя язвы въ зѣвѣ, кожѣ и т. д., и если вслѣдъ за

антисифилитическимъ леченіемъ образовались рубцы. Поэтому отличить сифилитическія изъязвленія отъ бугорчатыхъ язвъ обыкновенно бываетъ не очень трудно, хотя и въ послѣднемъ случаѣ язвенный процессъ иногда локализируется преимущественно въ надгортанникѣ, представляя совершенно такую же картину, какъ при гортанномъ сифилисѣ. Отъ раковыхъ язвъ сифилитическія изъязвленія отличаются преимущественно тѣмъ, что въ первомъ случаѣ преобладаетъ образованіе узловъ, особенно по краямъ язвы, тогда какъ во второмъ преобладаетъ процессъ распаденія.

При брюшномъ тифѣ, какъ и вообще при различнѣйшихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр. при кори, скарлатинѣ, рожѣ и оспѣ, могутъ появляться и легкіе и тяжелые ларингиты, т. е. или простые катарры, или подслизистыя и крупозныя воспаления. Но при брюшномъ тифѣ результаты ларингоскопическаго изслѣдованія имѣютъ большее значеніе въ томъ смыслѣ, что измѣненія, образующіяся въ гортани подъ вліяніемъ тифознаго процесса, принимаютъ язвенный характеръ сравнительно чаще, чѣмъ всѣ другія инфекціонныя пораженія этого органа, такъ что гортанныя язвы въ тифозныхъ трупахъ составляютъ, по свидѣтельству авторовъ, не менѣе 20% общаго числа случаевъ; впрочемъ, въ тѣхъ эпидеміяхъ, которыя мнѣ пришлось наблюдать въ Средней и Южной Германіи, гортанныя язвы при брюшномъ тифѣ встрѣчались довольно рѣдко. Язвы образуются изъ ограниченной, а въ рѣдкихъ случаяхъ болѣе распространенной специфической инфильтраціи, изобилующей клѣточными элементами, для которой исходнымъ пунктомъ чаще всего служатъ лимфатическіе аппараты и туніса ргоргіа съ заложенными съ ней лимфатическими тѣльцами. Инфильтраты и образовавшіяся изъ нихъ язвы встрѣчаются преимущественно на надгортанникѣ, на ложной голосовой связкѣ, на внутренней поверхности черпаловидныхъ хрящей, на передней и задней спайкахъ. Язвы эти, соответственно способу своего образованія, имѣютъ утолщенные подрытые края и отличаются склонностью распространяться въ глубину и вызывать омертвѣніе хрящей. Кромѣ этихъ типичныхъ язвъ, встрѣчаются при брюшномъ тифѣ очень поверхностныя ссадины, а иногда послѣдовательно-дифтеритическія изъязвленія, края которыхъ не такъ сильно утолщены, какъ края язвъ, образовавшихся изъ инфильтратовъ. Тифозныя язвы, въ противоположность сифилитическимъ, заживаютъ въ большинствѣ случаевъ безъ образованія рубцовъ; но если разрушительный процессъ проникалъ *глубоко*, то по заживленіи язвъ можетъ остаться суженіе гортани. Распознаваніе тифозныхъ язвъ основывается помимо результатовъ ларингоскопическаго изслѣдованія, главнымъ образомъ на присутствіи несомнѣнныхъ симптомовъ брюшнаго тифа, т. е. на увеличеніи селезенки, присутствіи лихорадки, розеолы и т. д.

Вообще, распознаваніе инфекціонныхъ измѣненій гортани основывается существеннымъ образомъ на общей картинѣ соответствующей инфекціонной болѣзни. Хотя эти измѣненія гортани, по крайней мѣрѣ — отдѣльныя формы ихъ, имѣютъ специфическій характеръ и иногда уже своимъ внѣшнимъ видомъ напередъ указываютъ на присутствіе той или другой инфекціонной болѣзни, однако вполне точное распознаваніе никогда не бываетъ возможно, коль скоро наряду съ измѣненіями гортани уже не могутъ быть констатированы характерные признаки соответствующей инфекціонной болѣзни. Это относится не только къ тѣмъ инфекціоннымъ язвамъ гортани, о которыхъ мы до

сихъ поръ говорили, но и къ гортаннымъ язвамъ, образующимся въ теченіи проказы, сапа и т. п.

Образованіе рубцовъ въ гортани, суженіе гортани (ларингостенозъ).

Небольшіе поверхностные рубцы, если они не занимаютъ голосовой щели, могутъ развиваться въ гортани, не вызывая никакихъ симптомовъ. Напротивъ того, обширные глубокіе рубцы производятъ, смотря по своему мѣстоположенію, самыя тяжелыя разстройства въ образованіи голоса и въ актѣ дыханія, а именно: охриплость, полную потерю голоса (афонія) и одышку вслѣдствіе суженія гортани. Въ рѣдкихъ случаяхъ образуются вслѣдствіе рубцеванія настоящія перемычки, напримѣръ перепончатыя сращения голосовыхъ связокъ и т. п. Результатомъ этого точно также оказывается большее или меньшее суженіе гортани.

Умирненное суженіе гортани, будетъ ли оно вызвано образованіемъ рубцовъ, или опухолями, крупозными перепонками, отекомъ голосовой щели и т. д., обнаруживается легкимъ затрудненіемъ дыханія, достигающимъ опасной степени только тогда, когда дыхательному процессу предъявляются усиленные требованія, напр. при разговорѣ, ходьбѣ и т. п. При болѣе сильномъ суженіи гортани неудовлетворенная потребность въ воздухѣ выражается уже при покойномъ состояніи больного, такъ что обнаруживаются извѣстные симптомы одышки, а именно: замедленіе дыханія при самомъ крайнемъ напряженіи вспомогательныхъ респираторныхъ мышцъ и слышныя уже на разстояніи свистящія или пилящія шумы, которые образуются при прохожденіи воздуха чрезъ суженное мѣсто. Картина одышки будетъ различна, смотря по тому, затруднено ли преимущественно вдыханіе или выдыханіе, или же оба эти акта затруднены одновременно. Если, напр., поливъ или крупозная перепонка или какое нибудь другое препятствіе помѣщается подъ голосовой щелью такимъ образомъ, что образуетъ клапанъ, закрывающій ее во время выдыханія, то является картина *экспираторной одышки*, т. е. очень протяжное, шумное, затрудненное выдыханіе послѣ весьма быстрого и безпрепятственного вдыханія. Во время выдыханія, для того чтобы сдѣлать его болѣе энергичнымъ, усиленно сокращаются брюшныя мышцы, а позвоночникъ наклоняется впередъ. Совершенно иную картину мы видимъ при *инспираторной одышкѣ*, которая гораздо чаще экспираторной обнаруживается при различнаго рода суженіяхъ гортани, при отекахъ черпало-надгортанныхъ складокъ или самого надгортанника, при крупѣ, при парализѣ *m. cricoarytaenoidei postici* и т. д. Въ этомъ случаѣ выдыханіе происходитъ безпрепятственно, т. е. быстро и безъ всякаго шума, а вдыханіе, напротивъ того, очень протяжно и совершается съ величайшими усиліями. *Mm. sternocleidomastoidei, scaleni, levatores*

alae nasi и др. мышцы принимаютъ участіе въ актѣ дыханія, над-
чревная область втягивается, и гортань, въ противоположность тому,
что наблюдается при суженіи дыхательнаго горла, производитъ силь-
ныя дыхательныя экскурсіи. При смѣшанной одышкѣ, т. е. *инспира-*
торной и экспираторной, затруднено и вдыханіе и выдыханіе.

Благодаря глубокимъ, хотя и замедленнымъ дыхательнымъ дви-
женіямъ, больные имѣютъ возможность вполне удовлетворять потреб-
ность въ кислородѣ, такъ что хотя дыханіе и затруднено, но количество
поступающаго кислорода оказывается вполне достаточнымъ, до тѣхъ
поръ, пока этотъ регуляторный механизмъ, выражающійся въ замедлен-
ныхъ, но болѣе глубокихъ дыхательныхъ движеніяхъ, не будетъ
парализованъ или не сдѣлается недостаточнымъ по причинѣ слишкомъ
большаго препятствія, такъ что въ концѣ концовъ, медленно, но
неизбѣжно, развивается асфиксія. Центральная нервная система, благо-
даря постоянному недостатку въ кислородѣ, мало по малу теряетъ свою
возбудимость, и компенсаторная дѣятельность мышцъ постепенно осла-
бѣваетъ, такъ что является полная картина задушенія: слизистыя
оболочки принимаютъ синевато-сѣрое окрашиваніе, кожа становится
холодною, дыхательныя движенія — поверхностными и учащенными, общее
чувствіе омрачается, сонливость все болѣе и болѣе увеличивается,
и въ этомъ состояніи наступаетъ смерть.

Въ совершенно иномъ видѣ представляется картина *остраго за-*
душенія, наблюдаемаго, хотя и очень рѣдко, при нѣкоторыхъ весьма
быстро развивающихся суженіяхъ гортани, напр. при чрезвычайно
остромъ отеѣ или спазмѣ голосовой щели. Въ этомъ случаѣ на первый
планъ выступаютъ симптомы раздраженія: наряду съ сильно затрудненнымъ
дыханіемъ и чрезвычайно сильнымъ ціанозомъ, дѣло доходитъ до
расширенія зрачковъ и общихъ судорогъ.

Диагнозъ суженія гортани, въ виду вышесказаннаго, можетъ быть
поставленъ довольно легко, въ особенности, когда мы имѣемъ возможность
произвести ларингоскопическое изслѣдованіе и этимъ самымъ установить
причину суженія. Но если изслѣдованіе это встрѣчаетъ непреодолимыя
трудности, то дифференціальное распознаваніе иногда колеблется
между суженіемъ гортани и суженіемъ дыхательнаго горла. Уже
самый характеръ стенотического шума, являющагося во время дыханія,
обыкновенно не оставляетъ никакихъ сомнѣній насчетъ того мѣста, гдѣ
находится суженіе дыхательнаго канала, а еще болѣе въ пользу
суженія гортани говоритъ сильное перемѣщеніе ея внизъ при каждомъ
вдыханіи. Нѣкоторые авторы говорятъ, будто-бы афонія и выпрямленіе
позвоночника или наклоненіе его назадъ точно также характеристичны
для суженія гортани, въ отличіе отъ трахеальной одышки. Но оба
эти признака, конечно, нисколько не доказательны для суженія
гортани, такъ какъ афонія иногда встрѣчается и при суженіи дыха-

тельного горла (въ зависимости отъ паралича нижняго гортаннаго нерва, причѣмъ этотъ параличъ можетъ быть послѣдствіемъ той же самой причины, напр. опухоли и т. п., которая вызвала суженіе дыхательнаго горла), а выпрямленіе позвоночника или наклоненіе его назадъ можетъ существовать при всякой одышкѣ, если только она достигаетъ болѣе сильной степени.

Новообразованія гортани.

Новообразованія, встрѣчающіяся въ гортани, бываютъ отчасти доброкачественныя: папилломы, фибромы, липомы, кисты, миксомы, лимфомы и энхондромы, а отчасти злокачественныя: карциномы и саркомы.

Изъ *доброкачественныхъ опухолей гортани* только папилломы и фибромы имѣютъ клинико-діагностическое значеніе, между тѣмъ какъ остальные встрѣчаются очень рѣдко и представляютъ преимущественно патолого-анатомическій интересъ. Нѣкоторое клиническое значеніе, наряду съ папилломами и фибромами, имѣютъ развѣ только кисты и энхондромы. Симптомы, вызываемые опухолями гортани, напр. измѣненіе голоса, кашель, одышка и т. д., слишкомъ неопредѣленны и поэтому для діагноза совершенно безразличны; діагнозъ ставится *исключительно* на основаніи результатовъ ларингоскопическаго изслѣдованія.

Папиллома («*rachydermia verrucosa*») есть самое частое новообразованіе гортани и представляется въ видѣ бородавчатыхъ опухолей, величиною отъ коноплянаго зерна до грецкаго орѣха. Опухоли эти иногда образуютъ группу мелкихъ стержней, а иногда—болѣе значительныя возвышенія въ формѣ тутовой ягоды или цвѣтной капусты. Онѣ сидятъ обыкновенно на широкомъ основаніи, рѣдко—на ножкѣ, растутъ довольно быстро и очень легко даютъ рецидивы. Цвѣтъ опухолей бываетъ различный: отъ свѣтло-сѣраго до темно-краснаго. Опухоли почти всегда помѣщаются на истинныхъ голосовыхъ связкахъ, особенно въ ихъ передней и средней трети, рѣдко на ложныхъ голосовыхъ связкахъ и въ другихъ мѣстахъ гортани.

Фибромы гортани представляются въ формѣ шарообразныхъ или грушевидныхъ, иногда узловатыхъ опухолей, сидящихъ обыкновенно на ножкѣ (полипы), имѣющихъ гладкую поверхность и различное окрашиваніе, отъ бѣловато-сѣраго до темно-краснаго; онѣ бываютъ величиною отъ чечевицы до лѣснаго орѣха, рѣдко больше, и, въ противоположность папилломамъ, растутъ очень медленно и не даютъ рецидивовъ. И онѣ также помѣщаются чаще всего на голосовыхъ связкахъ, развиваясь иногда изъ ихъ верхней поверхности, а иногда изъ нижней.

Кисты («слизистые полипы»), встрѣчающіяся гораздо рѣже другихъ доброкачественныхъ новообразованій гортани, представляютъ очень маленькія опухоли, величиною не болѣе вишни. Онѣ почти никогда не сидятъ на ножкѣ, а въ большинствѣ слу-

чазевъ—на широкомъ основаніи, въ видѣ шарообразныхъ возвышеній, и обыкновенно развиваются изъ Морганіевыхъ углубленій или изъ надгортанника. Кисты имѣютъ гладкую поверхность, сильно напряжены, а иногда даютъ зыбленіе; при разрывѣ вытекаетъ густая жидкость.

Энхондромы, развивающіяся изъ перстневиднаго или щитовиднаго хряща, вырастаютъ отсюда въ самый просвѣтъ гортани, образуя плоскія узловатыя опухоли, покрытыя слизистою оболочкою, и могутъ представлять внѣшнее сходство съ полипомъ; но легко отличаются отъ него, какъ и отъ другихъ опухолей гортани, своею значительною плотностью.

Злокачественныя опухоли гортани встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ доброкачественныя папилломы и фибромы. Изъ двухъ злокачественныхъ опухолей, встрѣчающихся въ гортани, карцинома наблюдается гораздо чаще саркомы. Изъ различныхъ формъ *карциномы* мозговидный ракъ и скирръ встрѣчаются рѣдко, а самую обычную формою оказывается *эпителиома*. Последняя обыкновенно представляетъ бородавчатую крупно-бугристую опухоль или имѣетъ сходство съ цвѣтной капустой, тогда какъ мозговидный ракъ образуетъ быстро разрастающіеся и изъязвляющіеся узлы, очень богатые сосудами. Раковые опухоли развиваются преимущественно въ голосовой связкѣ и Морганіевомъ углубленіи, но часто также въ ложной голосовой связкѣ и надгортанникѣ. Распознаваніе оказывается легкимъ, если ракъ появился въ гортани уже вторичнымъ образомъ, что бываетъ, впрочемъ, чрезвычайно рѣдко, или же, если первичный ракъ гортани достигъ полного своего развитія, если въ самой гортани существуютъ разлитыя припухлости и изъязвленія, а въ области шеи—припухшія лимфатическія железы, если новообразование распространилось на глотку, если больной, о которомъ идетъ рѣчь, перешелъ за 40-лѣтній возрастъ и если у него въ относительно короткое время развилась кахексія «безъ всякой опредѣленной причины». Но и при этихъ условіяхъ еще возможно смѣшать раковую опухоль съ сифилитическимъ заболѣваніемъ гортани; вообще, однако, сифилитическіе инфильтраты изъязвляются быстрѣе раковыхъ опухолей, а наряду съ изъязвленіями иногда существуютъ рубцы, которыхъ не бываетъ при ракѣ. Бугорчатая язва сравнительно легче различается отъ раковыхъ изъязвленій уже потому, что въ мокротѣ почти всегда можетъ быть обнаружено присутствіе бугорчатыхъ палочекъ. Дифференціальное распознаваніе гораздо болѣе затруднительно въ самомъ началѣ развитія опухоли, пока еще не существуетъ изъязвленій, такъ какъ и доброкачественная опухоль, а въ особенности папиллома, можетъ представлять очень большое сходство съ карциномой въ этомъ періодѣ ея развитія. Обыкновенно карциномы образуютъ болѣе равномерныя инфильтраціи ткани, заключаютъ въ себѣ больше сосудовъ и очень легко изъязвляются. Микроскопическое изслѣдованіе кусковъ опухоли, *вырѣзанныхъ изъ ея глубины*, очень полезно для діагноза, хотя и не всегда даетъ

рѣшающій результатъ ¹⁰⁾). Смѣшать ракъ гортани съ проказою и волчанкою этого органа довольно трудно, такъ какъ проказа никогда не развивается въ гортани первично, а волчанка не представляетъ крупнобугристыхъ опухолей, подобно раку, и иногда сопровождается образованіемъ рубцовъ.

Саркомы, встрѣчающіяся въ гортани чрезвычайно рѣдко, не представляютъ по своему вѣдшему виду ничего характернаго; онѣ могутъ быть гладкими, бородавчатыми, дольчатыми, и имѣть бѣловатый или красный цвѣтъ. Диагнозъ, во всякомъ случаѣ, не можетъ быть поставленъ на основаніи одной ларингоскопической картины, а только послѣ микроскопическаго изслѣдованія вырѣзанныхъ кусковъ опухоли.

Иородныя тѣла въ гортани.

Смотря по величинѣ и формѣ инороднаго тѣла, попавшаго въ гортань, и тому мѣсту, которое оно въ ней занимаетъ, является иногда немедленно приступъ задушенія или сильный приступъ ларингоспазма. Приступы задушенія могутъ повторяться очень быстро одинъ за другимъ, въ особенности, когда инородное тѣло мѣняетъ свое положеніе при дыханіи или вслѣдствіе кашля и когда оно временно закрываетъ голосовую щель. Если инородное тѣло остается въ гортани болѣе долгое время, т. е. если оно не извергается отхаркиваніемъ, или же, если оно попадаетъ въ бронхъ, то, благодаря послѣдовательному опуханію и воспаленію мягкихъ частей гортани, наступаетъ ларингостенозъ, съ характерными для него симптомами одышки. Но мелкія инородныя тѣла могутъ оставаться въ гортани поразительно долгое время, не вызывая сколько нибудь значительныхъ симптомовъ. Ларингоскопическое изслѣдованіе обыкновенно разрѣшаетъ всѣ сомнѣнія относительно присутствія и мѣстоположенія инороднаго тѣла въ гортани; однако, при очень сильной одышкѣ оно бываетъ сопряжено съ большими трудностями.

Неврозы гортани.

Подъ этимъ именемъ мы разумѣемъ *всѣ тѣ заболѣванія гортани, которыя съ патолого-анатомической точки зрѣнія могутъ быть отнесены исключительно на счетъ нервной системы.*

Гортань имѣетъ чувствительные и двигательные нервы. Чувствительнымъ нервомъ ея служить, какъ извѣстно, n. laryngeus superior, который дѣлится на двѣ вѣтви: наружную и внутреннюю. Первая даетъ двигательныя волокна для перстнечитовидной мышцы (m. cricothyreoideus) и чувствительныя волокна для нижней боковой части слизистой оболочки гортани, а остальные части этой оболочки снабжаются волокнами чисто чувствительной внутренней вѣтви верхняго гортаннаго нерва, проходящей чрезъ membrana hyothyreoidea. Раздраженіе чувствительныхъ волоконъ вызываетъ различныя ощущенія въ гортани, а рефлекторнымъ путемъ—кашель. Всѣ двигательныя волокна верхняго, какъ и нижняго, гортаннаго нерва происходятъ, вѣроятно, изъ n. accessor. Willisii, который отдаетъ значительную часть своихъ волоконъ блуждающему нерву.

¹⁰⁾ На основаніи микроскопическаго изслѣдованія мнѣ дважды пришлось поставить распознаваніе эпителиальнаго рака гортани: одинъ разъ для изслѣдованія были доставлены два маленькихъ кусочка, отхаркнутыхъ во время приступа гортаннаго кашля, а другой разъ небольшой кусочекъ, вырѣзанный съ діагностическою цѣлю изъ новообразованія при помощи ларингоскопа.

Двигательнымъ нервомъ для всѣхъ мышцъ гортани (за исключеніемъ *m. cricothy.*) служатъ *n. recurrens s. laryngeus inferior*. Отдѣляясь отъ блуждающаго нерва въ полости грудной кѣтки, онъ огибаетъ спереди назадъ дугу аорты на лѣвой сторонѣ и подключичную артерію на правой, а затѣмъ идетъ вверхъ между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ, снабжая двигательными волокнами гортанныя мышцы. Раздраженіе этого нерва вызываетъ ларингоспазмъ, а перерѣзка его—нижеописанную картину паралича возвратнаго нерва или такъ наз. трупное положеніе голосовыхъ связокъ.

Неврозы чувствительности.

Гиперестезія и анестезія слизистой оболочки гортани вообще представляютъ болѣзни не частыя. Гиперестезія, въ формѣ чистаго невроза, встрѣчается преимущественно у истеричныхъ и неврастениковъ, обнаруживаясь чувствомъ шекотанія, или такимъ ощущеніемъ, какъ будто въ гортани застряло инородное тѣло, а при ларингоскопическомъ изслѣдованіи не оказывается никакихъ уклоненій отъ нормальнаго состоянія. Въ другихъ случаяхъ чрезмерная возбудимость чувствительныхъ нервовъ вызываетъ судорожный, такъ называемый «нервный» кашель или приступъ ларингоспазма; наконецъ, эта повышенная возбудимость чувствительныхъ волоконъ можетъ иногда обнаруживаться въ видѣ настоящей гортанной невралгіи, съ приступами сильной боли и такъ называемыми болевыми точками на шеѣ. Почему именно въ какомъ нибудь частномъ случаѣ существуетъ та или другая форма повышенной возбудимости чувствительныхъ нервовъ, это до сихъ поръ еще не объяснимо. Для діагноза всегда характеристиченъ отрицательный результатъ ларингоскопическаго изслѣдованія. Вышеуказанныя проявленія повышенной возбудимости чувствительныхъ нервовъ могутъ быть вызваны искусственно прикосновеніемъ зонда къ слизистой оболочкѣ гортани.

Гипестезія и анестезія слизистой оболочки гортани выражаются нечувствительностью этой оболочки къ прикосновенію зондомъ или гортаннымъ электродомъ, причемъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ ларингоскопическое изслѣдованіе даетъ нормальный результатъ. Вопросъ о томъ, отдаетъ ли внутренняя вѣтвь верхняго гортаннаго нерва двигательныя волокна мышцамъ, оттягивающимъ книзу надгортанный хрящъ (*mm. thyreo-et ary epiglotticus*), до сихъ поръ еще не разрѣшенъ; эффектъ раздраженія верхняго гортаннаго нерва въ пользу этого не говоритъ, но клиническія наблюденія (*v. Ziemssen*) дѣлаютъ вѣроятнымъ, что при параличахъ верхняго гортаннаго нерва является, кромѣ анестезіи, еще и неподвижность надгортанника; послѣдній въ такихъ случаяхъ стоялъ вертикально, опираясь совершенно неподвижно на основаніе языка. Благодаря этому совпаденію съ параличемъ мышцъ надгортанника, пища легко попадаетъ въ гортань и остается въ ней или проникаетъ дальше въ дыхательное горло, потому что слизистая оболочка гортани потеряла свою чувствительность и, слѣдовательно, рефлекторная дуга прервана. Само собою понятно, что при параличѣ верхняго гортаннаго нерва слѣдуетъ также ожидать паралича перстне-щитовидной мышцы (*m. cricothyreoidens*), но объ этомъ предметѣ мы еще будемъ говорить по поводу параличей гортанныхъ мышцъ вообще. Анестезія гортани точно также встрѣчается у истеричныхъ субъектовъ, затѣмъ—послѣ дифтерита, и, наконецъ, какъ результатъ центральныхъ разстройствъ иннервации, она появляется при гнѣздныхъ заболѣваніяхъ головного мозга (въ этомъ случаѣ анестезія бываетъ только въ одной боковой половинѣ гортани) и при бульбарномъ параличѣ.

Относительно парестезій гортани, которыя нерѣдко встрѣчаются у истеричныхъ и неврастениковъ и обнаруживаются чувствомъ жжения, холода, давленія и т. п. въ гортани, важнѣйшее діагностическое правило точно также состоитъ въ томъ, что при ларингоскопическомъ изслѣдованіи не оказывается ничего ненормальнаго, а если парестезія сопровождается гиперестезіей или анестезіей слизистой оболочки гортани, то

въ такомъ случаѣ ларингоскопическое изслѣдованіе представляетъ тѣ немногіе положительные признаки, которые встрѣчаются при этихъ двухъ неврозахъ и о которыхъ мы уже говорили.

Двигательныя разстройства гортани.

Разстройства эти выражаются либо судорогою, либо ослабленіемъ или полнымъ параличемъ гортанныхъ мышцъ.

Судорога мышцъ гортани.

Судорожное сокращеніе гортанной мускулатуры чаще всего встрѣчается въ той формѣ, которая извѣстна подъ именемъ спазма голосовой щели или стридулёзнаго ларингизма или ларингоспазма и т. д.

Ларингоспазмъ.

При ларингоспазмѣ, если онъ является не вторичнымъ симптомомъ другихъ болѣзней гортани, а въ формѣ чистаго невроза, ларингоскопическое изслѣдованіе точно также не обнаруживаетъ во время свободныхъ перемежекъ никакихъ анатомическихъ измѣненій въ гортани, а во время самаго приступа оно почти никогда не бываетъ возможно; если же, въ видѣ исключенія, удавалось произвести изслѣдованіе гортаннымъ зеркаломъ, то голосовая щель оказывалась плотно замкнутою по всей своей длинѣ, причемъ голосовые отростки нѣсколько выдавались впередъ. Такимъ образомъ діагнозъ основывается не столько на объективномъ изслѣдованіи, сколько на клинической картинѣ ларингоспазма, которая, впрочемъ, бываетъ весьма рѣзкою. Клиническая картина характеризуется непродолжительными приступами, во время которыхъ голосовая щель неспособна раскрываться при дыханіи. Закрытіе голосовой щели, которое у маленькихъ дѣтей бываетъ полное, а у взрослыхъ — менѣе совершенное, предшествуется нѣсколькими очень шумными свистящими вдыханіями, съ короткими, также очень шумными выдыханіями, послѣ чего наступаетъ болѣе или менѣе полная пауза въ дыхательныхъ движеніяхъ; все это сопровождается ціанозомъ, выраженіемъ сильнѣйшаго страха на лицѣ, выпрямленіемъ шеи съ закинутаю назадъ головою, общимъ безпокойствомъ, выпячиваніемъ глазъ съ расширеніемъ зрачковъ, непроизвольнымъ выдѣленіемъ мочи и кала, конвульсіями, короче сказать — *картиною острою задущенія*. По прошествіи нѣсколькихъ секундъ или не болѣе двухъ минутъ, эта одышка опять уступаетъ мѣсто нормальному дыханію (смертельный исходъ во время приступа случается очень рѣдко), а затѣмъ рано или поздно одышка возобновляется. У взрослыхъ эти приступы имѣютъ гораздо болѣе легкій характеръ, а въ особенности у нихъ почти всегда отсутствуютъ конвульсіи, зависящія отъ одышки; однако, у истеричныхъ субъектовъ, какъ и у дѣтей, встрѣчаются иногда общія мышечныя судороги, которыя предшествуютъ остановкѣ дыханія или появляются послѣ нея, однимъ словомъ — не находятъ ни въ какой зависимости отъ одышки. Легчайшая форма ларингоспазма у взрослыхъ обнаруживается приступами сжатія гортани, а также судорожнымъ вдыханіемъ и выдыханіемъ, но безъ полной остановки дыхательныхъ движеній.

Смѣшать эту болѣзнь съ какою нибудь другою едва ли возможно, и слѣдовательно намъ нѣтъ надобности перечислять тѣ признаки, которыми ларингоспазмъ отличается отъ крупа, отека голосовой щели, коклюша, полиповъ гортани и т. д. Діагнозъ всегда можетъ быть поставленъ съ положительностью, если обращать вниманіе на вполне нормальное состояніе больного во время свободныхъ перемежекъ, на отрицательный результатъ ларингоскопическаго изслѣдованія въ промежутки между приступами, на

отсутствіе кашля и пр. Смѣшать ларингоспазмъ по первому взгляду возможно развѣ только съ приступами ложнаго крупа и съ параличемъ *m. cricoarytaenoidei postici*. Но при ложномъ крупѣ приступы обыкновенно бываютъ болѣе продолжительны и сопровождаются лающимъ кашлемъ, а промежутки между ними не въ такой степени свободны отъ болѣзненныхъ явленій, какъ при ларингоспазмѣ. При параличѣ *m. cricoarytaenoidei post.*, въ противоположность ларингоспазму, мы имѣемъ дѣло съ *постояннымъ* затрудненіемъ дыханія, которое, впрочемъ, при малѣйшемъ поводѣ можетъ усилиться до степени одышки; но ларингоскопическое изслѣдованіе не оставляетъ рѣшительно никакого сомнѣнія въ томъ, что и въ промежутки между приступами также существуетъ патологическое состояніе голосовой щели.

Въ послѣднее время были наблюдаемы и такія судороги въ гортани, которыя являются не самопроизвольно и въ видѣ приступовъ, подобно обыкновенному ларингоспазму, а только тогда, когда мускулатура гортани сокращается для производства определенной функціи. Эти судороги и получили названіе *функциональнаго (голосоваго или дыхательнаго) спазма голосовой щели*. Въ первомъ случаѣ, при *голосовомъ ларингоспазмѣ*, дѣло идетъ о судорожномъ закрытіи голосовой щели при всякой попыткѣ произнесенія какого нибудь звука, такъ что рѣчь въ высшей степени затруднена или даже становится совершенно невозможною. Ларингоскопическое изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакого измѣненія голосовой щели при дыханіи, а при произношеніи звуковъ, напротивъ того, голосовыя связки быстро приближаются другъ къ другу, до полного замыканія голосовой щели.

При *функционально-дыхательномъ ларингоспазмѣ* вдыханіе оказывается невозможнымъ вслѣдствіе судорожнаго закрытія голосовой щели, и какъ только больной начинаетъ вдыхать воздухъ, немедленно появляется *инспираторная одышка со свистящимъ шумомъ*, между тѣмъ какъ выдыханіе остается нормальнымъ или почти нормальнымъ, а образованіе звуковъ совершается вполне правильно. Во время сна одышка исчезаетъ, въ противоположность тому, что наблюдается при параличѣ *m. cricoarytaenoidei post.* Бываютъ и такіе случаи, гдѣ инспираторный спазмъ появляется только по временамъ или только на высотѣ вдыханія, тогда какъ до тѣхъ поръ голосовая щель расширялась нормальнымъ образомъ.

Параличи нервовъ и мышцъ гортани.

Въ практическомъ и діагностическомъ отношеніи наиболѣе важными невробами гортани оказываются *параличи двигательныхъ волоконъ гортанныхъ нервовъ*.

А. Двигательные параличи въ области верхняго гортаннаго нерва.

Параличи въ этой области (перстне-щитовидной мышцы, снабжаемой его наружною вѣтвью) наблюдаются при параличѣ всего верхняго гортаннаго нерва и при параличахъ возвратнаго нерва, который съ нимъ анастомозируетъ. Впрочемъ, несомнѣнныхъ случаевъ полнаго изолированнаго паралича перстне-щитовидной мышцы до сихъ поръ еще не наблюдалось, такъ что измѣненія функцій голосовыхъ связокъ, приписываемыя параличу этой мышцы, болѣе построены теоретически, чѣмъ основаны на дѣйствительно производившемся ларингоскопическомъ изслѣдованіи. Такими измѣненіями считались: *грубый, низкій голосъ*, невозможность произносить *высокіе звуки*, а при одностороннемъ параличѣ перстне-щитовидной мышцы—опущеніе и укороченіе соотвѣтственной голосовой связки и отсутствіе въ ней вибрацій при произношеніи звуковъ. Всѣ эти симптомы объясняются физиологическимъ отправленіемъ перстне-щито-

видныхъ мышцъ, которыя при своемъ сокращеніи, измѣняя взаимное положеніе щитовиднаго и перстневиднаго хрящей, *вытѣсняютъ голосовыя связки въ длину и напрягаютъ ихъ*, суживая вмѣстѣ съ тѣмъ голосовую щель.

Параличъ мышцъ, оттягивающихъ надгортанникъ внизъ (m. thyreo-epiglotticus), точно также признавался послѣдствіемъ паралича верхняго гортаннаго нерва, и дѣйствительно, эффектъ паралича этихъ мышцъ (полная неподвижность надгортанника, стоящаго при этомъ вертикально и наклоненнаго къ основанію языка) наблюдался мною и другими авторами въ такихъ случаяхъ, гдѣ, судя по анестезіи слизистой оболочки гортани и по сохраненной функціи мышцъ, снабжаемыхъ возвратнымъ или нижнимъ гортаннымъ нервомъ, имѣлось основаніе предполагать изолированный параличъ верхняго гортаннаго нерва. Однако, въ вопросѣ объ иннервации этихъ мышцъ до сихъ поръ еще не сказано послѣднее слово, тѣмъ болѣе, что *г. Ziemssen*, производя раздраженіе обнаженнаго верхняго гортаннаго нерва на трупѣ казеннаго преступника черезъ нѣсколько минутъ послѣ смерти, не могъ констатировать при этомъ никакихъ движеній надгортанника.

Нижеслѣдующіе параличи, напротивъ того, представляютъ вполне опредѣленные клиническія картины.

В. Параличи въ области возвратнаго или нижняго гортаннаго нерва.

1. Параличъ всего возвратнаго нерва.

Такъ какъ возвратный нервъ, согласно вышесказанному, есть настоящій двигательный нервъ гортани, а слѣдовательно отъ него зависитъ и замыканіе и раскрываніе голосовой щели, то *параличъ обоихъ возвратныхъ нервовъ* долженъ имѣть своимъ послѣдствіемъ неспособность голосовой щели ни замыкаться, ни раскрываться. Положеніе голосовой щели, являющееся при такомъ параличѣ, было названо, по примѣру *г. Ziemssen'a*, «*трупнымъ положеніемъ*». Голосовыя связки при ларингоскопическомъ изслѣдованіи представляются нѣсколько суженными и совершенно неподвижными; черпаловидный хрящъ, въ особенности, неподвиженъ какъ при дыханіи, такъ и при произношеніи звуковъ, и, благодаря полному отсутствію мышечнаго тонуса, отклоненъ впередъ и внутрь. При этомъ существуетъ полная афонія и неспособность къ сильнымъ кашлевымъ движеніямъ; форсированное вдыханіе сопровождается сильнымъ шумомъ вслѣдствіе того, что токъ воздуха приводитъ всѣ расслабленныя мягкія части верхней и средней области гортани въ пассивныя неправильныя колебанія (*г. Ziemssen*). Одышка не есть принадлежность паралича обоихъ возвратныхъ нервовъ, и только у маленькихъ дѣтей она существуетъ обязательно вслѣдствіе малыхъ размѣровъ хрящевой части голосовой щели, такъ какъ дѣйствіе отводящихъ мышцъ уничтожено, и къ тому же расслабленныя голосовыя связки сближаются сильнымъ напоромъ воздуха при вдыханіи.

При *неполномъ параличѣ обоихъ возвратныхъ нервовъ*, при которомъ одна голосовая связка болѣе парализована, чѣмъ другая, ларингоскопическое изслѣдованіе даетъ картину нѣсколько отличную отъ той, которую мы сейчасъ описали. Прежде всего,

здѣсь не существуетъ полной афоніи, а только низкій, грубый, нѣсколько монотонный голосъ, потому что одна голосовая связка, лишь не вполне парализованная, еще способна напрягаться, хотя и въ слабой степени; напротивъ того, кашель, совершенно такъ же какъ и при полномъ параличѣ обоихъ возвратныхъ нервовъ, затрудненъ и бываетъ возможенъ только съ «излишней тратою воздуха». При ларингоскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ вполне парализованную связку въ трупномъ положеніи, между тѣмъ какъ другая, не вполне парализованная, представляетъ ограниченную подвижность или оказывается приближенною къ срединной линіи, какъ это неоднократно было наблюдаемо въ новѣйшее время. Объясненіе этого послѣдняго факта подало поводъ къ сильному спору. Наиболѣе вѣроятнымъ, по моему мнѣнію, представляется то, что при неполномъ параличѣ отводящихъ и приводящихъ мышцъ эти послѣднія, по причинѣ своей большей толщины и большей силы, получаютъ перевѣсъ надъ первыми и, такимъ образомъ, въ силу антагонистическаго дѣйствія приближаютъ голосовую связку къ срединной линіи. Кромѣ того, въ виду новѣйшихъ экспериментальныхъ изслѣдованій необходимо признать, что при пораженіи возвратнаго нерва отводящія мышцы теряютъ свою возбудимость несомнѣнно раньше, чѣмъ приводящія, и это обстоятельство является еще новою причиною для антагонистическаго приближенія неполнѣ парализованной голосовой связки къ срединной линіи голосовой щели.

Гораздо чаще встрѣчается параличъ *одного* изъ возвратныхъ нервовъ.

Ларингоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ: трупное положеніе парализованной голосовой связки, съ перемѣщеніемъ черпаловиднаго хряща впередъ и внутрь, а при фонаціи — неподвижность этой связки и соотвѣтствующаго черпаловиднаго хряща, между тѣмъ какъ другая, не парализованная голосовая связка и соотвѣтствующій ей черпаловидный хрящъ переступаютъ за срединную линію голосовой щели. Черпаловидный хрящъ здоровой стороны перекрещивается съ черпаловиднымъ хрящемъ парализованной такимъ образомъ, что первый лежитъ *впереди* послѣдняго. Благодаря этому компенсаторному перемѣщенію непарализованной голосовой связки, которое зависитъ отъ дѣйствія приводящихъ мышцъ и главнымъ образомъ боковой перстне-черпаловидной мышцы здоровой стороны, достигается довольно совершенное замыканіе голосовой щели, которая, понятнымъ образомъ, смѣщена въ парализованную сторону. Благодаря этому обстоятельству, произношеніе звуковъ довольно удовлетворительно, въ противоположность тому, что наблюдается при параличѣ обоихъ возвратныхъ нервовъ: голосъ только ослабленъ, но при этомъ имѣетъ немного большую высоту вслѣдствіе чрезмѣрнаго напряженія здоровой голосовой связки, и становится дребезжащимъ вслѣдствіе того, что правильность колебаній здоровой связки нарушена парализованною связкою, лежащею рядомъ со здоровою или даже .подъ нею. Если параличъ продолжался болѣе долгое время, то пораженная голосовая связка атрофируется и суживается.

И такъ, послѣ всего вышесказаннаго очевидно, что *смѣшанный параличъ одного возвратнаго нерва съ параличемъ обоихъ представляется совершенно невозможнымъ.*

2. Изолированныя параличи отдѣльныхъ мышцъ, снабжаемыхъ возвратнымъ или нижнимъ гортаннымъ нервомъ.

Изолированные параличи отдѣльныхъ мышцъ или мышечныхъ группъ гортани распознаются очень легко, если только отдавать себѣ отчетъ въ томъ, какія функціи должны быть уничтожены при параличѣ той или другой мышцы.

а) *Параличъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель, т. е. параличъ приводящихъ мышцъ*, заключается въ себѣ разстройства отправленій *m. cricoaryt. lateralis*, *m. arytaenoidei transversi* и *m. thyreoarytaenoidei*. Ларингоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ, что при фонаціи голосовая щель раскрыта въ положеніи вдыханія; голосовыя связки образуютъ между собою промежутокъ, имѣющій общеизвѣстную треугольную форму; голосъ становится беззвучнымъ. Параличъ приводящихъ мышцъ встрѣчается очень часто, главнымъ образомъ въ теченіи истеріи, при которой онъ имѣетъ центральное происхожденіе, такъ какъ рефлекторное замыканіе голосовой щели совершается очень быстро, т. е. кашель и другіе экспираторные акты имѣютъ нормальную степень звучности.

Кромѣ паралича всѣхъ приводящихъ мышцъ, нерѣдко встрѣчается также параличъ любой отдѣльной мышцы этой группы, чаще всего подъ влияніемъ истеріи или въ теченіи ларингита, или вслѣдствіе переутомленія при разговорѣ, пѣніи и т. п. Распознаваніе этихъ параличей отдѣльныхъ мышцъ возможно только при помощи ларингоскопа, но за то оно ставится довольно легко, если обращать вниманіе на характеристичную форму голосовой щели.

Параличъ m. cricoaryt. lateralis.

Мышца эта, соотвѣтственно направленію своему и прикрѣпленію къ мышечному отростку черпаловиднаго хряща, оттягиваетъ этотъ послѣдній впередъ и въ то же время нѣсколько поворачиваетъ его къ срединной линіи, такъ что при сокращеніи ея голосовыя отростки прилегаютъ другъ къ другу, хотя и не такъ тѣсно, какъ при сокращеніи щито-черпаловидныхъ мышцъ (*mm. thyreo-arytaenoidei*).

Если прекращена функція боковой перстне-черпаловидной мышцы, то мышца эта не содѣйствуетъ уже замыканію голосовой щели, и послѣдняя нѣсколько зіяетъ въ области верхушекъ голосовыхъ отростковъ («ромбоидальная форма» голосовой щели). Впрочемъ, изолированный параличъ *m. cricoarytaenoidei lateralis* встрѣчается весьма рѣдко.

Параличъ m. thyreoaryt. (int.).

Мышца эта, идущая отъ нижней половины щитовиднаго хряща resp. отъ внутренней стороны его передняго угла къ наружному боковому краю черпаловиднаго хряща, слѣдуетъ главнымъ образомъ за движеніями истинной голосовой связки. При

сокращеніи этой мышцы голосовыя связки отдѣляются по направленію къ срединной линіи, причемъ напряженіе ихъ уменьшается, такъ какъ точки ихъ прикрѣпленія сближаются между собою; этимъ самымъ видоизмѣняется или регулируется грубое напряжение голосовыхъ связокъ, производимое перстне-щитовидными мышцами, тѣмъ болѣе, что отдѣльные участки голосовой связки могутъ и *напрягаться* при сокращеніи *m. thyreoaryt. interni*, такъ какъ волокна этой мышцы отчасти оканчиваются въ эластической ткани самой голосовой связки. Наконецъ, голосовая связка еще и расширяется при сокращеніи этой послѣдней мышцы.

Если рассматриваемая мышца парализована, то голосовая щель зияетъ, причемъ парализованная болѣе узкая голосовая связка обнаруживаетъ рѣзкую экскавацію во время произношенія звуковъ. Если парализованы обѣ мышцы, что бываетъ обыкновенно, то голосовая щель образуетъ при фонаціи узкій овальный промежутокъ, идущій отъ голосовыхъ отростковъ къ передней спайкѣ. Голосъ, смотря по степени паралича, бываетъ слабый, нечистый, или совершенно потерянь (полная афонія), въ особенности, когда параличъ *m. thyreoaryt. int.* сопровождается параличемъ *m. arytaenoid. transversi*. Въ послѣднемъ случаѣ голосовая щель зияетъ не только въ своей передней связочной части, но и въ задней хрящевой, причемъ голосовые отростки, благодаря сокращенію непарализованной боковой перстне-черпаловидной мышцы, повернуты внутрь и немного выступаютъ между переднимъ оваломъ и заднимъ треугольникомъ раскрытой голосовой щели. Если къ этому еще присоединяется параличъ боковыхъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ, то голосовые отростки уже не выступаютъ въ раскрытую голосовую щель, и послѣдняя при произношеніи звуковъ, какъ и при спокойномъ дыханіи, представляется въ видѣ большаго треугольника, основаніе котораго обращено назадъ, т. е. является картина *паралича всѣхъ приводящихъ мышцъ*.

Параличъ m. aryt. transversi (m. interaryt.).

При этомъ параличѣ бываетъ раскрыта во время произношенія звуковъ одна только хрящевая часть голосовой щели, тогда какъ передняя связочная часть ея замѣнута нормальнымъ образомъ, что и объясняется отпавленіемъ этой мышцы, которая, будучи натянута между наружными краями обоихъ черпаловидныхъ хрящей, приближаетъ ихъ при своемъ сокращеніи къ срединной линіи и такимъ образомъ уничтожаетъ или закрываетъ заднюю хрящевую часть голосовой щели. Параличъ этой мышцы вызываетъ измѣненіе голоса, который становится глухимъ, безсильнымъ, такъ какъ воздухъ при произношеніи звуковъ проходитъ совершенно свободно чрезъ открытую хрящевую часть голосовой щели.

б) Параличъ мышцъ, раскрывающихъ голосовую щель, — параличъ отводящихъ мышцъ.

Параличъ заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ (mm. crico-aryt. post.) встрѣчается не очень рѣдко и представляетъ во

всякомъ случаѣ патологическое состояніе не безразличное, такъ какъ этимъ мышцамъ принадлежитъ та важная функція, то онѣ расширяютъ голосовую щель во всей ея цѣлости и доставляютъ воздуху при глубокомъ вдыханіи достаточно широкое отверстіе для поступленія въ дыхательные пути.

Мышца эта, начинаясь на задней поверхности пластинки перстневиднаго хряща, идетъ вверхъ и внаружи и прикрѣпляется къ боковому краю мышечнаго отростка черпаловиднаго хряща. При сокращеніи ея черпаловидные хрящи поворачиваются такимъ образомъ, что голосовые отростки направляются вверхъ и внаружи, причемъ связочная часть голосовой щели превращается въ широко раскрытый треугольный промежутокъ. Но и хрящевая часть голосовой щели, лежащая позади голосовыхъ отростковъ, тоже расширяется дѣйствіемъ этой мышцы, такъ что межчерпаловидная вырѣзка все болѣе и болѣе сглаживается. Мышца, повидимому, находится въ дѣятельномъ состояніи уже при покойномъ дыханіи, такъ какъ ширина открытой голосовой щели въ это время болѣе значительна, чѣмъ при полномъ параличѣ.

Если мышца потеряла свою сократительность, то при параличѣ *обѣихъ* заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ ларингоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ взаимное сближеніе голосовыхъ связокъ, что объясняется прекращеніемъ упомянутой нормальной дѣятельности этихъ мышцъ, существующей даже при спокойномъ вдыханіи. При нефорсированномъ дыханіи эта незначительно уменьшенная ширина голосовой щели, очевидно, оказывается еще достаточною для поступленія воздуха въ томъ количествѣ, какое требуется ради удовлетворенія потребности въ кислородѣ; но при сильныхъ движеніяхъ тѣла, при восхожденіи на лѣстницу, однимъ словомъ—при всякомъ актѣ, предъявляющемъ усиленные требованія дыхательнымъ мышцамъ, появляется *одышка*, и притомъ *инспираторная*, тогда какъ выдыханіе совершается безпрепятственно, вполне нормальнымъ образомъ. Одышка мало по малу дѣлается постоянною и достигаетъ очень значительной степени; голосовыя связки сближены, такъ что между ними остается только узкій промежутокъ, и это явленіе объясняется антагонистическимъ сокращеніемъ приводящихъ мышцъ. При глубокомъ вдыханіи голосовыя связки еще болѣе сближаются между собою, почти до полного соприкосновенія. Это послѣднее обстоятельство пытались объяснить различнымъ образомъ. Я, съ своей стороны, долженъ присоединиться къ тѣмъ авторамъ, которые признаютъ, что разрѣженіе воздуха въ грудной клѣткѣ во время вдыханія производитъ присасываніе голосовыхъ связокъ при параличѣ заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ, такъ какъ въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ голосовыя связки *воронкообразно загибались внизъ* при каждомъ вдыханіи. Затрудненные вдыханія бываютъ очень звучными вслѣдствіе того, что токъ воздуха, прорываясь во время вдыханія чрезъ голосовую щель, производитъ колебанія сближенныхъ голосовыхъ связокъ. *Голосъ при этомъ не измѣненъ*, такъ какъ голосовыя связки имѣютъ возможность сближаться между собою и напрягаться нормальнымъ образомъ. Уже совокупность этихъ симптомовъ, а именно инспи-

раторная гортанная одышка, сопровождаемая свистящим шумомъ, при безпрепятственномъ вдыханіи и нормальномъ образованіи голоса, даетъ право предпологать съ большимъ вѣроятіемъ параличъ заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ, а при ларингоскопическомъ изслѣдованіи онъ можетъ быть распознанъ очень легко и съ полною положительностью, такъ какъ голосовыя связки оказываются сближенными между собою и въ моментъ вдыханія еще болѣе сближаются, вмѣсто того чтобы расходиться.

Менѣе характеристична картина болѣзни при *одностороннемъ* параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы. Ширина голосовой щели при этомъ еще вполнѣ достаточна для дыханія, и даже при форсированномъ вдыханіи является только легкая одышка, хотя иногда бываетъ и сильная инспираторная одышка, сопровождаемая свистящимъ шумомъ. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ, что голосовая связка парализованной стороны придвинута ближе къ срединной линіи, тогда какъ на здоровой сторонѣ голосовая связка функционируетъ нормально, какъ при дыханіи, такъ и при произношеніи звуковъ. Слѣдовательно, симптомы односторонняго паралича *m. crico-arytaenoid. post.* весьма ничтожны, такъ что обыкновенно его открываютъ случайнымъ образомъ при ларингоскопическомъ изслѣдованіи, предпринятомъ по другому поводу. Такъ какъ физиологами доказано, что въ свѣже-вырѣзанной гортани возбудимость заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ уничтожается раньше, чѣмъ во всѣхъ другихъ гортанныхъ мышцахъ, то при постепенно развивающихся одностороннихъ параличахъ возвратнаго нерва должны раньше всего обнаруживаться вышеуказанные симптомы односторонняго паралича задней перстне-черпаловидной мышцы, а для того, чтобы въ какомъ нибудь частномъ случаѣ можно было признать односторонній параличъ этой мышцы и исключить параличъ *всего* возвратнаго нерва, должна быть главнымъ образомъ принята во вниманіе подвижность соответствующаго черпаловиднаго хряща при произношеніи звуковъ.

Распознаваніе гортанныхъ параличей, въ виду подробно описанныхъ нами симптомовъ и результатовъ ларингоскопическаго изслѣдованія, почти всегда оказывается довольно легкимъ. Но мы никогда не должны довольствоваться однимъ констатированіемъ паралича, а должны въ каждомъ отдельномъ случаѣ постараться опредѣлить его *причину*. Прежде всего необходимо, однако, замѣтить, что не всегда можетъ быть доказана или даже съ нѣкоторымъ правомъ предполагаема зависимость гортаннаго паралича отъ анатомическихъ измѣненій. Но все-таки въ большинствѣ случаевъ бываетъ не трудно отыскать прямую причину паралича, и поэтому мы должны еще изложить здѣсь, по крайней мѣрѣ въ краткихъ словахъ, какимъ образомъ устанавливается этиологическій діагнозъ.

При *параличахъ отдельныхъ мышцъ* слѣдуетъ прежде всего предполагать какое нибудь мѣстное вліяніе на данную мышцу или на периферическія нервныя волокна, и поэтому необходимо съ самаго начала опредѣлить, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ какаго нибудь воспаленія или инороднаго тѣла и т. п. Если въ этомъ направленіи ничего нельзя отыскать, то нужно подумать о нѣкоторыхъ общихъ болѣзняхъ, напр. о тифѣ, дифтеритѣ и т. п., которыя, какъ доказано опытомъ, могутъ въ своемъ теченіи приводить къ гортаннымъ параличамъ. Но прежде всего не слѣдуетъ забывать, что частымъ источникомъ гортанныхъ параличей служитъ истерія, а въ особенности этимъ разстройствамъ, развивающимся на истерической почвѣ, подвергаются опредѣленныя мышечныя группы гортани, именно приводящія мышцы. При параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы нужно подумать по томъ, что онъ можетъ быть начальнымъ симптомомъ паралича возвратнаго нерва. Мѣстное вліяніе на самый стволъ возврат-

наго или блуждающаго нерва представляется вѣроятнымъ въ томъ случаѣ, если парализованы *все* мышцы гортани, снабжаемая *возвратнымъ* нервомъ. Такъ какъ возвратный нервъ проходитъ изъ глубины грудной кѣтки до гортани довольно большое пространство, то вполне понятно, что на этомъ длинномъ пути онъ можетъ подвергаться послѣдовательнымъ разстройствамъ съ нарушеніемъ его функцій при самыхъ различныхъ заболѣваніяхъ органовъ грудной полости и шеи. Само собою разумѣется, что пораженіе ствола блуждающаго нерва подъ *plexus gangliiform.*, именно ниже того мѣста, откуда выходитъ верхній гортанный нервъ, должно производить въ гортани такой же самый эффектъ, какой производитъ параличъ возвратнаго нерва. При этомъ, соответственно анатомическимъ условіямъ, почти всегда дѣло идетъ объ *одностороннемъ* параличѣ, такъ какъ причина, вызвавшая параличъ, напр. опухоль и т. п., лишь рѣдко можетъ простираться свое дѣйствіе на нервные стволы обѣихъ сторонъ. И такъ, если мы констатировали неподвижность одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ и остальные признаки односторонняго или обоюдосторонняго паралича возвратнаго нерва, то должны прежде всего произвести тщательное изслѣдованіе *органовъ шеи*, обращая вниманіе на то, нѣтъ-ли какихъ нибудь травматическихъ поврежденій или опухолей, а въ частности, нѣтъ ли зоба или опухолей лимфатическихъ железъ или рака пищевода. Если въ органахъ шеи не найдено никакихъ измѣненій, которые могли бы считаться причиною паралича, то необходимо изслѣдовать *грудные органы*. Въ этомъ отношеніи прежде всего нужно подумать объ *аневризмахъ*, а именно объ аневризмѣ аорты при параличѣ лѣваго возвратнаго нерва и объ аневризмѣ правой подключичной артеріи при параличѣ того же нерва на правой сторонѣ; такую же роль могутъ играть опухоли средостѣнія и подгрудинный зобъ. Затѣмъ, въ качествѣ болѣе рѣдкихъ причинъ, вызывающихъ разстройства отправленій возвратнаго нерва, должны быть принимаемы въ соображеніе: инфильтраціи легочныхъ верхушекъ, если дѣло идетъ о правостороннемъ параличѣ, — цирротическіе процессы въ легкихъ (которые могутъ вызывать параличъ возвратнаго нерва и на лѣвой сторонѣ, обыкновенно чрезъ посредство бронхіальныхъ железъ), плевритъ, въ особенности карциноматозный, наконецъ — перикардитъ и (сифилитическій) медиастинитъ. Впрочемъ, во многихъ случаяхъ, не смотря на самое тщательное изслѣдованіе грудныхъ органовъ, бываетъ возможенъ только вѣроятный діагнозъ по вопросу о вліяніи этихъ органовъ на происхожденіе паралича возвратнаго нерва. Если изслѣдованіе органовъ шеи и грудной полости дало отрицательный результатъ, то нужно подумать о томъ, что *n. vagus* или *n. accessorius Willisii* можетъ быть затронутъ близлежащими опухолями на основаніи головного мозга или при бульбарномъ параличѣ, при разсѣянномъ склерозѣ или спинной сухоткѣ. Пораженія большого мозга, именно — кровоизліянія въ его узлы, а по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, вѣроятно, и пораженія мозговой коры, также влекутъ за собою односторонній параличъ возвратнаго нерва, *resp.* параличи отдѣльныхъ мышцъ гортани.

Только тогда, когда на пути *n. vagi* и *n. accessorii* не можетъ быть найдено никакихъ анатомическихъ измѣненій для объясненія паралича возвратнаго нерва и когда вдобавокъ еще исключены токсическія вліянія, напр. отравленіе мышьякомъ, свинцомъ и т. д., которыя, какъ доказано опытомъ, могутъ приводить къ параличу этого нерва, мы имѣемъ право успокоиться на діагнозѣ «ревматическаго» и «эссенціальнаго» паралича.

Болѣзни дыхательнаго горла и бронховъ.

Болѣзни дыхательнаго горла лишь рѣдко бываютъ сколько нибудь самостоятельны, а обыкновенно являются въ сочетаніи съ

болезнями гортани, или же съ болезнями бронховъ, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить. Поэтому распознаваніе ихъ обыкновенно совпадаетъ съ распознаваніемъ болезней гортани и бронховъ, а вопросъ о томъ, захвачено ли дыхательное горло болезненнымъ процессомъ и какая форма заболѣванія его существуетъ въ данномъ случаѣ, почти всегда можетъ быть легко и достовѣрно разрѣшенъ при изслѣдованіи дыхательнаго горла помощію ларингоскопа. Въ виду этого мы не станемъ особо излагать діагностику болезней дыхательнаго горла, а будемъ только мимоходомъ упоминать о нихъ по поводу болезней бронховъ.

Болезни бронховъ вообще не представляютъ очень большаго діагностическаго интереса; онѣ распознаются въ большинствѣ случаевъ легко и съ полною положительностью и имѣютъ для діагноста нѣкоторое значеніе только потому, что подъ видомъ этихъ болезней, обыкновенно представляющихся весьма невинными, или въ сочетаніи съ ними нерѣдко существуютъ болѣе глубокія заболѣванія самого легкаго, а въ особенности — легочная чахотка. Это преимущественно относится къ катарру бронховъ.

Катарръ бронховъ. Bronchitis.

Для бронхита характеристично то обстоятельство, что хотя припухшая слизистая оболочка бронховъ и отдѣляемый ею катарральный секретъ обусловливаютъ явленія, которыя могутъ быть констатированы выслушиваніемъ и ощупываніемъ, но *перкуторный звукъ на грудной клѣткѣ при неосложненномъ бронхитѣ никогда не бываетъ измененъ*. Чѣмъ болѣе крупныя размѣры имѣютъ бронхи, пораженные катарромъ, тѣмъ вообще менѣе значительны симитомы, вызываемые бронхитомъ, а чѣмъ меньшій калибръ имѣютъ пораженные бронхи, тѣмъ болѣе разнообразною и болѣе серьезною представляется картина болезни. Слѣдовательно, картина эта будетъ особенно рѣзкою при капиллярномъ бронхитѣ маленькихъ дѣтей.

Катарръ крупныхъ бронховъ обнаруживается болѣе или менѣе поверхностнымъ кашлемъ, который въ остромъ періодѣ болезни бываетъ особенно силенъ, и отхаркиваніемъ мокроты, которая, какъ извѣстно, въ первое время бываетъ очень скудною по количеству, слизистою, вязкою (sputum «crudum»), а въ послѣдствіи становится обильною, слизистою, гнойною, комковатою (sputum «coctum»). При изслѣдованіи грудной клѣтки мы находимъ очень мало объективныхъ измѣненій, а именно: сухіе хрипы, которые иногда бываютъ болѣе грубые (ronchi sonori), а иногда, при поражении мелкихъ бронховъ, представляются въ видѣ очень громкихъ свистящихъ шумовъ (r. sibilantes). Хрипы эти по временамъ бываютъ доступны ощупыванію («бронхіальный fremitus»). Чѣмъ болѣе водянисто отдѣленіе, накопившееся въ бронхахъ, тѣмъ явственнѣе констатируются при выслушиваніи *влажные хрипы, которые однако никогда не имѣютъ созвучнаго характера*. Въ діагностическомъ отношеніи важно опредѣлить, существуютъ ли въ данномъ случаѣ сухіе или влажные хрипы, такъ какъ это позволяетъ заключить о количествѣ и качествѣ бронхіальнаго секрета; слѣдуетъ также опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ мелко-пузырчатыми, средне-или крупно-

пузырчатыми хрипами, такъ какъ это даетъ возможность до нѣкоторой степени установить мѣстонахожденіе катарра. *Дыхательный шумъ*, если онъ не заглушенъ хрипами, бываетъ *чисто-везикулярный* и никогда не становится *бронхіальнымъ*; но характеръ его измѣненъ въ томъ отношеніи, что везикулярный дыхательный шумъ представляется поразительно рѣзкимъ, громкимъ («пуэрильнымъ») и очень протяжнымъ, особенно въ моментъ выдыханія. Последнее обстоятельство легко объясняется суженіемъ бронхіальныхъ трубокъ вслѣдствіе припухлости слизистой оболочки, а равно и тѣмъ, что выдыханію, какъ пассивному акту, свойственна нѣкоторая медленность, которая существуетъ до тѣхъ поръ, пока препятствіе для дыханія не достигнетъ болѣе значительной степени, причемъ выдыхательныя мышцы начинаютъ дѣйствовать болѣе активно. Если затрудненіе выдыханія особенно бросается въ глаза, то слѣдуетъ подумать о возможности одновременной судороги бронхіальныхъ мышцъ (астма) или объ (эмфизематозномъ) уменьшеніи упругости стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ. При закупоркѣ большихъ бронховъ катарральнымъ секретомъ можетъ также по временамъ исчезать голосовое дрожаніе грудной клѣтки и можетъ появляться легкая одышка, выражающаяся въ особенностяхъ нѣкоторымъ учащеніемъ дыханія; однако, въ противоположность болѣе продолжительному суженію воздухоносныхъ путей при катаррѣ мелкихъ бронховъ, одышка въ этихъ случаяхъ всегда бываетъ скоропреходящею и по удаленіи мокроты кашлевыми толчками опять исчезаетъ.

Цианозъ, появляющійся вмѣстѣ съ затрудненіемъ дыханія, дѣлается постояннымъ, а въ то же время появляются и другіе признаки *застоя крови* (увеличеніе печени, катарръ желудка и кишокъ, уменьшеніе суточного количества мочи, альбуминурія, водянка, расширеніе и гипертрофія праваго желудочка), если бронхіальный катарръ достигаетъ болѣе сильнаго развитія и становится *хроническимъ*. Дѣло именно въ томъ, что венозная система, вслѣдствіе затрудненнаго выдыханія и вслѣдствіе кашля, опорожняется недостаточно, и скорость кровообращенія въ венахъ уже не увеличивается при вдыханіи, какъ это обыкновенно бываетъ въ нормальныхъ условіяхъ, потому что измѣненіе объема легкихъ при вдыханіи и выдыханіи становится болѣе ограниченнымъ вслѣдствіе закупорки бронховъ.

Во всемъ остальномъ симптомы *хроническаго бронхіальнаго катарра* ничѣмъ не отличаются отъ симптомовъ острой формы, о которой мы сейчасъ говорили, и только большая продолжительность катарра влечетъ за собою то, что онъ постепенно переходитъ и на мелкіе бронхи, причемъ появляются на большемъ пространствѣ свистящіе хрипы, развивается эмфизема и расширеніе бронховъ, а мокрота принимаетъ своеобразный видъ: она бываетъ или очень скудною по количеству, вязкою, сѣрою, просвѣчивающею, происходя изъ мелкихъ бронховъ и откашливаясь съ большими усилиями («*catarrhe sec.*», по *Laennec'у*), или очень обильною, гноевидною, содержащею въ большемъ количествѣ клѣточные элементы (*bronchorrhoea puriformis*), или серозною, очень обильною, безцвѣтною, тянущеюся въ нити и содержащею весьма немного клѣточныхъ элементовъ (*bronchorrhoea serosa, pituitosa*), или, наконецъ, очень зловонною, какъ при гангренѣ легкихъ (гнилостный бронхитъ—*bronchitis putrida*).

Последняя форма бронхіальнаго катарра, т. е. *гнилостный бронхитъ*, встрѣчается относительно рѣдко, и распознаваніе этой болѣзни часто бываетъ затруднительнымъ, такъ какъ мокрота имѣетъ совершенно такія же свойства, какъ при бронхіэктази и гангренѣ легкихъ, отличаясь, именно, очень непріятнымъ гнилостнымъ запахомъ и раздѣляясь при продолжительномъ стояніи на три отдѣльныхъ слоя, изъ которыхъ верхній заключаетъ въ себѣ зеленовато-желтые пѣнистые комки мокроты, средній представляется серознымъ, просвѣчивающимъ, а

самый нижній имѣетъ видъ чисто-гнойнаго осадка, въ которомъ попадаются открытыя впервые *Dittrich*'омъ бѣловато-сѣрыя пробки, состоящія изъ распада, жира, грибовъ и игольчатыхъ кристалловъ маргаиновой кислоты; поэтому гнилостный бронхитъ часто по ошибкѣ смѣшивается съ упомянутыми двумя болезнями. Сравнительно легко еще отличить его отъ гангрены легкихъ, при которой обыкновенно, правда, тоже отсутствуютъ въ мокротѣ эластическія волокна, какъ и при гнилостномъ бронхитѣ, но всегда могутъ быть найдены обрывки легочной ткани, и при которой распадѣніе этой послѣдней въдобавокъ обнаруживается физическими измѣненіями въ легкихъ. Гораздо болѣе затруднительно *дифференціальное распознаваніе гнилостнаго бронхита и бронхіэкстази*; оно оказывается даже совершенно невозможнымъ, если послѣдняя не образуетъ сколько нибудь значительныхъ полостей. Дѣло въ томъ, что внѣшній видъ мокроты нисколько въ такихъ случаяхъ не характеристиченъ (онъ совершенно одинаковъ при обѣихъ болезняхъ), а патогностическое значеніе для бронхіэкстази имѣетъ только явно-періодическое отхаркиваніе мокроты при сильныхъ приступахъ кашля и то обстоятельство, что по временамъ существуютъ, а по временамъ отсутствуютъ симптомы каверны. *Ихорозная эмпіема, вскрывшаяся въ бронхъ*, точно также можетъ давать мокроту, которая по первому взгляду можетъ быть принята за бронхіальный секретъ, отхаркиваемый при гнилостномъ бронхитѣ; однако, въ пользу вскрывшейся эмпіемы говоритъ, вопервыхъ, чисто-гнойный видъ мокроты, и во вторыхъ — большое вліяніе, оказываемое переменною положеніемъ тѣла на обиліе мокроты и легкость ея отхаркиванія, а также и на границы притупленія перкуторнаго звука грудной кѣтки. Впрочемъ, эти два признака свойственны и бронхіэкстазіямъ, если образовались большія каверны, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть разрѣшенъ только на основаніи тщательно собраннаго анамнеза.

Отъ вышеописанныхъ формъ бронхита весьма существенно отличается, а для діагноза представляетъ большія затрудненія, тотъ бронхитъ, который поражаетъ мельчайшіе бронхи, сопровождаясь очень сильнымъ разстройствомъ дыхательнаго акта: такъ наз. *капиллярный бронхитъ* (*bronchitis capillaris* s. *suffocativa*). Капиллярный бронхитъ, какъ извѣстно, встрѣчается главнымъ образомъ у дѣтей и можетъ подвергать ихъ жизнь большой опасности. Уже изъ анатомическихъ условій очевидно, что эта форма бронхита должна преимущественно характеризоваться послѣдствіями закупорки дыхательныхъ путей, т. е. затрудненіемъ дыханія или даже очень сильною одышкою, которая послѣ кашля уменьшается лишь незначительно, такъ какъ изъ мельчайшихъ бронхіальныхъ трубокъ мокрота при этомъ совершенно не извергается или только въ очень маломъ количествѣ. Въ концѣ концовъ несовершенное дыханіе обнаруживается застойными явленіями, ціанозомъ и всѣми другими при-

знаками отравленія углекислотою. Помимо того, что больные съ чрезвычайными усиліями стараются ввести въ легкія кислородъ, принимая соответственное положеніе тѣла и напрягая вспомогательныя респираторныя мышцы,—недостаточное поступленіе воздуха въ легочные пузырьки выражается еще состояніемъ надчревной области и подреберій: *въ противоположность нормальному инспираторному выпячиванію этихъ областей, онѣ въ такихъ случаяхъ втягиваются при вдыханіи*, соответственно недостаточному поступленію воздуха въ инспираторно-расширенную грудную кѣтку.

Чѣмъ болѣе совершенна закупорка мелкихъ бронховъ, тѣмъ болѣе должны втягиваться вслѣдствіе давленія атмосфернаго воздуха податливыя части, лежація у нижняго отверстія грудной кѣтки. Этотъ симптомъ какъ-разъ и служитъ у дѣтей діагностическимъ масштабомъ для опредѣленія степени закупорки бронхіальныхъ трубокъ. Воздухъ, проникающій въ бронхи при вдыханіи, расширяетъ верхнія части грудной кѣтки, а особенно—надключичныя и подключичныя области, въ противоположность упомянутому втягиванію нижнихъ частей груди. Слѣдовательно, верхнія части грудной кѣтки находятся въ состояніи *остраго расширенія* или всегда остаются инспираторно-растянутыми постольку, поскольку выдыханіе не можетъ уже достаточно опорожнять расширенныя легочныя пузырьки. Эта несостоятельность выдыханія, въ свою очередь, обуславливается *временнымъ* уменьшеніемъ упругости легочной ткани, которое является послѣдствіемъ чрезмѣрнаго инспираторнаго расширенія легочныхъ пузырьковъ; тому же самому способствуютъ и очень сильныя кашлевые толчки, которые при форсированномъ выдыханіи, сопровождаемомъ временнымъ закрытіемъ голосовой щели, проталкиваютъ воздухъ въ верхнія части легкаго. Состояніе это обнаруживается выпячиваніемъ верхнихъ частей грудной кѣтки, уменьшеніемъ ихъ дыхательныхъ экскурсій, а иногда также уменьшеніемъ сердечной тупости.

Голосовое дрожаніе грудной кѣтки (fremitus pectoralis) ослаблено или по временамъ совершенно уничтожено вслѣдствіе закупорки очень большаго числа мелкихъ бронховъ катарральнымъ секретомъ; но *перкуторный звукъ на грудной кѣткѣ не измѣненъ*, и это служитъ для діагноза характеристичнымъ симптомомъ. Если же еуществуетъ притупленіе перкуторнаго звука, то всегда дѣло идетъ о какомънибудь скоропреходящемъ или постоянномъ осложненіи, въ большинствѣ случаевъ—объ *ателектазѣ* или о *катарральной пневмоніи*.

Ателектазъ (спаденіе легкаго) характеризуется тѣмъ, что притупленіе перкуторнаго звука исчезаетъ, когда больной пролежалъ нѣкоторое время на противоположной сторонѣ тѣла и когда онъ при этомъ производилъ глубокія выдыханія.

Катарральная пневмонія должна занимать довольно большое пространство для того, чтобы появилось притупленіе перкуторнаго звука. Однако, это частое осложненіе капиллярнаго бронхита можетъ быть діагностицировано почти съ полною достовѣрностью даже при отсутствіи рѣзкихъ перкуторныхъ явленій, если лихорадка достигаетъ 40° и выше, потому что при капиллярномъ бронхитѣ температура хотя и бываетъ повышена, въ противоположность другимъ катаррамъ бронховъ, но лишь въ исключительныхъ случаяхъ доходить до 40°, а обыкновенно держится на высотѣ 39° или еще ниже. Затѣмъ, рано или поздно, появляется при катарральной пневмоніи

бронхиальное дыханіе вмѣстѣ съ остальными симптомами инфильтраціи легкаго, такъ что въ это время она уже можетъ быть распознана съ полною достовѣрностью.

Гораздо труднѣе распознать другое осложненіе, именно—*острую просовидную бугорчатку*, и отличить ее отъ простаго капиллярнаго бронхита. Въ пользу просовидной бугорчатки говоритъ прежде всего очень тяжелая картина болѣзни, наслѣдственное предрасположеніе къ бугорчаткѣ, присутствіе бугорковъ въ сосудистой оболочкѣ глаза, увеличеніе селезенки и мѣстонахожденіе хриповъ, которые при бугорчаткѣ сосредоточиваются въ легочной верхушкѣ и, во всякомъ случаѣ, не ограничиваются исключительно нижними частями легкихъ. Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ діагнозъ остается сомнителенъ, такъ какъ объективныя явленія обѣихъ болѣзней часто не представляютъ между собою никакой разницы, т. е. при просовидной бугорчаткѣ часто констатируются только физическіе симптомы капиллярнаго бронхита ¹¹⁾.

Эти физическіе симптомы, помимо уже описанныхъ нами, бываютъ преимущественно *аускультативные*. Соотвѣтственно мѣстонахожденію катарра въ мелкихъ бронхахъ, мы констатируемъ при выслушиваніи мелко-пузырчатые хрипы, которые очень похожи на крепитацию, но въ отличіе отъ нея бываютъ слышны и при выдыханіи. Хрипы эти обыкновенно наиболѣе сильны въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкаго и, подобно дыхательному шуму, не имѣютъ созвучнаго характера, до тѣхъ поръ, пока не существуетъ осложнений.

Кашель обыкновенно бываетъ въ первое время болѣе сильный, чѣмъ впослѣдствіи, а у очень маленькихъ и слабыхъ дѣтей онъ можетъ даже совсѣмъ отсутствовать, такъ какъ у нихъ не хватаетъ для этого достаточно силъ. Но и въ тѣхъ случаяхъ, когда кашель очень силенъ, количество извергаемой мокроты, какъ мы уже сказали, бываетъ незначительно; при этомъ въ первое время она представляется слизистою и вязкою, а впослѣдствіи появляется *sputum coctum*, которая, будучи собрана въ сосудъ съ водою, непосредственно обнаруживаетъ свое происхожденіе изъ мельчайшихъ бронховъ. Дѣло именно въ томъ, что

¹¹⁾ Почтенный авторъ ничего не говоритъ здѣсь о распознаваніи капиллярнаго бронхита отъ острой просовидной бугорчатки легкихъ путемъ изслѣдованія мокроты на бугорчатыхъ палочкахъ. Причина этого, вѣроятно, кроется въ томъ, что авторъ, какъ и многіе другіе, думаетъ, будто бы при острой просовидной бугорчаткѣ легкихъ нельзя находить палочекъ въ мокротѣ. Возможно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ этой болѣзни данное предположеніе оказывается справедливымъ и просто потому, что бугорки въ легкомъ молодые, еще не распадающіеся и, слѣдовательно, содержащее ихъ не можетъ примѣшиваться къ мокротѣ. Однако, можно думать и иначе: среди множества бугорковъ могутъ быть, хотя бы и единичные, уже перешедшіе въ творожистый распадъ и, слѣдовательно, содержащее ихъ, хотя бы и въ ничтожномъ количествѣ, можетъ примѣшиваться къ остальной, напр. бронхиальной мокротѣ. Если такую мокроту изслѣдовать обыкновенными способами, напр., брать небольшую частичку мокроты, готовить изъ нея засушенные покровныя стеклышки, затѣмъ окрашивать по *Ehrlich*'у или *Ziehl-Neelsen-Johne* и пр., то обыкновенно не находятъ при этомъ бугорчатыхъ палочекъ. Если же брать много мокроты, напр. около чайной или столовой ложки, обработать ее щелочью по способу *Biedert*'а и затѣмъ уже осадокъ окрасить на бугорчатыхъ палочки, то въ такомъ случаѣ можно находить бугорчатыхъ палочки, и, слѣдовательно, съ несомнѣнностью ставить діагнозъ острой бугорчатки легкихъ. Въ прошломъ году мнѣ дважды пришлось поставить такой діагнозъ по мокротѣ, причемъ одинъ больной демонстрировался военнымъ врачамъ. Вскрытіе подтвердило распознаваніе.
Прим. М. А.

тягучія безвоздушныя массы бронхіальнаго секрета, извергнутыя изъ мельчайшихъ бронховъ, свѣшиваются иногда въ видѣ нитей, прикрѣпленныхъ къ большому куску мокроты, который, происходя изъ крупныхъ бронховъ, содержитъ въ себѣ воздухъ и остается плавающимъ на поверхности воды.

Въ этихъ нитяхъ иногда встрѣчаются своеобразныя *спирали*, которыя весьмъ подробно были описаны *Curschmann*'омъ. Рассчитывать, что онѣ будутъ найдены въ данной мокротѣ, мы можемъ въ томъ случаѣ, если наряду съ большими безформенными кусками бронхіальнаго секрета замѣчаются уже при осмотрѣ невооруженнымъ глазомъ рѣзко дифференцированныя бѣлыя змѣвидныя толстыя нити. При микроскопическомъ изслѣдованіи обыкновенно въ такихъ случаяхъ находятъ центральную нить, вокругъ которой обмотаны въ большомъ количествѣ тѣсныя спирали. Что касается химическаго состава этихъ спиралей, то онѣ содержатъ главнымъ образомъ муцинъ, но отчасти также фибринозныя массы, которыя иногда заключаютъ въ себѣ кристаллы *Charcot* (блестящіе сильно вытянутые октаэдры). Такъ какъ спирали встрѣчаются не только при катаррѣ мелкихъ бронховъ, но и при бронхіальной астмѣ, фибринозномъ бронхитѣ и пневмоническихъ инфильтраціяхъ, и такъ какъ онѣ бывають усеяны эпителиальными и круглыми кѣлками, то мнѣ кажется наиболѣе вѣроятнымъ, что слущиваніе и умираніе эпитеція сопровождается образованіемъ фибрина, благодаря которому вязкія слизистыя массы, отделившіяся въ мелкихъ бронхахъ, становятся еще болѣе плотными.

Фибринозный бронхитъ. *Bronchitis fibrinosa.*

Встрѣчаются рѣдкіе случаи, когда въ мелкихъ и болѣе крупныхъ бронхахъ происходитъ полное и очень распространенное свертываніе фибрина, такъ что отхаркиваются цѣлыя фибринозные слѣпки бронхіальныхъ трубокъ, въ формѣ древовидныхъ развѣтвленій, которые, будучи положены на черную тарелку и облиты водою, явно обнаруживаютъ свое происхожденіе изъ большихъ и мелкихъ бронховъ. Эти плотные свертки часто бывають длиною въ нѣсколько сантиметровъ (до 10), оказываются полыми внутри, заключаютъ въ себѣ пузырьки воздуха и на поперечномъ разрѣзѣ представляютъ замѣтно слоистое строеніе. Поверхность ихъ иногда пропитана кровью. При микроскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ, что эти свертки состоятъ изъ многочисленныхъ волоконъ, между которыми лежатъ тѣсными группами безцвѣтныя кровяныя тѣльца, а мѣстами попадаются кристаллы *Charcot*. Свертки медленно растворяются въ щелокахъ, а при прибавленіи уксусной или соляной кислоты разбухаютъ. Само собою понятно, что распознаваніе бронхіальнаго крупа становится совершенно достовѣрнымъ, если въ мокротѣ найдены эти фибринозные свертки.

Діагнозъ фибринознаго бронхита еще болѣе подкрѣпляется, если констатированы послѣдствія, вызываемыя закупоркою бронховъ, т. е. субъективное чувство задушенія, ціанозъ, значительное учащеніе дыханія, сильное уменьшеніе дыхательныхъ экскурсій соотвѣтствующей половины грудной кѣлки, главные бронхи которой закупорены большими и распро-

страненными свертками, наконецъ—*отсутствіе или ослабленіе дыхательного шума въ этихъ же частяхъ груди, тогда какъ перкуторный звукъ остается неизмѣнно яснымъ*, если только фибринозные свертки не перешли въ легочные пузырьки или не образовались въ нихъ еще раньше, чѣмъ въ бронхахъ. Но когда свертки извергнуты сильными кашлевыми толчками, то всѣ эти симптомы исчезаютъ, а съ образованіемъ новыхъ свертковъ опять появляются, и это составляетъ характерную особенность фибринознаго бронхита въ отличіе отъ другихъ формъ суженія бронховъ. Нѣкоторое значеніе для діагноза можетъ также имѣть кровохарканіе, которое въ однихъ случаяхъ предшествуетъ, а въ другихъ сопутствуетъ отхаркиванію фибринозныхъ свертковъ. Если признаки суженія бронховъ предшествовались крупомъ гортани или крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, то и это обстоятельство, въ случаѣ сомнительнаго діагноза, говоритъ въ пользу фибринознаго бронхита.

Суженіе бронховъ. Bronchostenosis.

Значительная часть симптомовъ фибринознаго бронхита, какъ мы уже сказали, совпадаетъ съ симптомами *бронхостеноза* вообще. Последніе должны, конечно, появляться во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда просвѣтъ бронховъ значительно суженъ вслѣдствіе какой бы то ни было причины. Клиническая картина во всѣхъ этихъ случаяхъ довольно однородна, такъ что діагнозъ суженія бронховъ можетъ быть поставленъ легко и съ полною положительностью. Само собою разумѣется, что дыханіе должно быть затруднено или вообще измѣнено тѣмъ въ большей степени, чѣмъ быстрее возникло суженіе. Но симптомы будутъ различны, смотря по тому, находится ли суженіе дыхательнаго канала выше или ниже мѣста раздвоенія дыхательнаго горла, т. е. существуетъ ли суженіе самого дыхательнаго горла или суженіе бронховъ. При этомъ нужно замѣтить, что суженіе мелкихъ бронховъ не должно быть относимо къ послѣдней категоріи, такъ какъ вызываемые имъ симптомы имѣютъ совершенно другой характеръ и такъ какъ они входятъ въ составъ клинической картины другихъ, вполне определенныхъ болѣзней, именно—капиллярнаго бронхита и бронхиальной астмы.

Очевидно, что болѣе или менѣе полное закрытіе дыхательнаго горла и бронховъ должно препятствовать дыханію, слѣдовательно—должно вызывать одышку и остальные признаки задушенія, т. е. очень затрудненное дыханіе, ціанозъ и—вслѣдствіе возбужденія соосудодвигательныхъ центровъ—повышеніе кровянаго давленія. Пульсъ становится напряженнымъ, болѣе полнымъ, иногда также болѣе рѣдкимъ, и, кромѣ того, на сфигмографической кривой, при достаточно сильной одышкѣ, бывають весьма рѣзко выражены дыхательныя колебанія кровянаго

давленія, такъ что иногда пульсъ замѣтно прерывается при каждомъ вдыханіи (*pulsus inspiratione intermittens*). При болѣе продолжительномъ затрудненіи дыханія ограничивается ускоряющее дѣйствіе, оказываемое нормальнымъ вдыханіемъ на опорожненіе венъ и на кровообращеніе въ маломъ кругу, а въ концѣ концовъ неминусо обнаруживаются послѣдствія застоя крови, т. е. расширеніе праваго сердца, увеличеніе печени, уменьшеніе суточного количества мочи и т. д. *Типъ дыханія* при стуженіи бронховъ весьма характеристиченъ, выражаясь именно *инспираторною* одышкой, т. е. главнымъ образомъ затруднено вдыханіе, которое становится болѣе продолжительнымъ и происходитъ съ большими усиліями, при содѣйствіи вспомогательныхъ инспираторныхъ мышцъ, именно—лѣстничныхъ, грудино-ключично-сосковыхъ и др.; но такъ какъ, не смотря на это, поступаетъ въ легкія недостаточное количество воздуха, то нижнія границы легкихъ не смѣщаются при вдыханіи сколько-нибудь замѣтнымъ образомъ, а, напротивъ того, обнаруживается инспираторное втягиваніе межреберныхъ пространствъ, надключичной ямки и надчревной области. Число дыханій, въ общей сложности, уменьшено, такъ какъ вдыханіе требуетъ необыкновенно долгаго времени для того, чтобы пришли въ состояніе раздраженія тѣ нервныя волокна, которыя рефлекторнымъ путемъ возбуждаютъ выдыхательный центръ.

Вышеописанные признаки указываютъ на существованіе препятствія, нарушающаго главнымъ образомъ актъ вдыханія. Но вопросъ о мѣсто-нахожденіи этого препятствія разрѣшается только тщательнымъ *физическимъ изслѣдованіемъ*. Прежде всего, при *выстукиваніи*, мы убѣждаемся въ томъ, что, не смотря на существующую одышку, *перкуторный звукъ легкихъ не представляетъ никакого измѣненія*. Этимъ фактомъ уже сами собою исключаются при постановкѣ діагноза всѣ тѣ причины одышки, которыя могли бы состоять въ ограниченіи дыхательной поверхности легочныхъ пузырьковъ накопившеюся въ нихъ жидкостью и воспалительнымъ выпотомъ, или въ прижатіи легкаго водяночною жидкостью, плевритическимъ выпотомъ, новообразованіемъ и т. п. Но одышка можетъ быть сердечнаго или нервного происхожденія, или, наконецъ, она можетъ обуславливаться тѣмъ, что въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ—дыхательномъ горлѣ и большихъ бронхахъ—существуетъ препятствіе для прохожденія воздуха. Но что одышка не имѣетъ нервного или сердечнаго происхожденія, а обусловлена стуженіемъ верхнихъ частей дыхательнаго канала,—это совершенно ясно доказывается результатами *выслушиванія*. *Везикулярное дыханіе* хотя и не замѣнено бронхиальнымъ, какъ при вытѣсненіи воздуха изъ легочныхъ пузырьковъ, но все-таки *значительно ослаблено или даже совсѣмъ не слышно, и это представляетъ очень рѣзкій контрастъ съ сохраненіемъ яснаго перкуторнаго звука въ*

соответствующихъ мѣстахъ легкаго. Въ то же время констатируется ослабленіе голосоваго дрожанія грудной клѣтки. Наконецъ, дыханіе сопровождается своеобразнымъ свистомъ и хрипѣніемъ, такъ наз. стенотическими шумами, которые обыкновенно бываютъ слышны на большемъ разстояніи.

Когда этимъ самымъ несомнѣнно установлено, что существуетъ суженіе верхнихъ дыхательныхъ путей, то затѣмъ возникаетъ вопросъ, въ какой именно части этихъ путей находится препятствіе. Вопросъ этотъ имѣетъ не только діагностическій, но и чрезвычайно большой терапевтическій интересъ.

Въ пользу *суженія гортани* говорятъ слѣдующіе признаки: очень сильное перемѣщеніе ея внизъ и вверхъ при вдыханіи и выдыханіи, часто достигающее до нѣсколькихъ сантиметровъ; голова при вдыханіи запрокидывается назадъ; кромѣ того, если обратить вниманіе на акустическій характеръ стенотического шума, то обыкновенно уже по одному этому признаку бываетъ возможно сразу опредѣлить, что шумъ происходитъ именно въ гортани; но всего болѣе въ пользу такого діагноза говоритъ положительный результатъ ларингоскопическаго изслѣдованія, которое обнаруживаетъ отекъ голосовой щели, крупъ и т. п. измѣненія, составляющія причину суженія гортани (см. стр. 100). Впрочемъ, не слѣдуетъ забывать, что иногда суженіе бронховъ и суженіе гортани могутъ существовать одновременно.

Въ пользу *суженія дыхательнаго горла или бронховъ*, помимо отрицательнаго результата ларингоскопическаго изслѣдованія, говоритъ незначительное перемѣщеніе гортани при форсированномъ дыханіи, причемъ голова больного вытянута обыкновенно не назадъ, а скорѣе нѣсколько впередъ, затѣмъ—относительно небольшое уменьшеніе числа дыханій, наконецъ—то обстоятельство, что во многихъ случаяхъ бываетъ не очень рѣзко замѣтно инспираторное разрѣженіе воздуха въ грудной клѣткѣ съ его послѣдствіями т. е. со втягиваніемъ грудной стѣнки и проч. Картина болѣзни будетъ нѣсколько различна, смотря по тому, находится ли препятствіе выше или ниже мѣста раздвоенія гортани: при суженіи *одного* бронха соответствующая половина грудной клѣтки видимо отстаетъ въ своихъ экскурсіяхъ при вдыханіи, между тѣмъ какъ здоровая сторона растягивается чрезмѣрно, и соответствующее легкое приходитъ въ состояніе расширенія, такъ что грудобрюшная преграда на этой сторонѣ стоитъ низко и границы этого легкаго расширены во всѣхъ направленіяхъ. На больной же сторонѣ констатируются характерные хрипящіе стенотические шумы, иногда доступные даже ощупыванію, затѣмъ—ослабленіе голосоваго дрожанія и везикулярнаго дыханія при исполнѣ ясномъ перкуторномъ звукѣ. Голосъ обыкновенно бываетъ очень слабъ; но состояніе его, во всякомъ случаѣ, не можетъ считаться вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ между суженіемъ гортани и

сѣуженіемъ бронховъ. Присутствіе или отсутствіе кашля точно также не имѣетъ рѣшающаго значенія.

Когда вышеуказаннымъ путемъ поставленъ діагнозъ сѣуженія дыхательнаго горла или сѣуженія бронховъ, то въ заключеніе остается еще опредѣлить, какимъ образомъ сѣуженіе возникло, тѣмъ болѣе, что отъ разрѣшенія этого вопроса существенно зависятъ терапевтическія мѣры.

Прежде всего необходимо узнать, не зависитъ ли сѣуженіе отъ *прижатія*, т. е. не оказываютъ ли *сосѣдніе органы* давленія на дыхательное горло или на главные бронхи. Слѣдовательно, особенное вниманіе нужно здѣсь обращать на присутствіе *зоба*, который составляетъ самую частую причину сѣуженія дыхательнаго горла, а иногда также нужно подвергнуть обсужденію вопросъ о возможномъ присутствіи подгрудинаго зоба; кромѣ того, сѣуженіе дыхательнаго горла можетъ зависѣть отъ прижатія опухолью *пищевода*. Однако, прибѣгать къ зондированію пищевода для діагностическихъ цѣлей я не совѣтую (за исключеніемъ развѣ изслѣдованія мягкимъ зондомъ безъ проводника), потому что въ большинствѣ случаевъ оно не даетъ вполнѣ опредѣленнаго результата, такъ какъ само собою понятно, что сѣуженіе пищевода, если бы оно и было найдено, можетъ зависѣть отъ той же причины, которая въ силу прижатія вызвала и сѣуженіе дыхательнаго горла, а между тѣмъ, съ другой стороны, зондированіе можетъ быть даже опасно для жизни, если, напр., существуетъ *аневризма аорты*. Относительно этой болѣзни необходимо замѣтить, что аневризматическое расширеніе дуги аорты сравнительно часто приводитъ къ сѣуженію дыхательнаго горла и бронховъ; діагнозъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ легокъ, а въ другихъ невозможенъ. *Опухоли средостѣнія* тоже нерѣдко бываютъ причиною сѣуженія дыхательнаго горла и бронховъ. Такое же дѣйствіе могутъ оказывать опухоли въ самомъ легкомъ, напр. ракъ. Затѣмъ никогда не нужно забывать объ изслѣдованіи сердца, такъ какъ перикардіальные выпоты и расширенія лѣваго предсердія уже неоднократно оказывались причиною сѣуженія бронховъ, и въ частности—лѣваго бронха. *Увеличеніе бронхиальныхъ лимфатическихъ железъ* тоже довольно часто оказывалось причиною сѣуженія бронховъ; возможность такой этиологіи должна быть принята во вниманіе, если у больного несомнѣнно существуетъ бугорчатка или «золотуха».

Если не найдено никакихъ данныхъ къ тому, чтобы признать существованіе вышеуказанныхъ болѣзней, которыми обусловливалось бы сѣуженіе бронховъ, и если въ костномъ скелетѣ грудной клѣтки нельзя обнаружить такихъ измѣненій, которыя, какъ напр. конгестивный абсцессъ, развившійся вслѣдствіе костоѣды позвоночника, могли бы производить давленіе на бронхи, то мы должны подвергнуть обсужденію вопросъ, не находится ли причина бронхостеноза *въ самомъ просвѣтѣ бронхиальныхъ трубокъ*. Прежде всего здѣсь нужно обращать вниманіе на свойства мокроты, если таковая отхаркивается. Изверженіе бронхиальныхъ сгустковъ, о которыхъ мы подробно уже говорили по поводу *фибринознаго бронхита*, часто сразу выясняетъ этиологическій діагнозъ, остававшійся до тѣхъ поръ подѣ сомнѣніемъ. Если свойства мокроты указываютъ на бронхитъ и если другіе симптомы тоже свидѣтельствуютъ о значительномъ бронхиальномъ катаррѣ, то можно также допустить, что причину сѣуженія составляетъ *воспалительное утолщеніе бронхиальной стѣнки*; однако, эта причинная зависимость наблюдается довольно рѣдко и можетъ быть допущена въ видѣ предположенія только при томъ условіи, если исключены всѣ другія причины, отъ которыхъ могло бы зависѣть сѣуженіе бронховъ. Въ такой же степени ненадежнымъ обыкновенно бываетъ діагнозъ раковой инфильтраціи бронхиальной стѣнки или діагнозъ полиповъ и другихъ новообразованій въ стѣнкѣ верхнихъ дыхательныхъ путей, если только

новообразованія эти находятся не въ дыхательномъ горлѣ, въ какомъ случаѣ они были бы видны при трахеоскопическомъ изслѣдованіи. Если бронхостенозъ обнаружился очень скоро послѣ вдыханія раздражающихъ паровъ, то можно предполагать острый отекъ бронхіальной слизистой оболочки. Болѣе надежнымъ представляется этиологическій діагнозъ, если суженіе дыхательнаго горла или бронховъ появилось въ позднѣйшія стадіи *сифилиса*, причемъ обыкновенно слѣдуетъ ожидать рубцово-мозолистыхъ сифилитическихъ процессовъ въ дыхательномъ горлѣ и бронхахъ; діагнозъ сифилитическаго происхожденія суженія бронховъ становится въ высшей степени вѣроятнымъ, если сифилисомъ одновременно поражена гортань, а это легко можетъ быть констатировано ларингоскопическимъ изслѣдованіемъ, или же, если существующіе дефекты твердаго или мягкаго нѣба, опухшія лимфатическія железы и т. п. направляютъ діагнозъ въ определенную сторону. Этиологическій діагнозъ очень легокъ, если суженіе дыхательнаго горла развилось у больного, которому сдѣлана *трахеотомія*, причемъ оно бываетъ вызвано разрастаніемъ грануляцій вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія трахеотомической трубочки, а въ узкомъ дыхательномъ горлѣ дѣтей такіе разросшіяся грануляціи могутъ даже производить весьма опасное суженіе просвѣта. Наконецъ, діагнозъ сравнительно весьма достовѣренъ, если дѣло идетъ объ *инородномъ тѣлѣ*, проникшемъ въ дыхательное горло и въ бронхи, такъ какъ инородныя тѣла характеристичнымъ образомъ видоизмѣняютъ въ нѣкоторыхъ подробностяхъ обычную картину суженія большихъ воздухоносныхъ путей. Дѣло именно въ томъ, что такъ какъ инородныя тѣла часто мѣняютъ свое положеніе въ дыхательномъ горлѣ, то они могутъ производить внезапные приступы задушенія, а при определенныхъ положеніяхъ больного инородное тѣло можетъ измѣнять свое мѣсто въ дыхательномъ горлѣ такимъ образомъ, что только по временамъ появляется болѣе сильная одышка, и, во избѣжаніе этой послѣдней, больные вынуждены постоянно сохранять определенное положеніе. Впрочемъ, само собою разумѣется, что обыкновенно уже самый анамнезъ даетъ твердую точку опоры тому предположенію, что въ дыхательное горло или въ бронхи попало инородное тѣло; но все-таки не слѣдуетъ забывать, что инородное тѣло попадаетъ иногда въ дыхательные пути незамѣтнымъ для больного образомъ и что оно можетъ вызвать признаки суженія даже по прошествіи довольно долгаго времени, послѣ того, какъ оно разбухло и только теперь оказалось въ состояніи закупорить просвѣтъ воздухоносныхъ путей.

Расширеніе бронховъ. Bronchiectasia.

Діагнозъ расширенія бронховъ во многихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ трудностей, такъ что при вскрытіи трупа находятъ бронхіэктатическую полость въ томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ она предполагалась при жизни больного; но еще въ большемъ числѣ случаевъ болѣзненное состояніе легкаго остается нераспознаннымъ при жизни и оказывается совершенно неожиданно при вскрытіи трупа, являясь сюрпризомъ только для того врача, который привыкъ ожидать бронхіэктазіи только тамъ, гдѣ симптомы ея рѣзко выражены. Разсмотримъ прежде всего картину такой бронхіэктазіи, которая допускаетъ вполне точное распознаваніе. Уже самая *мокрота* въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько характеристична, что по одному внѣшнему виду ея можно поставить діагнозъ, если и не съ полною увѣренностью, то, по крайней мѣрѣ, съ значительною степенью вѣроятія. Мокрота представляется слизисто-гнойною и имѣетъ грязно-желто-зеленый цвѣтъ, какъ при хрони-

ческомъ бронхіальномъ катаррѣ, но, въ отличіе отъ этого послѣдняго, часто издаетъ зловонный запахъ, такъ какъ она подверглась разложению. Въ большинствѣ случаевъ, однако, мокрота при бронхіэктазиі отхаркивается относительно быстро и совершенно, т. е. не имѣетъ много времени для своего разложенья, и поэтому она обыкновенно не издаетъ такого сильнаго зловонія, какъ при гнилостномъ бронхитѣ или при легочной гангренѣ, при которой несомнѣнно играютъ роль специфическіе микроорганизмы и ферменты. Тѣмъ не менѣе, при бронхіэктазиі накапливаются въ расширенныхъ частяхъ бронховъ довольно большія массы мокроты: стѣнки въ этихъ мѣстахъ, очевидно, сдѣлались нечувствительными къ раздраженію, производимому находящимся въ нихъ бронхіальнымъ секретомъ, такъ что мокрота можетъ въ продолженіе нѣкотораго времени накапливаться, не вызывая кашля. Но какъ только она попадаетъ въ просвѣтъ бронховъ, открывающихся въ бронхіэктатическую полость,—слизистая оболочка этихъ бронховъ очень сильно реагируетъ на раздраженіе, производимое разложившеюся отчасти мокротою, и больной начинаетъ кашлять до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не будетъ извергнута болѣе или менѣе совершенно. Изъ этого ясно, что спокойное пребываніе больного въ опредѣленномъ положеніи тѣла, болѣею частію на сторонѣ бронхіэктазиі, задерживаетъ кашель, а всякая перемѣна этого положенія вызываетъ кашлевые приступы, которыми сразу извергаются большія массы мокроты, такъ что уже послѣ немногихъ кашлевыхъ толчковъ она наполняетъ больному весь ротъ. Отхаркиваніе происходитъ періодически, черезъ болѣе или менѣе долгіе промежутки времени, въ теченіе которыхъ совсѣмъ ничего не отхаркивается или только небольшое количество катарральной мокроты. Характерная бронхіэктатическая мокрота, какъ и при гнилостномъ бронхитѣ, иногда раздѣляется послѣ продолжительнаго стоянія на три слоя, изъ которыхъ самый нижній представляетъ густой гнойный осадокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ гнойныя тѣльца и эпителиальныя клѣтки (тѣ и другія отчасти въ состояніи жироваго перерожденія), затѣмъ—игольчатые кристаллы жирныхъ кислотъ, а иногда также красныя кровяныя тѣльца, которыя, если они имѣются въ значительномъ количествѣ, могутъ придавать мокротѣ болѣе красноватый цвѣтъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ доставлять поводъ къ образованію кристалловъ гематоидина. Иногда также встрѣчаются въ мокротѣ эластическія волокна или обрывки соединительной ткани, которые свидѣтельствуютъ о томъ, что въ такихъ случаяхъ разрушена самая стѣнка расширенныхъ бронховъ.

Хотя діагнозъ бронхіэктазиі на основаніи вышеприведенныхъ признаковъ можетъ быть поставленъ съ большою степенью вѣроятія и съ тѣмъ болѣею увѣренностью, чѣмъ сильнѣе выражена періодичность отхаркиванія очень большихъ количествъ мокроты, но все-таки вполне достовернымъ онъ становится только тогда, когда въ легкомъ конста-

тировано *присутствіе полостей*. При этомъ, конечно, предполагается, что бронхіэктатическія полости лежатъ достаточно поверхностно, чтобы быть доступными физическому изслѣдованію. Въ такомъ случаѣ нужно ожидать, что при выстукиваніи мы найдемъ тимпаническій звукъ, или тимпаническій съ металлическимъ оттѣнкомъ, или звукъ треснувшего горшка и измѣненіе высоты перкуторнаго звука при различныхъ условіяхъ, а при выслушиваніи—бронхіальное дыханіе, иногда съ металлическимъ оттѣнкомъ, созвучные влажные хрипы и бронхофонію, наконецъ, при ощупываніи—усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки. Все эти характеристичные симптомы *отсутствуютъ, когда бронхіэктатическая полость выполнена бронхіальнымъ секретомъ; но они могутъ отчасти или во всей своей совокупности обнаружиться внезапно съ полною ясностью, коль скоро содержимое бронхіэктатической полости извергнуто приступомъ кашля*. Въ этомъ именно и заключается очень важный характеристическій признакъ расширенія бронховъ. Бронхіэктатическія полости, для того чтобы онѣ могли давать «признаки каверны», должны, какъ мы уже замѣтили, лежать довольно поверхностно, или, по крайней мѣрѣ, должны быть окружены уплотненною тканью, присутствіе которой въ этомъ случаѣ составляетъ необходимое условіе того, чтобы могли быть слышны бронхіальное дыханіе и бронхофонія. Усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки точно также находится въ связи отчасти съ этимъ послѣднимъ обстоятельствомъ, а отчасти съ тѣмъ, что бронхіэктатическая полость непосредственно сообщается съ большими бронхами, чрезъ которые звуковыя волны проходятъ неослабленными, а иногда онѣ могутъ даже усиливаться вслѣдствіе отраженія отъ плотныхъ стѣнокъ каверны. Объ этихъ условіяхъ намъ еще часто придется говорить въ послѣдующихъ главахъ. Уплотнѣніемъ и сморщиваніемъ легочной ткани, окружающей расширенныя бронхи, объясняются также недостаточныя дыхательныя экскурсіи и уплощеніе грудной клѣтки въ области бронхіэктатической каверны.

Бронхіэктатическая каверна, очевидно, легко можетъ быть по ошибкѣ принята за *чахоточную*, тѣмъ болѣе, что бронхіэктазія, съ анатомической точки зрѣнія, несомнѣнно играетъ существенную роль въ образованіи бугорчатыхъ кавернъ. Въ практикѣ намъ обыкновенно приходится рѣшать очень важный, какъ для предсказанія, такъ и для лѣченія, вопросъ о томъ, существуютъ ли въ данномъ случаѣ, наряду съ бронхіэктатической каверной, творожистые и бугорчатые процессы, или нѣтъ. Съ тѣхъ поръ, какъ мы имѣемъ въ бугорчатыхъ палочкахъ мокроты безусловно вѣрный признакъ легочной бугорчатки, этотъ вопросъ разрѣшается очень легко ¹²⁾. Образовалась ли каверна вслѣдствіе

¹²⁾ Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бронхіэктатическая каверна вторично поражается бугорчатымъ процессомъ, распознаваніе бугорчатки по мокротѣ становится не осо-

процесса распада легочной ткани, или же существуетъ бронхіэктатическая каверна, происшедшая вслѣдствіе того, что бронхіальныя стѣнки уступили давленію воздуха при вдыханіи или выдыханіи, или давленію застоявшагося въ нихъ секрета, или оттягиванію снаружи, которое производилось цирротическими процессами въ легочной ткани или плевритическими ложными перепонками, — этотъ вопросъ имѣетъ не столько клинической, сколько анатомической интересъ, и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ мы должны руководствоваться анамнезомъ. Если каверна помѣщается въ верхушкѣ легкаго, а особенно, если признаки катарра и уплотненія констатируются въ *обѣихъ* легочныхъ верхушкахъ, если мокрота извергается чрезъ малые промежутки времени, а не внезапно очень большими количествами, какъ это сейчасъ было нами описано, и если она содержитъ многочисленныя эластическія волокна, то въ такомъ случаѣ позволительно признать, что полость образовалась вслѣдствіе распада легочной ткани. Не слѣдуетъ однако забывать, что бронхіэктазіи часто встрѣчаются и въ верхней долѣ легкаго, а иногда даже въ *обѣихъ* верхушкахъ, хотя послѣднее бываетъ довольно рѣдко. Основывать дифференціальное распознаваніе на существующей у больного лихорадкѣ слѣдуетъ развѣ съ большою осторожностью, такъ какъ не-бугорчатая бронхіэктазія иногда тоже сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ. Гипертрофія сердца, наблюдаемая при бронхіэктазіяхъ, образовавшихся вслѣдствіе сморщиванія легкаго, а равно и застойныя явленія точно также не говорятъ въ пользу бронхіэктазіи и противъ бугорчатки, потому что послѣдовательная гипертрофія сердца, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается и при бугорчаткѣ не такъ рѣдко, какъ полагаютъ обыкновенно.

Сравнительно труднѣе, а обыкновенно даже невозможно бываетъ отличить бронхіэктазію отъ *мышечатой эмпіемы, вскрывшейся въ легкія геср. въ бронхи*. Признаки каверны, втягиваніе грудной клѣтки въ опредѣленномъ мѣстѣ, отхаркиваніе въ большихъ количествахъ гнойной, зловонной мокроты, въ зависимости отъ того или другаго положенія тѣла, встрѣчаются одинаково при *обѣихъ* болѣзняхъ. Присутствіе кристалловъ гѣматоидина и холестерина, образующихся при болѣе продолжительномъ застояннн гноинныхъ массъ, отчасти говоритъ въ пользу эмпіемы; однако, для сколько-нибудь точнаго діагноза требуется

бенно легкимъ. Въ обильной мокротѣ, отдѣляемой при этомъ, бугорчатыхъ палочекъ бываетъ очень мало, такъ что нерѣдко ихъ не находятъ обыкновенными способами. Отсюда *случаи бугорчатки легкихъ безъ бугорчатыхъ палочекъ*, описанные нѣкоторыми авторами. Дѣло, однако, объясняется просто тѣмъ, что мокрота, отдѣляемая изъ такихъ бронхіэктазій, главнымъ образомъ гноероднаго происхожденія и, слѣдовательно, содержитъ массы гноеродныхъ микробовъ, бугорчатые же палочки примѣшиваются къ ней только мѣстами и въ ничтожномъ количествѣ. Отсюда трудность въ отыскиваніи ихъ. Въ указанныхъ случаяхъ надо примѣнять обработку мокроты по способу *Biedert'a* и затѣмъ уже окрашивать ее на бациллы, какъ это развито мною въ примѣч. № 11, на 119 стр.

Прим. М. А.

ничто большее, а именно долженъ быть извѣстенъ *анамнезъ*, т. е. самое теченіе болѣзни должно опредѣленно указывать на развитіе гнойнаго плеврита, который внезапно вскрылся въ бронхи. Если гной вмѣстѣ съ тѣмъ прорывается и наружу, то діагнозъ обыкновенно сразу становится яснымъ, хотя нужно замѣтить, что бронхіэктатическая каверна въ рѣдкихъ случаяхъ также можетъ вскрыться наружу.

За бронхіэктазію можетъ быть также принятъ по ошибкѣ *абсцессъ легкаго*, вскрывшійся въ бронхи. И здѣсь также рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ анамнезъ, если, на примѣръ, удостовѣрено, что существующіе симптомы предшествовались фибринозною или эмболическою пневмоніею, травматическимъ поврежденіемъ бронховъ или легкаго и т. п. Затѣмъ, самая мокрота имѣетъ иной видъ, чѣмъ при неосложненной бронхіэктазіи или при вскрывшейся мѣшечатою эмпіемъ, въ томъ именно отношеніи, что при абсцессѣ она обыкновенно бываетъ чисто гнойною, издаетъ неопредѣленный, не зловонный запахъ и постоянно заключаетъ въ себѣ обрывки легочной ткани, между тѣмъ какъ при бронхіэктазіи мокрота содержитъ эластическія волокна и частицы соединительной ткани лишь въ исключительныхъ случаяхъ, именно тогда, когда подверглась разрушенію легочная ткань, окружающая каверну, или когда присоединилась настоящая гангрена легкаго. Последняя обнаруживается чрезвычайно рѣзкимъ запахомъ мокроты, которая имѣетъ грязно-сѣрый цвѣтъ и содержитъ характеристичные обрывки омертвѣвшей легочной ткани съ небольшими пробками, заключающими въ себѣ микроорганизмы, между тѣмъ какъ эластическія волокна совершенно въ ней отсутствуютъ, или, по крайней мѣрѣ, количество ихъ чрезвычайно ничтожно. Кромѣ того, гангрена и производимое ею разрушеніе легочной ткани часто очень быстро захватываетъ большое пространство, какъ это легко можетъ быть доказано физическимъ изслѣдованіемъ.

Довольно часто встрѣчаются случаи расширенія бронховъ, не сопровождаемаго образованіемъ большихъ полостей, и отличить такую бронхіэктазію отъ хроническаго бронхіальнаго катарра или отъ гнилостнаго бронхита бываетъ иногда невозможно. Дѣло въ томъ, что подобные случаи бронхіэктазіи имѣютъ полнѣйшее сходство съ картиною хроническаго бронхіальнаго катарра, или же съ картиною гнилостнаго бронхита, если разложеніе мокроты въ бронхахъ достигаетъ болѣе сильной степени. Но предполагать присутствіе бронхіэктазій вполне позволительно, когда хрипы въ легкихъ постоянно держатся на одномъ и томъ же мѣстѣ. Діагнозъ становится несомнѣннымъ, если хрипы, благодаря инстерстиціально-пневмонической инфильтраціи окружающей ткани, пріобрѣтаютъ созвучный характеръ.

Заключать о присутствіи бронхіэктазіи по нѣкоторымъ *осложненіямъ*, которые при ней появились, напр. на основаніи присоединившихся воспаленій суставовъ или абсцесса въ головномъ мозгу и т. п., мы не имѣемъ права, такъ какъ эти метастатическіе процессы могутъ встрѣчаться и при другихъ заболѣваніяхъ легкаго, сопро-

возбуждаемыхъ всасываніемъ возбудителей нагноенія. Но все-таки діагнозъ бронхіектазіи, если онъ находится подъ сомнѣніемъ, если, напримѣръ, существуютъ только влажные хрипы, слышимые постоянно въ одномъ и томъ же мѣстѣ легкаго, пріобрѣтаетъ большую достовѣрность, если присоединился абсцессъ въ головномъ мозгу. Подобный случай мнѣ пришлось наблюдать еще очень недавно: Мушнина 29-ти лѣтъ, поступившій въ госпиталь 8 іюня 1886 года, заболѣлъ 4 недѣли тому назадъ постоянно возрастающимъ ослабленіемъ лѣвой нижней конечности, которое спустя 2 дня перешло и на верхнюю; вмѣстѣ съ тѣмъ въ первые 8 дней болѣзни появлялись подергиванія въ обоихъ конечностяхъ, постепенно дошедшихъ до состоянія полного паралича. *Въ послѣдніе 4 года больной страдалъ сильнымъ кашлемъ, съ обильнымъ отдѣленіемъ мокроты, которая въ теченіе послѣдняго года сдѣлалась очень злоухонною и по временамъ была окрашена кровью.* При изслѣдованіи легкихъ найдено притупленіе перкуторнаго звука въ заднихъ нижнихъ частяхъ лѣваго легкаго, безъ бронхіальнаго дыханія, но съ крупнопузырчатыми влажными хрипами. Анализъ явленій, наблюдавшихся со стороны нервной системы, обнаружилъ гнѣздное заболѣваніе праваго полушарія: явленія эти состояли именно въ гемиплегіи конечностей и лицеваго перза на лѣвой сторонѣ, въ расширеніи лѣваго зрачка, въ разстройствѣ мышечнаго и температурнаго чувства и въ анестезіи конечностей и лица на той же сторонѣ. 4-го іюля появилась сильная боль въ правой половинѣ головы, съ замедленіемъ пульса (52 удара въ минуту), а спустя 3 дня присоединилась лихорадка (до 39°), продолжавшаяся около недѣли; кромѣ того, наступила сонливость, которая затѣмъ постепенно увеличивалась. 14-го іюля—сильная боль въ лѣвомъ коленномъ суставѣ; 17-го іюля—обильное выдѣленіе пота на лѣвой половинѣ тѣла; 19-го іюля—сильная головная боль, рвота, подергиванія въ конечностяхъ правой стороны, гибельная контрактура конечностей лѣвой стороны, суженіе обоихъ зрачковъ, рѣзкое замедленіе пульса и смерть. Такъ какъ влажные хрипы во все продолженіе болѣзни постоянно ограничивались исключительно нижнею долею лѣваго легкаго, то былъ поставленъ діагнозъ *«bronchiectasia lob. inf. sinistri»*; кромѣ того, мы признали существованіе абсцесса въ правамъ полушаріи головного мозга, причемъ было предположено, что абсцессъ находится, вѣроятно, въ заднихъ частяхъ внутренней сумки. При вскрытіи трупа дѣйствительно былъ найденъ громадный абсцессъ, который разрушилъ всю внутреннюю сумку, за исключеніемъ ея верхней передней части; окружающая ткань мозга находилась въ состояніи бѣлаго размягченія. *Въ нижней долѣ лѣваго легкаго оказался толстый конгломератъ расширенныхъ бронховъ, которые были наполнены густою гнойною слизью, издававшей непріятный запахъ.*

Кромѣ абсцесса головного мозга, иногда въ видѣ осложненія встрѣчаются при бронхіектазіи амилоидныя перерожденія брюшныхъ органовъ и легочныя кровотеченія. При этомъ я не имѣю въ виду уже упомянутыхъ мною очень незначительныхъ примѣсей крови къ мокротѣ, вслѣдствіе которыхъ она становится похожею на мясные помои, а говорю именно объ очень обильныхъ кровотеченіяхъ, которыя въ рѣдкихъ случаяхъ появляются при бронхіектазіи вслѣдствіе разрыва расширенныхъ венъ бронхіальной стѣнки или же вслѣдствіе язвеннаго разрушенія артеріальныхъ вѣтвей. Слѣдовательно, появленіе кровохарканія, въ случаяхъ сомнительнаго діагноза, не даетъ еще права заключить, что у больного существуетъ бугорчатка, а не простая бронхіектазія.

Бронхіальная астма.

Подъ именемъ бронхіальной астмы слѣдуетъ разумѣть только такіе случаи одышки, которые обусловлены чисто нервными разстройствами, причемъ въ основѣ этой одышки не должно лежать никакихъ анатомическихъ измѣненій, или, по крайней мѣрѣ, измѣненія должны быть только

такого рода, что вліяють единственно на нервную систему. Если ограничить понятіе о бронхіальной астмѣ такими тѣсными предѣлами, то этимъ самымъ вполне точно опредѣлится и ея распознаваніе, а картина болѣзни окажется весьма характеристичною.

Въ видѣ періодическихъ приступовъ появляется сильнѣйшая одышка, съ признаками венознаго застоя и ціаноза. При этомъ преимущественно затруднено *выдыханіе*, которое происходитъ съ величайшими усиліями, такъ что выдыхательныя мышцы чрезвычайно напряжены, а въ особенности брюшныя, которыя тверды какъ доска. Выдыханіе, будучи сильно затруднено, часто требуетъ для себя вдвое больше времени, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, такъ что, не смотря на одышку, число дыханій въ общей сложности не увеличено, а, наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ даже уменьшено. Выдыханіе сопровождается очень протяжнымъ свистомъ, который слышенъ на большомъ разстояніи, тогда какъ вдыханіе, при которомъ расширяются преимущественно верхнія части грудной кѣтки, хотя происходитъ тоже съ большими усиліями, сопровождаясь свистящимъ шумомъ, но продолжается все-таки относительно короткое время и совершенно стушовавается передъ тѣми громадными усиліями, которыя имѣютъ мѣсто при выдыханіи. Важнѣйшею причиною того, что воздухъ съ трудомъ выходитъ изъ легкихъ во время выдыханія, мы вправе признать судорожное сокращеніе мускулатуры мелкихъ и мельчайшихъ бронховъ. Это несовершенное выходженіе воздуха при выдыханіи обуславливаетъ острое расширеніе легкихъ, которое можетъ быть несомнѣнно констатировано выстукиваніемъ: между тѣмъ какъ въ промежутки между приступами границы легкихъ совершенно нормальны, — во время приступа онѣ расширяются очень значительно. Нижнія границы легкихъ опущены на нѣсколько межреберныхъ пространствъ; сердечная тупость значительно уменьшена въ своемъ протяженіи, такъ какъ она прикрыта краями расширенныхъ легкихъ; но сдвинутые края легкихъ остаются неизмѣненными при вдыханіи и выдыханіи, или расширяются при вдыханіи чрезвычайно мало. Перкуторный звукъ во время астматическаго приступа измѣненъ: онъ становится болѣе громкимъ и имѣетъ своеобразный оттѣнокъ, который, по *Biermer*'у, называется тембромъ «картоннаго звука» (*Schachtelton* — звукъ картонной коробки). При *выслушиваніи* мы находимъ ослабленное везикулярное дыханіе и (соотвѣтственно свисту, слышному уже на разстояніи отъ больного) свистящіе хрипы, которые особенно сильны во время выдыханія и обуславливаются суженіемъ мелкихъ и мельчайшихъ бронховъ. Къ концу приступа они замѣняются влажными хрипами, и вмѣстѣ съ тѣмъ отхаркивается пѣнистая сѣровато-бѣлая мокрота съ желтоватыми мельчайшими пробками, при микроскопическомъ изслѣдованіи которыхъ оказываются, кромѣ слизистыхъ тѣлецъ, многочисленные кристаллы *Charcot (Leyden)*. Причиною этого усиленнаго

отдѣленія слизи къ концу приступа должна считаться активная гиперемія бронхіальной слизистой оболочки, происходящая чрезъ посредство вазомоторныхъ нервовъ. Объясненіе это представляется вѣроятнымъ въ виду того, что при ларингоскопическомъ изслѣдованіи случалось наблюдать появленіе активной гипереміи дыхательнаго горла и большихъ бронховъ во время приступа (*Störk*). *Пульсъ* малъ, но напряженъ, соотвѣтственно диспноэтическому состоянію крови; сердечные звуки ослаблены, благодаря тому, что сердце прикрыто легкими.

Вышеприведенные симптомы бронхіальной астмы до такой степени рѣзки, что распознаваніе болѣзни не представляетъ значительныхъ трудностей. Прежде всего нужно имѣть въ виду *экспираторный* характеръ одышки. Этимъ фактомъ уже сразу исключается при постановкѣ діагноза цѣлый рядъ болѣзней, сопровождаемыхъ *инспираторною* одышкой, а именно: различныя болѣзни гортани, напр. отекъ и спазмъ голосовой щели, спазмъ приводящихъ мышцъ, наконецъ, суженіе дыхательнаго горла и бронховъ. Впрочемъ, *экспираторная* одышка встрѣчается не только при бронхіальной астмѣ, но также при эмфиземѣ и при хроническомъ бронхіальномъ катаррѣ. Но если мы будемъ, согласно вышесказанному, строго ограничивать діагнозъ бронхіальной астмы тѣми случаями, гдѣ имѣется чистый неврозъ, то отличать одышку при бронхіальной астмѣ отъ одышки при эмфиземѣ и хроническомъ бронхіальномъ катаррѣ будетъ очень легко. Полное отсутствіе измѣненій въ легкихъ внѣ приступа бронхіальной астмы устраняетъ всякое колебаніе относительно діагноза. Но, съ другой стороны, при эмфиземѣ и хроническомъ бронхіальномъ катаррѣ, помимо постояннаго затрудненія дыханія, которое, впрочемъ, можетъ представляться болѣе или менѣе значительнымъ, смотря по усилению или ослабленію катарра, встрѣчаются еще *приступы* одышки, которые могутъ вполне представлять характеръ бронхіальной астмы, появляться внезапно, съ очень большою силою, и затѣмъ быстро опять исчезать, не смотря на то, что до и послѣ приступа физическое изслѣдованіе не обнаруживало никакихъ измѣненій въ интенсивности катарра. Поэтому возникновеніе такихъ приступовъ несомнѣнно должно быть объясняемо тѣмъ, что катарральное раздраженіе слизистой оболочки бронховъ вызываетъ по временамъ судорожное сокращеніе бронхіальныхъ мышцъ, слѣдовательно—такое явленіе, которое имѣетъ аналогію въ судорогахъ, появляющихся при воспаленіи другихъ слизистыхъ оболочекъ. Раздраженія, обыкновенно не вызывающія спазма бронхіальной мускулатуры, напр. холодный сквозной вѣтеръ, значительное скопленіе *Charcot-Leyden*овскихъ кристалловъ и спиралей *Curschmann*'а, могутъ при этихъ условіяхъ становиться случайною причиною, вызывающею спазмъ бронхіальныхъ мышцъ.

Что касается вопроса о зависимости бронхіальной астмы отъ кристалловъ *Charcot* и спиралей *Curschmann*'а, то нельзя отрицать, что эти составныя части, какъ уже

было нами замѣчено, встрѣчаются не исключительно въ мокротѣ астматиковъ и что, съ другой стороны, онѣ иногда отсутствуютъ и при бронхіальной астмѣ. Однако, это отсутствіе кристалловъ и спиралей въ мокротѣ, отхаркиваемой во время приступовъ астмы, наблюдается, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко. Наоборотъ, очень часто приходится наблюдать, что появленіе этихъ составныхъ частей въ мокротѣ совпадаетъ по времени съ усиленіемъ одышки и съ появленіемъ вполне развитыхъ приступовъ астмы, между тѣмъ какъ въ приступовъ мокрота не содержитъ ни кристалловъ, ни спиралей. Впрочемъ, несомнѣнно доказано, что приступъ астмы можетъ иногда и не обнаружиться, не смотря на то, что въ мокротѣ появились многочисленные кристаллы. Поэтому мы не вправе признавать опредѣленную причинную связь между возникновеніемъ астматическаго приступа и появленіемъ кристалловъ и спиралей въ мельчайшихъ бронхахъ; эти составныя части мокроты должны скорее считаться по преимуществу продуктами катарра, сопровождающаго бронхіальную астму, хотя, съ другой стороны, нужно согласиться, что кристаллы, по крайней мѣрѣ, могутъ иногда вызывать астматическій приступъ, смотря по своему положенію въ мельчайшихъ бронхахъ и по состоянію чувствительности слизистой оболочки въ данный моментъ.

Въ практикѣ бронхіальная астма чаще всего смѣшивается со *спазмомъ голосовой щели*. Но этотъ послѣдній характеризуется инспираторною одышкою, обширными дыхательными экскурсіями гортани, инспираторнымъ втягиваніемъ надчревной области, отсутствіемъ остраго расширенія легкихъ, кратковременною одышкою, которая здѣсь продолжается не болѣе нѣсколькихъ минутъ, между тѣмъ какъ при бронхіальной астмѣ она обыкновенно держится цѣлыми часами.

О дифференціальномъ распознаваніи бронхіальной и *сердечной* астмы было уже подробно говорено по поводу діагностики этой послѣдней, такъ что здѣсь намъ нѣтъ надобности еще разъ приводить тѣ признаки, которыми отличаются между собою эти два вида астмы. Но въ заключеніе мы должны еще сказать нѣсколько словъ о дифференціальномъ распознаваніи бронхіальной астмы и рѣдко встрѣчающихся случаевъ чисто тонического *спазма грудобрюшной преграды*. При этой послѣдней болѣзни происходятъ судорожныя вдыханія съ напряженіемъ всѣхъ дыхательныхъ мышцъ, и грудная клѣтка въ продолженіе нѣсколькихъ секундъ остается расширенною до крайнихъ предѣловъ, а затѣмъ съ извѣстною силою опять возвращается въ экспираторное положеніе. Надчревная область при этомъ инспираторно выпячена впередъ, а сердце отодвинуто внизъ.

Когда діагнозъ бронхіальной астмы уже установленъ съ положительностью, то намъ еще остается открыть самую *причину астмы*. Прежде всего мы должны съ этою цѣлью изслѣдовать легкія во время приступа и во время свободной перемежки; если изслѣдованіе обнаружило эмфизему или хроническій бронхіальный катарръ, то это и должно быть признано тою почвою, на которой развились астматическіе приступы. Если же легкія оказались въ нормальномъ состояніи, то необходимо посредствомъ зеркала изслѣдовать носовую полость и носоглоточное пространство. Въ послѣднее время опубликовано такое множество достовѣрныхъ случаевъ, гдѣ по удаленіи миндалевидныхъ железъ или носовыхъ полиповъ или вслѣдъ за прижиганіемъ носовыхъ раковинъ и т. п. внезапно и навсегда исчезала астма, существовавшая до

тѣхъ поръ очень долгое время, что сомнѣваться въ причинной зависимости бронхіальной астмы отъ этихъ измѣненій въ полости носа и гѣла мы не имѣемъ возможности. Лишь въ томъ случаѣ, когда изслѣдованіе названныхъ органовъ не дало никакихъ точекъ опоры для этиологическаго діагноза, мы можемъ думать о причинахъ болѣе отдаленныхъ, какъ напр. о заболѣваніи брюшныхъ органовъ (въ особенности—матки), о кишечныхъ глистахъ и т. д. Въ главѣ о сердечной астмѣ мы уже показали, что нѣкоторыя болѣзненные состоянія, напр. свинцовое отравленіе, нефритъ или переполненіе желудка, которыя въ прежнее время приводились въ числѣ причинъ бронхіальной астмы, не могутъ быть признаваемы таковыми безъ нѣкоторыхъ ограниченій; подобное предположеніе допустимо только тогда, когда въ частномъ случаѣ можетъ быть несомнѣнно доказано, что астма, вызванная этими патологическими состояніями, носитъ характеръ именно бронхіальной, а не сердечной астмы. Открыть идиосинкразическія случайныя причины астмы, т. е. опредѣлить, что причиною приступа служить вдыханіе нѣкоторыхъ пахучихъ веществъ или цвѣточной пыли нѣкоторыхъ травъ (при такъ наз. сѣнной астмѣ) и т. п., бываетъ обыкновенно очень легко. Непосредственное пораженіе блуждающаго нерва можетъ быть причиною астмы развѣ только въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ. Затѣмъ само собою разумѣется, что при астмѣ всегда нужно изслѣдовать органы шеи и опредѣлить, нѣтъ ли припухшихъ лимфатическихъ железъ или зоба и т. д. Наконецъ, при постановкѣ этиологическаго діагноза необходимо въ интересахъ терапіи принимать въ соображеніе нѣкоторыя конституціональныя болѣзни, благопріятствующія возникновенію астмы, т. е. въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бронхіальной астмы должно быть выяснено, нѣтъ ли подагры, общаго малокровія и т. п.

Болѣзни легочной ткани.

Ателектазъ или спаденіе легкихъ.

Если изъ большаго числа легочныхъ пузырьковъ исчезаетъ содержащійся въ нихъ воздухъ, но безъ того, чтобы просвѣтъ ихъ былъ выполненъ жидкими или твердыми массами, и если стѣнки ихъ приходятъ между собою въ соприкосновеніе, благодаря тому, что легкое уступаетъ дѣйствию своей эластичности и сократительности, то является состояніе, извѣстное подъ именемъ *ателектаза* или *спаденія легкаго*. Это изытіе большаго числа легочныхъ пузырьковъ изъ дыхательнаго акта должно, конечно, какъ и вообще при большинствѣ болѣзней легочной ткани, обнаруживаться послѣдствіями затрудненнаго доступа воздуха, т. е. инспираторнымъ втягиваніемъ грудной клѣтки, особенно въ нижнихъ ея частяхъ (иногда на одной лишь сторонѣ, если обширный ателектазъ существуетъ только въ одномъ легкомъ), и поверхностнымъ учащеннымъ дыханіемъ. Вентиляція легкаго при этомъ всегда несовершенна, такъ что появляется ціанозъ вмѣстѣ съ остальными признаками отравленія углекислотою. Границы легкаго нормальны: хотя спавшаяся часть его и уменьшена въ объемѣ, но это уравнивается викарнымъ расширеніемъ тѣхъ легочныхъ пузырьковъ, въ которыхъ не существуетъ ателектаза. При слабой перкуссіи мы находимъ притупленіе звука, но лишь въ томъ случаѣ, когда ателектазъ занимаетъ довольно большое протяженіе, т. е. когда спавшаяся часть легкаго, не содержа-

щая воздуха, имѣть въ толщину нѣсколько сантиметровъ, а въ длину — по меньшей мѣрѣ 5 сантиметровъ, и когда она вмѣстѣ съ тѣмъ лежитъ поверхностно. До тѣхъ поръ пока изъ легочныхъ пузырьковъ еще не исчезъ весь находящійся въ нихъ воздухъ, не существуетъ и притупленія, а констатируется только тимпанический звукъ, который зависитъ отъ уменьшеннаго напряженія ихъ стѣнокъ. При рѣзко выраженномъ притупленіи перкуторнаго звука слѣдуетъ ожидать усиленнаго голосоваго дрожанія грудной клѣтки, съ бронхиальнымъ дыханіемъ и бронхофоніей. Важное значеніе имѣетъ крепитация: если она соответствуетъ области притупленнаго звука и если она достаточно обильна, то это доказываетъ, что легочные пузырьки, по крайней мѣрѣ — отчасти, еще доступны для вдыхаемаго воздуха. Такъ какъ поочередное измѣненіе объема легкихъ въ моментъ вдыханія и выдыханія, совершающееся при нормальныхъ условіяхъ, весьма значительно способствуетъ кровообращенію, то при болѣе обширномъ распространеніи ателектаза, а слѣдовательно при затрудненномъ вдыханіи, удовлетворительная діастола оказывается невозможною, и количество крови, поступающей въ правое предсердіе, должно быть уменьшено, т. е. въ результатѣ долженъ получиться венозный застой. Но такъ какъ упругость легкихъ способствуетъ и кровообращенію въ системѣ *малаго круга*, то и въ этой послѣдней, при патологически измѣненныхъ условіяхъ, производимыхъ ателектазомъ, кровь должна точно также застаиваться по направленію къ правому сердцу. Дѣло именно въ томъ, что хотя кровь проходитъ безпрепятственно чрезъ сосуды спавшихся частей легкаго, но ускореніе кровообращенія, наступающее въ моментъ вдыханія при нормальныхъ условіяхъ (главнымъ образомъ — благодаря растяженію лѣваго предсердія и ускоренію оттока крови изъ легочныхъ венъ), не наступаетъ вовсе или, по крайней мѣрѣ, уменьшается при ателектазѣ, такъ какъ грудная клѣтка и легкія расширяются недостаточно. Послѣдствіемъ этого застоя въ маломъ кругу является расширение праваго сердца, обнаруживающееся и при выстукиваніи, если ателектазъ существуетъ въ болѣе значительной степени развитія: сердечная тупость оказывается расширенною, въ особенности, если она еще обнажена на большемъ протяженіи вслѣдствіе ателектаза легочныхъ краевъ.

Впрочемъ, ни одинъ изъ этихъ симптомовъ не свидѣтельствуетъ съ положительностью о присутствіи ателектаза: они доказываютъ только то, что часть легкаго не содержитъ воздуха и что она изъята изъ дыхательнаго акта; но о самой причинѣ такого изыятія симптомы эти ничего не говорятъ. Однако, діагнозъ ателектаза можетъ быть поставленъ по большей части безошибочно, *если принята во вниманіе этиологія даннаго случая и если исключены другія болѣзненные состоянія, протекающія при тѣхъ же самыхъ явленіяхъ.*

Помимо ателектаза новорожденныхъ, который образуется въ томъ случаѣ, если легкія, не содержащія воздуха въ моментъ рожденія младенца, остаются безвоздушными вслѣдствіе недостаточной энергіи дыханія или же вслѣдствіе закупорки бронховъ слизью и первороднымъ каломъ,—во всѣхъ остальныхъ случаяхъ ателектазъ бываетъ *послѣдовательнымъ* состояніемъ, которое вызвано другими болѣзнями. Если плевритическій или перикардіальный выпотъ, или скопленіе воздуха въ полости плевры (pneumothorax), или опухоль самого легкаго и средостѣнія, или искривленіе позвоночника и т. п. препятствуютъ полному развертыванію легкаго въ грудной полости, или же, если дыхательныя экскурсіи грудобрюшной преграды ограничены вслѣдствіе брюшной водянки или большихъ опухолей и ненормальнаго скопленія воздуха въ брюшной полости, то наступаетъ ателектазъ легкаго. Особенно часто ателектазъ происходитъ такимъ образомъ, что просвѣтъ бронхіальныхъ трубокъ закупоренъ слизью, а воздухъ, находящійся въ соответственной части легкаго и не имѣющій выхода наружу, всасывается волосными сосудами легочныхъ пузырьковъ, и легкое въ этомъ мѣстѣ спадается, благодаря своей уругости. Этотъ способъ образованія ателектаза наблюдается въ особенности при капиллярномъ бронхитѣ у дѣтей и при бронхитѣ въ теченіи брюшнаго тифа. Развитію ателектаза при брюшномъ тифѣ способствуетъ также общая слабость, появляющаяся при болѣе продолжительномъ теченіи болѣзни. Слабость эта играетъ вообще важную роль въ возникновеніи ателектаза при самыхъ различныхъ болѣзняхъ, сопровождаемыхъ истощеніемъ силъ. Именно, такъ какъ ослабленный, истощенный больной, въ особенности когда у него помрачено сознаніе, остается по цѣлымъ днямъ неподвижно въ одномъ и томъ же положеніи, то легкое не можетъ достаточно расширяться на той сторонѣ, на которой лежитъ больной, и поэтому очень быстро развивается обширный ателектазъ.

Слѣдовательно, при распознаваніи необходимо принимать въ расчетъ вышеуказанные этиологическіе моменты, подъ вліяніемъ которыхъ развивается ателектазъ. Если въ этиологіи даннаго случая не имѣется вѣскихъ данныхъ для объясненія ателектаза, то діагнозъ стоитъ на весьма шаткихъ основаніяхъ, и уже напередъ вѣроятно, что спаденіе легкаго по ошибкѣ будетъ принято за какую-нибудь другую болѣзнь. Притупленіе звука въ заднихъ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки, конечно, можетъ быть обусловлено и экссудатомъ или инфильтраціею того или другаго происхожденія. Прежде всего, мы изслѣдуемъ голосовое дрожаніе грудной клѣтки соответственно мѣсту притупленія звука, и если оно оказалось усиленнымъ, то уже сразу очевидно, что причиною притупленія не можетъ быть скопленіе жидкости въ полости плевры. Труднѣе по первому взгляду исключить при постановкѣ діагноза пневмоническую инфильтрацію, гѣморрагическій инфарктъ, опухоль легкаго и т. п., такъ какъ эти болѣзненныя состоянія должны представлять тѣ же самыя физическія явленія, какія свойственны ателектазу. Въ дѣйствительности, однако, отличить эти болѣзни отъ ателектаза оказывается легче, чѣмъ можно было бы ожидать. Всѣ эти болѣзни представляютъ болѣе длительныя патологическія пораженія легочной ткани, между тѣмъ какъ ателектазъ есть состояніе скоропреходящее, которое съ улучшеніемъ основной болѣзни опять исчезаетъ и которое можетъ быть видоизмѣнено или совершенно устранено нѣкоторыми врачебными приѣмами. Именно, если дать больному другое положеніе тѣла, напр. при притупленіи звука на лѣвой сторонѣ

грудной кѣтки положить больного на правый бокъ, или наоборотъ, и если больной при этомъ будетъ производить глубокія и частыя вдыханія, то спавшаяся часть легкаго получаетъ возможность вновь расширяться. Разъединеніе соприкасающихся стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ, производимое сильнымъ напоромъ вдыхаемаго воздуха, сопровождается появленіемъ *крепитациі*; при *цѣлесообразномъ положеніи больного и энергическихъ вдыханіяхъ* мы находимъ уже спустя короткое время, часто по истеченіи 12 часовъ, что *рызкое до тѣхъ поръ притупленіе перкуторнаго звука, бронхофонія и бронхиальное дыханіе уступили мѣсто ясному легочному звуку и нормальному дыхательному шуму, а затѣмъ они опять появляются, если указанныя мѣры оставлены въ пренебреженіи*. Обстоятельство это имѣетъ для діагноза величайшую важность и отличаетъ ателектазъ легкихъ отъ всѣхъ другихъ патологическихъ измѣненій, представляющихъ подобные же симптомы. Что кровянистая мокрота говоритъ въ пользу гѣмorrhagическаго инфаркта или пневмоніи и что присутствіе лихорадки тоже свидѣтельствуетъ о присутствіи пневмоніи, — это не подлежитъ сомнѣнію, но все-таки не должно забывать, что при пневмоніи можетъ отсутствовать кровянистая мокрота и что, съ другой стороны, къ появленію ателектаза предрасполагаютъ именно лихорадочныя болѣзни.

Очень небольшіе ателектазы, ограничивающіеся немногими квадратными сантиметрами, какъ уже было нами замѣчено, недоступны распознаванію; но, по крайней мѣрѣ, предполагать ограниченное или начинающееся спаденіе легкаго вполне позволительно у тѣхъ больныхъ, которые предрасположены къ ателектазу и у которыхъ *постоянно слышна крепитация на одномъ и томъ же ограниченномъ мѣстѣ легкаго*. Я говорю именно о крепитации, слышной постоянно, такъ какъ скоропреходящую крепитацию, которая опять исчезаетъ послѣ нѣсколькихъ дыхательныхъ движеній, можно слышать у многихъ больныхъ и даже у людей совершенно здоровыхъ, когда они долго оставались въ положеніи на спинѣ.

Гипостазъ легкихъ.

При гипостазѣ легкихъ, какъ и при марантическомъ ателектазѣ, рѣшающую роль играютъ механическія условія. И здѣсь также процессъ локализируется въ тѣхъ мѣстахъ легкаго, которыя лежатъ всего ниже: при положеніи больного на спинѣ образуется гипостазъ въ задней части нижнихъ долей, а если больной долго пролежалъ на боку, то замедленіе кровообращенія происходитъ на томъ же боку, въ частяхъ легкаго, занимающихъ самое низкое положеніе. Въ мѣстѣ съ гипостазомъ обыкновенно встрѣчается и ателектазъ легкаго. Но для возникновенія *гипостаза*, т. е. пассивной гипереміи съ ея послѣдствіями, съ застоемъ крови и выпотѣніемъ кровяной жидкости и кровяныхъ тѣлецъ въ легочные пузырьки, всегда требуется одно обстоятельство, именно значительный *упадокъ дѣятельности сердца*. Послѣдній встрѣчается при самыхъ различныхъ условіяхъ: при тяжелыхъ

лихорадочныхъ болѣзняхъ, въ особенности—инфекціонныхъ, чаще всего при брюшномъ тифѣ, у людей преклоннаго возраста, при общей кахексіи, продолжительной агоніи и т. п. Возникновенію гипостаза способствуютъ всѣ тѣ условія, которыя мѣшаютъ нормальному измѣненію объема легкихъ при вдыханіи и выдыханіи, а слѣдовательно замедляютъ кровообращеніе вообще и скорость движенія крови по сосудамъ легкихъ—въ частности. Къ числу этихъ состояній, благопріятствующихъ образованію гипостаза, относятся: брюшная водянка, метеоризмъ, опухоли брюшной полости, короче сказать—всѣ тѣ условія, которыя не допускаютъ достаточнаго сокращенія грудобрюшной преграды; мало того, даже нормальная печень, прилегая къ діафрагмѣ на большомъ пространствѣ, уже является достаточнымъ основаніемъ къ тому, что сокращеніе грудобрюшной преграды на правой сторонѣ сопряжено съ нѣскольکو бѣльшими затрудненіями, чѣмъ на лѣвой, такъ что обыкновенно гипостазъ на правой сторонѣ оказывается въ болѣе сильной степени развитія. Впрочемъ, въ значительномъ большинствѣ случаевъ образуются гипостазы съ обѣихъ сторонъ.

Симптомы слагаются изъ признаковъ недостаточной дѣятельности сердца и затрудненнаго дыханія. Слѣдовательно, при гипостазахъ мы находимъ малый учащенный пульсъ, расширеніе праваго сердца и неоднократно уже упоминавшіеся нами признаки венознаго застоя и отравленія углекислотою. Но признаки эти имѣютъ для діагноза, конечно, второстепенное значеніе, такъ какъ они свойственны и другимъ самымъ различнымъ болѣзненнымъ состояніямъ. Въ началѣ образованія гипостаза, до тѣхъ поръ пока воздухъ въ легочныхъ пузырькахъ хотя и содержится въ уменьшенномъ количествѣ, но еще не вытѣсненъ изъ нихъ вполне или не всосался волосными сосудами, мы находимъ въ заднихъ нижнихъ частяхъ грудной кѣтки тимпаническій или притупленный звукъ и ослабленное везикулярное дыханіе, а въ послѣдствіи притупленіе звука распространяется снизу вверхъ, и, наконецъ, при полномъ исчезновеніи воздуха изъ легочныхъ пузырьковъ появляется абсолютно тупой звукъ съ бронхіальнымъ дыханіемъ, бронхофоніей и усиленнымъ голосовымъ дрожаніемъ грудной кѣтки.

Если гипостазъ въ своемъ дальнѣйшемъ теченіи переходитъ въ воспаленіе, какъ это бываетъ довольно часто, т. е., если развивается катарральная или затяжная фибринозная *пневмонія*, то вышеописанные симптомы, правда, не измѣняются, но за то къ нимъ присоединяется лихорадка; впрочемъ, всегда нужно помнить, что и при простомъ гипостазѣ можетъ существовать лихорадка, какъ послѣдствіе основной болѣзни. Присутствіе крови въ мокротѣ точно также не имѣетъ рѣшающаго значенія для діагноза гипостатической *пневмоніи*, потому что и при бронхіальномъ катаррѣ, столь часто предшествующемъ развитію гипостаза, иногда отхаркивается слегка кровянистая мокрота.

Если послѣдняя становится очень жидкою, пѣнистою, свѣтло-красною, если хрипы сдѣлались обильными и влажными, и если другіе физическіе симптомы говорятъ въ пользу существующаго гипостаза, то мы выравъ признать, что къ нему присоединился *отекъ легкихъ*. Наконецъ, если мокрота становится чисто-кровою или принимаетъ красно-бурый цвѣтъ, а въ особенности, если этому предшествовалъ потрясающій ознобъ или у больного существуетъ порокъ сердца, то притупленіе перкуторнаго звука въ заднихъ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки и присутствіе вышеуказанныхъ физическихъ явленій свидѣтельствуютъ не столько о гипостазѣ, сколько о *геморрагическомъ инфарктѣ*. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что послѣдній почти всегда образуется только въ одномъ легкомъ и уже этимъ самымъ отличается отъ гипостаза. Хотя инфаркты тоже могутъ развиваться въ обоихъ легкихъ одновременно, но такое явленіе эмболій въ обоихъ нижнихъ доляхъ составляетъ большую рѣдкость.

Изъ всего сказаннаго очевидно, что діагнозъ гипостаза можетъ представлять различнаго рода сомнѣнія. Но въ общемъ почти всегда удается поставить его безошибочно, если обращать вниманіе на постепенность развитія гипостаза, на его мѣстоположеніе, на тотъ фактъ, что онъ почти всегда развивается въ обоихъ легкихъ одновременно, а главное — на этиологію даннаго случая, и если констатированы тѣ условія, которыя способствуютъ возникновенію гипостаза, т. е. ослабленная дѣятельность сердца и механическое дѣйствіе тяжести, играющее при этомъ главную роль.

Эмфизема легкихъ.

При *эмфиземѣ* (везикулярной), въ противоположность тѣмъ состояніямъ, которыя сейчасъ были описаны, мы имѣемъ дѣло съ расширеніемъ легочныхъ пузырьковъ и исчезновеніемъ находящихся между ними перегородокъ. Это расширеніе легочныхъ пузырьковъ существуетъ *постоянно* и отличается такимъ образомъ весьма существенно отъ неоднократно упоминавшагося остраго скоропреходящаго расширенія легкихъ, о которомъ мы уже говорили, какъ о послѣдствіи различныхъ болезней дыхательныхъ органовъ, а въ частности — капиллярнаго бронхита и бронхіальной астмы.

Эмфизематозное легкое находится въ состояніи постепенно возникшаго расширенія, которое влечетъ за собою то, что легкое отчасти прикрываетъ сосѣдніе органы. Для эмфиземы характеристично также уничтоженіе эластической ткани легкаго съ исчезновеніемъ перегородокъ между отдѣльными растянутыми легочными пузырьками, а слѣдовательно и соответствующихъ волосныхъ сосудовъ; кромѣ того, благодаря растяженію сосудовъ въ стѣнкахъ легочныхъ пузырьковъ, происходитъ суженіе, а въ концѣ концовъ полная облитерація и жировое перерожденіе цѣлыхъ сосудистыхъ областей. Если всегда руководство-

ваться этими основными измѣненіями, свойственными эмфиземѣ, то послѣдовательныя явленія, составляющія клиническую картину этой болѣзни, будутъ легко понятны, и можно будетъ пользоваться ими для распознаванія. Въ числѣ этихъ послѣдовательныхъ явленій самую важную роль играютъ *измѣненія дыхательныхъ движеній и разстройства кровообращенія.*

При нормальныхъ условіяхъ вдыханіе всегда совершается активной дѣятельностью грудобрюшной преграды и межреберныхъ мышцъ, тогда какъ выдыханіе происходитъ, какъ извѣстно, только въ силу того, что грудная клѣтка, расширившаяся въ моментъ вдыханія, спадается въ силу своей тяжести, а вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживается дѣйствіе упругости легочной ткани, которое уменьшаетъ объемъ легкихъ, растянутыхъ при вдыханіи, оттягиваетъ грудную стѣнку внутрь и способствуетъ поднятію грудобрюшной преграды. Если же упругость легочной ткани значительно уменьшилась, какъ это въ очень рѣзкомъ видѣ бываетъ при эмфиземѣ, то затрудняется и замедляется прежде всего *выдыханіе*; слѣдовательно, *одышка у эмфизематиковъ — по преимуществу экспираторная.*

Но и *вдыханіе*, въ свою очередь, также представляетъ нѣкоторыя разстройства. Уменьшенная упругость легкихъ, сама по себѣ, конечно, облегчала бы расширеніе ихъ при вдыханіи; но недостаточное уменьшеніе объема легкихъ въ моментъ выдыханія должно имѣть своимъ послѣдствіемъ недостаточное и слишкомъ поздно наступающее возбужденіе нервовъ, идущихъ ко дыхательному центру; съ другой стороны, при эмфиземѣ должно быть уменьшено напряженіе эластичности *грудныхъ стѣнокъ*, которое во время дыхательной паузы при нормальныхъ условіяхъ производится именно упругою реакціей легкихъ и благодаря которому облегчается наступленіе вдыханія, а если реберные хрящи при эмфиземѣ постепенно окостенѣли, то это дѣйствіе на грудныя стѣнки будетъ совсѣмъ прекращено вълѣдствіе того, что грудная клѣтка сдѣлалась неподатливой. Наконецъ, такъ какъ при эмфиземѣ увеличено количество воздуха, остающееся въ легкихъ послѣ выдыханія, то вентиляція ихъ затруднена, и неизбѣжно должно наступить кислородное голоданіе. Последнее еще болѣе увеличивается, благодаря уничтоженію стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ и благодаря облитераціи волосныхъ сосудовъ малаго круга, такъ какъ этимъ самымъ даны условія для ограниченія количества кислорода, поступающаго въ организмъ.

Такъ какъ при вдыханіи съ трудомъ доставляется въ легкія необходимое количество кислорода, а вмѣстѣ съ тѣмъ затруднено и выхожденіе воздуха при выдыханіи, то это обнаруживается слѣдующими измѣненіями, весьма важными для діагноза: *вдыханіе совершается съ большими усиліями*, при содѣйствіи всѣхъ вспомогательныхъ мышцъ; кромѣ лѣстныхныхъ и грудино-ключично-сосковыхъ мышцъ, выпяченныхъ на шеѣ въ видѣ твердыхъ натянутыхъ шнуровъ, при болѣе значительномъ развитіи эмфиземы усиленно сокращаются во время вдыханія трапеціевидныя мышцы и разгибатели позвоночника; мало того, больные, упираясь руками неподвижно въ какой-нибудь предметъ, фиксируютъ такимъ образомъ обѣ лопатки и при усиленномъ вдыханіи приводятъ въ сокращеніе малыя грудныя мышцы. Но главнѣйшая дыхательная мышца, именно грудобрюшная преграда, не можетъ удовлетворительно сокращаться потому что во время выдыханія она не поднимается вверхъ, какъ при нормальныхъ условіяхъ, а продолжаетъ стоять очень низко, и слѣдовательно во время наступающаго затѣмъ вдыханія она уже не можетъ дальше опуститься; такимъ образомъ

эффектъ ея сокращенія равенъ нулю. Діафрагматическій брюшной типъ дыханія исчезаетъ и замѣняется часто ребернымъ типомъ; если при этомъ существуютъ препятствія для вступленія воздуха, особенно—по причинѣ закупорки бронховъ находящейся въ нихъ слизи, то надчревная область при вдыханіи втягивается, какъ это часто бываетъ и при другихъ состояніяхъ, при которыхъ затрудненъ доступъ воздуха. Послѣ всего этого весьма понятно, что грудная клѣтка при эмфиземѣ находится *постоянно* въ положеніи крайняго инспираторнаго расширенія.

Выдыханіе также производитъ эффектъ весьма незначительный: вслѣдствіе неподатливости грудной клѣтки, даже очень сильныя сокращенія выдыхательныхъ мышцъ, производимыя эмфизематикомъ съ цѣлью болѣе совершеннаго опорожненія легочныхъ пузырьковъ, приносятъ въ этомъ смыслѣ очень мало пользы, хотя брюшныя мышцы сильно напряжены и тверды какъ доска, и хотя больной, наклонившись тѣломъ впередъ, старается сжать брюшныя внутренности и такимъ образомъ отбѣснить діафрагму вверхъ. При кашлѣ легкія проталкиваются кнаружи и кверху, въ направленіи наименьшаго сопротивленія, такъ что верхушки ихъ выпячиваются надъ ключицами въ видѣ толстыхъ шарообразныхъ возвышеній.

Дыхательныя экскурсіи, въ виду всего этого, очень ничтожны, жизненная ёмкость легкихъ значительно уменьшена и число дыханій увеличено; иногда затрудненіе дыханія усиливается до степени астматическихъ приступовъ, которые являются результатомъ временнаго спазма бронхіальныхъ мышцъ и протекаютъ въ формѣ бронхіальной астмы.

Хотя всѣ эти разстройства дыханія, будучи констатированы у какого нибудь больного, уже сами по себѣ указываютъ на эмфизему, какъ на причину, которою они обусловлены, но все-таки полная достовѣрность придается діагнозу единственно физическимъ изслѣдованіемъ грудной клѣтки и легкихъ. При *осмотрѣ* мы въ большинствѣ случаевъ находимъ весьма значительное расширеніе грудной клѣтки, особенно въ передне-заднемъ размѣрѣ. Грудная клѣтка расширена главнымъ образомъ въ своихъ верхнихъ и среднихъ частяхъ, тогда какъ нижнія части ея (соотвѣтственно самому обычному способу возникновенія эмфиземы въ зависимости отъ очень сильныхъ выдыхательныхъ движеній) окружены неподатливымъ, туго натянутымъ поясомъ сильно напряженныхъ выдыхательныхъ мышцъ, прикрѣпляющихся въ этой области грудной клѣтки. Дѣло именно въ томъ, что во время возникновенія эмфиземы воздухъ проталкивался форсированными выдыханіями при закрытой голосовой щели въ верхнія части легкихъ, и поэтому грудная клѣтка постепенно пріобрѣла *бочкообразную* форму. Однако, по моимъ наблюденіямъ, это бываетъ далеко не всегда: въ нѣкоторыхъ случаяхъ увеличенъ поперечный размѣръ грудной клѣтки (справа налѣво), а въ другихъ форма ея оказывается довольно нормальной, если эмфизема начала развиваться въ болѣе позднемъ возрастѣ, когда реберныя хрящи уже вполнѣ окостенѣли. Какъ бы то ни было, характеристическая бочкообразная форма грудной клѣтки отсутствуетъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ причиною расширенія легочныхъ пузырьковъ было ненормально увеличенное инспираторное давленіе, ограничивавшееся только опредѣленными участками

легкаго, какъ напр. при викарной эмфиземѣ. Межреберныя пространства расширены, сглажены; шея утолщена вслѣдствіе гипертрофіи находящихся на ней вспомогательныхъ инспираторныхъ мышцъ.

При *ощупываніи* констатируется ослабленное голосовое дрожаніе грудной кѣтки, вслѣдствіе того, что уменьшена ея способность приходить въ колебанія. При *выстукиваніи* мы находимъ, что *границы легкихъ расширены*, и въ этомъ заключается важнѣйшій патогностическій признакъ эмфиземы. Границы легкихъ спереди доходятъ до 8-го ребра или еще ниже, а сзади — до 12-го груднаго, нерѣдко даже до 1-го или 2-го поясничнаго позвонка. Особенно рѣзко бросается въ глаза и для постановки діагноза чрезвычайно важно то обстоятельство, что *границы легкихъ при вдыханіи не смѣщаются вовсе или только весьма незначительно*, самое большее — на ширину одного пальца. Перкуторный звукъ нѣсколько измѣненъ: онъ бываетъ во многихъ случаяхъ очень громкимъ, а въ заднихъ и боковыхъ частяхъ — особенно звучнымъ, представляя своеобразный, иногда весьма рѣзкій тембръ («картонный звукъ»). *Нижняя граница печени*, — по крайней мѣрѣ, при болѣе значительномъ развитіи эмфиземы, — смѣщена книзу вслѣдствіе опущенія грудобрюшной преграды, т. е. уже въ состояніи покоя выдается изъ-за реберной дуги по сосковой линіи. Селезенка, по той же самой причинѣ, точно также опущена, и верхняя граница селезеночной тупости находится ниже, чѣмъ у здороваго чело-вѣка; но все таки прощупать селезенку, даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, *никогда*, по многимъ наблюденіямъ, *не удается*, если она не увеличена вслѣдствіе застоя крови.

Менѣе характеристичны результаты *выслушиванія*. Вообще, дыхательный шумъ бываетъ только ослабленъ и въ то же время отличается своею мягкостью, такъ что для чело-вѣка опытнаго одинъ уже этотъ результатъ выслушиванія часто дѣлаетъ вѣроятнымъ присутствіе эмфиземы. Кромѣ того, почти всегда бываютъ слышны хрипы, которые обуславливаются сопутствующимъ эмфиземѣ бронхіальнымъ катарромъ.

Не менѣе важны, какъ для симптоматологіи, такъ и для распознаванія эмфиземы, тѣ послѣдовательныя измѣненія, которыя наступаютъ въ *аппаратъ кровообращенія*. Такъ какъ упругая реакція легкихъ при нормальныхъ условіяхъ способствуетъ кровообращенію въ системѣ малаго круга, растягивая лѣвое предсердіе и облегчая оттокъ крови изъ легочныхъ волосныхъ сосудовъ, то очевидно, что уменьшеніе упругости легкихъ при эмфиземѣ должно имѣть своимъ послѣдствіемъ затрудненіе кровообращенія въ маломъ кругу. Далѣе, анатомическія измѣненія, существующія при эмфиземѣ, влекутъ за собою уничтоженіе многочисленныхъ волосныхъ сосудовъ легочной ткани, и поэтому кровяное давленіе въ легочной артеріи повышено. Кромѣ того, такъ какъ выдыханіе при нормальныхъ условіяхъ благоприятствуетъ систолическому

опорожнению сердца и наполнению аортной системы, а при эмфиземѣ выдыханіе затруднено, то въ результатѣ оказывается, что артеріи при эмфиземѣ наполнены недостаточно, и пульсъ становится малымъ. Слѣдовательно, вліяніе, оказываемое на кровообращеніе легочною эмфиземою, сводится къ пониженію кровяного давленія въ артеріальной системѣ и къ повышенію его въ системѣ малаго круга, такъ что *въ конечномъ результатѣ получается уменьшенная скорость теченія крови въ маломъ кругу*. Наконецъ, такъ какъ полезный эффектъ работы лѣваго сердца уменьшенъ и такъ какъ въ системѣ малаго круга существуетъ застой, то это должно затруднять оттокъ крови изъ венъ большаго круга въ правое сердце, и слѣдовательно въ этихъ венахъ также долженъ явиться застой, а въ волосныхъ сосудахъ тѣла должна уменьшиться скорость теченія крови. Это значительное разстройство всего кровообращенія должно, разумѣется, повлечь за собою послѣдовательныя измѣненія въ центральномъ органѣ, а именно—*расширеніе и гипертрофію праваго сердца*. Впрочемъ, благодаря именно этой гипертрофіи, разстройство кровообращенія болѣе или менѣе совершенно компенсируется въ продолженіе нѣкотораго времени. Но компенсация ограничена довольно тѣсными предѣлами, и какъ только она начинаетъ ослабѣвать, повсюду обнаруживаются рѣзкіе признаки застоя крови. Поэтому одна изъ главнѣйшихъ задачъ діагноза, не менѣе важная, чѣмъ констатированіе анатомическихъ измѣненій легкаго, заключается въ томъ, чтобы при эмфиземѣ опредѣлить и вѣрно истолковать состояніе сердца въ данный моментъ.

Въ противоположность другимъ состояніямъ, при которыхъ также существуетъ расширеніе и гипертрофія праваго желудочка, обнаружить увеличеніе сердца при эмфиземѣ представляется довольно труднымъ. Очевидно, что сердце на большомъ протяженіи прикрыто эмфизематозно-расширенными краями легкихъ и что вмѣстѣ съ опущеніемъ діафрагмы должно измѣниться положеніе сердца, какъ и всѣхъ другихъ прилегающихъ къ ней органовъ (печень, селезенка). Когда діафрагма сдвигалась вслѣдствіе эмфиземы до такой степени уплощенной, что и *centrum tendinum*, на которомъ лежитъ сердце, также смѣстилось внизъ, то и сердце должно выйти изъ своего нормальнаго положенія. Сердце въ это время, какъ доказано опытомъ, принимаетъ болѣе горизонтальное положеніе, причемъ основаніе его перемѣщается назадъ и вправо, а верхушка поворачивается влѣво и кнаружи, совершенно прикрываясь легочными краями. Поэтому сердечный толчекъ становится неощутимымъ. Но за то въ надчревной области, у мечевиднаго отростка грудины, замѣчаются сильные и очень распространенныя систолическія пульсаціи. Послѣднія зависятъ отъ сокращенія гипертрофированнаго праваго желудочка, смѣщеннаго книзу и принявшаго горизонтальное положеніе. Иногда удается даже ощупать край праваго желудочка, отвердѣвающий во время систолы. При *выстукиваніи* это смѣщеніе сердца обнаруживается тѣмъ, что сердечная тупость начинается на 1—2 межреберныхъ пространства ниже, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. При сильно развитой эмфиземѣ сердце до такой степени прикрыто легкими, что, не смотря на расширеніе и гипертрофію праваго желудочка, сердечная тупость оказывается не только не увеличенною, а, наоборотъ, даже уменьшенною или совсѣмъ отсутствуетъ. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, если при анатомическомъ вскрытіи иногда находятъ значительное увеличеніе сердца

въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ при жизни было констатировано уменьшеніе сердечной тупости. Мало того, если при несомнѣнно существующей эмфиземѣ сердечная тупость имѣетъ нормальныя границы, то слѣдуетъ даже заключить, что сердце значительно увеличено, такъ какъ легкія, не смотря на свое расширеніе, не могли уменьшить его перкуторныхъ границъ.

Диагнозъ гипертрофіи праваго желудочка подѣрживается *выслушиваніемъ сердца*, такъ какъ второй звукъ легочной артеріи значительно усиленъ. Впрочемъ, остальные звуки сердца бываютъ ослаблены, часто даже едва слышны, благодаря тому, что оно прикрито легкими. Иногда при отсутствіи осложненія органическимъ порокомъ клапановъ существуютъ систолическіе сердечные шумы, которые въ различныхъ случаяхъ требуютъ разнаго объясненія: это могутъ быть или случайные шумы, или шумы, зависящіе отъ недостаточности трехстворчатого клапана, именно отъ недостаточности относительной, которая явилась результатомъ расширенія праваго желудочка. Если застой крови достигаетъ болѣе значительной степени, то на первомъ планѣ выступаютъ уже извѣстные намъ симптомы, именно ціанозъ, пульсація шейныхъ венъ, опуханіе печени, альбуминурія и скудное выдѣленіе мочи вслѣдствіе застоя въ почкахъ, водянка въ полости плевры, брюшная водянка, подкожный отекъ, катарръ желудка и кишекъ, наконецъ, хроническій бронхитъ, который хотя и существуетъ обыкновенно въ видѣ первичной болѣзни, подавшей поводъ къ развитію эмфиземы, но можетъ все-таки вторичнымъ образомъ поддерживаться и усиливаться застоемъ крови въ маломъ кругу. Кашель и мокрота не характеристичны, а представляютъ только продуктъ существующаго бронхита; мокрота бываетъ или вязкая, слизистая, или гнойная, а въ рѣдкихъ случаяхъ содержитъ примѣсь крови, и если эта примѣсь очень значительна, то можно думать объ осложненіи легочною чахоткою или же гѣмorrhagическимъ инфарктомъ, къ образованію котораго подаетъ поводъ расширеніе праваго сердца. Катарръ желудка и кишекъ, обусловливаемый застоемъ крови, и недостаточный оттокъ лимфы изъ груднаго лимфатическаго ствола въ лѣвую подключичную вену, опорожненіе которой точно также затруднено, составляютъ главнѣйшіе источники тѣхъ разстройствъ питанія, которыя въ концѣ концовъ обязательно развиваются у эмфизематика.

Характеристическая форма грудной клѣтки, особенный типъ дыханія, а главнымъ образомъ результаты перкуссіи, т. е. расширенныя границы легкихъ, не смѣщающіяся при вдыханіи и выдыханіи, малая величина сердечной тупости, гипертрофія праваго желудочка съ усиленіемъ втораго звука легочной артеріи и послѣдовательными явленіями застоя крови, въ связи съ остальными симптомами, которые сейчасъ были нами описаны, обыкновенно позволяютъ очень легко и съ большою положительностью поставить діагнозъ везикулярной эмфиземы. Напротивъ

того, диагнозъ болѣе труденъ, если дѣло идетъ только о викарной эмфиземѣ, о которой мы еще будемъ говорить въ послѣдующемъ изложеніи. Нельзя также отрицать, что иногда случаются ошибки въ діагнозѣ, если не обращено вниманія на нѣкоторые другіи болѣзни, имѣющія известное сходство съ эмфиземой, хотя исключить ихъ обыкновенно бываетъ не трудно.

Если мы изслѣдуемъ больного въ первый разъ и если относительно анамнеза ничего неизвѣстно, то можетъ случиться, что за эмфизему будетъ принято *острое расширение легкихъ*, встрѣчающееся, напр., при капиллярномъ бронхитѣ и при бронхіальной астмѣ. Но такъ какъ дѣло идетъ здѣсь о такихъ состояніяхъ, которыя возникаютъ очень быстро и затѣмъ исчезаютъ спустя короткое время, то діагнозъ вполне выясняется дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ весь вопросъ заключается въ томъ, уменьшились ли опять до нормальныхъ размѣровъ увеличенныя границы легкихъ по окончаніи приступа астмы или по ослабленіи бронхита, такъ какъ при эмфиземѣ расширение легочныхъ пузырьковъ существуетъ постоянно и границы легкихъ уже не могутъ уменьшиться. Къ тому же при остромъ расширеніи легкихъ границы ихъ никогда не бывають раздвинуты въ такой сильной степени, какъ при вполне развитой эмфиземѣ, т. е. степень расширения этихъ границъ никогда не переходитъ за крайній предѣлъ инспираторнаго положенія нормальнаго легкаго (для боковаго нижняго края этотъ предѣлъ составляетъ 3 — 4 сантиметра), а при эмфиземѣ границы эти довольно нерѣдко представляютъ болѣе значительное смѣщеніе книзу и доходятъ въ заднихъ частяхъ даже до втораго поясничнаго позвонка. Смѣшать эмфизему съ *накопленіемъ воздуха въ полости плевры* (pneumothorax) едва ли возможно, хотя нѣкоторые авторы и утверждаютъ противное; такая ошибка тѣмъ менѣе возможна, что накопленіе воздуха въ плеврѣ почти всегда существуетъ лишь на одной сторонѣ, образуется очень быстро и, собственно говоря, не имѣетъ съ эмфиземой ничего общаго, кромѣ расширения грудной крѣтки и ослабленія голосоваго дрожанія при ясномъ перкуторномъ звукѣ!

Напротивъ того, по моимъ наблюденіямъ, довольно нерѣдко приходится рѣшать вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ эмфиземой или съ чрезмѣрно *большими легкими*, нормально функционирующими во всѣхъ отношеніяхъ (pulmo excessivus). Особенно часто приходится рѣшать этотъ вопросъ при изслѣдованіи лицъ, желающихъ застраховать свою жизнь, или въ такихъ случаяхъ, когда въ чрезмѣрно большихъ легкихъ развился хроническій бронхіальный катарръ. Перкуторныя явленія, столь важныя для діагноза эмфиземы, совершенно одинаковы какъ при эмфиземѣ, такъ и въ чрезмѣрно большихъ легкихъ: границы легкаго опущены до 8-го, а сзади—до 12-го ребра, сердечная тупость уменьшена или совсѣмъ отсутствуетъ, сердечный толчекъ ослабленъ или совершенно неощутимъ.

Однако, для разрѣшенія вопроса достаточно уже нѣсколькихъ ударовъ перкуSSIONнымъ молоточкомъ, потому что при чрезмѣрно большихъ легкихъ нижніе края ихъ представляютъ нормальную степень подвижности, т. е. нижняя граница яснаго перкуторнаго звука при глубокомъ вдыханіи опускается по правой сосковой линіи на ширину двухъ пальцевъ. Второй звукъ легочной артеріи не усиленъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ отсутствуютъ катарральные шумы и ослабленіе везикулярнаго дыханія. Но если наряду съ расширеніемъ границъ легкихъ даже и существуютъ катарральные шумы вслѣдствіе осложненія бронхитомъ, то и въ такомъ случаѣ мы можемъ съ полною увѣренностью исключить эмфизему, коль скоро оказалось, что нижній боковой край легкаго смѣщается на 3—4 сант., какъ у здороваго человѣка.

Нерѣдко также мнѣ представлялось труднымъ отличить эмфизему въ позднѣйшей стадіи ея развитія отъ порока *двустворчатаго клапана или лѣваго венознаго отверстія*, а особенно — отъ *идіопатической гипертрофіи сердца въ періодъ упадка его дѣятельности*. Такъ какъ при эмфиземѣ далеко не всегда бываетъ развита характеристическая форма грудной клѣтки, такъ какъ въ теченіи этой болѣзни появляются признаки несостоятельности сердца, съ застойными явленіями, а въ частности — съ водянкою въ полости плевры и сердечной сорочки, такъ какъ въ позднѣйшія стадіи эмфиземы встрѣчаются систолическіе сердечные шумы, а съ другой стороны, хроническій бронхитъ, обусловливаемый застоемъ крови въ маломъ кругу, представляетъ явленіе свойственное обѣмъ болѣзнямъ въ одинаковой степени, то діагнозъ эмфиземы лишается лучшихъ своихъ объективных признаковъ. Дѣло именно въ томъ, что вслѣдствіе водянки полости плевры нельзя съ точностью опредѣлить границы легкихъ, а сердечная тупость кажется увеличенною вслѣдствіе осложняющей водянки сердечной сорочки. Хотя и слѣдовало бы ожидать, что опущеніе границъ легкихъ можетъ быть безъ труда обнаружено при измѣненномъ положеніи тѣла, однако каждому врачу, которому часто приходится изслѣдовать больныхъ, случалось убѣждаться, что этотъ діагностическій пріемъ иногда не даетъ безспорнаго результата, потому ли, что водяночная жидкость въ полости плевры отчасти инкапсулирована, или потому, что сжатое легкое при вдыханіи недостаточно наполняется воздухомъ. При такихъ условіяхъ вопросъ всего лучше можетъ быть выясненъ назначеніемъ наперсточной травы (5—6 разъ въ день по 0,1 грам. Pulv. Fol. Digitalis). Въ большинствѣ случаевъ удастся такимъ путемъ, благодаря усиленію дѣятельности сердца, достигнуть того, что исчезаетъ водянка сердечной сорочки и полости плевры, а затѣмъ діагнозъ эмфиземы уже не представляетъ серьезныхъ затрудненій.

Само собою разумѣется, что порокъ сердца и эмфизема могутъ существовать одновременно: хотя прежде утверждали, будто-бы эти

две болезни исключают одна другую, но мнение это оказалось несостоятельным. То же самое можно сказать не только о пороках клапанов, но также об идиопатической гипертрофии сердца и о бугорчатке, которая, по моим наблюдениям, далеко не редко встречается одновременно с эмфиземой.

Насколько легко обыкновенно бывает распознать эмфизему при значительном ее развитии, настолько же трудным часто оказывается распознать ее, если она существует в *незначительной степени*. Слѣдует поставить себя за правило—воздерживаться даже отъ предположительнаго діагноза эмфиземы, если не существуетъ несомнѣннаго опущенія границъ легкихъ, а главное, если границы эти не остаются неизмѣнными при самомъ глубокомъ вдыханіи или, по крайней мѣрѣ, если смѣщеніе ихъ превосходитъ ширину одного пальца.

Особаго разсмотрѣнія заслуживаетъ еще діагнозъ *викарной эмфиземы*. Последняя развивается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ перестали функционировать отдѣльные участки легкаго, а въ другихъ участкахъ, еще проходимыхъ, повышается давленіе воздуха при вдыханіи, или также при выдыханіи; если одновременно существуетъ кашель или происходятъ сильныя сокращенія брюшнаго пресса и т. п. Причиной этой формы эмфиземы могутъ быть всѣ тѣ болезни, которыя производятъ сжатіе легкаго и препятствуютъ его развертыванію при вдыханіи; сюда относятся именно: плевритъ, перикардитъ, искривленіе позвоночника, интерстиціальная пневмонія, а въ особенности—сморщиваніе легкаго послѣ плеврита, и т. д. Исходнымъ пунктомъ для діагноза долженъ здѣсь прежде всего служить анамнезъ. Если при изслѣдованіи найдена одна изъ вышеупомянутыхъ болезней, которыя могутъ вызывать викарную эмфизему, то необходимо обратить вниманіе на здоровое легкое. При этомъ нерѣдко оказывается, что нижній край его опущенъ, а медіальный край, въ особенности, если другое легкое сморщено и не содержитъ воздуха, отличается очень громкимъ низкимъ перкуторнымъ звукомъ и переходитъ чрезъ срединную линію грудной кости по направленію къ больной сторонѣ.

Въ такихъ случаяхъ обыкновенно очень легко можно констатировать смѣщеніе груднаго средостѣнія и прослѣдить съ помощію перкуссіи весь передній медіальный край эмфизематознаго легкаго. Если же викарная эмфизема развилась на больной сторонѣ въ тѣхъ частяхъ органа, которыя остались проходимы, то она можетъ до такой степени уравновѣсить уменьшеніе объема, зависящее отъ сжатія или сморщиванія, что границы больнаго легкаго иногда оказываются не особенно уменьшенными. Въ острой формѣ викарная эмфизема часто образуется въ переднихъ краяхъ легкихъ во время агоніи, именно у такихъ больныхъ, у которыхъ заднія нижнія части легкихъ не могутъ вполнѣ развертываться къ концу жизни, а между тѣмъ вдыханія еще происходятъ настолько энергично, что передніе медіальные края викарнымъ образомъ расширяются; сердечная тупость при этомъ уменьшена въ своемъ протяженіи, что и составляетъ одинъ изъ діагностическихъ признаковъ краевой эмфиземы.

Отъ везикулярной эмфиземы слѣдуетъ строго отличать двѣ другія болезни, которыя совершенно неправильно называются тѣмъ же именемъ; я говорю о такъ называемой *emphysema interlobulare et subpleurale* и *emphysema senile*. Вторая изъ этихъ двухъ болезней (*атрофія легкихъ*), подобно везикулярной легочной эмфиземѣ, характеризуется уничтоженіемъ межъальвеолярной ткани, запустѣніемъ волосныхъ сосудовъ и исчезаніемъ легочныхъ пузырьковъ; но расширеніе легкихъ при этомъ отсутствуетъ. Напротивъ того, объемъ легкихъ даже уменьшенъ, грудобрюшная преграда стоитъ высоко, границы легкихъ при вдыханіи смѣщаются, сердечная тупость обнажена на большемъ пространствѣ, позвоночникъ представляетъ стар-

ческое кифотическое искривленіе, грудная клѣтка уплощена съ боковъ, однимъ словомъ, здѣсь существуютъ измѣненія, прямо противоположныя тѣмъ, которыя наблюдаются при везикулярной эмфиземѣ. Поэтому смѣшать обѣ болѣзни совершенно невозможно. Онѣ не имѣютъ между собою ничего общаго, кромѣ одышки, зависящей отъ уничтоженія легочныхъ пузырьковъ, и кромѣ ціаноза, который легко можетъ быть объясненъ уничтоженіемъ большого числа легочныхъ волосныхъ сосудовъ. Но расширеніе и гипертрофія праваго сердца при такъ называемой старческой эмфиземѣ отсутствуютъ, очевидно потому, что рука объ руку съ обратнымъ развитіемъ легкихъ идетъ такое же обратное развитіе сердца.

При такъ называемой *emphysema interlobulare et subpleurale* воздухъ попадаетъ въ междольчатую и подплевральную соединительную ткань, благодаря разрыву стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ, а затѣмъ, чрезъ легочныя ворота (*hilus pulmonum*), онъ распространяется въ соединительную ткань средостѣнія, въ подкожную клѣтчатку туловища, шеи и т. д. Междольчатая эмфизема встрѣчается вообще довольно рѣдко и представляетъ скорѣе патолого-анатомическій, чѣмъ клинический интересъ; она образуется преимущественно вслѣдствіе сильныхъ сокращеній брюшнаго пресса при травматическомъ сжатіи грудной клѣтки и легкихъ, или вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ въ легочной ткани, и т. п. Діагнозъ всегда можетъ быть поставленъ только съ большею или меньшею степенью вѣроятія, т. е. мы можемъ предполагать эту болѣзнь, если существуетъ подкожная эмфизема, если появляются приступы задыханія вслѣдствіе сжатія сердца и большихъ сосудовъ въ грудной клѣткѣ, если констатировано расширеніе яремныхъ венъ, и если вдобавокъ имѣется одно изъ этиологическихъ условий, способствующихъ возникновенію междольчатой эмфиземы. Впрочемъ, даже и при этихъ условіяхъ предположительный діагнозъ допускается лишь въ томъ случаѣ, если могутъ быть исключены другія причины для появленія подкожной эмфиземы на шеѣ и туловищѣ, напр. прободеніе пищевода, гортани и т. д.

Отекъ легкихъ.

Распознаваніе отека легкихъ, т. е. присутствія кровяной жидкости, выступившей въ легочные пузырьки, не представляетъ трудностей, такъ какъ симптомы, указывающіе на существованіе отека, весьма рѣзко выражены. Количество жидкости можетъ быть настолько обильно, что появляются притупленіе перкуторнаго звука, бронхиальное дыханіе, усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки и т. д., однимъ словомъ — признаки полного вытѣсненія воздуха изъ легочныхъ пузырьковъ. Но констатировать отекъ въ столь значительной степени развитія приходится рѣдко; въ большинствѣ же случаевъ количество кровяной жидкости, выступившей въ легочные пузырьки, бываетъ довольно ограниченное, такъ что выстукиваніе легкихъ не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій или же, при значительномъ серозномъ пропитываніи стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ *resp.* интерстиціальной ткани, мы находимъ, что нормальный легочный звукъ замѣненъ тимпаническимъ. При выслушиваніи легкихъ обильное количество водянистой жидкости въ воздухоносныхъ путяхъ обнаруживается *влажными* хрипами, которые бываютъ мелко- или крупно-пузырчатые, смотря по тому, распространяется ли отечная жидкость въ мелкіе или крупныя бронхи. *Особенно характеристичный видъ имѣетъ мокрота:* она представляется очень обильною, пѣнистою, водянистою, желтоватою или розовою, а при значительной

примѣси кровяныхъ тѣлецъ — кровянисто окрашенною; если же кровяныя тѣльца смѣшаны съ мокротою очень тѣсно, то она становится похожею на отваръ чернослива, какъ это въ особенности бываетъ при воспалительномъ отеѣ, развивающемся въ теченіи крупозной пневмоніи. Само собою понятно, что чрезмѣрное переполненіе легочныхъ пузырьковъ кровяною жидкостью затрудняетъ дыханіе; поэтому одышка, ціанозъ и обнаруживающіеся со стороны нервной системы признаки отравленія углекислотою составляютъ неизбѣжныя послѣдствія болѣе сильнаго отека легкихъ.

Согласно вышесказанному, діагнозъ отека легкихъ обыкновенно можетъ быть поставленъ съ полною положительностью, если только отекъ существуетъ не въ очень незначительной степени и если онъ развився не во время агоніи, когда отхаркиваніе сдѣлалось уже невозможнымъ и когда стерторозное дыханіе мѣшаетъ болѣе точному различію хриповъ, найденныхъ при выслушиваніи. Однако, научно мыслящій діагностъ не можетъ довольствоваться констатированіемъ отека легкихъ, а долженъ еще *опредѣлить, какимъ образомъ произошелъ этотъ отекъ въ каждомъ данномъ случаѣ*. Вопросъ о способѣ возникновенія отека легкихъ далеко еще не рѣшенъ окончательно. Было время, когда казалось, какъ будто этотъ вопросъ уже вполне удовлетворительно выясненъ капитальною работою *Cohnheim'a* и *Welch'a*. По мнѣнію этихъ авторовъ, настоящею причиною отека легкихъ служить параличъ одного лѣваго желудочка, причемъ правое сердце, продолжая работать по прежнему, вызываетъ застой въ маломъ кругу, съ выступленіемъ кровяной жидкости въ легочную ткань. Однако, экспериментальныя изслѣдованія и, въ особенности, клиническія наблюденія рѣшительно не говорятъ въ пользу всеобщей примѣнимости теоріи *Welch'a* къ объясненію *отека легкихъ у человека*. Вѣрно, по моему мнѣнію, то, что самый процессъ не всегда совершается одинаковымъ образомъ, что трансудация кровяной жидкости можетъ вызываться *различными* условіями и что, слѣдовательно, мы должны признать различныя формы отека легкихъ. Въ виду экспериментальныхъ и клиническихъ фактовъ должны быть, во всякомъ случаѣ, признаны двѣ главныя формы: *воспалительный отекъ легкихъ* и *застойный отекъ*, причемъ относительно этого послѣдняго необходимо допустить, что условіемъ для его возникновенія бываетъ въ однихъ случаяхъ парезъ, а въ другихъ — спазмъ сердца.

Первая форма, т. е. *воспалительный отекъ легкихъ*, встрѣчается при воспалительныхъ процессахъ, развившихся въ этомъ органѣ, и выражаетъ собою умѣренную степень воспаленія, причемъ морфологическіе элементы не выступаютъ изъ сосудовъ въ такомъ обильномъ количествѣ, какъ въ мѣстахъ полнаго развитія процесса, и воспалительная эксудация ограничивается преимущественно выступленіемъ кровяной жидкости.

Этотъ воспалительный отекъ наблюдается съ окружности вполне развитыхъ пневмоній, а равно и другихъ болѣзней легкаго, которыя, какъ напр., опухоли, инфаркты и т. п., вызываютъ воспаленіе окружающей ткани. Отечная инфильтрація легкаго представляетъ при такихъ обстоятельствахъ, по очень меткому выраженію *Cohnheim'a*, «крайнюю периферическую волну» воспалительнаго процесса, центральный пунктъ котораго находится въ области плотной генерализаціи. Въ другихъ же случаяхъ это переполненіе легочныхъ пузырьковъ серозною жидкостью составляетъ единственный продуктъ воспалительнаго процесса, оттого ли, что *очень быстро* дѣло окончилось выздоровленіемъ или смертью больного, когда процессъ находился еще въ *начальной стадіи* своего развитія (слѣдовательно, въ такое время, когда еще не происходятъ экстравазация кровяныхъ тѣлецъ, а только трансудация кровяной жидкости), или же оттого, что воспалительное заболѣваніе вообще существуетъ въ очень слабой степени развитія и все дѣло ограничивается одною трансудацией жидкости. Последняго рода случаи, такъ наз. *серозныя пневмоніи*, правда, рѣдко встрѣчаются, но сомнѣваться въ ихъ существованіи невозможно.

Для діагноза особенно важно то, что воспалительный отекъ легкихъ сопровождается лихорадкою и обыкновенно полнымъ напряженнымъ пульсомъ и что въ большинствѣ случаевъ главный очагъ воспалительнаго процесса бываетъ весьма ясно выраженъ наряду съ отекомъ легкихъ, обнаруживаясь рѣзкими явленіями пневмоніи. *Sahli*, на основаніи анатомическихъ вскрытій, доказалъ непосредственно, что этотъ воспалительный отекъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ думали раньше.

Вторая форма, именно — *застойный отекъ легкихъ*, есть результатъ разстройствъ кровообращенія въ маломъ кругу, которыя, по аналогіи съ возникновеніемъ застоя и отечной трансудаціи въ другихъ мѣстахъ, характеризуются тѣмъ, что оттокъ венозной крови изъ легкихъ значительно затрудненъ, а притокъ артеріальной продолжается безпрепятственно, и такимъ образомъ въ результатѣ является переполненіе легочныхъ волосныхъ сосудовъ кровью и трансудация кровяной жидкости изъ этихъ сосудовъ.

Еслибы парезъ былъ совершенно одинаковъ въ обоихъ желудочкахъ, то необходимымъ послѣдствіемъ его было бы замедленіе кровообращенія въ маломъ кругу, но ни въ какомъ случаѣ не могло бы наступить отека легкаго, т. е. трансудаціи жидкости изъ волосныхъ сосудовъ. Для того, чтобы наступила такая трансудация, притокъ артеріальной крови въ систему малаго круга не долженъ быть уменьшенъ слишкомъ значительно. Дѣло въ томъ, что количество притекающей артеріальной крови имѣетъ для происхожденія отека столь же важное значеніе, какъ и другое условіе, т. е. увеличенныя препятствія въ венозныхъ сосудахъ. Поэтому *Welch* для полученія отека легкихъ вполне основательно старался вызвать параличъ одного лѣваго желудочка при нормально сохраненной дѣятельности праваго сердца, и дѣйствительно, посредствомъ сжиманія лѣваго желудочка ему удалось искусственно вызвать отекъ легкихъ, по крайней мѣрѣ, у кролика. Однако, нельзя отрицать, что этою теоріею нѣсколько трудно объяснить отекъ легкихъ у больного человека. Нѣтъ сомнѣнія, что *полный напряженный пульсъ*, наблюдаемый иногда во время развитія отека, говоритъ противъ теоріи *Welch'a* въ подобныхъ случаяхъ; кромѣ того, по первому взгляду довольно трудно понять, какимъ образомъ чрезвычайно сильный параличъ лѣваго желудочка, искусственно вызывавшійся въ опытахъ *Welch'a* (да и

то только въ сердцѣ кролика, а не въ сердцѣ собаки, въ которомъ его никакъ нельзя было вызвать), могъ бы появляться въ сердцѣ человѣка совершенно изолированно т. е. при нормально сохранившейся дѣятельности праваго желудочка. Однако, не должно забывать, что недостаточный притокъ кислорода, судя по экспериментальнымъ изслѣдованіямъ, дѣйствуетъ повидимому не въ одинаковой мѣрѣ на обѣ половины сердца, а оказываетъ на лѣвый желудочекъ сравнительно большее парализующее вліяніе, и что, съ другой стороны, при начинающемся ослабленіи всего сердца недостаточное наполненіе артерій создаетъ ненормально увеличенныя препятствія въ лѣвомъ предсердіи и легочныхъ венахъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ кровяное давленіе повышается не только въ названныхъ областяхъ, но, благодаря недостаточному тону легочныхъ артерій, повышеніе это обнаруживается также въ волосныхъ и артеріальныхъ сосудахъ малаго круга. Между тѣмъ, правое сердце реагируетъ на это повышенное давленіе усиленною работою, такъ что оно продолжаетъ сокращаться довольно энергично въ то самое время, когда дѣятельность лѣваго желудочка уже ослаблена. Поэтому очень понятно, что при такихъ болѣзненныхъ состояніяхъ, при которыхъ преимущественно усилена дѣятельность лѣваго желудочка (напр. при сморщенной почкѣ), очень часто развивается отекъ легкихъ, какъ только усиленная дѣятельность этого желудочка начинаетъ ослабѣвать. То же самое должно быть и при общей несостоятельности сердца, вызванной болѣзнями этого органа, а особенно появляющейся во время агоніи. Если отекъ легкихъ не всегда появляется къ концу жизни при этихъ послѣднихъ условіяхъ, то, по моему мнѣнію, здѣсь нѣтъ ничего удивительнаго. Появленіе или не появленіе отека въ подобныхъ случаяхъ зависитъ исключительно оттого, въ какой мѣрѣ правый желудочекъ можетъ реагировать на начинающійся застой крови. Если правый желудочекъ уже не можетъ производить сколько нибудь сильныхъ сокращеній, то дѣло не доходитъ до отека легкихъ, потому что для появленія его, какъ мы сейчасъ сказали, не только необходимы увеличенныя препятствія въ венозныхъ сосудахъ, но и притокъ артеріальной крови не долженъ быть значительно уменьшенъ. Съ другой же стороны, при увеличенныхъ препятствіяхъ въ системѣ малаго круга компенсирующая дѣятельность праваго желудочка можетъ причинять такіе громадныя размѣры, что препятствія эти преодолеваются и лѣвый желудочекъ возбуждается къ усиленной дѣятельности, благодаря увеличенному количеству вливающейся въ него крови, такъ что и въ этихъ случаяхъ дѣло не доходитъ до отека легкихъ.

По поводу сердечной астмы мы уже подробно объяснили, что не только парезъ, но и спазмъ сердца можетъ повышать давленіе въ легочной артеріи и легочныхъ волосныхъ сосудахъ, а слѣдовательно и вызывать отекъ легкихъ. Въ новѣйшее время это было съ полною очевидностью доказано экспериментальными изслѣдованіями Grossmann'a: впрыскивая животнымъ мускаринъ, онъ вызывалъ спазмъ сердечной мышцы, который въ лѣвомъ желудочкѣ обнаруживался сильнѣе, чѣмъ въ правомъ, и, сопровождаясь повышеніемъ давленія въ лѣвомъ предсердіи и легочной артеріи при одновременномъ пониженіи его въ аортѣ, постоянно имѣлъ своимъ послѣдствіемъ отекъ легкихъ. Клиническія наблюденія говорятъ точно также въ пользу того, что причиною быстро развивающагося отека легкихъ долженъ считаться въ нѣкоторыхъ случаяхъ спазмъ сердца; мы, по крайней мѣрѣ, пришлось еще очень недавно видѣть появленіе отека легкихъ вслѣдъ за грудною жабою, приступы которой чередовались съ мышечными судорогами въ другихъ частяхъ тѣла.

Застойный отекъ легкихъ, въ противоположность воспалительному, долженъ предполагаться въ тѣхъ случаяхъ, когда отсутствуетъ лихорадка; кромѣ того, при застойномъ отекѣ всегда существуютъ усиленіе втораго звука легочной артеріи и малый пульсъ. Но заключить съ

большею или меньшею вѣроятностью о застойномъ характерѣ отека легкихъ въ какомъ нибудь частномъ случаѣ мы можемъ особенно на основаніи анамнеза.

Гидрэмія точно также считалась до самаго послѣдняго времени одною изъ причинъ отека легкихъ. Думали именно, что присутствіемъ гидрэміи объясняется относительно частое появленіе отека легкихъ при болѣзняхъ почекъ и при всевозможныхъ кахектическихъ состояніяхъ. Однако, это ученіе о гидрэмической водянкѣ, т. е. о происхожденіи трансудации въ зависимости отъ увеличенной диффузионной способности крови при уменьшенномъ содержаніи бѣлка въ кровяной жидкости, оказалось несостоятельнымъ послѣ экспериментальной провѣрки. *Cohn-heim*, напротивъ того, доказалъ съ полною очевидностью, что гидрэмія, какъ таковая, не вызываетъ отека, но что при болѣе продолжительномъ существованіи ея измѣняются стѣнки сосудовъ, въ смыслѣ большей проницаемости для кровяной жидкости, и вмѣстѣ съ тѣмъ ослабѣваетъ дѣятельность сердца. Слѣдовательно, гидрэмія сама по себѣ не производитъ отека легкихъ, но несомнѣнно къ нему предрасполагаетъ, т. е. всѣ упомянутыя нами причины отека легкихъ вызываютъ его у гидрэмичныхъ больныхъ съ большею легкостью, чѣмъ у субъектовъ, страдающихъ другими болѣзнями. Это относится не только къ застойному, но и къ воспалительному отеку легкихъ, такъ какъ, благодаря гидрэмическому измѣненію сосудныхъ стѣнокъ, воспалительныя раздраженія, дѣйствующія на легочную ткань, преодолеваются съ большимъ трудомъ и имѣютъ своимъ послѣдствіемъ гораздо болѣе сильную трансудацию кровяной жидкости, чѣмъ при обыкновенныхъ условіяхъ.

Воспалительная инфильтрація легочныхъ пузырьковъ. Пневмонія.

Фибринозная пневмонія.

«Крупозная» пневмонія, какъ извѣстно, принадлежитъ къ числу болѣзней, наиболѣе доступныхъ распознаванію, если только она привела къ значительной инфильтраціи легкаго. Но съ тѣхъ поръ, какъ стало извѣстно, что крупозная пневмонія есть болѣзнь инфекціонная, понятіе объ инфильтраціи легкаго уже не совпадаетъ съ понятіемъ о пневмоніи. Поэтому, говоря о распознаваніи пневмоніи, безусловно необходимо отдѣлять тѣ случаи, въ которыхъ инфильтрація рѣзко выражена и можетъ быть доказана съ помощію выстукиванія и выслушиванія, отъ другого рода случаевъ, гдѣ локализція пневмонической заразы въ легочной ткани отступаетъ на задній планъ предъ другими проявленіями болѣзни. Случай первой категоріи составляютъ значительное большинство, и поэтому мы будемъ вначалѣ говорить о нихъ исключительно, между тѣмъ какъ случаи второй категоріи будутъ рассмотрѣны уже въ концѣ настоящей главы, въ видѣ приложенія.

Важнѣйшій для діагноза симптомъ состоитъ въ выдѣленіи *ржавой*

мокроты. Лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ мокрота *совсѣмъ не отхаркивается*. Пневмоническая мокрота, весьма характерная по своему внѣшнему виду ¹³⁾, представляется очень вязкою, стекловидно просвѣчивающею, и плотно держится на стѣнкахъ сосуда, въ которомъ она собрана; слизистыя части мокроты тѣсно смѣшаны съ кровью, такъ что мокрота имѣетъ желто-красный или буро-красный цвѣтъ; если положить ее въ воду, то можно замѣтить древовидно-развѣтвленные очень маленькіе свертки, которые представляютъ слѣпки мелкихъ бронховъ. Впослѣдствіи, во время разрѣшенія пневмоніи, мокрота принимаетъ болѣе желтый цвѣтъ, а при трансудациі воспалительно-отечной жидкости она становится похожею на отваръ чернослива (признакъ въ высшей степени неблагопріятный для предсказанія). Во всякомъ же случаѣ, мокрота постоянно содержитъ красныя кровяныя тѣльца, отчасти разбухшія и распавшіяся. Кромѣ того, микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ ней слизистыя тѣльца, эпителиальныя клѣтки и присутствіе *микробовъ*, считаемыхъ характеристичными для пневмоніи. Если высушенный препаратъ мокроты на покрывательномъ стеклышкѣ будетъ окрашенъ растворомъ генціанъ-фіолета въ анилиновой водѣ, а затѣмъ обезцвѣченъ абсолютнымъ алкоголемъ, то при микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются въ немъ короткія палочки, окруженныя сумкою, которая заключаетъ въ себѣ муцинъ; нѣкоторыя изъ этихъ бактерій обезцвѣчиваются при примѣненіи способа *Gram'a* (сумочные кокки *Friedländer'a*), а другія, и именно большинство бактерій пневмонической мокроты, при этомъ не обезцвѣчиваются (сумочные пневмоническіе кокки *A. Fränkel'a*). Эти послѣднія бактеріи, по всей вѣроятности, бываютъ постоянными спутниками пневмонического процесса и находятся въ причинной связи съ происхожденіемъ лобарной пневмоніи, тогда какъ о палочкообразной бактеріи *Friedländer'a* нельзя этого сказать ¹⁴⁾. На основаніи всѣхъ этихъ свойствъ мокроты, діагнозъ пневмоніи въ большинствѣ случаевъ можетъ быть поставленъ вполне безошибочно, даже тогда, когда въ легкихъ нельзя констатировать никакихъ физическихъ измѣненій, напр. при «центральной» пневмоніи.

Но въ значительномъ большинствѣ случаевъ инфильтрація легкаго

¹³⁾ Мнѣ неоднократно приходилось видѣть при остромъ бугорчатомъ воспаленіи легкаго совершенно такую же, характерную, ржавую мокроту, какъ она бываетъ при крупозномъ воспаленіи легкихъ. Вся разница состояла только въ томъ, что при бактериоскопическомъ изслѣдованіи въ первомъ случаѣ были находимы бугорчатые палочки, а во второмъ осумкованные диплококки *A. Fränkel'a*. Прим. М. А.

¹⁴⁾ Клиническая бактериологія мокроты при крупозной пневмоніи, а также описаніе способа изслѣдованія на сумчатые диплококки крупозной пневмоніи изложены почтеннымъ авторомъ не вполне достаточно, а поэтому для справокъ я предлагаю обратиться къ болѣе специальнымъ сочиненіямъ, между прочимъ къ диссертациі *Д-ра М. И. Арустамова*, вышедшей въ началѣ нынѣшняго года, а также къ моей статьѣ, помѣщенной въ Календарь для врачей на 1888-й годъ. Прим. М. А.

можетъ быть обнаружена весьма легко и съ полною достовѣрностью, иногда уже въ первый день появленія пневмоніи.

Лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда инфильтрація помѣщается въ централь-ныхъ частяхъ или ограничивается небольшимъ участкомъ легкаго (менѣе 5 сантим. въ окружности), не удается по цѣлымъ днямъ отыскать характеристическія перкуторныя и аускультативныя измѣненія. При такихъ условіяхъ всего скорѣе еще можно открыть мѣсто пневмонической инфильтраціи помощію *сравнительнаго выслушиванія голоса на различныхъ частяхъ грудной клетки*. Во многихъ случаяхъ, гдѣ еще не было никакихъ слѣдовъ притупленія звука или бронхіальнаго дыханія, мнѣ удавалось, найдя начинающуюся бронхофонию, опредѣлить то мѣсто, гдѣ въ теченіи слѣдующаго же дня появлялись рѣзкіе признаки инфильтраціи. Относительно мѣстоположенія пневмоніи я долженъ еще выставить на видѣ, что, по моимъ наблюденіямъ, она нерѣдко начинаетъ развиваться въ подмышечной впадинѣ, и тогда въ этомъ же мѣстѣ всего раньше появляется бронхофонія.

По мѣрѣ дальнѣйшаго развитія инфильтраціи, обнаруживаются слѣдующія физическія явленія: *тимпаническій звукъ* въ первой стадіи болѣзни (*engouement*) и въ періодѣ разрѣшенія пневмоніи, а въ періодѣ полнаго ея развитія — *притупленіе звука*, которое можетъ быть абсолютнымъ, но обыкновенно все-таки даетъ при перкуссіи меньшее сопротивленіе, чѣмъ въ тѣхъ случаяхъ, когда оно зависитъ отъ изліянія жидкости въ полость плевры. Очень рѣдко въ мѣстахъ пневмонической инфильтраціи получается при перкуссіи *шумъ треснувшего горшка*, въ зависимости оттого, что воздухъ при постукиваніи молоточкомъ выходитъ съ шипящимъ шумомъ изъ расслабленной ткани легкаго или изъ бронховъ; столь же рѣдко наблюдается *измѣненіе высоты перкуторнаго звука при открываніи и закрываніи рта*. Въ этихъ случаяхъ почти всегда дѣло идетъ объ инфильтраціи верхней доли, причемъ звуковыя колебанія воздуха, вызываемыя перкуссіей въ главномъ бронхѣ, уже не заглушаются звукомъ проходимою легочной ткани, а производятъ тимпаническій звукъ, который становится болѣе высокимъ при открываніи рта и болѣе низкимъ при закрываніи его (трахеальный тонъ *Williams'a*); впрочемъ, это измѣненіе высоты звука наблюдалось и при инфильтраціи нижней доли. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перкуторный звукъ имѣлъ металлическій оттѣнокъ, для котораго нельзя было найти никакого удовлетворительнаго объясненія. *Границы тупаго звука* бываютъ или очень рѣзкія, или болѣе неопредѣленныя, смотря по анатомическому состоянію инфильтрированной области; иногда онѣ довольно точно совпадаютъ съ границами соотвѣтствующей доли легкаго. Если пневмоническая инфильтрація находится въ нижней долѣ лѣваго легкаго, то тимпаническій звукъ желудка можетъ распространяться въ область легочнаго притупленія и этимъ самымъ подавать поводъ къ невѣрному діагнозу; но верхняя граница полулуннаго пространства лишь рѣдко переступается притупленнымъ звукомъ пневмоніи, въ противоположность притупленію, зависящему отъ лѣвосторонняго плевритическаго выпота.

При *выслушивании* мы находимъ *крепитацию* въ началѣ болѣзни и въ періодѣ ея разрѣшенія. Эта крепитация характеризуется исключительнымъ своимъ появленіемъ въ моментъ вдыханія, и только въ высшей степени рѣдко мнѣ приходилось слышать ее во время выдыханія. Въ періодѣ наибольшаго развитія инфильтраціи дыхательный шумъ становится *бронхіальнымъ*, и это бронхіальное дыханіе обыкновенно всего громче бываетъ слышно въ мѣстахъ наиболѣе сильнаго притупленія звука. Если существуютъ хрипы, то они имѣютъ *созвучный* оттънокъ. При *ощупывании* мы находимъ *усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки*, хотя и не съ такимъ постоянствомъ, какъ нѣкоторые думаютъ; усиленіе это отсутствуетъ, если главный бронхъ закупоренъ слизью, или же, если напряженіе грудной клѣтки при очень большой инфильтраціи сдѣлалось чрезмѣрнымъ, такъ что условія для передачи звуковыхъ волнъ чрезъ грудную стѣнку оказываются менѣе благоприятными. При выслушиваніи голоса констатируется *бронхофонія*, а очень рѣдко — эгофонія. При *осмотрѣ* бросаются въ глаза уменьшеніе дыхательныхъ экскурсій большой половины грудной клѣтки и учащеніе дыханія (до 40 и болѣе въ минуту). При *измѣреніи* констатируется увеличеніе окружности больной половины груди на 1—2 сантим.; однако, это увеличеніе объема даже при очень обширной инфильтраціи все-таки бываетъ гораздо менѣе значительно, чѣмъ при большомъ плевритическомъ вынотѣ.

Всѣ остальные симптомы пневмоніи имѣютъ для діагноза лишь второстепенное значеніе. Сюда относятся, напр., *лихорадка*, которая начинается потрясающимъ ознобомъ или рвотою, — *колотье въ боку*, — *учащеніе дыханія* и т. д. Въ частности, относительно *лихорадки* необходимо замѣтить, что она быстро достигаетъ 40 и болѣе градусовъ, а затѣмъ опускается до нормальной температуры очень быстро, т. е. въ формѣ кризиса, при обильномъ выдѣленіи пота, весьма рѣдко на первый или второй день болѣзни, но чаще всего къ концу первой недѣли. Послѣ критическаго паденія лихорадки обыкновенно въ теченіе нѣкотораго времени наблюдаются субнормальныя температуры, а въ другихъ случаяхъ при нормальной уже температурѣ является спустя нѣкоторое время новое ожесточеніе лихорадки; иногда наступленію кризиса предшествуетъ чрезмѣрное повышеніе температуры (*perturbatio critica*). Свойства *пульса*, а въ особенности частота его, въ различныхъ случаяхъ бываютъ весьма неодинаковы; но вообще все-таки можно сказать, что при температурѣ 40° обыкновенно частота пульса составляетъ около 120 ударовъ въ минуту, въ противоположность брюшному тифу, при которомъ пульсъ относительно замедленъ. Кашель поверхностенъ, болѣзненъ, происходитъ *короткими толчками* и этимъ самымъ отличается отъ другихъ болѣзней, точно также сопровождаемыхъ кашлемъ. На *кожѣ*, помимо лихорадочной красноты или цианоза, часто появляется *herpes*, и въ особенности *herpes labialis*, имѣющій діагностическое значеніе въ томъ смыслѣ, что ни при одной инфекціонной болѣзни онъ не встрѣчается съ такимъ постоянствомъ, какъ при пневмоніи. Кроме того, кожа нерѣдко представляетъ *желтушное окрашиваніе*, которое точно также имѣетъ важное значеніе для діагноза, потому что ни при одной лихорадочной болѣзни желтуха не наблюдается такъ часто, какъ именно при пневмоніи. Поэтому, основываясь на долготѣвшемъ опытѣ, я советую во всѣхъ случаяхъ желтухи, сопровождаемой высокою лихорадкою, производить прежде всего изслѣдованіе легкихъ и исключать

пневмонію, какъ причину желтухи, только тогда, когда изслѣдованіе груди дало вполне отрицательный результатъ и когда мокрота не представляетъ никакихъ слѣдовъ того вѣшняго вида, какой она имѣетъ при пневмоніи. Соответственно инфекціонному происхожденію крупозной пневмоніи, *селезенка* иногда бываетъ *увеличена*; но, въ противоположность другимъ авторамъ, я долженъ на основаніи личнаго опыта сказать, что это наблюдается *рѣдко*. Впрочемъ, нужно замѣтить, что я признаю несомнѣнное увеличеніе селезенки лишь въ томъ случаѣ, когда она прощупывается, такъ какъ, за рѣдкими исключеніями, селезенка всегда доступна ощупыванію, если она увеличена сколько нибудь значительно и если приняты мѣры къ невозможному расслабленію брюшныхъ покрововъ, а, съ другой стороны, перкуссія селезенки даетъ во многихъ случаяхъ сомнительный результатъ. *Моча* не представляетъ такихъ измѣненій, которыя были бы свойственны исключительно пневмоніи, хотя именно при этой болѣзни анализы мочи были произведены въ очень большомъ числѣ. Прежде всего бросается въ глаза *увеличенное выдѣленіе мочевиныхъ солей* (*sedimentum lateritium*), особенно въ моментъ кризиса, чему способствуютъ различныя причины (усиленное разложеніе бѣлка при лихорадкѣ, обильное выдѣленіе пота, увеличенное выдѣленіе мочевой кислоты по наступленіи кризиса и всасываніе выпота изъ легочныхъ пузырьковъ). Кроме того, несомнѣнно доказано относительно большое выдѣленіе *нептоннаго*, *уменьшенное содержаніе хлоридовъ* въ мочѣ на высотѣ развитія лихорадки и увеличенное выдѣленіе ихъ съ окончаніемъ воспалительнаго процесса. Довольно часто, сравнительно даже чаще, чѣмъ при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (примѣрно, въ половинѣ всѣхъ случаевъ пневмоніи), констатируется *альбуминурія*. По моему мнѣнію, здѣсь всегда дѣло идетъ о раздраженіи почекъ пневмоническимъ ядомъ, который дѣйствуетъ на этотъ органъ въ однихъ случаяхъ сильнѣе, въ другихъ—слабѣе. Соответственно этому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ пневмоніи дѣло ограничивается скоропреходящею альбуминуріей, а въ другихъ моча содержитъ эпителиальные цилиндры, или даже появляется гематурія, однимъ словомъ—обнаруживается полная картина остраго нефрита, симптомы котораго иногда продолжаютъ еще цѣлыми мѣсяцами по окончаніи пневмоніи. Въ рѣдкихъ случаяхъ альбуминурія бываетъ послѣдствіемъ упадка дѣятельности сердца.

Распознаваніе вполне развитой классической пневмоніи, въ виду вышесказаннаго, представляется очень легкимъ. Однако, повседневный опытъ у постели больного свидѣтельствуетъ, что, кромѣ вполне развитыхъ пневмоній, встрѣчаются и такіе случаи, которые во все продолженіе болѣзни представляютъ для діагноза большія затрудненія, и что во многихъ случаяхъ пневмоніи, по крайней мѣрѣ въ первые дни болѣзни, можетъ оставаться сомнѣніе на счетъ присутствія воспаленія легкаго. Это бываетъ особенно тогда, когда мокрота въ теченіе долгаго времени не содержитъ примѣси крови и когда пневмонія развилась въ центральной части легкаго. Въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ дѣйствительно немыслимъ, но иногда все-таки мы можемъ поставить его съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, по крайней мѣрѣ на основаніи характера кашля, увеличенной частоты дыханія, присутствія лишаиной сыпи, потрясающаго озноба въ началѣ болѣзни, наконецъ — на основаніи высокой лихорадки и несомнѣнно критическаго паденія температуры.

При пневмоніи, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, встрѣчаются abortивныя и рудиментарныя или замаскированныя формы. Послѣднія особенно по-

дробно были описаны в новейшее время *Kühn*'омъ. Предполагать подобную форму мы можем в томъ случаѣ, если во время эпидемического господства пневмоніи появляются лихорадочныя заболѣванія, в теченіи которыхъ хотя и не существуетъ ни кровавистой мокроты, ни физическихъ измѣненій легкаго, но все-таки на первый планъ выступаетъ одинъ изъ побочныхъ симптомовъ пневмоніи, напр. *herpes*, или начальный потрясающій ознобъ съ присоединеніемъ къ нему лихорадки, которая иногда можетъ прекратиться, а затѣмъ появиться вновь, или значительное истощеніе, не соотвѣтствующее незначительнымъ объективнымъ измѣненіямъ, и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пневмоническій ядъ оказываетъ свое дѣйствіе преимущественно на головной мозгъ, который и реагируетъ на это эпилептическими или апоплектиформными приступами в сопровожденіи лихорадки, или «тифозными» и менингитическими явленіями. *Kühn* описываетъ также невралгіи, обусловленные пневмоническою инфекціею, т. е. настоящіе случаи замаскированной пневмоніи. Я долженъ еще разъ замѣтить, что діагнозъ такихъ рудиментарныхъ и замаскированныхъ пневмоній можетъ быть поставленъ развѣ только в видѣ предположенія, если существуетъ возможность исключить всякое другое объясненіе для имѣющихся симптомовъ и если въ то же время несомнѣнно установленъ фактъ эпидемического господства пневмоніи в данное время.

Если изслѣдованіе легкихъ дало положительный результатъ, но мокрота не содержитъ крови (или же, если мокрота вообще отсутствуетъ), то обыкновенно дифференціальный діагнозъ колеблется между пневмоніей и плевритомъ. Объемъ болѣзней свойственны: притупленіе перкуторнаго звука, бронхиальное дыханіе, ослабленіе голосоваго дрожанія грудной клѣтки, часто встрѣчающееся и при пневмоніи, затѣмъ — бронхофонія, эгофонія (которая, впрочемъ, встрѣчается при пневмоніи весьма рѣдко), созвучные хрипы и т. д.

Въ пользу *пневмоніи* говорятъ слѣдующіе признаки: меньшее ощущеніе сопротивленія при перкуссіи, усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки, присутствіе бронхофоніи и бронхиальнаго дыханія какъ-разъ въ *нижнихъ* областяхъ притупленнаго звука, отсутствіе притупленія въ полудунномъ пространствѣ и смѣщенія сосѣднихъ органовъ, крепитация (которая при плевритѣ встрѣчается очень рѣдко, да и то обыкновенно лишь въ спавшихся частяхъ легкаго надъ верхнимъ уровнемъ плевритическаго выпота), начальный потрясающій ознобъ, критическое паденіе температуры и обыкновенно быстрое исчезаніе притупленія. Впрочемъ, вопросъ о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ плевритическимъ выпотомъ или пневмоническою инфильтраціею, такъ часто представляется для разрѣшенія у постели больного, что въ главѣ о плевритѣ мы должны будемъ еще разъ подробно остановиться на дифференціальномъ распознаваніи этихъ двухъ болѣзней.

Если при выстукиваніи легкихъ констатировано притупленіе звука и если мокрота содержитъ примѣсь крови, то при постановкѣ діагноза можетъ быть еще возбужденъ вопросъ о геморрагическомъ инфарктѣ или объ отека легкихъ. Ошибочнаго смѣшиванія пневмоніи съ геморрагическимъ инфарктомъ легкихъ можно избѣгнуть, если обращать вниманіе на отсутствіе лихорадки въ большинствѣ

случаевъ, на менѣе тѣсную прямѣсь крови къ мокротѣ, а главное — на источникъ эмболии. Обоимъ процессамъ свойственны симптомы уплотнѣнія легочной ткани, т. е. бронхіальное дыханіе, созвучные хрипы и т. д. Кромѣ того, въ обоихъ случаяхъ дѣло обыкновенно начинается съ потрясающаго озноба.

Труднѣе смѣшать пневмонію съ *отекомъ легкихъ*, такъ какъ при этомъ послѣднемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ появляется уплотнѣніе ткани, съ его характерными симптомами (но тогда оно, впрочемъ, оказывается въ обоихъ легкихъ одновременно), а если существуетъ крепитация, то она не имѣетъ такого повсемѣстно-равномѣрнаго характера, какъ при пневмоніи; что же касается мокроты, то она хотя окрашена кровью, но представляется водянистою и пѣнистою. Однако, существуютъ случаи, гдѣ пневмонія съ самаго начала имѣетъ серозный, «отечный» характеръ; кромѣ того, въ окружности пневмонической инфильтраціи нерѣдко образуется на большомъ пространствѣ воспалительный отекъ, такъ что въ подобныхъ случаяхъ оба процесса существуютъ рядомъ въ *одномъ и томъ же легкомъ*.

Частотные процессы, сопровождаемые кровохарканіемъ и инфильтраціей ткани, могутъ иногда симулировать крупозную пневмонію, въ особенности, если предшествовавшее теченіе болѣзни неизвѣстно и если бугорчатая уплотнѣнія быстро идутъ впередъ. Въ этомъ случаѣ предохраняетъ отъ діагностической ошибки прежде всего характеристичная вязкая ржаво-бурая мокрота при пневмоніи¹⁵⁾, а съ другой стороны, при частотныхъ процессахъ — присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ и вся совокупность симптомовъ легочной чахотки. Въ рѣдкихъ случаяхъ, однако, діагнозъ можетъ представлять затрудненія, если къ бугорчатой инфильтраціи у чахоточнаго больного присоединяется острая крупозно-пневмоническая, такъ что послѣдняя осложняетъ мѣстные симптомы легочной чахотки.

Наконецъ, объ отличіи крупозной пневмоніи отъ другихъ формъ воспаленія легкаго мы будемъ говорить при описаніи этихъ послѣднихъ.

Катарральная пневмонія или бронхопневмонія.

Катарральная пневмонія клинически довольно рѣзко отличается отъ пневмоніи крупозной, и притомъ не столько своими физическими признаками, сколько типичнымъ своимъ возникновеніемъ и дальнѣйшимъ теченіемъ. Она развивается изъ бронхита, если этотъ послѣдній распространяется въ легочные пузырьки, что обыкновенно происходитъ при посредствѣ ателектаза или путемъ присасыванія бронхіальнаго секрета, вызывающаго воспаленіе въ здоровыхъ частяхъ; кромѣ того, она можетъ вызываться жидкостями, случайно попавшими въ воздухоносные пути (пневмонія, образуемая вслѣдствіе попаданія пищи въ дыхательные пути). Особенно часто бронхопневмонія развивается изъ инфекціонныхъ бронхіальныхъ катарровъ въ теченіи кори, коклюша, дифтерита, скарлатины,

¹⁵⁾ Насколько эта мокрота характерна по одному только макроскопическому виду, можно судить по моему примѣчанію № 13, на стр. 153.

тифа и т. п. Узкій калибръ бронховъ и бѣлая раздражительность самыхъ стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ и выстилающаго ихъ эпителія у *дѣтей* составляетъ причину, по которой эта форма пневмоніи особенно часто встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ. Съ другой стороны, *преклонный возрастъ* также предрасполагаетъ къ этой формѣ пневмоніи, потому что у стариковъ уменьшена рефлекторная возбудимость слизистой оболочки дыхательныхъ путей, а слѣдовательно у нихъ легче можетъ наступить закупорка бронховъ накопившеюся слизью и распространіе воспалительнаго процесса на легочные пузырьки. Всѣ эти обстоятельства должны быть принимаемы во вниманіе при обсужденіи характера пневмоніи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и при діагнозѣ катарральной пневмоніи, такъ какъ распознать эту послѣднюю на основаніи однихъ только физическихъ признаковъ обыкновенно оказывается невозможнымъ.

Для точной постановки діагноза всегда требуется присутствіе признаковъ уплотнѣнія легкаго, т. е. инфильтраціи легочныхъ пузырьковъ. Въ виду лобулярнаго распространенія процесса нужно ожидать относительнаго притупленія или, по крайней мѣрѣ, тимпаническаго звука лишь на ограниченномъ пространствѣ; обыкновенно это измѣненіе перкуторнаго звука оказывается *съ обѣихъ сторонъ*, представляя двѣ полосы, идущія *параллельно позвоночнику*. Кромѣ того, мы находимъ въ области притупленнаго звука крепитанію, бронхофонію, бронхиальное дыханіе, созвучные хрипы и усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки. Но всѣ эти симптомы часто отсутствуютъ, такъ что при обсужденіи даннаго случая болѣзни и особенно при постановкѣ предсказанія мы вынуждены довольствоваться предположительнымъ діагнозомъ. *Такой діагнозъ вполне позволителенъ, если при существующемъ бронхитѣ температура тѣла достигаетъ 40° или еще выше*, чего при простомъ бронхиальномъ катаррѣ обыкновенно не бываетъ, затѣмъ, *если больной жалуется на сильную боль во время кашля, или же, если эта боль несомненно проявляется въ выраженіи лица, и наконецъ, если въ данномъ случаѣ существуетъ несоответствіе между степенью бронхита, съ одной стороны, и значительнымъ учащеніемъ дыханія или очень сильнымъ ціанозомъ — съ другой*.

Изъ этого само собою ясно, что діагнозъ катарральной пневмоніи нерѣдко бываетъ очень труденъ, что мы часто вынуждены ограничиваться только болѣе или менѣе вѣроятнымъ предположительнымъ діагнозомъ и что намъ почти всегда приходится въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшать вопросъ на основаніи дифференціально-діагностическихъ признаковъ. Если вопросъ идетъ о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ *крупозной или катарральной пневмоніей*, то въ пользу катарральной пневмоніи говоритъ симметрическое притупленіе звука въ заднихъ нижнихъ частяхъ обоихъ легкихъ, а въ пользу крупозной пневмоніи — одностороннее

притупленіе, быстро захватывающее цѣлую долю легкаго, и непродолжительная лихорадка, оканчивающаяся кризисомъ, между тѣмъ какъ при катарральной пневмоніи лихорадка бываетъ обыкновенно болѣе продолжительною и оканчивается лизисомъ. Далѣе, крупозная пневмонія характеризуется тѣмъ, что инфекціонное заболѣваніе начинается очень быстро, обыкновенно среди полнаго здоровья; появленію же катарральной пневмоніи предшествуетъ бронхитъ, развившійся въ большинствѣ случаевъ на почвѣ какой нибудь инфекціонной болѣзни. Виѣшній видъ мокроты обыкновенно не можетъ служить основаніемъ для дифференціального діагноза, хотя бы уже потому, что при этой пневмоніи дѣтей и стариковъ самая мокрота почти постоянно отсутствуетъ; если же отхаркивается мокрота, то при катарральной пневмоніи она обыкновенно бываетъ слизисто-гнойною, а при крупозной — ржаво-бурою, кровянистою; однако, и здѣсь встрѣчаются исключенія въ томъ и въ другомъ направленіи.

Труднѣе отличить катарральную пневмонію отъ *острой просовидной бугорчатки*. До тѣхъ поръ пока въ теченіи катарральной пневмоніи еще не констатируется притупленіе звука, дифференціальный діагнозъ невозможенъ, такъ какъ одышка, ціанозъ, распространенный капиллярный бронхитъ и кашель одинаково свойственны обѣмъ болѣзнямъ. Сосредоточеніе катарра въ легочныхъ верхушкахъ, присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ, наблюдаемое, впрочемъ, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, и констатированіе бугорковъ въ сосудистой оболочкѣ глаза иногда вносятъ нѣкоторый свѣтъ въ картину болѣзни, представляющуюся сначала очень трудною для объясненія.

Ателектазъ легкаго, обыкновенно предшествующій развитію катарральной пневмоніи, отличается отъ этой послѣдней единственно своимъ скоропреходящимъ характеромъ: притупленіе перкуторнаго звука и сопутствующія ему аускультативныя явленія могутъ быть видоизмѣнены или совершенно устранены, если дать больному другое положеніе тѣла. Ателектазъ самъ по себѣ не вызываетъ лихорадки; если же таковая существуетъ при ателектазѣ легкаго, то она зависитъ отъ одновременнаго бронхита; если температура тѣла достигаетъ 40° или еще выше, то въ случаѣ сомнительнаго діагноза слѣдуетъ предполагать катарральную пневмонію.

Дифференціальное распознаваніе катарральной пневмоніи отъ плеврита, а также распознаваніе плеврита, существующаго наряду съ нею въ видѣ осложненія, основывается на тѣхъ же діагностическихъ соображеніяхъ, которыя были нами указаны по поводу дифференціального распознаванія плеврита отъ крупозной пневмоніи.

Интерстициальная пневмония.

Диагнозъ интерстициальной пневмоніи почти всегда имѣетъ только второстепенный клиническій интересъ. Обыкновенно намъ приходится возбуждать вопросъ объ этой формѣ пневмоніи только для того, чтобы въ анатомическомъ и клиническомъ отношеніи пополнить діагнозъ другихъ болѣзней легкаго. Интерстициальная пневмония сопутствуетъ самымъ различнымъ воспалительнымъ процессамъ въ дыхательныхъ органахъ, именно — хроническому бронхиту и плевриту, нагноительнымъ, гангренознымъ, туберкулезнымъ процессамъ и новообразованіямъ въ легочной ткани, рѣже — крупознымъ и катарральнымъ пневмоніямъ, такъ какъ обыкновенно онѣ ограничиваются только поверхностью стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ. Болѣе самостоятельный характеръ имѣетъ интерстициальная пневмония, развивающаяся въ теченіи сифилиса или какъ послѣдствіе вдыханія угольной или желѣзной пыли и т. п. Уже изъ этого краткаго обзора этиологическихъ условій интерстициальной пневмоніи вытекаетъ, что для распознаванія ея всегда должны быть принимаемы въ соображеніе причины, вызвавшія ее въ каждомъ данномъ случаѣ, и должны быть опредѣлены другія заболѣванія дыхательныхъ органовъ, существующія одновременно съ интерстициальной пневмоніей.

Вполнѣ развитая интерстициальная пневмония характеризуется *сморщиваніемъ легкаго* на большемъ или меньшемъ пространствѣ. Если сморщиваніе занимаетъ большое протяженіе, то распознать съ положительностью интерстициальную пневмонію не трудно, такъ какъ грудная клѣтка втянута въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ легкое сморщено. Если сморщиваніе захватываетъ большое пространство въ *одномъ* легкомъ, то въ такомъ случаѣ спаденіе грудной клѣтки уже по первому взгляду рѣзко обнаруживается сближеніемъ реберъ, искривленіемъ позвоночника, опущеніемъ плеча и отстояніемъ лопатки. Дыханіе на больной сторонѣ затруднено, и при измѣреніи часто оказывается, что объемъ одной половины грудной клѣтки значительно уменьшенъ въ сравненіи съ объемомъ другой половины. Жизненная ёмкость легкихъ также уменьшена. При сморщиваніи лѣваго легкаго особенно бросаются въ глаза измѣненія въ области сердца, а именно: смѣщеніе сердечнаго толчка вверхъ и ненормально распространенное біеніе въ сердечной области, которое зависитъ отъ обнаженія сердца и большихъ сосудовъ вслѣдствіе отхожденія легочныхъ краевъ, окружающихъ область сердца. Соотвѣтственно тому мѣсту, гдѣ находится начало легочной артеріи, и затѣмъ дальше по направленію вѣтви, замѣчается, какъ при осмотрѣ, такъ и при ощупываніи, систолическое выпячиваніе и диастолическое весьма непродолжительное сотрясеніе, причѣмъ это послѣднее выражаетъ собою захлопываніе клапановъ легочной артеріи, второй звукъ которой при выслушиваніи оказывается усиленнымъ въ сравненіи со вторымъ звукомъ аорты. Картина болѣзни, конечно,

вполнѣ измѣняется при одностороннемъ сморщиваніи праваго легкаго, такъ какъ сердце при этомъ можетъ оказаться смѣщеннымъ въ правую сторону, а сердечная тупость—уменьшенною въ своемъ протяженіи, благодаря викарной эмфиземѣ лѣваго легкаго.

При *выстукиваніи* легкихъ мы находимъ, соотвѣтственно мозолистой гиперплазіи соединительной ткани, болѣе или менѣе рѣзкое притупленіе звука. Если сморщиваніе ограничивается легочными верхушками, или же, если оно въ нихъ особенно сильно развито, то помимо притупленія перкуторнаго звука мы находимъ еще уменьшеніе вертикальнаго размѣра верхушекъ; кромѣ того, обыкновенно въ верхней долѣ констатируются признаки легочныхъ кавернъ (чахоточныхъ и бронхіэктатическихъ). Если сморщиваніе занимаетъ преимущественно нижнія части легкаго, то нижнія границы этого органа, а вмѣстѣ съ ними и границы прилегающихъ къ нему брюшныхъ органовъ (печени, желудка и селезенки), оказываются смѣщенными вверхъ. При вдыханіи и выдыханіи нижнія границы легкаго, будучи смѣщены вверхъ, оказываются вполнѣ подвижными, если только сморщиваніе не сопровождается плевритическими сращеніями (которыя, впрочемъ, составляютъ здѣсь обыкновенное явленіе). Здоровое легкое, вслѣдствіе викарной эмфиземы, отчасти перемѣщается по направленію къ больной сторонѣ, и при перкуссіи обыкновенно удается разграничить края обоихъ легкихъ, благодаря тому, что инфильтрація и сморщиваніе часто существуютъ лишь на одной сторонѣ, т. е. смѣщеніе передняго груднаго средостѣнія resp. передняго медіальнаго края не-сморщенного эмфизематознаго легкаго по направленію къ больной сторонѣ можетъ быть констатировано посредствомъ линейрной перкуссіи, такъ что ясный перкуторный звукъ не-сморщенного легкаго доходить до противоположнаго края грудины или еще дальше. Особенно явственно обнаруживается это смѣщеніе груднаго средостѣнія при сморщиваніи лѣваго легкаго.

При *выслушиваніи* констатируются признаки, соотвѣтствующіе исчезанію воздуха изъ легочныхъ пузырьковъ, т. е. бронхіальное дыханіе, бронхофонія, созвучные хрипы, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—рѣзко выраженные симптомы каверны (металлическій звонъ и т. д.). Голосовое дрожаніе грудной кѣтки усилено или ослаблено въ зависимости отъ тѣхъ же условій, какъ и при другихъ инфильтраціяхъ легкаго. Мокрота не представляетъ ничего характернаго, и только при сморщиваніи, развившемся вслѣдствіе вдыханія пыли, присутствіе этой послѣдней иногда можетъ быть обнаружено въ мокротѣ; но придавать подобному признаку патогностическое значеніе, разумѣется, невозможно. Если существуютъ бронхіэктазіи, то мокрота принимаетъ характерныя свойства, соотвѣтствующія этому осложненію. Примѣсь крови въ мокротѣ, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается рѣдко, и если существуетъ сомнѣніе относительно діагноза, то она рѣшительно говоритъ болѣе въ пользу булгорчататаго процесса.

Изъ числа послѣдовательныхъ явленій интерстиціальной пневмоніи имѣютъ діагностическое значеніе еще и тѣ симптомы, которые обуславливаются нарушеннымъ кровообращеніемъ. При интерстиціальной пневмоніи, больше чѣмъ при всякой другой, исключаются изъ кровообращенія обширные участки легочной артерій. Этимъ-то обстоятельствомъ, а также ограниченіемъ дыхательной поверхности легкихъ, должны быть объяснены общія явленія застоя крови, ціанозъ и расширеніе съ гипертрофіей праваго желудочка. Но при опредѣленіи величины праваго желудочка въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо принимать въ расчетъ обнаженіе сердца, производимое сморщиваніемъ легкаго. Лихорадка совсѣмъ отсутствуетъ или она весьма незначительна; если же она достигаетъ болѣе высокихъ цифръ, то мы имѣемъ предъ собою еще какой нибудь другой процессъ, существующій въ легкомъ наряду съ интерстиціальной пневмоніей, и именно въ большинствѣ случаевъ—легочную бугорчатку.

Если вышеописанная совокупность симптомовъ существуетъ въ полномъ своемъ развитіи, то діагнозъ интерстиціальной пневмоніи не представляетъ никакихъ трудностей. Иное дѣло въ томъ случаѣ, когда инфильтрація и сморщиваніе легкаго занимаютъ ограниченное протяженіе; при этихъ условіяхъ діагнозъ иногда оказывается совершенно невозможнымъ, а иногда онъ можетъ быть поставленъ только съ болѣею или меньшею степенью вѣроятія. Существенное значеніе для діагноза интерстиціальной пневмоніи имѣютъ только послѣдствія сморщиванія, наступающаго при этой формѣ воспаленія легкихъ, именно: уплощеніе надключичныхъ и подключичныхъ областей и т. д. Впрочемъ, такіе ограниченные процессы сморщиванія, какъ мы уже сказали, имѣютъ обыкновенно для діагноза второстепенное значеніе, сравнительно съ существующею въ то же время главною болѣзнію дыхательнаго органа, и представляютъ интересъ преимущественно для пополненія общей картины болѣзни и для постановки предсказанія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Творожистая пневмонія, хроническая бугорчатка легкихъ, легочная чахотка.

Подъ именемъ легочной чахотки обозначаются разрушительные процессы въ легкихъ, имѣющіе прогрессивный характеръ и находящіеся въ связи съ вѣдреніемъ бугорчатыхъ палочекъ въ легочную ткань. Въ анатомическомъ отношеніи ¹⁾ этотъ процессъ обнаруживается катарромъ легочныхъ верхушекъ и бугорчатыми грануляціями, къ которымъ затѣмъ присоединяются бугорчатый перибронхитъ и творожистая бронхопневмонія, а въ концѣ концовъ дѣло завершается образованіемъ кавернъ. Эти отдѣльныя анатомическія стадіи бугорчататаго воспаленія легкихъ ясно выражаются и въ клинической картинѣ, въ видѣ рѣзко опредѣленныхъ, легко отличимыхъ стадій развитія болѣзни, вполне доступныхъ распознаванію. Для всѣхъ трехъ стадій легочной чахотки патогностическій признакъ составляетъ *присутствіе въ мокротѣ бугорчатыхъ палочекъ*, которыя, будучи очень легко открываемы при изслѣдованіи мокроты, служатъ самою вѣрною опорою клиническому діагнозу легочной чахотки, т. е. хронической или подострой бугорчатки, сосредоточивающейся въ легкихъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бугорчатые палочки открываются въ мокротѣ съ большимъ трудомъ потому, что онѣ существуютъ въ ней только по временамъ,

¹⁾ Подробности объ этомъ предметѣ см. въ руководствѣ Rindfleisch'a (6-е изданіе, стр. 447 и слѣд.).

извергаясь наружу въ относительно маломъ количествѣ. Въ особенности въ первой стадіи легочной бугорчатки обыкновенно бываетъ трудно съ точностью доказать присутствіе бугорчатыхъ палочекъ, поселившихся въ легочной ткани, и часто оказывается необходимымъ изслѣдовать 20 или даже большее число препаратовъ мокроты прежде, чѣмъ можно будетъ прійти къ положительному результату ¹⁶⁾. Но и до того времени, когда были открыты *Koch'*омъ бугорчатые палочки, діагнозъ легочной бугорчатки въ значительномъ большинствѣ случаевъ удавалось поставить безъ особеннаго труда, хотя и не съ такою точностью, какъ въ настоящее время, и онъ ставился тогда единственно на основаніи характера и дальнѣйшаго теченія анатомическихъ измѣненій, совершающихся въ легочной ткани, и на основаніи общихъ сопутствующихъ явленій. Поэтому, хотя въ настоящее время нахожденіе бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ играетъ при постановкѣ діагноза легочной бугорчатки первостепенную роль, но все-таки для распознаванія этой болѣзни безусловно необходимо также самое тщательное физическое изслѣдованіе грудныхъ органовъ. Во-первыхъ, однимъ только этимъ изслѣдованіемъ могутъ быть определяемы первые начатки болѣзни, констатированіе которыхъ подаетъ поводъ къ изслѣдованію мокроты на бугорчатые палочки и заставляетъ врача уже съ самаго начала считать данный случай заболѣванія нѣсколько подозрительнымъ въ отношеніи бугорчатки. Во-вторыхъ, нахожденіе бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ еще никимъ образомъ не разрѣшаетъ вопроса о томъ, съ какимъ именно періодомъ легочной бугорчатки мы имѣемъ дѣло въ каждомъ данномъ случаѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ оно не допускаетъ никакихъ выводовъ относительно вѣроятнаго дальнѣйшаго теченія болѣзни, относительно угрожающихъ большому опасностей и тѣхъ мѣръ, которыя должны быть приняты, не говоря уже о томъ, что одною изъ задачъ всякаго діагноза служить составленіе на основаніи клиническаго изслѣдованія по возможности точнаго понятія объ анатомическихъ измѣненіяхъ органа въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ заболѣванія.

I. Распознаваніе первой стадіи легочной бугорчатки.

Анатомически первая стадія болѣзни характеризуется катарромъ легочныхъ верхушекъ и бугорчатыми грануляціями. Въ клиническомъ же отношеніи она обнаруживается въ большинствѣ случаевъ очень рѣзкими симптомами, имѣющими значеніе для діагноза.

Началу болѣзни нерѣдко предшествуетъ общее ослабленіе организма вслѣдствіе малокровія, сахарнаго діабета и неудовлетворительнаго питанія вообще, все равно, явилось ли оно результатомъ нецѣлесообразной пищи или хроническаго катарра желудка и кишокъ. Кромѣ того, къ бугорчаткѣ предрасполагаетъ *мысленное* ослабленіе легочной ткани предшествовавшими воспалительными процессами, а изъ числа этихъ процессовъ всего менѣе имѣютъ наклонность къ послѣдующей туберкулизаци тѣ именно, которые протекаютъ быстро и сосредоточиваются только на поверхности легочныхъ пузырьковъ, т. е. всего рѣже—крупозная пневмонія, при которой послѣдовательное присоединеніе бугорчатки, какъ по наблюденіямъ другихъ авторовъ ¹⁷⁾,

¹⁶⁾ Если мокроту обработать сначала шедочью по способу *Biedert'a* и затѣмъ полученный осадокъ изслѣдовать на палочки по способу *Ziehl-Neelsen-Johne*, то обыкновенно удается уже въ первомъ препаратѣ находить бугорчатые палочки, если онѣ, вообще говоря, есть въ данной мокротѣ даже въ небольшомъ количествѣ, а не дѣлать для этого 20 или даже болѣе препаратовъ (см. мое примѣч. № 11-й на 119 стр., а также диссертацию, выпущенную изъ моего Клиническаго отдѣленія, *д-ра Г. Я. Карпова*: Распознаваніе разныхъ стадій бугорчатки легкихъ по мокротѣ и о лѣченіи ихъ креозотомъ и гваяколомъ. СПБ. 1889 г.).

Прим. М. А.

¹⁷⁾ Въ послѣднее время проф. *Jaccoud* описалъ несомнѣнный случай бугорчатки

такъ и по моимъ собственнымъ, почти никогда не встрѣчается. Если развитію бугорчатки не предшествовало мѣстное воспаленіе легочной ткани, локализациа котораго можетъ быть различна, то первымъ мѣстомъ бугорчататаго катарра, по свидѣтельству тысячекратнаго опыта, служитъ именно *верхушка* легкаго. Это обстоятельство, очевидно, находится отчасти въ связи съ тѣмъ, что вдыхаемыя бугорчатые палочки, по справедливому замѣчанію *Нанси* и др. авторовъ, проталкиваются въ легочныя верхушки сильными выдыхательными движеніями (если существуетъ кашель вслѣдствіе бронхіальнаго катарра).

Катарръ, ограничивающійся верхушками легкихъ, всегда чрезвычайно подозрителенъ въ отношеніи начинающейся бугорчатки. Верхушечный катарръ, какъ доказано новѣйшими изслѣдованіями мокроты, почти всегда служитъ признакомъ уже совершившагося внидренія бугорчатыхъ палочекъ въ организмъ. и къ тому же одновременно съ катарромъ почти всегда можетъ быть констатировано *незначительное притупленіе звука въ надключичной ямкѣ*. Однако, встрѣчаются уклоненія отъ этого правила во всевозможныхъ направленіяхъ: верхушечные катарры безъ бугорчатыхъ палочекъ, верхушечные катарры безъ всякаго измѣненія перкуторнаго звука, верхушечныя инфильтраціи при отсутствіи бугорчатыхъ палочекъ. Но врачъ долженъ смотрѣть на все это какъ на исключенія и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отказываться отъ діагноза начинающейся бугорчатки только послѣ многократно произведенныхъ изслѣдованій.

Что касается, въ частности, *притупленія перкуторнаго звука*, то резко выраженное притупленіе въ легочной верхушкѣ почти всегда составляетъ признакъ бугорчатки легкихъ, особенно, когда оно существуетъ *на одной лишь сторонѣ* и когда оно констатируется не только въ надключичной, но и подключичной ямкѣ или въ надлопаточной области. Если же при перкуссіи получается только самая незначительная разниа въ звукѣ одной верхушки по сравненію съ другою, то необходима осторожность въ постановкѣ діагноза, такъ какъ эти едва замѣтныя различія перкуторнаго звука встрѣчаются и при отсутствіи инфильтраціи легочной верхушки, а особенно, по моимъ наблюденіямъ, при эмфиземѣ легкихъ. Для того, чтобы по возможности избѣгать невѣрныхъ заключеній, лучше всего перкутировать легочныя верхушки въ сидячемъ положеніи больного, а если больной лежитъ въ постели, то онъ долженъ для этого сѣсть и спустить ноги съ кровати. Врачъ, производящій изслѣдованіе, становится за спиною больного какъ-разъ противъ позвоночника и производитъ выстукиваніе легочныхъ верхушекъ, сравнивая другъ съ другомъ соответственныя мѣста надключичной ямки, причемъ голова больного должна быть опущена и обращена прямо впередъ, не отклоняясь ни влѣво, ни вправо. Если при этомъ констатирована незначительная разниа въ звукѣ лѣвой и правой верхушки, или же, если обѣ верхушки представляютъ одинаковое относительное ослабленіе нормальнаго яснаго звука, то необходимо затѣмъ опредѣлить, до какого уровня доходитъ на шеѣ легочный звукъ. Если этотъ уровень не выдается надъ ключицей по меньшей мѣрѣ на 3 сантим., то такое обстоятельство должно быть признано ненормальнымъ; то же самое значеніе имѣетъ неодинаковая высота обѣихъ легочныхъ верхушекъ, если таковая найде-

легкаго, развившейся спустя нѣсколько мѣсяцевъ на почвѣ медленно разрѣшавшейся, а можетъ быть и неполнѣ разрѣшавшейся крупозной пневмоніи (см. Клиническія лекціи о различныхъ формахъ пневмоніи и ея послѣдствіяхъ: *Практ. мед.* 1888 г. № 10).
Прим. М. А.

на при линейной перкуссіи. Еще болѣе важно для діагноза, если *измѣненію перкуторнаго звука соответствуютъ также аускультативныя уклоненія отъ нормы.* Въ этомъ отношеніи достаточно уже самыхъ ничтожныхъ измѣненій дыхательнаго шума, каковы напр.: прерывистое дыханіе, удлинненный выдыхъ, слабое или усиленное или жесткое везикулярное дыханіе и неопредѣленный дыхательный шумъ. Если дыханіе имѣетъ вполне бронхіальный характеръ, или же, если найдены хрипы, хотя бы они были весьма немногочисленны и не имѣли созвучнаго характера, то при такихъ условіяхъ уже самое незначительное притупленіе перкуторнаго звука въ легочной верхушкѣ приобретаетъ весьма важное діагностическое значеніе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бугорчатка начинается съ *кровохарканія*, появившагося повидимому среди полного здоровья. Въ послѣднее время все болѣе и болѣе приобретаетъ увѣренность въ томъ, что эти произвольныя повидимому кровотеченія изъ легкихъ составляютъ не причину, а послѣдовательный симптомъ начинающейся бугорчатки ¹⁸⁾.

Бугорчатая грануляція захватываютъ также самыя стѣнки мелкихъ вѣтвей легочной артеріи на мѣстѣ ихъ вступленія въ легочныя долики, такъ что сопротивляемость сосудныхъ стѣнокъ уменьшается, а вслѣдствіе этого дѣло доходитъ до разрыва мельчайшихъ сосудовъ съ кровотеченіемъ въ мельчайшіе бронхи, стѣнки которыхъ въ соединеніи со стѣнками мелкихъ сосудовъ образуютъ одну общую бугорчатую грануляцію. Предполагать обратную послѣдовательность, т. е., что бугорчатка явилась уже результатомъ кровохарканія, мы имѣемъ право развѣ только въ томъ случаѣ, если предшествовало настоящее травматическое поврежденіе легкаго, бывшаго до тѣхъ поръ совершенно здоровымъ, и если кровохарканіе явилось непосредственно вслѣдъ за такимъ поврежденіемъ. При этомъ кровь, инфильтрированная въ легочную ткань, можетъ послужить удобною питательною почвою для бугорчатыхъ палочекъ, которыя къ тому же легче проникаютъ въ травматически поврежденную, чѣмъ въ нормальную легочную ткань.

Обыкновенно и въ этихъ случаяхъ легочныя верхушки представляютъ нѣкоторыя уклоненія отъ нормы, какъ при перкуссіи, такъ и при аускультациі. Однако, я долженъ категорически заявить, что уклоненія эти могутъ совершенно отсутствовать.

При всѣхъ этихъ начальныхъ симптомахъ легочной бугорчатки почти всегда констатируется лихорадка. Исключенія изъ этого правила наблюдаются несомнѣнно, но, во всякомъ случаѣ, довольно рѣдко, если только при изслѣдованіи мы не будемъ довольствоваться однократнымъ опредѣленіемъ температуры и измѣреніемъ ея въ подмышечной впадинѣ.

Діагнозъ начинающейся бугорчатки легкихъ существенно подкрѣпляется, если констатировано *наслѣдственное предрасположеніе*, или же, если обнаружена одна изъ вышеупомянутыхъ болѣзней, способствующихъ

¹⁸⁾ Со времени изслѣдованій *Hiller'a*, доказавшаго присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ кровавой мокротѣ въ случаяхъ *hämoptoe initialis*, мы имѣемъ полное право думать, что кровотеченія изъ легкихъ составляютъ не причину, а послѣдовательный симптомъ начавшейся уже бугорчатки. Мнѣ самому приходилось не разъ изслѣдовать кровавую мокроту (жидкая, свѣтлая или темная кровь и примѣсь сѣроватыхъ или желтоватыхъ мельчайшихъ комочковъ мокроты) при начальномъ кровохарканіи и находить въ ней бугорчатые палочки въ то время, какъ физическое изслѣдованіе легкихъ не давало никакихъ данныхъ или самыя незначительныя.

ослабленію организма, если больной имѣетъ слабое тѣлосложеніе, если мускулатура слабо развита и если грудная клѣтка имѣетъ ненормально узкіе размѣры. На развитіе легочной бугорчатки указываютъ также «золотушные» опуханія шейныхъ железъ, затѣмъ бугорчатые заболѣванія костей и суставовъ или воспаленіе клѣтчатки, окружающей прямую кишку, съ образованіемъ свищей въ области задняго прохода. Хотя обыкновенно эти болѣзни не предшествуютъ легочной бугорчкѣ, а присоединяются къ ней въ качествѣ осложненій, однако въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается обратное.

Сравнительно часто легочная бугорчатка начинается съ появленія плеврита. И здѣсь также, по моему мнѣнію, котораго я придерживаюсь уже много лѣтъ, нужно признать общимъ правиломъ, что плевритъ не кладетъ основанія къ развитію бугорчатки, а, напротивъ того, появляется въ такихъ случаяхъ уже вторичнымъ образомъ. Дѣло въ томъ, что къ начинающейся легочной бугорчкѣ, не обнаруживавшейся до тѣхъ поръ никакими явленіями и совершенно не подозрѣвавшейся самымъ больнымъ, присоединяется плевритъ, который только кажется явившимся самопроизвольно, а затѣмъ въ теченіи плеврита или по окончаніи его уже вполнѣ несомнѣнно обнаруживается бугорчатка легочныхъ верхушекъ. Но этимъ самымъ, конечно, мы не думаемъ отрицать, что плевритъ можетъ иногда явиться въ качествѣ первичной болѣзни, а легочная бугорчатка—въ качествѣ болѣзни послѣдовательной, и что заболѣваніе плевритомъ существенно благоприятствуетъ усиленному развитію легочной бугорчатки. Причина этого факта далеко еще не выяснена.

Если бугорчатые грануляціи существуютъ на той же сторонѣ, гдѣ находился плевритъ, и если дѣйствительно плевритъ былъ первичный, то объясненіе этого факта можетъ заключаться въ томъ, что, благодаря ограниченію вентиляціи легкаго и въ особенности его верхнихъ частей, которое остается послѣ плеврита, вдыхаемыя бугорчатые палочки скорѣе могутъ задерживаться въ легочныхъ верхушкахъ, тѣмъ болѣе что ограниченіе подвижности легкихъ, производимое плевритическими сращениями, предрасполагаетъ къ застойнымъ катаррамъ. Но изъ опыта извѣстно, что бугорчатка, присоединяющаяся къ плевриту, локализируется обыкновенно не въ томъ легкомъ, на сторонѣ котораго существовалъ плевритъ, а въ легкомъ противоположной стороны. Въ подобныхъ случаяхъ можно думать, что воздухъ при вдыханіи постоянно проникаетъ съ большею силою въ легкое противоположной стороны, а это обстоятельство способствуетъ проталкиванію пыли и бугорчатыхъ палочекъ въ верхушку соответствующаго легкаго. Но приведенныя этиологическія условія могутъ повлечь за собою развитіе легочной бугорчатки только тогда, когда данный субъектъ имѣетъ къ ней наслѣдственное предрасположеніе, или когда онъ предварительно истощенъ, какъ это во многихъ случаяхъ и бываетъ именно послѣ перенесеннаго плеврита. На всѣ эти обстоятельства необходимо обращать вниманіе при распознаваніи подозрительной болѣзни легкихъ, появившейся вслѣдъ за плевритомъ.

Въ этой стадіи болѣзни, какъ и въ двухъ остальныхъ, діагнозъ получаетъ полную достовѣрность только тогда, когда въ мокротѣ непосредственно обнаружено присутствіе бугорчатыхъ палочекъ, которыя, иногда

даже въ очень обильномъ количествѣ, могутъ быть найдены въ ней при весьма незначительномъ развитіи физическихъ измѣненій или при полномъ ихъ отсутствіи.

II. Распознаваніе второй стадіи легочной бугорчатки.

Эта стадія характеризуется *бугорчатымъ перибронхитомъ* и *творожистою бронхопневмоніей*. Клинически она обыкновенно совпадаетъ съ третьей стадіей, т. е. съ образованіемъ кавернъ. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ больной умираетъ прежде, чѣмъ дѣло дошло до сколько нибудь значительнаго размѣченія инфильтратовъ и изверженія творожисто-перерожденныхъ частей, а, наоборотъ, скорѣе преобладаетъ цирротическій характеръ воспаленія, т. е. новообразование соединительной ткани и сморщиваніе. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ того, творожисто-пневмоническая инфильтрація и разрушеніе ткани съ образованіемъ кавернъ идутъ впередъ очень быстро (*«скоротечная чахотка»* — *«phthisis florida»*). Обыкновенно, впрочемъ, все эти анатомическія измѣненія встрѣчаются рядомъ въ одномъ и томъ же легкомъ. Не смотря на то, съ клинической точки зрѣнія будетъ вѣрнѣе различать между собою бугорчато-пневмоническую инфильтрацію и стадію наивысшаго развитія бугорчатого процесса, т. е. образованія кавернъ. Поэтому мы должны предварительно поговорить о распознаваніи бугорчатой бронхопневмонической инфильтраціи.

Важнѣйшее доказательство существованія такой инфильтраціи въ изслѣдуемомъ легкомъ доставляется *перкуссией*. Болѣе значительное притупленіе звука, обыкновенно распространяющееся въ легочной верхушкѣ по направленію внизъ, показываетъ, что содержаніе воздуха въ легочныхъ пузырькахъ сильно уменьшилось, а усиленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки, бронхофонія, созвучные хрипы и бронхіальное дыханіе свидѣтельствуютъ о томъ, что условія для передачи акустическихъ явленій выслушивающему уху сдѣлались болѣе благопріятными. И въ этомъ періодѣ катарральныя явленія, соотвѣтственно перкуторнымъ измѣненіямъ, обыкновенно ограничиваются верхними частями легкихъ или, по крайней мѣрѣ, существуютъ здѣсь въ болѣе значительной степени развитія, чѣмъ въ нижнихъ частяхъ. вмѣстѣ съ тѣмъ верхнія части, смотря по степени сморщиванія легочной ткани, оказываются втянутыми одновременно съ соотвѣтствующими частями грудной клѣтки. Если сморщиваніе захватываетъ бѣольшую часть одного легкаго, то нерѣдко другое легкое оказывается въ состояніи викарной эмфиземы, такъ что ясный звукъ его переходитъ чрезъ срединную линію и, выступая за противоположный край грудины, рѣзко ограничивается отъ притупленнаго звука сморщенного легкаго. Инфильтрированныя части легкихъ отстаютъ въ своемъ расширеніи при вдыханіи, особенно, когда процессъ преобладаетъ главнымъ образомъ въ одномъ легкомъ. Грудная клѣтка представляется уплощенной,

межреберныя пространства втянуты, лопатки отстаютъ отъ грудной стѣнки вслѣдствіе слабости мускулатуры и особенно передней зубчатой мышцы, мѣсто соединенія рукоятки съ тѣломъ грудины сильно выдается впередъ, шея обыкновенно очень длинна, однимъ словомъ, констатируется вся совокупность измѣненій въ формѣ грудной кѣтки, извѣстная подъ именемъ «паралитической» чахоточной груди.

Діагнозъ въ этой стадіи подкрѣпляется различнаго рода побочными явленіями, которыя отчасти обусловлены измѣненіемъ легкихъ, а отчасти общимъ разстройствомъ организма, сопровождающимъ развитіе бугорчатой инфильтраціи. Къ числу явленій первой категоріи относится *систолическій шумъ въ подключичной артеріи*, который, впрочемъ, встрѣчается не часто и который можетъ быть объясненъ стуженіемъ сосуда, происходящимъ вслѣдствіе сморщиванія легочной верхушки; затѣмъ сюда же принадлежитъ *параличъ одной изъ голосовыхъ связокъ*, который на правой сторонѣ происходитъ вслѣдствіе оттагиванія праваго возвратнаго нерва, идущаго позади подключичной артеріи, а на лѣвой сторонѣ—обыкновенно вслѣдствіе прижатія лѣваго возвратнаго нерва опухшими бронхіальными железами около дуги аорты. *Плевритическій шумъ тренія*, зависящій отъ плеврита въ области инфильтрированныхъ участковъ легкаго или отъ развившейся въ самой плеврѣ бугорчатыхъ грануляцій, пополняетъ собою картину хронически развивающейся легочной бугорчатки.

Изъ числа *общихъ послѣдовательныхъ явленій* должны быть упомянуты: блѣдность кожи, сопровождаемая ціанозомъ при сильно развитомъ процессѣ сморщиванія,—наклонность къ потамъ, особенно по ночамъ,—значительное исхуданіе и общее изнеможеніе. Нерѣдко въ видѣ осложненія встрѣчаются на кожѣ *pityriasis (tabescentium)* и *lichen (scrophulosorum)*.

Температура тѣла почти всегда бываетъ повышена, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ часто наступаютъ продолжительные безлихорадочные періоды. Лихорадка обыкновенно болѣе высока по вечерамъ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается обратный типъ (*typus inversus*), который удерживается затѣмъ постоянно и даже можетъ встрѣчаться, какъ мнѣ приходилось наблюдать, у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи.

Сердце обыкновенно не измѣнено въ своей величинѣ, такъ какъ послѣдняя приспособляется къ уменьшившемуся количеству крови, и поэтому дѣло не доходитъ до *гипертрофіи праваго желудочка*, которой можно было бы ожидать, какъ послѣдствія разстройствъ кровообращенія въ маломъ кругу. Однако, по моимъ наблюденіямъ, не очень рѣдко встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ гипертрофія праваго сердца достигаетъ замѣтной степени развитія и можетъ быть констатирована какъ по результатамъ перкуссіи, такъ и по усиленію втораго звука легочной артеріи. Изъ числа застойныхъ явленій должны быть въ особенности упомянуты: увеличеніе селезенки, застойная печень (жирная печень встрѣчается гораздо чаще) и застойная почка, которою иногда должны быть объяснены уменьшенное выдѣленіе мочи и альбуминурія въ теченіи легочной чахотки. При болѣе значительномъ сморщиваніи легкихъ можетъ произойти смѣщеніе сердца.

Въ заключеніе мы должны еще упомянуть о *свойствахъ мокроты* въ этой стадіи легочной бугорчатки. Мокрота представляется слизисто-гнойною и содержитъ отпавшія эпителиальныя кѣтки легочныхъ пузырьковъ и блуждающія кѣтки; но патогностическое значеніе имѣетъ только присутствіе въ ней бугорчатыхъ палочекъ.

III. Распознаваніе третьей стадіи легочной бугорчатки.

Третья стадія характеризуется распаденіемъ творожистыхъ массъ, изъясвленіемъ бронхіальныхъ стѣнокъ и образованіемъ кавернъ. Клинически это обнаруживается прежде всего появленіемъ въ мокротѣ частицъ легочной ткани, а въ особенности — *эластическихъ волоконъ*, которыя, впрочемъ, часто встрѣчаются уже очень рано, задолго до появленія рѣзкихъ физическихъ симптомовъ образованія кавернъ. Открыть присутствіе въ мокротѣ эластическихъ волоконъ бываетъ не очень трудно, и обыкновенно это удается даже безъ предварительнаго прибавленія къ мокротѣ горячаго раствора ѣдкаго кали. Между тѣмъ какъ раньше мокрота по своему макроскопическому виду имѣла такія же свойства, какъ при бронхіальномъ катаррѣ, — въ третьей стадіи она постепенно измѣняетъ свой внѣшній видъ и становится комковатою, безвоздушною, похожею на монетныя пластинки; будучи положена въ воду, она быстро опускается на дно (*sputum «globosum fundum petens»*).

Круглая форма отдѣльных кусковъ мокроты приписывается тому, что до своего отхаркиванія они лежали въ полости кавернъ; но такое объясненіе не можетъ быть допущено, а скорѣе нужно думать, что круглая форма зависитъ единственно отъ значительнаго сѣпленія между составными частями мокроты. *Безвоздушность* мокроты зависитъ оттого, что послѣдняя долго пролежала на днѣ кавернъ, а затѣмъ, перейдя въ бронхъ, была немедленно извергнута отхаркиваніемъ и поэтому не могла смѣшаться съ воздухомъ. Иногда мокрота становится кровянистою, и въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ или только о присутствіи въ мокротѣ отдѣльных кровяныхъ полосокъ, или же объ изверженіи чистой крови въ большемъ или меньшемъ количествѣ. Этотъ *кровяной кашель*, который долженъ быть строго отличаеъ отъ начальнаго кровохарканія, можетъ быстро повести къ смерти, если онъ наступилъ вслѣдствіе язвеннаго разрушенія болѣе крупныхъ сосудовъ.

Вышеописанныя свойства мокроты уже указываютъ на присутствіе кавернъ; но съ полною достовѣрностію оно все-таки доказывается только результатами *перкуссіи* и *аускультации*. Хотя результаты этихъ двухъ методовъ изслѣдованія уже не имѣютъ своего прежняго значенія, съ тѣхъ поръ какъ намъ извѣстно, что констатированіе въ мокротѣ бугорчатыхъ палочекъ даетъ возможность гораздо вѣрнѣе распознавать бугорчатый заболѣванія и что при болѣе продолжительномъ существованіи процесса присутствіе кавернъ можетъ быть допущено съ полною увѣренностію, однако констатированіе ихъ при помощи выстукиванія все-таки составляетъ существенную задачу физической діагностики, тѣмъ болѣе, что такимъ путемъ обыкновенно удается съ приблизительною точностію опредѣлить мѣстонахожденіе и величину кавернъ, а также сообщеніе ихъ съ бронхомъ.

Физическіе признаки образованія кавернъ суть слѣдующіе: Обычнымъ мѣстомъ для кавернъ служитъ верхушка верхней доли; въ этомъ же мѣстѣ, въ подключичной области, грудная стѣнка представляется втянутою.

Перкуссия дастъ *тимпаническій* звукъ, который, впрочемъ, производится каверною только тогда, когда она достигаетъ по меньшей мѣрѣ величины грецкаго орѣха и при этомъ непосредственно прилегаетъ къ грудной стѣнкѣ или отдѣлена отъ нея уплотненною безвоздушною тканью; въ то же время стѣнки каверны не должны быть сильно напряжены и должны хорошо отражать звуковыя волны. Большая или меньшая явственность тимпаническаго звука зависитъ отъ количества находящагося въ кавернѣ воздуха, слѣдовательно—отъ величины самой каверны и отъ количества жидкости, находящейся въ ней одновременно съ воздухомъ.

Нерѣдко, но далеко не въ большинствѣ случаевъ, и даже при обширныхъ кавернахъ въ легочной верхушкѣ—не совѣмъ постоянно, констатируется *измѣненіе высоты* тимпаническаго звука, получаемаго надъ каверною, т. е. звукъ становится болѣе высокимъ и болѣе низкимъ, смотря по извѣстнаго рода манипуляціямъ, производимымъ надъ больнымъ. Сравнительно всего чаще звукъ становится болѣе высокимъ при открытіи рта и болѣе низкимъ при закрываніи его (признакъ *Wintrich'a*). Въ другихъ случаяхъ высота звука измѣняется въ сидячемъ и лежащемъ положеніи больного (признакъ *Gerhard'ta*), обыкновенно такимъ образомъ, что звукъ становится болѣе высокимъ въ сидячемъ положеніи, рѣдко наоборотъ. Иногда также констатируются оба эти признака одновременно, т. е. признакъ *Wintrich'a* появляется исключительно въ сидячемъ или стоячемъ положеніи, а въ другихъ случаяхъ—исключительно въ положеніи на спинѣ («прерывающееся» Винтриховское измѣненіе высоты звука). Наконецъ, иногда констатируется незначительное измѣненіе высоты звука подъ вліяніемъ дыхательныхъ движеній, такъ что при глубокомъ вдыханіи звукъ нѣсколько повышается (признакъ *Friedreich'a*). Всѣ эти перкуторныя явленія могутъ встрѣчаться и при другихъ состояніяхъ легкаго и поэтому не составляютъ безусловно вѣрныхъ признаковъ присутствія кавернъ. Вполнѣ доказательными для присутствія кавернъ, повидимому, могутъ считаться только пониженіе звука въ сидячемъ положеніи и прерывающееся измѣненіе его высоты; но какъ-разъ эти два признака очень рѣдко бывають ясно выражены.

Меньшее значеніе для діагноза имѣетъ *шумъ треснувшего горшка*, такъ какъ,—помимо того, что его можно констатировать у нѣкоторыхъ здоровыхъ людей, имѣющихъ очень тонкую грудную стѣнку, если заставить ихъ во время выстукиванія громко говорить,—онъ встрѣчается при очень различныхъ болѣзняхъ легкаго. Но все-таки гораздо чаще и всего яснѣе шумъ треснувшего горшка наблюдается именно при кавернахъ, лежащихъ близко къ грудной стѣнкѣ и сообщающихся съ бронхомъ.

Напротивъ того, присутствіе большой полости въ грудной кѣлкѣ доказано несомнѣнно, если шумъ треснувшего горшка сопровождается *металлическимъ звономъ*.

Это послѣднее звуковое явленіе, отличающееся своимъ тембромъ, и именно зву-

чаніемъ болѣе высокихъ обертоновъ наряду съ низкимъ основнымъ тономъ, служить вѣрнымъ признакомъ того, что перкуссія вызываетъ правильно отражаемыя звуковыя волны въ воздушной массѣ, находящейся въ большой полости (не менѣе 6 сантим. въ поперечникѣ). Для того, чтобы констатировать металлическій звонъ или металлическій отголосокъ вслѣдъ за прекращеніемъ перкуторнаго звука (т. е. медленное отзвучиваніе обертоновъ послѣ быстрого прекращенія низаго основнаго тона, такъ называемый «амфорическій» звонъ въ тѣсномъ смыслѣ слова), соответствующая полость не только должна быть велика, но еще должна лежать близко къ поверхности, а главное—имѣть гладкія, равномерно уплотненныя стѣнки, способныя къ отраженію звуковыхъ волнъ. Обыкновенно металлическій звонъ при перкуссіи бываетъ не очень громкимъ и часто становится вполнѣ явственнымъ только тогда, когда мы приложимъ ухо къ перкутируемому мѣсту грудной клѣтки и когда выстукиваніе производится не пальцемъ, а твердою эластическою палочкою, напр. рукояткою перкуссіоннаго молоточка. Если каверна свободно сообщается съ бронхомъ и полостью рта, то металлическій звонъ при открываніи рта становится болѣе громкимъ, такъ какъ полость рта дѣйствуетъ при этомъ въ качествѣ резонатора и такъ какъ свойственный ей болѣе высокій тонъ усиливаетъ при открываніи рта соответствующіе обертоны каверны. Если при перкуссіи получается металлическій звонъ, то это, какъ мы уже объясняли, указываетъ на присутствіе большой полости въ грудной клѣткѣ, и можетъ только оставаться сомнѣніе относительно того, представляетъ ли эта полость легочную каверну или скопленіе газовъ въ полости плевры (pneumothorax). О разрѣшеніи этого вопроса мы будемъ подробнѣе говорить впослѣдствіи, по поводу дифференціального распознаванія чахоточныхъ кавернъ отъ другихъ болѣзненныхъ состояній въ органахъ грудной полости.

Дыхательный шумъ, подобно перкуторному звуку, также можетъ представлять металлическій звонъ или послѣдующій металлическій отголосокъ («амфорическое дыханіе»). Условія для возникновенія металлическаго звона, сопутствующаго дыхательному шуму, совершенно тѣ же самыя, какъ и для возникновенія его при перкуссіи. Голосъ при выслушиваніи его чрезъ грудную клѣтку точно также сопровождается металлическимъ звономъ, и такой же металлическій оттѣнокъ могутъ имѣть *хрипы*, образующіеся въ большихъ кавернахъ или по близости отъ нихъ. Если при этомъ въ жидкомъ содержимомъ каверны лопаются по временамъ пузыри воздуха, то и они могутъ давать металлическій звонъ и производить такое впечатлѣніе, какъ будто въ полость каверны падаетъ капля жидкости («звонъ падающихъ капель» — tintement métallique).

Мы можемъ теперь приступить къ оцѣнкѣ *аускультативныхъ* явленій, свидѣтельствующихъ о присутствіи каверны. Металлическій звонъ, о которомъ мы сейчасъ говорили, встрѣчается при аускультации далеко не часто; обыкновенно же мы находимъ только *бронхіальное дыханіе*. Но это послѣднее существуетъ лишь при извѣстнаго рода условіяхъ: между полостью каверны и грудною стѣнкою не должна лежать проходима здорвая ткань, которая въ противномъ случаѣ видоизмѣняла бы образующееся въ полости бронхіальное дыханіе и превращало бы его въ везикулярное; кромѣ того, бронхъ, ведущій въ каверну, не долженъ быть закупоренъ слизью. Бронхіальное дыханіе, конечно, не составляетъ пато-

гностическаго признака каверны ¹⁾, такъ какъ оно встрѣчается и при инфильтраціи верхней доли во второй стадіи легочной чахотки. То же самое относится къ *созвучнымъ хрипамъ, къ бронхофоніи и усиленному голосовому дрожанію грудной кѣтки*. Бронхофонія пріобрѣтаетъ значеніе патогностическаго признака каверны лишь въ томъ случаѣ, когда она сопровождается металлическимъ звономъ.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ, что до тѣхъ поръ, пока перкуторныя и аускультативныя явленія не сопутствуются металлическимъ звономъ, мы должны быть осторожны въ распознаваніи чахоточной каверны, и даже при существованіи металлическаго звона, такъ какъ при этомъ дѣло идетъ о *большихъ* кавернахъ, намъ всегда приходится рѣшать вопросъ, *имѣемъ ли мы передъ собою дѣйствительно каверну въ легкомъ, или же скопленіе газовъ въ полости плевры*. Этотъ дифференціальный діагнозъ представляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ большія трудности.

Смѣшать эти два болѣзненные состоянія возможно въ особенности тогда, когда существуетъ *ограниченный pneumothorax*. Явленія, производимыя ограниченнымъ пневмотораксомъ, насколько дѣло идетъ именно о явленіяхъ перкуторныхъ и аускультативныхъ, суть совершенно тѣ же самыя и, согласно предыдущимъ нашимъ разсужденіямъ, должны быть тѣ же самыя, какъ при большихъ кавернахъ; поэтому различить одно состояніе отъ другаго въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствительно оказывается невозможнымъ. Наилучшимъ дифференціальнымъ признакомъ служитъ состояніе межреберныхъ пространствъ на соотвѣтственномъ мѣстѣ грудной кѣтки: именно, въ значительномъ большинствѣ случаевъ они бываютъ *при кавернѣ втянуты, а при пневмотораксѣ выпячены*. Кромѣ того, голосовое дрожаніе грудной кѣтки въ области каверны усилено, а въ области пневмоторакса ослаблено, совершенно такъ же какъ и бронхофонія, ослабленіе которой зависитъ, по моему, оттого, что при пневмотораксѣ затруднена передача звуковыхъ волнъ чрезъ слишкомъ сильно напряженную грудную стѣнку, а бронхъ находится на болѣе далекомъ разстояніи отъ поверхности. Но когда пневмотораксъ принимаетъ болѣе значительныя размѣры, а тѣмъ болѣе, когда онъ захватываетъ всю полость плевры, смѣшать его съ каверною уже едва ли возможно: равномерное расширеніе грудной кѣтки, смѣщеніе сосѣднихъ органовъ, въ особенности—сердца и печени, шумъ плеска, который при кавернахъ наблюдался лишь чрезвычайно рѣдко (я, напр., въ теченіи 20-лѣтней практики ни разу при кавернахъ его не встрѣчалъ), измѣненіе уровня притупленнаго звука въ нижнихъ частяхъ груди при всякой перемѣнѣ положенія тѣла и очень сильная одышка служатъ безусловно вѣрными діагностическими признаками пневмоторакса, между тѣмъ какъ физическія явленія, связанныя съ металлическимъ звономъ, а также шумъ треснувшаго горшка и измѣненіе высоты перкуторнаго звука при открываніи и закрываніи рта или при различныхъ положеніяхъ тѣла свойственны обоимъ состояніямъ безразлично. Впрочемъ, эти послѣднія явленія встрѣчаются при кавернахъ гораздо чаще, чѣмъ при пневмотораксѣ, такъ что шумъ треснувшаго горшка сильно говоритъ въ

¹⁾ «Метаморфозирующееся» дыханіе, которое возникаетъ благодаря тому, что вдыхаемый воздухъ, до своего вступленія въ каверну, проходитъ съ сильнымъ шипящимъ шумомъ чрезъ узкое мѣсто при впаденіи бронха въ эту послѣднюю, не должно быть считаемо діагностическимъ признакомъ каверны, если оно не выражено въ особенно сильной степени, такъ какъ здѣсь было бы предоставлено слишкомъ много простора субъективному толкованію.

пользу каверны; равнымъ образомъ обильные очень громкіе созвучные хрипы, соответствующіе мѣстонахожденію полости, рѣшительно говорятъ въ пользу каверны, когда дѣло идетъ о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ каверной или пневмотораксомъ.

Кромѣ вышеописанныхъ физическихъ измѣненій, встрѣчаются еще и другіе признаки, указывающіе на чахотку въ этой стадіи ея развитія: усиленіе симптомовъ общаго истощенія организма, существовавшихъ и во второй стадіи,—значительное исхуданіе (впрочемъ, бываютъ и исключенія изъ этого правила, такъ что больной оказывается хорошо упитаннымъ, не смотря на очень сильныя измѣненія въ легкихъ), затѣмъ—пролежни, тромбозъ бедренной вены съ отекомъ одной конечности, или распространенный отекъ всей подкожной кѣтчатки (въ зависимости отъ малярии или послѣдовательнаго нефрита или амилоиднаго перерожденія). Соотвѣственно распаденію бугорчатыхъ воспалительныхъ продуктовъ въ легкомъ, образуются бугорчатая язва въ кишкахъ и гортани, рѣдко на языкѣ и въ зѣвѣ, или бугорчатые свищи прямой кишки, которые иногда, впрочемъ, появляются еще въ первой или второй стадіи болѣзни. Быстрому истощенію силъ способствуютъ въ особенности лихорадка, отсутствіе сна, катарръ желудка и очень обильные поносы, къ которымъ могутъ присоединиться кишечныя кровотеченія съ поверхности язвъ.

Въ нѣкоторыхъ, вообще очень рѣдкихъ случаяхъ бугорчатка легкихъ приводитъ къ послѣдовательному зараженію всего организма бугорчатымъ ядомъ, и тогда появляется картина острой просовидной бугорчатки, распознаваніе которой будетъ изложено въ главѣ объ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Эмболія легочной артеріи, геморрагическій инфарктъ.

Для возникновенія эмболіи легочной артеріи требуется источникъ образованія тромбовъ, отрываніе которыхъ съ мѣста тромбоза имѣетъ своимъ послѣдствіемъ занесеніе фибринозныхъ пробокъ въ легочную артерію. Слѣдовательно, то мѣсто, гдѣ происходитъ свертываніе крови, должно лежать позади начала легочной артеріи, т. е. въ правомъ желудочкѣ, или въ правомъ предсердіи, или въ венахъ периферіи. Помимо пороковъ праваго сердца, при которыхъ фибринозные сгустки могутъ образоваться непосредственно на клапанахъ, получившихъ шероховатую поверхность, важную роль играетъ здѣсь расширеніе праваго сердца, появляющееся напр. при эмфиземѣ и при порокахъ двустворчататаго клапана. Какъ только компенсаторная дѣятельность расширеннаго праваго сердца начинаетъ ослабѣвать и пассивно растянутая сердечная мышца уже не можетъ проталкивать свое содержимое съ достаточною силою, происходитъ свертываніе крови между мышечными перекладами или въ ушкѣ праваго предсердія, и образовавшіеся сгустки, смываясь потокомъ крови, проталкиваются въ легкія. Условія къ образованію тромбовъ въ правомъ сердцѣ, помимо рѣдко встрѣчающихся пороковъ трехстворчататаго клапана и полудунныхъ клапановъ легочной артеріи, чаще всего имѣются въ наличности при порокахъ двустворчататаго клапана, но въ то же время, конечно, хотя и менѣе часто, при всѣхъ другихъ порокахъ заслонокъ и при различныхъ формахъ перерожденія сердечной мышцы. Если мѣсто тромбоза находится внѣ сердца, т. е. въ венозной системѣ, то слѣдуетъ прежде всего подумать о воспалительныхъ процессахъ на периферіи или о марантическомъ тромбозѣ бедренной или внутреннихъ сѣмянныхъ венъ, какъ о самомъ частомъ

источникъ эмболическихъ пробокъ, заносимыхъ чрезъ полую вену въ правое сердце и въ легкія. Названные нами этиологическіе моменты должны быть принимаемы въ соображеніе при всякомъ діагнозѣ эмболии легочной артеріи. Если же не имѣется достаточныхъ основаній предполагать подобный источникъ образованія эмболическихъ пробокъ, то діагнозъ эмболии легочной артеріи имѣетъ очень шаткія основанія, и тогда лучше совѣтъ отъ него отказаться.

Распознаваніе обыкновенно бываетъ легкимъ; оно основывается на вышеупомянутыхъ этиологическихъ моментахъ и, кромѣ того, на нѣкоторыхъ весьма рѣзкихъ симптомахъ, которые могутъ быть различны, смотря по тому, находится ли эмболическая пробка въ стволѣ легочной артеріи или въ одной изъ ея мелкихъ вѣтвей.

Эмболія ствола или одной изъ главныхъ вѣтвей легочной артеріи характеризуется быстро наступающею одышкой, которая можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ немедленную смерть отъ задушенія (такъ назыв. «легочный ударъ»), если внезапно былъ прекращенъ притокъ крови къ большему сосудистому областямъ. Очевидно, что когда правое сердце уже не можетъ проталкивать свое содержимое въ легкія, необходимымъ послѣдствіемъ этого должно явиться быстро увеличивающееся расширение этого отдѣла сердца, съ пространственнымъ увеличеніемъ сердечной тупости, острымъ ціанозомъ, потерей сознанія (вслѣдствіе застоя въ венахъ головного мозга и недостаточнаго притока артеріальной крови къ этому органу) и малымъ пульсомъ лучевой артеріи. Но даже и въ томъ случаѣ, когда эти симптомы могутъ быть констатированы лично самимъ врачомъ (обыкновенно онъ только слышитъ отъ окружающихъ, что внезапному наступленію смерти предшествовала одышка съ ціанозомъ и безсознательнымъ состояніемъ), требуется все таки большая осторожность въ распознаваніи эмболии ствола легочной артеріи.

Въ этомъ отношеніи мнѣ уже слишкомъ часто приходилось видѣть, что, не смотря на присутствіе всей совокупности вышеупомянутыхъ симптомовъ, нельзя было при анатомическомъ вскрытіи обнаружить никакой закупорки легочной артеріи, и причина внезапно наступившей смерти оставалась невыясненною. Въ такихъ случаяхъ самую вѣроятную причину смерти нужно считать внезапный параличъ нервныхъ аппаратовъ сердца; послѣдствія паралича должны быть, конечно, тѣ же самыя, какъ и при эмболии легочной артеріи, т. е. одышка, ціанозъ, острое расширение всего сердца, остановка кровообращенія въ головномъ мозгу и внезапная смерть по причинѣ быстрого упадка дѣятельности сердца.

При *закупоркѣ болѣе мелкихъ вѣтвей*, къ которой затѣмъ присоединяется образованіе инфаркта въ соответствующей сосудистой области, симптомы представляются гораздо болѣе невинными, и діагнозъ можетъ быть поставленъ сравнительно легче и вѣрнѣе. Иногда, но далеко не постоянно, наступленію эмболии предшествуетъ *потрясающій ознобъ*; вмѣстѣ съ тѣмъ появляется ціанозъ и *одышка*, степень которой вообще находится въ зависимости отъ величины той части легкаго, которая вслѣд-

ствіе эмболія исключена изъ процесса обмѣна газовъ. Но мало по малу организмъ приспосабливается къ уменьшенной доставкѣ кислорода, и только при усиленныхъ требованіяхъ, предъявляемыхъ легкимъ во время мышечныхъ напряженій, появляется затрудненіе дыханія, причемъ больные жаждутъ также на сердцебіеніе.

Присутствіе или отсутствіе *лихорадки* при образованіи эмболическаго инфаркта зависитъ, по моему мнѣнію, прежде всего отъ самаго *матеріала*, изъ котораго состоитъ пробка, занесенная въ легкія: если эмболическая пробка, какъ это бываетъ обыкновенно, происходитъ изъ сердца больного, страдающаго ожирѣніемъ этого органа или старымъ порокомъ клапановъ, то въ такомъ случаѣ эмболія легочной артеріи обыкновенно протекаетъ безъ лихорадки; если же эмболическая пробка происходитъ изъ сердца, пораженнаго острымъ эндокардитомъ, или изъ какой нибудь периферической воспаленной области, въ которой наступилъ тромбозъ, то подъ вліяніемъ эмболія можетъ усиливаться уже существующая лихорадка. Кромѣ того, возможно допустить, что въ той части легкаго, въ которой образовался инфарктъ, легче задерживаются зародыши воспаления, благодаря остановившемуся кровообращенію, а вмѣстѣ съ тѣмъ появляется и лихорадка. Въ пользу этого послѣдняго предположенія говорить въ особенности присоединеніе плеврита въ области основанія инфаркта, наблюдаемое довольно часто.

Изъ объективныхъ симптомовъ всего болѣе бросаются въ глаза свойства *мокроты*. Она состоитъ изъ чистой *крови*, но послѣдняя обыкновенно бываетъ не алою, а темною, черноватою; кромѣ того, кровь часто бываетъ смѣшана со слизью, но ни въ какомъ случаѣ не такъ тѣсно, какъ при пневмоніи. Эта кровавая мокрота отхаркивается по цѣлымъ днямъ и недѣлямъ.

Кровавая мокрота встрѣчается еще и при различнѣйшихъ другихъ болѣзняхъ, а именно при пневмоніи, при новообразованіяхъ легкаго, при бронхитѣ, въ особенности—крупозномъ, при разрывѣ аневризмъ, вскрывшихся въ легкія, и при гѣмorrhagическомъ діатезѣ. Но всего скорѣе возможно смѣшать кровавую мокроту при гѣмorrhagическомъ инфарктѣ съ кровохарканьемъ при чахоткѣ. Въ этомъ случаѣ вопросъ разрѣшается прѣжде всего одновременнымъ присутствіемъ бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ и сосредоточеніемъ болѣзненныхъ явленій въ легочныхъ верхушкахъ.

По однимъ свойствамъ мокроты діагнозъ гѣмorrhagическаго инфаркта никогда не можетъ быть поставленъ; онъ получаетъ полную достовѣрность только тогда, когда имѣются для него вышеуказанныя точки опоры, а особенно, когда физическое изслѣдованіе легкихъ даетъ положительный результатъ, когда мы находимъ ограниченное притупленіе звука (чаще всего—въ нижней долѣ и преимущественно праваго легкаго), ограниченное же бронхіальное дыханіе, созвучные хрипы и остальные симптомы уплотнѣнія легкаго. Кромѣ того, если инфарктъ достигаетъ по направленію къ периферіи до самой плевры, то въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ нерѣдко бываетъ слышенъ плевритическій шумъ тренія. Наконецъ, если произошла неполная закупорка легочной артеріи или ея вѣтвей, то въ томъ мѣстѣ, гдѣ остановилась эмболическая пробка, мы находимъ при

выслушивании сердечно-систолический шумъ вследствие сужения просвета артеріальной трубки, а иногда въ этомъ же мѣстѣ прослушивается сердечно-систолическое дрожаніе. Однако, всѣхъ этихъ симптомовъ еще недостаточно для діагноза эмболии легочной артеріи, а всегда, какъ мы уже сказали, необходимо прежде всего отыскать самый источникъ образованія тромба.

Если тромбъ, повлекшій за собою эмболию, зараженъ гнойными или гнилостными продуктами, то въ легкомъ образуется не простой инфарктъ, а *метастатическій абсцессъ*. Если при этомъ дѣло идетъ о гнилостномъ зараженіи, то въ легкомъ образуются мельчайшія, но обыкновенно весьма многочисленныя гнѣзда, которыя почти всегда ускользаютъ отъ распознаванія и только случайно обнаруживаются при анатомическомъ вскрытіи. Если же въ легкомъ образовался болѣе значительный гнойникъ вследствие занесенія въ легочную артерію болѣе объемистаго кровянаго сгустка, находившагося въ состояніи гнойнаго размягченія, то это обнаруживается признаками *абсцесса легкихъ*, который можетъ возникать еще и другимъ путемъ и распознаваніе котораго иногда представляетъ большія затрудненія. Поэтому мы должны посвятить распознаванію абсцесса легкихъ особую главу.

Абсцессы легкихъ.

Если эмболическая пробка, попавшая въ легкое, заключаетъ въ себѣ микрококки нагноенія, особенно при піэмическихъ процессахъ, то въ томъ мѣстѣ, гдѣ она застряла, развивается нагноеніе. То же самое бываетъ и тогда, когда воспаленіе легочной ткани, — крупозное или катарральное, или пневмонія, образовавшаяся вследствие проникновенія пищи въ дыхательные пути, — сопровождается интенсивнымъ дѣйствіемъ микрококковъ нагноенія, такъ что послѣдніе (въ особенности — *staphylococcus*) могутъ вполне обнаружить присущую имъ способность растворять бѣлковыя вещества. При этомъ въ легкомъ образуются болѣе обширные абсцессы.

Вышеприведенные этиологическіе моменты всегда должны быть принимаемы въ соображеніе при распознаваніи абсцесса легкихъ, такъ какъ этимъ самымъ существенно облегчается постановка дифференціального діагноза. Распознаваніе абсцесса легкихъ часто бываетъ труднымъ и можетъ быть сдѣлано съ полною положительностью только тогда, когда симптомы ясно выражены. Важнѣйшимъ діагностическимъ признакомъ служатъ свойства *мокроты*. Она имѣетъ видъ чистаго гноя, а при обильномъ отхаркиваніи раздѣляется на нижній слой, богатый клѣточными элементами, и верхній, болѣе похожій на серозную жидкость. Смотри по тому, подверглось-ли гнойному размягченію большее или меньшее количество легочной ткани, мокрота содержитъ обрывки ея въ большемъ или меньшемъ количествѣ, отдѣльныя или альвеолярно-расположенныя эластическія волокна, жирноперерожденныя клѣтки, жиръ (отчасти въ кристаллическомъ видѣ), таблочки холестерина, кристаллы гѣматоидина, наконецъ, въ качествѣ важнѣйшей составной части, — различные микрококки нагноенія и другія бактеріи, не-специфическаго свойства.

Вслѣдствіе распада легочной ткани, и притомъ смотря по его обширности, образуется большая или меньшая *полость*, которая можетъ быть констатирована физическимъ изслѣдованіемъ, обнаруживаясь характеристическими симптомами каверны, о которыхъ мы уже подробно говорили, а именно—тимпаническимъ звукомъ, созвучными хрипами, амфорическимъ дыханіемъ и т. д.; симптомы эти, если распадѣніе не слишкомъ обширно, могутъ постепенно исчезнуть по мѣрѣ заживленія абсцесса.

Діагнозъ подкрѣпляется теченіемъ *лихорадки*, которая при абсцессѣ легкихъ, какъ и при другихъ нагноеніяхъ, обыкновенно сопровождается потрясающими ознобами.

Дифференціальный діагнозъ колеблется главнымъ образомъ между *чахоточною каверною*, *бронхіэктазією* и *гангреною легкихъ*. Первая вообще различается отъ абсцесса легкихъ съ меньшимъ трудомъ, чѣмъ послѣднія двѣ болѣзни. Уже самая мокрота при *чахоточныхъ кавернахъ* имѣетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ нѣкоторыя свойства, чѣмъ при абсцессѣ: лишь рѣдко она представляется до такой степени желто-зеленою, гнойною, и содержитъ такое значительное количество альвеоларно-расположенныхъ эластическихъ волоконъ, какъ при абсцессѣ легкихъ, а главное, она не извергается въ такомъ обиліи; но самый надежный отличительный признакъ состоитъ въ томъ, что мокрота при чахоточныхъ кавернахъ заключаетъ въ себѣ, наряду со слизистыми тѣльцами, бугорчатые палочки. Во всѣхъ случаяхъ важно обращать вниманіе на способъ возникновенія болѣзни, т. е. на эмболическое происхожденіе абсцесса, съ одной стороны, и относительно медленное развитіе чахоточныхъ кавернъ—съ другой.

Болѣе затруднительнымъ бываетъ иногда дифференціальное распознаваніе между абсцессомъ легкихъ и *бронхіэктатическими кавернами*. Мокрота при этихъ послѣднихъ издаетъ характерный зловонный запахъ, а эластическія волокна обыкновенно совсѣмъ въ ней отсутствуютъ или, по крайней мѣрѣ, оказываются не въ такомъ значительномъ количествѣ и не имѣютъ того альвеоларнаго расположенія, какъ при абсцессѣ. Последнее обстоятельство еще въ большей степени справедливо по отношенію къ мокротѣ при *гангренѣ легкихъ*: эластическія волокна лишь рѣдко могутъ быть въ ней констатированы, такъ какъ они растворяются дѣйствіемъ специфическаго фермента. Бываютъ, впрочемъ, и исключенія изъ этого правила: мокрота при гангренѣ легкихъ, если процессъ быстро идетъ впередъ, можетъ, по моимъ наблюденіямъ, заключать въ себѣ даже такія частицы ткани, которыя подъ микроскопомъ представляютъ въ неизмѣненномъ видѣ волокнистый остовъ легочныхъ пузырьковъ ¹⁹⁾. Иногда также наблюдается переходъ абсцесса въ гангрену легкихъ. Но, съ другой стороны, мокрота при этой послѣдней болѣзни издаетъ чрезвычайно пронзительный запахъ, имѣетъ грязно-сѣрый цвѣтъ, однимъ словомъ, ха-

¹⁹⁾ Мною наблюдались три случая гангрены легкихъ, въ которыхъ въ мокротѣ съ несомнѣвностью были констатированы эластическія волокна, притомъ въ формѣ характернаго альвеоларнаго распредѣленія ихъ.

Прим. М. А.

рактируется совершенно особыми свойствами, да и самое теченіе болѣзни существенно иное, чѣмъ при абсцессѣ, какъ это будетъ видно изъ ниже-слѣдующей главы.

Гангрена легкихъ.

Гангрена легкихъ встрѣчается несравненно чаще легочнаго абсцесса и распознается вообще менѣе трудно, такъ какъ симптомы ея очень рѣзки. Дѣло въ томъ, что омертвѣніе частицъ легочной ткани, сопровождаемое гнилостнымъ разложениемъ, почти всегда обнаруживается присутствіемъ въ мокротѣ большихъ или мелкихъ зловонныхъ обрывковъ паренхимы, которые съ точки зрѣнія діагноза могутъ считаться патогностическимъ признакомъ этой болѣзни.

Мокрота при такихъ условіяхъ имѣетъ или *чрезвычайно рѣзкій гнилостный*, или *непріятно-сладковатый запахъ*, который особенно силенъ въ моментъ ея изверженія. Поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ всегда нужно для постановки діагноза собирать свѣжую мокроту. Если въ какомъ нибудь случаѣ совсѣмъ не извергается гангренозной мокроты, то и діагнозъ невозможенъ, такъ какъ по одному гнилостному запаху выдыхаемаго воздуха и по присутствію физическихъ измѣненій легкаго, дѣлающихъ вѣроятною гангрену этого органа, ставить подобный діагнозъ никоимъ образомъ не слѣдуетъ, потому что эти діагнозы при анатомическомъ вскрытіи въ большинствѣ случаевъ оказываются невѣрными. Консистенція мокроты обыкновенно бываетъ *очень жидкая*, цвѣтъ ея *грязно-зеленый* или *спрыый* или *бурый*, смотря по болѣйшей или меньшей примѣси крови. Особенно характеристично то, что мокрота очень скоро послѣ своего изверженія раздѣляется на *три слоя* (обстоятельство, на которое впервые обратилъ вниманіе *Traube*). Верхній слой представляется пѣнистымъ, средній — серознымъ, и оба они содержатъ въ себѣ только по мѣстамъ разсѣянные слизистыя массы. Нижній слой, въ видѣ настоящаго осадка, образуетъ важнѣйшую въ діагностическомъ отношеніи составную часть мокроты; онъ состоитъ изъ распада, жира въ видѣ капель или иногда въ кристаллической формѣ, а главное — изъ обрывковъ ткани, именно остатковъ омертвѣвшей легочной паренхимы, которые при микроскопическомъ изслѣдованіи могутъ быть узнаны по альвеолярному расположенію волоконъ. Но альвеолярный остовъ почти никогда не содержитъ эластическихъ волоконъ, а сохраняетъ только полосатое основное вещество, такъ какъ, по изслѣдованіямъ, произведеннымъ *Filehne* на больныхъ моей клиники, мокрота заключаетъ въ себѣ ферментъ, растворяющій эластическія волокна. Наряду съ кристаллами амміакъ-магнезій и гематойдина, распавшимися кровяными тѣльцами и пигментными глыбками, встрѣчается въ мокротѣ громадное множество грибовъ, образующихъ главную составную часть тѣхъ микотическихъ яробокъ, которыя со времени *Dittrich*'а извѣстны какъ существенная состав-

ная часть мокроты при гангренѣ легкаго. Какая именно форма грибка должна быть признана патогностическою, — этого еще нельзя съ положительностью рѣшить; но повидимому очень важное значеніе для діагноза имѣетъ особая форма грибка *leptothrix*, впервые описанная *Leudeniomъ* и *Jaffé*, которая при прибавленіи іодной пастойки окрашивается въ фіолетовый или синій цвѣтъ.

Въ сравненіи съ этими свойствами мокроты, имѣющими для діагноза чрезвычайно важное значеніе, всѣ остальные клиническія явленія гангрены легкихъ, напр. лихорадка, истощеніе, диспепсія и т. д., совершенно отсутствуютъ на задній планъ. Одни только мѣстныя измѣненія, констатируемыя въ легкихъ при перкуссіи и аускультации, еще могутъ имѣть наряду съ патогностическими свойствами мокроты нѣкоторое значеніе для пополненія діагноза и для опредѣленія локализаціи и обширности гангрены легкихъ. При разлитой формѣ гангрены быстро распространяющаяся инфильтрація обыкновенно преобладаетъ надъ признаками образованія полости, а при ограниченной преобладаютъ послѣдніе. Особенно характеристично, если въ теченіе нѣсколькихъ дней и даже часовъ, какъ мнѣ пришлось это видѣть въ одномъ случаѣ, распадаются очень обширныя инфильтраціи, захватывающія цѣлую долю легкаго, такъ что уже спустя нѣсколько часовъ обширное притушеніе уступаетъ мѣсто тимпаническому звуку, и появляются созвучные хрипы вмѣстѣ съ остальными признаками каверны.

До тѣхъ поръ пока въ мокротѣ нельзя найти обрывковъ легочной ткани, *дифференціальный діагнозъ* можетъ колебаться между гангреною легкихъ и гнилостнымъ бронхитомъ или бронхіэктазіей (при которыхъ точно также отхаркивается зловонная мокрота). Если одна изъ послѣднихъ двухъ болѣзней уже просуществовала довольно долгое время, а затѣмъ въ мокротѣ появились составные элементы легочной ткани, то это доказываетъ, что гнилостное разложеніе содержимаго бронховъ или бронхіэктатическихъ кавернъ распространилось на окружающую ткань, т. е., что къ этимъ болѣе невиннымъ процессамъ послѣдовательно присоединилась гангрена легкихъ. Діагнозъ подтверждается, если намъ удалось въ подробностяхъ прослѣдить самое происхожденіе гангрены легкихъ, т. е. доказать, что развитію предполагаемой гангрены предшествовали вышеупомянутыя болѣзни или пневмоническія инфильтраціи, чахотка или абсцессъ легкаго, или же открыть источникъ эмболическихъ пробокъ, который тѣмъ вѣрнѣе можетъ считаться прямою причиною гангрены легкихъ, если можетъ быть доказано, что и периферическіе тромбы также находятся въ состояніи гнилостнаго разложенія. Кромѣ того, появленію легочной гангрены несомнѣнно благопріятствуютъ тяжелыя *общія* разстройства питанія, перенесеніе какой нибудь инфекціонной болѣзни, а въ особенности — глубокое нарушеніе обмѣна веществъ, сопутствующее *сахарному диабету*.

Сифились легкихъ.

Въ легкихъ, какъ и въ другихъ органахъ, сифились обнаруживается въ формѣ разлитыхъ воспалительныхъ процессовъ фибрознаго свойства, или въ формѣ гуммозныхъ узловъ. Но если точное опредѣленіе сифилитическаго характера найденныхъ измѣненій бываетъ очень затруднительнымъ даже при вскрытіи трупа, то еще въ большей степени это справедливо относительно клиническаго діагноза, который еще и до сихъ поръ можетъ ставиться только съ большею или меньшею степенью вѣроятія; къ тому же едва ли подлежитъ сомнѣнію, что въ легкихъ встрѣчаются смѣшанныя формы сифилитической и бугорчатой чахотки. Несомнѣнное присутствіе позднихъ явленій сифилиса въ другихъ мѣстахъ тѣла, преобладаніе процессовъ сморщиванія въ легкомъ, а особенно—отсутствіе бугорчатыхъ палочекъ, не смотря на многократныя изслѣдованія мокроты, говоритъ въ пользу сифилитическаго характера заболѣванія легкихъ, тѣмъ болѣе, если противосифилитическое лѣченіе быстро дало весьма замѣтный результатъ; но о точномъ діагнозѣ даже при этихъ условіяхъ никогда не можетъ быть рѣчи.

Новообразования въ легкихъ.

Новообразования распознаются немногимъ лучше сифилиса легкихъ. И здѣсь также сравнительно вѣрнѣйшую точку опоры для діагноза доставляетъ этиологія, т. е. констатированіе опухоли (саркомы или карциномы) въ какой нибудь другой части тѣла. Первичныя новообразования въ легкихъ вообще недоступны точному діагнозу. Симптомы *рака легкихъ* иногда имѣютъ больше сходства съ симптомами хронической пневмоніи, а иногда съ симптомами опухоли средостѣнія, т. е. опухоли, ограничивающей ёмкость грудной полости. Если къ этимъ явленіямъ присоединяются кровохарканіе, гѣморрагическій плевритъ и метастатическое опуханіе лимфатическихъ железъ въ подмышечной ямкѣ, то можно съ большимъ вѣроятіемъ предположить ракъ легкихъ. Діагнозъ получаетъ полную достовѣрность, если удастся при микроскопическомъ изслѣдованіи мокроты обнаружить въ ней присутствіе раковыхъ элементовъ, или же, если раковая опухоль, представлявшая до тѣхъ поръ вышеописанные симптомы, вскрылась чрезъ грудную стѣнку. Но и то, и другое случается очень рѣдко.

То же самое можно сказать о распознаваніи *эхинококка въ легкихъ*. И здѣсь также опредѣленный диагнозъ возможенъ лишь въ томъ случаѣ, если отхаркиваются пузыри эхинококка или отдѣльные обрывки ихъ стѣнокъ, или содержимое ихъ, характеризующееся присутствіемъ крючковъ. Но до тѣхъ поръ, пока мокрота не содержитъ этихъ составныхъ элементовъ, не можетъ быть и рѣчи даже о приблизительномъ діагнозѣ, хотя, съ другой стороны, распространеніе эхинококка печени въ плевру и въ легкое представляется вѣроятнымъ, если къ симптомамъ, существовавшимъ раньше, присоединились одышка, приступы задушенія, притупленіе звука въ области легкаго, бронхіальное дыханіе въ заднихъ нижнихъ частяхъ праваго легкаго и кровохарканье.

Actinomyces pulmonum.

Въ новѣйшее время вниманіе патологовъ обратили на себя случаи проникновенія лучистаго грибка (*actinomyces*) въ дыхательные пути. При этомъ, какъ было констатировано, могутъ съ одной стороны возникать фиброзныя пневмоническія инфильтраты, иногда весьма обширныя, а съ другой стороны могутъ образоваться полости вълѣдствіе распаденія ткани. Если колоніи лучистаго грибка проникаютъ затѣмъ въ бронхъ, то они могутъ извергаться отхаркиваніемъ, такъ что при микроскопическомъ изслѣдованіи мокроты они могутъ быть узнаны по своему характеристическому виѣш-

нему виду. Диагнозъ этой рѣдкой ²⁰⁾ болѣзни легкаго при такихъ условіяхъ можетъ быть поставленъ съ полною положительностью, а равно и тогда, когда лучистые грибки, перейдя изъ легкаго на плевру, прорываются въ дальнѣйшемъ теченіи наружу, образуя свищевые ходы, изъ которыхъ выдѣляется гной и въ которыхъ можетъ быть обнаружено присутствіе этихъ грибковъ. Въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся въ послѣднее время, была найдена каверна, заключавшая въ себѣ лучистые грибки и между прочимъ также обломокъ зуба, который попалъ въ нее путемъ присасыванія; въ виду этого стало вѣроятнымъ, что *actinomyces pulmonum* вообще происходитъ вслѣдствіе присасыванія зародышей микроорганизмовъ изъ полости рта (*James Israel*).

Болѣзни средостѣнія.

Опухоли средостѣнія.

Распознавать опухоли средостѣнія приходится довольно рѣдко даже тому врачу, который располагаетъ обширнымъ больничнымъ матеріаломъ. Небольшія опухоли, до тѣхъ поръ пока онѣ не вызываютъ симптомовъ прижатія, совершенно недоступны распознаванію; но и болѣе объемистыя опухоли, сопровождаемыя рѣзкими симптомами, представляютъ при распознаваніи различныя затрудненія, какъ для начинающаго, такъ и для опытнаго діагноста, и потому распознаваніе опухолей средостѣнія всегда требуетъ самаго тщательнаго изслѣдованія и зрѣлаго обсужденія.

Важнѣйшими признаками присутствія опухолей, ограничивающихъ ёмкость груднаго средостѣнія, служатъ *симптомы прижатія и смѣщенія сосѣднихъ съ ними органовъ грудной полости*, т. е. легкихъ, дыхательнаго горла и бронховъ, пищевода, сердца, большихъ сосудовъ и нервовъ.

Одышка, обусловливаемая распространеніемъ опухоли въ грудной полости и воспрепятствованнымъ вслѣдствіе этого расширеніемъ легкихъ, никогда не отсутствуетъ вполне при опухоляхъ средостѣнія; но, съ другой стороны, она можетъ быть относительно умѣренной даже при очень большихъ опухоляхъ. Причина этого страннаго факта лежитъ въ томъ, что организмъ приспосабливается къ ограниченію дыхательной поверхности во время постепеннаго роста опухоли, уменьшающей ёмкость грудной

²⁰⁾ Случаи актиномикоза легкихъ, повидимому, встрѣчаются не особенно рѣдко; по крайней мѣрѣ у насъ, въ Россіи, большее число описанныхъ случаевъ актиномикоза—легочнаго происхожденія. Сравнительно въ короткій срокъ мнѣ пришлось частію наблюдать, частію вскрывать четыре случая актиномикоза легкихъ: одинъ изъ этихъ случаевъ описанъ Н. Н. Якимовичемъ, другой Л. В. Орловымъ; третій и четвертый случаи остались неописанными. Въ одномъ изъ этихъ послѣднихъ случаевъ заболѣваніе протекало подъ видомъ какъ бы острой, но неразрѣшавшейся правосторонней плевропневмоніи; въ дальнѣйшемъ теченіи развилась ограниченная эмпіема, которая и была вскрыта. Исходъ былъ летальный. Во второмъ изъ этихъ случаевъ было приблизительно то же, только подъ конецъ жизни актиномикозъ сдѣлался общимъ и принялъ пѣзмическій характеръ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, можно было находить въ мокротѣ характерныя зерна актиномикоза, такъ что въ будущемъ во всѣхъ подозрительныхъ на актиномикозъ легкихъ случаяхъ необходимо производить специальное изслѣдованіе мокроты на зерна.

кѣлки. Но когда воспрепятствовано расширеніе болѣе значительныхъ участковъ легкаго, или же, когда потребность въ кислородѣ увеличивается при движеніяхъ тѣла, несомѣнно обнаруживается затрудненіе дыханія. Такъ какъ достаточное расширеніе легкаго механически воспрепятствовано, то дыханіе становится *учащеннымъ* и происходитъ съ *большими уси-
ліями*. Однако, этотъ типъ дыханія можетъ принять иной характеръ, если опухоль своимъ давленіемъ закрываетъ просвѣтъ болѣе крупныхъ дыхательныхъ путей, такъ что является преимущественно *инспиратор-
ная одышка съ ненормально продолжительными рѣдкими и
глубокими дыхательными движеніями*, (главнымъ образомъ — бла-
годаря тому, что воспрепятствовано саморегулированіе дыханія). Иногда
дыхательныя движенія могутъ одновременно представляться и учащенными
и ненормально глубокими. Нѣкоторые больные при этомъ вслѣдствіе очень
сильной одышки предпочитаютъ полусидячее положеніе, такъ какъ лежать
на спинѣ совершенно для нихъ невозможно, а въ полусидячемъ положе-
ніи дыхательныя экскурсіи относительно всего болѣе обширны. Если опу-
холь развивается преимущественно на одной сторонѣ, то обыкновенно
очень рѣзко бросается въ глаза *уменьшеніе дыхательныхъ экскурсій
преимущественно пораженной половины грудной кѣлки* и
инспираторное втягиваніе межреберныхъ пространствъ. Пораженная поло-
вина грудной кѣлки увеличена въ объемѣ сравнительно съ другою, и
грудная стѣнка на этой сторонѣ выпячена; но если спаденіе легкаго
преобладаетъ надъ степенью развитія опухоли, то въ такихъ случаяхъ —
правда, весьма рѣдкихъ — можетъ отсутствовать расширеніе больной поло-
вины груди. Чѣмъ болѣе растетъ опухоль, тѣмъ сильнѣе на первый планъ
выступаетъ одышка, которая по временамъ даже усиливается до настоя-
щихъ приступовъ задушенія. Причина такихъ приступовъ предполагается
въ томъ, что при перемѣнѣ больнымъ положенія тѣла временно усиливается
давленіе опухоли на блуждающій нервъ и на его легочное сплетеніе,
причемъ давленіе это вызываетъ или судорожное, или скоропреходящее
паралитическое состояніе легочныхъ вѣтвей названнаго нерва. Которая изъ
этихъ двухъ возможностей существуетъ въ каждомъ частномъ случаѣ,
это едва ли можетъ быть рѣшено, и здѣсь допустимо развѣ только вѣ-
роятное предположеніе, основанное на сравненіи результатовъ физиологи-
ческаго опыта съ клиническою картиною одышки, представляемой дан-
нымъ больнымъ.

При ощупываніи мы находимъ *измѣненное голосовое дрожаніе
грудной кѣлки*, которое можетъ быть усилено или ослаблено, смотря
по степени отѣсненія и прижатія бронховъ. Если прижатіе это очень
значительно, то звуковыя волны въ сдавленныхъ бронхахъ распростра-
няются настолько недостаточно, что, не смотря на равномѣрно плотную
среду, онѣ при своемъ прохожденіи чрезъ опухоль и чрезъ сдавленное
спавшееся легкое достигаютъ грудной стѣнки не усиленными, а ослаблен-

ными. Если же бронхи совсѣмъ не прижаты или сдавлены только отчасти, то устраняется причина для ослабленія голосоваго дрожанія, по крайней мѣрѣ въ частяхъ опухоли, лежащихъ надъ тѣми бронхами, которые не особенно сдавлены; въ этихъ случаяхъ голосовое дрожаніе грудной кѣтки, по вышеприведеннымъ соображеніямъ, оказывается усиленнымъ.

При *выстукиваніи* констатируется въ области опухоли *притупленіе звука и увеличенное сопротивленіе. Границы притупленнаго звука неправильны и распространяются медленно во всѣ стороны. Сердце оттѣсняется опухолью*: толчекъ въ большинствѣ случаевъ ясно прощупывается ближе къ лѣвой аксиллярной линіи, сердечная тупость смѣщена, а при осложненіи перикардіальнымъ выпотомъ увеличена въ своемъ протяженіи. Если одновременно существуетъ *плевритическій выпотъ*, то и онъ также участвуетъ въ притупленіи звука и можетъ этимъ самымъ затруднять распознаваніе. *Но, съ другой стороны, это—то именно осложненіе иногда направляетъ діагнозъ на верный путь*, если, не смотря на удаленіе жидкости посредствомъ прокола, одышка продолжается по прежнему и притупленіе звука остается неизмѣненнымъ въ верхнихъ частяхъ груди, тогда какъ въ нижнихъ оно исчезаетъ. Это и было именно въ слѣдующемъ случаѣ, который наблюдался въ моей клиникѣ: уже результатъ прокола указывалъ здѣсь на какое-то необычайное заболѣваніе грудныхъ органовъ.

Ф., 22-хъ лѣтъ отъ роду, за 4 мѣсяца до своего поступленія въ госпиталь заболѣлъ колотьемъ въ обоихъ бокахъ, одышкою и сердцебиеніемъ. Послѣдніе два симптома удержались и впредь, между тѣмъ какъ колотье въ бокахъ исчезло. Въ настоящее время, помимо умѣреннаго кашля, больной ни на что не жалуется. Больной съ самаго начала своей болѣзни предпочитаетъ лежать на правомъ боку, такъ какъ въ этомъ положеніи онъ чувствуетъ себя легче.

При поступленіи больного въ госпиталь найдено слѣдующее: Правая половина грудной кѣтки расширена и отстаетъ въ своихъ дыхательныхъ экскурсіяхъ. Сзади, начиная отъ 8-го груднаго позвонка,—абсолютно тупой звукъ, ослабленное голосовое дрожаніе и ослабленное дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Спереди на правой же сторонѣ, начиная отъ ключицы до реберной дуги, повсюду притупленіе звука съ ослабленнымъ дыханіемъ и ослабленнымъ голосовымъ дрожаніемъ. Пробный проколъ въ аксиллярной линіи далъ отрицательный результатъ; затѣмъ такой же проколъ былъ сдѣланъ сзади внизу, и получилась желтовато-зеленая жидкость, которая при слѣдующемъ парацентезѣ выпущена въ количествѣ 1500 куб. сант., причемъ удѣльный вѣсъ ея оказался 1020. *Послѣ операции верхняя граница притупленія звука въ заднихъ частяхъ значительно опустилась; притупленіе же въ переднихъ частяхъ осталось безъ всякой перемѣны, а затѣмъ въ теченіе слѣдующей недѣли распространилось до лѣваго края грудины, и верхняя часть грудной кости мало по малу выпятилась впередъ, а въ то же время появилось незначительное притупленіе звука сзади и вверху на правой сторонѣ. Голосовое дрожаніе спереди и справа подъ ключицей усилено, а начиная съ праваго груднаго соска и далѣе книзу совершенно отсутствуетъ.* Сердечный толчекъ прощупывается въ 6-мъ межреберномъ пространствѣ инаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни появились приступы одышки и затрудненіе глотанія; голосъ сдѣлался очень слабымъ, такъ что больной говорилъ шопотомъ, но ларингоскопическое изслѣдованіе не обнаружило ни

какого уклоненiя отъ нормы. При этомъ очень долго не было стенотического шума, который бы зависѣлъ отъ суженiя бронха, и только къ концу жизни появился такой шумъ на груди нѣ соответственно 3-му межреберному пространству. Подкожныя вены на верхней части правой половины грудной кѣтки представляются расширенными и извилистыми; при этомъ существуетъ цианозъ, съ отекомъ правой стороны лица и правой ручной кисти, а влослѣдствiи появился еще отекъ въ области правой лодыжки; замѣтной разницы въ лучевомъ пульсѣ на лѣвой и правой сторонахъ, а также измѣненiя зрачковъ и глазнаго дна нельзя было констатировать. *Но все-таки*, въ виду общей совокупности вышеописанныхъ симптомовъ, *можно было съ полною уверенностью поставить диагнозъ опухоли средоствiя, осложненной правостороннимъ плевритическимъ выпотомъ*, тѣмъ болѣе, что притупленiе звука весьма постепенно распространилось на лѣвую сторону и перешло за лѣвый край грудины, вдаваясь на ширину нѣсколькихъ сантиметровъ въ лѣвую половину грудной кѣтки.

Наконецъ, въ послѣднiе дни жизни больного выступила надъ рукояткой грудины въ яремную впадину на ширину пальца шарообразная верхушка опухоли, которая ясно прощупывалась и была тверда какъ камень, а благодаря этому, можно было даже съ нѣкоторымъ вѣроятiемъ опредѣлить самое свойство опухоли груднаго средоствiя. При сильнѣйшихъ приступахъ задушенiя и при кровохарканьи послѣдовала смерть черезъ 2 мѣсяца послѣ поступленiя больного въ госпиталь.

Вскрытiе трупа (произведенное *Rindfleisch*омъ) обнаружило громадную саркому средоствiя, которая, занимая большую часть правой половины грудной кѣтки и незначительную часть лѣвой, имѣла $27\frac{1}{2}$ сант. въ ширину и $19\frac{1}{2}$ сант. въ вышину. Полость правой плевры на нѣкоторомъ протяженiи была еще открыта и выполнена желтоватою нѣсколько мутною жидкостью. Какъ-разъ на уровнѣ 6-го ребра начинается надъ плевритическимъ выпотомъ и затѣмъ распространяется кверху плотная опухоль, которая въ этомъ мѣстѣ герметически закрываетъ полость плевры, по крайней мѣрѣ—спереди, тогда какъ сзади еще возможно провести руку за этою твердою опухолью до середины лопатки. По направленiю вверхъ опухоль доходитъ до рукоятки грудины и нѣсколько выступаетъ надъ нею, сдавливая дыхательное горло справа на лѣво. Нисходящая аорта осталась безъ измѣненiя, но дуга аорты нѣсколько вдавлена опухолью. Напротивъ того, правая безымянная вена совершенно сжата, а сердце смѣщено внизъ и влѣво, но при этомъ не гипертрофировано. Правое легкое отбснено назадъ и сильно сдавлено, тѣсно сращено съ опухолью, а лѣвое легкое въ верхней долѣ плотно соединено съ нею на протяженiи 3—5 сант. и въ этой области совершенно непроходимо для воздуха. Вышина опухоли на лѣвой сторонѣ по сосковой линiи достигаетъ 10-ти сантиметровъ.

Дыханiе, какъ въ вышеописанномъ случаѣ, бываетъ *ослабленное* везикулярное, а въ мѣстахъ болѣе значительнаго прижатiя — слегка *бронхiальное*. Въ теченiи болѣзни, благодаря *прижатiю дыхательнаго горла или бронховъ*, можетъ появиться *стенотический шумъ* или *эзофонiя*.

Затѣмъ важное значенiе для диагноза во многихъ случаяхъ имѣетъ результатъ *ларингоскопическаго изслѣдованiя*, если при этомъ непосредственно замѣчается суженiе просвѣта дыхательнаго горла напирающею на него опухолью, или же, если можетъ быть констатированъ параличъ одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ, обусловленный давленiемъ опухоли на блуждающiй нервъ или на оба возвратные нерва.

Если уже воспрепятствованное дыханiе и происходящее вслѣдствiе этого уменьшенiе количества кислорода въ крови имѣетъ своимъ естест-

веннымъ результатомъ при опухоляхъ средостѣнія венозную окраску крови въ волосныхъ сосудахъ кожи, т. е. болѣе или менѣе рѣзкій ціанозъ, то еще въ большей степени этотъ ціанозъ усиливается *давленіемъ опухоли на большіе венозные стволы*: такъ какъ большія вены не могутъ противопоставить увеличивающейся опухоли особеннаго препятствія, то они сдавливаются, и въ соотвѣтствующей области появляется застой крови съ его послѣдствіями.

Если опухоль, находящаяся въ нижней части задняго средостѣнія, растетъ по направленію впередъ и вправо, то она можетъ сдавливать грудную часть *нижней полой вены*, и тогда появляется отекъ брюшныхъ покрововъ и нижнихъ конечностей. Отекъ можетъ достигать чрезвычайно значительной степени и представлять въ теченіе нѣкотораго времени, какъ это было въ одномъ изъ моихъ случаевъ, единственное проявленіе венознаго застоя. Соотвѣтственно положенію нижней полой вены, прижатіе ея сопровождается прижатіемъ п. *phrenici*, лежащаго непосредственно позади нея, и такимъ образомъ можетъ появиться икота, съ уменьшеніемъ дыхательныхъ экскурсій грудобрюшной преграды. Если опухоль, находящаяся въ заднемъ средостѣніи, растетъ преимущественно по направленію прямо назадъ или назадъ и влѣво, то прижатію должны подвергнуться пищеводъ, п. *phrenicus sinister* и оба блуждающіе нерва.

Если давленіе производится опухолью преимущественно въ *центральной* части средостѣнія, то оно дѣйствуетъ на *верхнюю полую вену*, причемъ появляется отечная припухлость лица и обѣихъ верхнихъ конечностей, а также гиперемія головного мозга, обнаруживающаяся головною болью, звономъ въ ушахъ, головокруженіемъ и пр. Однако, благодаря анастомозамъ, существующимъ между верхнею и нижнею полыми венами, закрытіе просвѣта одной изъ нихъ можетъ быть отчасти уравновѣшено, причемъ сильно набухаютъ поверхностныя вены грудной кѣтки и брюшныхъ стѣнокъ.

Обыкновенно, впрочемъ, опухоль суживаетъ или совершенно сдавливаетъ не верхнюю или нижнюю полую вену, а *правую или лѣвую безымянную*, и въ такихъ случаяхъ, благодаря затрудненному оттоку крови изъ общей яремной и подключичной вены той же стороны, появляется характерпетическій отекъ *одной половины* шеи, лица, и одной изъ верхнихъ конечностей, а вмѣстѣ съ тѣмъ набухаютъ подкожныя вены на одной половинѣ грудной кѣтки и брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе затрудненнаго оттока крови изъ внутренней грудной вены (*v. mammaria int.*), впадающей въ безымянную вену. Уклоненія отъ этой картины встрѣчаются въ томъ случаѣ, если давленію опухоли, благодаря особенному ея мѣстоположенію, подвержена только подключичная вена одной стороны, или *v. azygos*, или *v. hemiazygos*.

Гораздо болѣе значительное противодѣйствіе, чѣмъ венозные стволы, могутъ оказывать давленію опухоли *большія артеріи*, а вышеописанный случай свидѣтельствуетъ даже о томъ, что и при несомнѣнномъ суженіи просвѣта аорты, пронсходящемъ вслѣдствіе прижатія опухолью, сердце легко преодолеваетъ препятствіе и не должно при этомъ обязательно гипертрофироваться. Если суженіе просвѣта болѣе значительно и если оно существуетъ въ подключичной, лѣвой сонной или безымянной артеріи, то результатомъ этого можетъ быть ослабленіе и запаздываніе пульса на соотвѣтствующей сторонѣ, въ сравненіи съ пульсомъ противоположной стороны.

Сердце, въ свою очередь, также страдаетъ вслѣдствіе давленія, производимаго опухолью. Діастола воспрепятствована, а вмѣстѣ съ тѣмъ затрудненъ оттокъ крови изъ венъ и уменьшено наполненіе артерій. Кроме того, происходитъ смѣщеніе сердца, причемъ толчекъ обыкновенно отодвинутъ внизъ и влево. Подобно сердцу, лежащему надъ грудобрюшной преградой, смѣщаются по направленію книзу и органы, лежащіе подъ нею, именно: *печень* и *селезенка*, такъ что онѣ становятся болѣе или менѣе доступными ощупыванію.

Кромѣ дыхательныхъ органовъ, кромѣ сердца и сосудовъ, лежащихъ въ грудномъ средостѣніи, прижимаются растущею опухолью и другія внутренности, лежащія въ средостѣніи, именно: *пищеводъ*, прижатіе котораго затрудняетъ или дѣлаетъ невозможнымъ глотаніе, а въ особенности также *нервные стволы*, блуждающій или возвратный нервъ, или нервъ грудобрюшной преграды и волокна симпатическаго нерва. Если прижать *блуждающій нервъ*, то, кромѣ уже упомянутыхъ астматическихъ приступовъ, появляется и затрудненіе глотанія, причемъ пища останавливается въ пищеводѣ или, по крайней мѣрѣ, съ нѣкоторымъ трудомъ проходитъ внизъ ¹⁾. Рвота, наблюдаемая при опухоляхъ средостѣнія, точно также можетъ быть отнесена на счетъ разстройства иннерваціи блуждающаго нерва, а именно—на счетъ раздраженія его центростремительныхъ волоконъ (извѣстно, впрочемъ, что перерѣзка обоихъ блуждающихъ нервовъ совершенно уничтожаетъ рвотныя движенія). Прижатіемъ блуждающаго нерва, вѣроятно, обусловливается также наблюдаемое иногда рѣзкое замедленіе или учащеніе пульса. Болѣе вѣрную точку опоры для діагноза доставляетъ прижатіе *возвратнаго нерва*, которое, какъ извѣстно, имѣетъ своимъ послѣдствіемъ параличъ одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому вслѣдствіе прижатія возвратныхъ нервовъ, наступаетъ по временамъ судорожное состояніе мышцъ, закрывающихъ голосовую щель. Наконецъ, прижатію могутъ подвергнуться *волокна симпатическаго нерва*, такъ что наступаютъ очень рѣзкіе симптомы, а въ особенности обнаруживается неодинаковая ширина зрачковъ; исключительное расширеніе одного зрачка производится раздраженіемъ расширяющихъ его волоконъ, которыя изъ спиннаго мозга вступаютъ въ граничный пучекъ симпатическаго нерва чрезъ посредство верхнихъ грудныхъ нервовъ.

Различные субъективные симптомы, вызываемые растущею опухолью, не должны быть принимаемы въ соображеніе при постановкѣ діагноза. Напротивъ того, *метастатическое опуханіе периферическихъ лимфатическихъ железъ* на шеѣ, въ подмышечной ямкѣ и т. д. имѣетъ діагностическое значеніе.

Вышеописанные признаки опухолей средостѣнія—*одышка*, *вытя-*

¹⁾ При этомъ, конечно, предполагается, что просвѣтъ самаго пищевода не сдавленъ опухолью непосредственно.

чиваніе грудной клѣтки, неправильныя границы и безостановочное расширеніе области притупленнаго звука, ослабленіе или отсутствіе дыхательныхъ шумовъ, смѣщеніе сердца и брюшныхъ органовъ, рѣзкіе симптомы застоя въ венозной системѣ и прижатіе находящихся въ средостѣніи артерій и нервовъ, пищевода и бронховъ — дозволяютъ поставить діагнозъ съ болѣею или меньшею опредѣленностью. Діагнозъ становится вполне достовѣрнымъ, если опухоль при своемъ дальнѣйшемъ ростѣ выступаетъ изъ грудной клѣтки и дѣлается доступною ощупыванію, потому ли, что она вызвала атрофію реберъ и прорвалась наружу, или же потому, что она выступила на шеѣ, именно надъ ключицами или надъ полуклѣвочною вырѣзкою рукоятки грудины, т. е. въ яремной впадинѣ. Однако, прежде чѣмъ окончательно установить діагнозъ, *всегда* необходимо принять въ соображеніе нѣкоторыя болѣзни, сопровождаемыя подобными же симптомами, такъ какъ по исключеніи этихъ болѣзней діагнозъ опухоли груднаго средостѣнія пріобрѣтаетъ болѣшую достовѣрность.

До тѣхъ поръ пока опухоль средостѣнія имѣетъ такіе ничтожные размеры, что не обуславливаетъ притупленія звука, діагнозъ можетъ быть поставленъ развѣ предположительно, и при такихъ условіяхъ очень малое значеніе имѣетъ вопросъ о томъ, произведены ли неопредѣленные симптомы прижатія опухшею бронхіальною железой или скрытною аневризмою или начинающеюся опухолью средостѣнія. Вопросъ о существованіи въ данномъ случаѣ опухоли груднаго средостѣнія получаетъ практическое значеніе только тогда, когда появилось притупленіе звука въ переднихъ или заднихъ частяхъ грудной стѣнки и когда присоединились симптомы, указывающіе на ограниченіе пространства въ грудной полости. Но эти признаки существуютъ при различныхъ болѣзняхъ грудныхъ органовъ.

Ошибочнаго смѣшиванія съ *плевритомъ* или *перикардитомъ* всего скорѣе можно избѣгнуть, если обращать надлежащее вниманіе на постоянное и *медленное* расширеніе границъ тупаго звука, на *неправильность* этихъ границъ, на *прогрессивное прижатіе различныхъ органовъ*, лежащихъ въ грудномъ средостѣніи, и если принимать въ расчетъ слѣдующіе болѣе тонкіе отличительные признаки.

Перикардіальный выпотъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ то, что толчекъ верхушки помѣщается кнутри отъ лѣвой границы сердечной тупости, слабо прощупывается въ этомъ мѣстѣ и можетъ быть усиленъ при наклоненіи больного впередъ, причемъ расширяются и границы тупаго звука. Притупленіе, производимое опухолью груднаго средостѣнія, напротивъ того, не измѣняется въ своей величинѣ при перемѣнѣ положенія тѣла; кромѣ того, толчекъ верхушки, смѣщенный опухолью, всегда явственно прощупывается на самой крайней лѣвой границѣ сердечной тупости, если послѣдняя еще можетъ быть разграничена отъ тупаго звука, произведеннаго опухолью. Сердечный толчекъ исчезаетъ совершенно въ

тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль помѣщается между сердцемъ и грудною стѣнкою; однако, въ противоположность тому, что наблюдается при перикардіальномъ выпотѣ, исчезнувшій сердечный толчекъ не обнаруживается и при наклоненіи больного впередъ.

Труднѣе иногда бываетъ отличить опухоль средостѣнія отъ *плевритическаго выпота*. Обѣимъ болѣзнямъ свойственны: одышка, смѣщеніе сердца и сосѣднихъ органовъ вообще, выпячиваніе больной половины грудной кѣтки, застойный отекъ, существующій иногда лишь на одной сторонѣ тѣла, и т. д. Но неправильныя границы тупаго звука, расширяющіяся въ верхнихъ частяхъ легкаго и распространяющіяся иногда на противоположную сторону, при одновременномъ отсутствіи притупленія въ нижнихъ частяхъ грудной кѣтки, свидѣлствуютъ противъ плеврита; такое же значеніе имѣетъ и то обстоятельство, что въ области абсолютно тупаго звука голосовое дрожаніе грудной кѣтки не вполне уничтожено. Однако, все эти отличительныя признаки отступаютъ на задній планъ предъ результатомъ пробнаго прокола, который немедленно же выясняетъ положеніе дѣла. Для отличія опухоли средостѣнія отъ перикардіальнаго и плевритическаго выпотовъ имѣетъ вообще важное значеніе то обстоятельство, что хотя при послѣднихъ двухъ болѣзняхъ и могутъ появляться симптомы прижатія, именно — параличъ возвратнаго нерва, застойный отекъ на одной сторонѣ тѣла, дисфагія и проч., но все-таки это бываетъ довольно рѣдко, и къ тому же симптомы прижатія никогда не встрѣчаются здѣсь въ той полной совокупности и не выступаютъ такъ сильно на первый планъ, какъ при опухоляхъ средостѣнія.

Между тѣмъ какъ дифференціальное распознаваніе опухолей средостѣнія отъ плевритическаго выпота почти не представляетъ серьезныхъ трудностей, оно оказывается весьма затруднительнымъ, когда дѣло идетъ о томъ, существуетъ ли въ данномъ случаѣ опухоль средостѣнія или *новообразованіе въ плеврѣ*. Диагнозъ особенно затруднителенъ тогда, когда новообразованіе имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ реберную плевру, когда оно не прорывается наружу и принимаетъ болѣе значительныя размѣры. Въ послѣднемъ случаѣ новообразованіе выпячиваетъ грудную стѣнку, сдавливаетъ легкое, полую вену, пищеводъ и проч., а при своемъ дальнѣйшемъ ростѣ можетъ вступить въ полость средостѣнія. Слѣдовательно, отличить между собою эти двѣ болѣзни оказывается невозможнымъ; однако, не нужно забывать, что къ новообразованію въ плеврѣ присоединяется изліяніе жидкости въ ея полость, тогда какъ при опухоляхъ средостѣнія это бываетъ довольно рѣдко. При пробномъ проколѣ, произведенномъ съ помощію обыкновеннаго Правацовскаго шприца, получается отрицательный результатъ, если игла попала непосредственно въ самую опухоль; но при употребленіи длинной иглы удается (и это даже ясно ощущается рукою) пройти сквозь твердую массу опухоли въ лежащую за нею жидкость и выдвиганіемъ поршня высосать ее въ Правацовскій шприцъ; жидкость при этомъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ окрашена кровью. Что дифференціальный діагнозъ можетъ быть такимъ путемъ поставленъ вполне вѣрно, — это доказываетъ наблюдавшійся мною случай саркоматозной опухоли плевры, теченіе которой будетъ подробно сообщено по поводу распознаванія рака плевры.

Чаще всего случается смѣшивать опухоли средостѣнія съ *аневри-*

змиами восходящей аорты и дуги аорты. Объемъ болѣзнями свойственны: ограниченіе пространства въ грудной полости, одышка, притупленіе звука на груднѣ, постепенное распространеніе границъ притупленнаго звука, прижатіе сосѣднихъ органовъ, въ особенности пищевода, бронховъ, венъ и нервовъ, наконецъ — смѣщеніе сердца. Слѣдовательно, картина симптомовъ во всѣхъ своихъ главныхъ чертахъ оказывается тождественною при обѣихъ болѣзняхъ, и это вполне понятно, такъ какъ симптомы опухоли, наполненной жидкостью, насколько дѣло идетъ о смѣщеніи и прижатіи сосѣднихъ органовъ и о результатахъ перкуссіи, не могутъ быть иными, чѣмъ при сплошной твердой опухоли. Отличительныхъ признаковъ слѣдуетъ ожидать отъ появленія *шумовъ*, совпадающихъ по времени съ систолой или діастолой сердца, и отъ *пульсаций опухоли*. Дѣйствительно, эти признаки въ большинствѣ случаевъ и оказываются вполне надежными для постановки діагноза.

Что касается *пульсаций*, то она прежде всего свойственна аневризмъ. Хотя опухоль средостѣнія также можетъ пульсировать, но это бываетъ очень рѣдко, и добавокъ пульсация можетъ отсутствовать даже при чрезвычайно большой опухоли средостѣнія, между тѣмъ какъ при большихъ аневризмахъ она существуетъ почти всегда. При опухоляхъ средостѣнія она происходитъ вслѣдствіе того, что сотрясеніе передается опухоли находящейся подъ нею аортою или сердцемъ. Характеристично то, что опухоль средостѣнія, какъ и другія пульсирующія сплошныя опухоли, только приподнимается и опускается, но очень рѣдко перемѣщается слѣва направо; наконецъ, здѣсь никогда не наблюдается равномернаго растягиванія опухоли во всѣ стороны, какъ при аневризмѣ, при которой растягиваніе это происходитъ къ тому же постепенно, въ противоположность быстрому толчкообразному приподниманію и опусканію сплошной опухоли, которой сообщена пульсация со стороны лежащей подъ нею аорты или со стороны сердца. Въ виду всего этого, дифференціальное распознаваніе, насколько оно основывается на пульсаций опухоли, бываетъ иногда сопряжено съ большими трудностями. Такія же затрудненія встрѣчаетъ оцѣнка діагностическаго значенія *шумовъ*, образующихся въ *сосудахъ*. Хотя шумы эти точно также свидѣтельствуютъ вообще о присутствіи аневризмы, однако нижеописанный случай доказываетъ съ полною очевидностью, что они могутъ отсутствовать при аневризмѣ, даже имѣющей значительные размѣры, а съ другой стороны, шумы могутъ быть слышны и при опухоли средостѣнія. Последнее обстоятельство имѣетъ мѣсто въ томъ случаѣ, когда давленіе, производимое опухолью, суживаетъ просвѣтъ большихъ сосудистыхъ стволовъ; однако, шумы могутъ отсутствовать даже тогда, когда суженіе это достигаетъ довольно значительной степени. Но, во всякомъ случаѣ, при опухоли средостѣнія шумы бываютъ только систолическіе, а при аневризмѣ могутъ быть слышны и діастолическіе. Запаздываніе пульса въ лучевыхъ артеріяхъ по сравненію съ сердечнымъ толчкомъ или неодинаковая величина пульса въ той и другой лучевой артеріи говоритъ скорѣе противъ опухоли средостѣнія, а очень раннее появленіе симптомовъ распространеннаго прижатія свидѣтельствуетъ скорѣе въ ея пользу. Но всѣ эти отличительные признаки не безусловны.

Болѣе важное значеніе имѣетъ тотъ фактъ (а иногда онъ даже прямо свидѣтельствуетъ о развивающейся опухоли средостѣнія), что наряду съ симптомами заболѣванія дыхательнаго органа существуетъ опухоль въ

наружной грудной стѣнкѣ или въ какой нибудь другой части тѣла, напр. *опуханіе железъ на шеѣ, въ подмышечной ямкѣ* и т. д.

Если отсутствуютъ вышеописанныя явленія, которыми отчасти можно пользоваться какъ отличительными признаками, то, по моему мнѣнію, лучше всего ограничиться общимъ діагнозомъ опухоли, находящейся въ грудной полости, а специальный вопросъ о самомъ свойствѣ этой опухоли—оставить открытымъ. Въ видѣ примѣра мы можемъ привести слѣдующій случай:

Больная, 44-хъ лѣтъ отъ роду, въ послѣдніе полгода стала жаловаться на болѣзненный сухой кашель и на одышку. При изслѣдованіи оказалось: звучное вдыханіе и выдыханіе, незначительный ціанозъ, усиленное сокращеніе вспомогательныхъ респираторныхъ мышцъ; *гортань при вдыханіи не опускается*; перкуссия даетъ нормальный результатъ, за исключеніемъ притупленія звука на рукояткѣ грудины и нѣкотораго расширенія границъ легкихъ. При выслушиваніи соотвѣтственно лѣвому бронху дыханіе оказывается гораздо болѣе рѣзкимъ, чѣмъ на правой сторонѣ, и сопровождается стенотическимъ шумомъ. Сердечный толчекъ въ 6-мъ межреберномъ пространствѣ, ближе къ аксиллярной линіи; сердечная тупость начинается отъ нижняго края 5-го ребра; *звуки чисты, между прочимъ также у основанія сердца*. Пульсъ правленъ и съ обѣихъ сторонъ одинаковъ; въ области грудины—расширенныя извилистыя вены. Ларингоскопическое изслѣдованіе не обнаружило ничего ненормальнаго. Правый зрачекъ болѣе узокъ, чѣмъ лѣвый. Въ теченіе восьмидневнаго пребыванія больной въ клиникѣ, нѣсколько разъ появлялись приступы сильнѣйшей одышки, а въ одномъ изъ этихъ приступовъ послѣдовала смерть при явленіяхъ задушенія. Мы поставили діагнозъ бронхостеноза, вызваннаго, по всей вѣроятности, не особенно большою опухолью въ грудной полости; но вопросъ о самомъ свойствѣ этой опухоли былъ оставленъ нерѣшеннымъ. При *анатомическомъ вскрытіи* найдено слѣдующее: смѣщеніе сердца внизъ и влѣво; цѣлый рядъ оплотнѣвшихъ бронхіальныхъ железъ вокругъ лѣваго бронха; *аневризма дуги аорты*, простирающаяся на 10½ сантим. книзу отъ верхняго края грудины и имѣющая 8 сантим. въ ширину; *въ аневризматическомъ мѣстѣ—пристѣночные фибринозные сгустки*.

Принимать въ соображеніе при дифференціальномъ діагнозѣ другія болѣзненные состоянія, напр. инфильтраціи легкаго и т. п., кажется мнѣ совершенно излишнимъ. Опухоль средостѣнія ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть по ошибкѣ смѣшана ни съ одною изъ этихъ болѣзней, если только не существуютъ совсѣмъ необыкновенныя условія; отъ подобныхъ ошибокъ вполне обезпечиваетъ тщательное изслѣдованіе больного и вся совокупность вышеописанныхъ симптомовъ, которые свойственны опухолямъ средостѣнія.

Въ заключеніе, при постановкѣ діагноза, необходимо еще обсудить *вопросъ о самомъ свойствѣ опухоли, предположенной въ грудномъ средостѣніи*. Чаше всего здѣсь встрѣчаются саркомы и карциномы, рѣдко—кисты, липомы и др. Въ пользу злокачественнаго характера опухоли говоритъ ея быстрый ростъ, метастатическое опуханіе железъ, общая кахексія и присутствіе опухолей въ другихъ мѣстахъ тѣла, а въ частности въ пользу саркомы говоритъ юношескій возрастъ больного. Но въ значительномъ большинствѣ случаевъ анатомическій діагнозъ долженъ быть оставленъ подъ сомнѣніемъ, и мы не должны дѣлать даже никакихъ предположеній, если желаемъ избавиться отъ непріятныхъ сюрпризовъ при вскрытіи трупа.

Напротивъ того, во всѣхъ случаяхъ, прежде чѣмъ окончательно поставить діагнозъ опухоли средостѣнія, необходимо, по крайней мѣрѣ—насколько возможно, исключить *кровоотеченія* и *абсцессы* въ этой области. О послѣднихъ двухъ болѣзняхъ можно думать только тогда, когда на нихъ сколько нибудь опредѣленно указываетъ *этіологія*. Абсцессъ груднаго средостѣнія представляется вѣроятнымъ, если предшествовало травматическое поврежденіе грудной кѣтки, если можетъ быть констатировано нагноеніе въ сосѣднихъ частяхъ, съ одновременною костоюдою или безъ нея, если существуетъ піэмія, если раньше существовали симптомы, указывавшіе на абсцессъ въ легкихъ или на эмпіему, а затѣмъ на первый планъ выступили симптомы прижатія и появилось притупленіе звука въ области груднаго средостѣнія. Вопросъ о присутствіи абсцесса въ этой области долженъ быть подвергнутъ обсужденію при постановкѣ дифференціального діагноза особенно въ томъ случаѣ, если существуетъ сильная лихорадка съ потрясающими ознобами.

Такъ какъ значительныя *кровоизліянія* встрѣчаются въ грудномъ средостѣніи очень рѣдко, то при постановкѣ дифференціального діагноза они должны быть принимаемы въ соображеніе уже на послѣднемъ планѣ. Діагнозъ кровоизліянія можетъ ставиться развѣ только *предположительно*, если симптомы прижатія органовъ, лежащихъ въ грудномъ средостѣніи, развиваются очень быстро, и если предшествовало травматическое поврежденіе, или же, если несомнѣнно можетъ быть доказана общая наклонность къ кровоотеченіямъ (вслѣдствіе цынги и т. п.).

Въ заключеніе мы должны еще выставить на видъ, что *окончательному діагнозу опухоли средостѣнія всегда долженъ предшествовать пробный проколъ*, если только мѣстоположеніе и другія свойства опухоли не дѣлаютъ вѣроятнымъ присутствіе аневризмы.

Болѣзни плевры.

Плевритъ.

Распознаваніе плеврита основывается *исключительно на результатахъ физическаго изслѣдованія*. Субъективныя же явленія, на которыя жалуется больной, въ томъ числѣ даже ощущеніе боли при вдыханіи, а равно и общіе симптомы, не исключая лихорадки, представляются для діагноза безразличными или, по крайней мѣрѣ, могутъ быть принимаемы въ соображеніе уже на второмъ планѣ, именно для опредѣленія спеціальныхъ свойствъ плеврита въ каждомъ данномъ случаѣ. Смотря по тому, сопровождается ли или не сопровождается воспаленіе плевры образованіемъ жидкаго выпота, физическія явленія будутъ различны; слѣдовательно, распознаваніе сухаго плеврита и распознаваніе плеврита экссудативнаго должны быть рассмотрѣны отдѣльно другъ отъ друга.

Сухой плевритъ. Больной лежитъ обыкновенно на здоровомъ боку. Дыхательныя экскурсіи на больной сторонѣ менѣе обширны, чѣмъ на здоровой. При *ощупываніи* констатируется явственнае треніе, если листки плевры сдѣлались шероховатыми въ болѣе значительной степени. *Выстукиваніе* даетъ нормальный результатъ и развѣ только обнаруживаетъ недостаточную подвижность границъ легкаго, оттого ли, что дыхательныя экскурсіи на сторонѣ плеврита ограничены вслѣдствіе боли,

или же оттого, что между листками плевры образовались сращения, которые уменьшаютъ способность легкаго вступать при глубокомъ вдыханіи въ дополнительное пространство плевры. Но главный отличительный признакъ сухаго плеврита доставляется *выслушиваніемъ*, такъ какъ при этомъ мы находимъ шумъ тренія, который хотя и можетъ имѣть весьма различную силу и различные оттѣнки, но всегда представляетъ нѣкоторыя кардинальныя свойства.

Плевритическій шумъ тренія происходитъ *съ перерывами*, причемъ отдѣльные его акустическіе моменты нѣсколько различаются другъ отъ друга, и почти всегда этотъ шумъ бываетъ слышенъ какъ во время вдыханія, такъ и во время выдыханія, въ противоположность крепитации, которая ограничивается исключительно моментомъ вдыханія. Кромѣ того, плевритическій шумъ тренія слышится очень поверхностно, какъ будто онъ происходитъ подъ самымъ ухомъ, и на чувствительный слухъ всегда производитъ болѣе или менѣе непріятное впечатлѣніе. Во время выслушиванія ухо должно быть плотно прижато къ грудной стѣнкѣ, и больной долженъ дышать какъ можно глубже. При выслушиваніи стетоскопомъ этотъ шумъ обыкновенно бываетъ болѣе явственнымъ, чѣмъ при выслушиваніи ухомъ. Однако, несмотря на эти характеристическіе признаки, довольно часто возникаютъ сомнѣнія относительно того, имѣемъ ли мы дѣло въ данномъ случаѣ съ плевритическимъ шумомъ тренія или же съ какимъ нибудь другимъ измѣненіемъ дыхательнаго шума, имѣющимъ акустическое сходство съ шумомъ тренія при плевритѣ. Конечно, подобное сомнѣніе возникаетъ не тогда, когда шумъ тренія имѣетъ характеръ царапающаго или скребущаго шума; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ бываетъ *очень мягкимъ* или, наоборотъ, *очень рѣзкимъ трескучимъ*, такъ что опредѣленіе его характера часто оказывается затруднительнымъ.

Грубый трескучій шумъ тренія иногда можетъ быть по ошибкѣ смѣшанъ съ сухими хрипами, тѣмъ болѣе, что и они, какъ извѣстно, бываютъ доступны ощущенію. Прежде всего слѣдуетъ здѣсь обращать вниманіе на прерывистый характеръ плевритическаго шума тренія, а также и на то, измѣняется ли бронхіальный *fremitus* послѣ сильныхъ кашлевыхъ толчковъ; если такое измѣненіе констатировано, то оно свидѣлствуетъ о происхожденіи трескучаго шума въ зависимости отъ бронхіальнаго секрета, между тѣмъ какъ плевритическій шумъ тренія послѣ кашля не измѣняется въ своей силѣ, а главное—въ обширности своего распространенія. Вопросъ становится, конечно, болѣе труднымъ для разрѣшенія, если сухіе хрипы и плевритическій шумъ тренія существуютъ одновременно. И здѣсь также имѣетъ діагностическое значеніе тотъ признакъ, что на отдѣльныхъ мѣстахъ грудной кѣтки шумъ измѣняетъ свой характеръ послѣ кашля. Съ другой стороны, если шумъ имѣетъ *мягкій* тембръ и если *отдѣльные его акустическіе моменты болѣе однородны*, то онъ чаще всего по ошибкѣ смѣшивается съ крепитацией. Но этотъ вопросъ можетъ быть съ положительностью разрѣшенъ, по крайней мѣрѣ—въ болшинствѣ случаевъ, на основаніи того признака, что крепитация, за чрезвычайно рѣдкими исключеніями, ограничивается единственно моментомъ вдыханія и происходитъ *сразу, а не съ перерывами*. Оба эти шума—крепитация и плевритическое треніе—могутъ ослабѣвать или совершенно исчезать, послѣ того какъ больной долго производилъ глубокія вдыханія, а спустя нѣкоторое время, при спокойномъ дыханіи, они могутъ появиться вновь. Если шумъ сосредоточивается на весьма ограниченномъ мѣстѣ грудной стѣнки, то это говоритъ въ пользу его плевритическаго происхожденія, а если ритмъ шума представляетъ нѣкоторыя хотя бы даже незначительныя неправильности и если шумъ существуетъ не только при вдыханіи, но также при выдыханіи, то плевритическое происхожденіе его должно считаться вполне доказаннымъ. Но въ рѣдкихъ случаяхъ всѣ эти отличительныя признаки бываютъ для діагноза не-

достаточны, такъ что вопросъ долженъ быть оставленъ открытымъ. Если шумъ тренія образуется вблизи сердца, то онъ можетъ не только появляться во время дыхательныхъ движеній, но также вызываться или видоизмѣняться сокращеніями сердца, какъ мы уже подробно объяснили по поводу распознаванія перикардіальнаго плеврита (см. стр. 64).

Кромѣ того, шумъ, имѣющій сходство съ плевритическимъ треніемъ, можетъ встрѣчаться при просовидной бугорчаткѣ плевры, — обстоятельство, на которое впервые обратилъ вниманіе *Jürgensen*. Я могу подтвердить, что при этой болѣзни дѣйствительно иногда встрѣчается шумъ, который производится взаимнымъ передвижаніемъ листковъ плевры, сдѣлавшихся шероховатыми вслѣдствіе отложенія бугорковъ, и считаю позволительнымъ принимать его въ расчетъ при постановкѣ діагноза просовидной бугорчатки плевры, хотя отличать при выслушиваніи этотъ шумъ отъ пѣзнаго шума тренія, вызваннаго плевритомъ, по моему мнѣнію, едва ли возможно.

Сравнительно съ плевритическимъ шумомъ тренія, всѣ другіе симптомы сухаго плеврита, напр. болѣшая или меньшая интенсивность боли, существующей, впрочемъ, въ значительномъ большинствѣ случаевъ, а также присутствіе или отсутствіе кашля, не имѣютъ для діагноза никакого значенія. Вѣрно, во всякомъ случаѣ, то, что кашель иногда совсѣмъ отсутствуетъ.

Экссудативный плевритъ. Между тѣмъ какъ при сухомъ плевритѣ шумъ тренія играетъ въ постановкѣ діагноза главную роль, при распознаваніи экссудативнаго плеврита онъ имѣетъ лишь второстепенное значеніе. Больной обыкновенно лежитъ на пораженной сторонѣ груди, такъ какъ при этомъ здоровое легкое можетъ расширяться безпрепятственно. Но при болѣе значительномъ выпотѣ дыханіе, конечно, затруднено; болѣная половина грудной клѣтки отстаетъ при дыханіи, сначала въ своихъ нижнихъ частяхъ, а затѣмъ и въ верхнихъ, когда увеличивается количество выпота. Въмѣстѣ съ тѣмъ болѣная половина груди расширена, особенно въ области подреберья, и это расширеніе ея констатируется какъ при осмотрѣ, такъ и при измѣреніи; сосѣдніе органы оттѣснены выпотомъ, сердечный толчокъ смѣщенъ въ противоположную сторону, грудобрюшная преграда и прилежающіе къ ней органы отодвинуты внизъ, какъ это легко можетъ быть констатировано ощупываніемъ и выстукиваніемъ печени и селезенки.

Что касается ощупыванія этихъ органовъ, то печень, смѣщенная книзу, прощупывается въ измѣненномъ своемъ положеніи легко, а селезенка, *оттѣсненная внизъ*, обыкновенно, по моимъ наблюденіямъ, не прощупывается, хотя прощупать *увеличенную* селезенку, даже при умѣренномъ увеличеніи ея длины (на 1—2 сантиметра), почти всегда удается безъ всякаго труда. Причина такой разницы заключается въ томъ, что увеличенная селезенка приближается во время вдыханія къ ощупывающей рукѣ, а если она только смѣщена, то передвиженіе это невозможно, такъ какъ грудобрюшная преграда, будучи вытянута и оттѣснена внизъ, остается при вдыханіи неподвижною.

Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается сообщенная отъ сердца систолическая пульсація на болѣной половинѣ грудной клѣтки: «*пульсирующий плевритъ*» (*pleuritis pulsans*). Причина этого явленія, вѣроятно, заключается въ воспалительно-серозномъ пропитываніи и расслабленіи межреберныхъ мышцъ при значительномъ напряженіи

экссудата (*Traube—Kerpler*), вслѣдствіе чего сильныя движенія, производимыя сердцемъ, сообщаются жидкому выпоту и передаются грудной стѣнкѣ. Явленіе это гораздо чаще наблюдается при лѣвостороннемъ плевритѣ, а особенно при инкапсулированномъ и гнойномъ экссудатѣ. Если пульсация не распространена по обширному участку грудной кѣтки, а сосредоточивается на ограниченномъ мѣстѣ, въ которомъ грудная стѣнка выпячена и обнаруживаетъ признаки предстоящаго прободенія, то можетъ явиться обманчивое сходство съ пульсирующею *аневризмою* (см. стр. 200).

Важнѣйшіе результаты изслѣдованія доставляются *выстукиваніемъ*. Если количество выпота сколько нибудь значительно, то звукъ оказывается абсолютно тупымъ, причѣмъ перкутирующий палецъ ощущаетъ значительное сопротивленіе. Уровень, до котораго доходить тупой звукъ, зависитъ, конечно, отъ величины экссудата. Верхняя граница послѣдняго въ большинствѣ случаевъ стоитъ сзади выше, чѣмъ спереди, соотвѣтственно тому обстоятельству, что при положеніи больного на спинѣ жидкій выпотъ накапливается преимущественно сзади. Но хотя обыкновенно верхняя граница тупаго звука ниспадаетъ сзади напередъ, однако это правило допускаетъ отклоненія во всѣ стороны: верхняя граница часто стоитъ сзади и спереди на одинаковомъ уровнѣ, а иногда спереди даже выше, чѣмъ сзади; въ другихъ же случаяхъ она идетъ не прямолинейно, а оказывается приподнятою по аксиллярной линіи. Эти различія несомнѣнно обуславливаются мѣстными фибринозными склейками обоихъ листковъ плевры на верхней границѣ жидкаго выпота, который, слѣдовательно, не можетъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ подниматься вверхъ. Границы тупаго звука, обусловленнаго экссудативнымъ плевритомъ, въ противоположность водяночному транссудату, обыкновенно не измѣняются, когда больному дано другое положеніе тѣла; во всякомъ случаѣ, измѣняются онѣ при этомъ не моментально, а только послѣ того, какъ больной оставался въ новомъ положеніи довольно долгое время, но за то при такомъ условіи измѣненіе ихъ наступаетъ, по *Gerhardt*у, постоянно. Причиною этой малой подвижности границъ тупаго звука по видимому опять-таки служитъ склеиваніе сжатыхъ частей легкаго съ реберною плеврою, которое препятствуетъ ихъ быстрому resp. полному расширенію.

Надъ областью тупаго звука, обусловленнаго присутствіемъ выпота, а въ самомъ верху—также и непроходимыми (безвоздушными) сжатыми частями легочной ткани, существуетъ *тимпаническій* звукъ, вслѣдствіе спаденія легкаго и уменьшенія его напряженія; въ другихъ случаяхъ звукъ оказывается *пониженнымъ*, опять-таки вслѣдствіе уменьшеннаго напряженія безвоздушной легочной ткани. Рѣдко въ области тимпанического звука получается *шумъ треснувшего горшка*, зависящій оттого, что воздухъ, приводимый въ сотрясеніе при перкуссіи, выходитъ отдѣльными толчками изъ бронховъ, сжуженныхъ давленіемъ выпота. Еще рѣже получается при постукиваніи подъяичичной области

трахеальный тонъ *Williams'a*, именно тогда, когда плевритическій выпотъ, поднимаясь далеко вверхъ, еще оставляетъ сжатую верхнюю долю легкаго въ соприкосновеніи съ грудною стѣнкою.

Все вышесказанное относится къ экссудатамъ средней величины. Небольшіе же экссудаты (объемомъ менѣе 400 куб. сант.) не производятъ никакого притупленія звука, а выпоты нѣсколько болѣе значительные могутъ быть явственно обнаружены лишь при слабой перкуссіи. Самые ничтожные экссудаты, какъ показала *Gerhardt*, констатируются вѣрнѣе всего слѣдующимъ образомъ: начертивъ точно опредѣленные границы обоихъ легкихъ, отъ груднаго соска до задней лопаточной линіи съ каждой стороны, кладутъ затѣмъ больного на бокъ, такъ чтобы онъ опирался на колѣно и локоть больной стороны; послѣ этого, спустя нѣкоторое время, вновь выстукиваютъ границы легкихъ, и оказывается, что надъ первоначальною границей появилась на больной сторонѣ полоса тупаго звука, вслѣдствіе накопленія опустившейся жидкости, которая при самыхъ ничтожныхъ экссудатахъ обыкновенно бываетъ легко подвижною. Очень большіе экссудаты иногда даютъ абсолютно тупой звукъ, доходящій до ключицы; грудная стѣнка на больной сторонѣ, а отчасти и на здоровой, значительно расширена; сосѣдніе органы сильно смѣщены, а въ особенности оттѣснено переднее грудное средостѣніе, такъ что граница тупаго звука достигаетъ противоположнаго края грудины.

Голосовое дрожаніе грудной клѣтки въ области тупаго звука совершенно уничтожено или ослаблено; надъ верхнею границу выпота оно можетъ быть и усилено, если къ грудной стѣнкѣ въ этомъ мѣстѣ прилежитъ сжатая легочная ткань; но это бываетъ лишь въ томъ случаѣ, когда количество выпота не очень велико и когда бронхи не подверглись сжатію.

При *выслушиваніи* мы находимъ, смотря по количеству выпота, различныя измѣненія дыхательнаго шума, т. е. при очень значительныхъ экссудатахъ — *полное отсутствіе его*, или *бронхіальное дыханіе*, которое усиливается по мѣрѣ приближенія къ верхней границѣ выпота. Если легкое не вполне сдавлено экссудатомъ, то бронхіальнаго дыханія не бываетъ, а существуетъ только неопредѣленное дыханіе или *ослабленное везикулярное*. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ бронхіальное дыханіе имѣетъ металлическій оттѣнокъ, для котораго до сихъ поръ еще не найдено удовлетворительнаго объясненія.

Важное значеніе для діагноза имѣетъ результатъ, получаемый при *выслушиваніи голоса чрезъ грудную клѣтку*. Въ области тупаго звука голосъ ослабленъ, и только тамъ, гдѣ къ грудной стѣнкѣ прилежитъ сжатая легочная ткань, т. е. надъ верхней границей выпота, или и въ другихъ мѣстахъ, если легкое вслѣдствіе склеиванія съ реберною плеврою не могло отойти вверхъ, бываетъ иногда слышна бронхофонія. Сравнительно чаще констатируется *эгофонія*, особенно при экссудатахъ

средняго объема, и притомъ обыкновенно вблизи лопатки, быть можетъ — вслѣдствіе мѣстнаго сжатія бронховъ. Эгофонія встрѣчается, если не исключительно, то, по крайней мѣрѣ, всего чаще при плевритѣ (рѣдко при пневмонической инфильтраціи, а еще рѣже при нормальномъ состояніи грудныхъ органовъ у дѣтей), такъ что она имѣетъ до извѣстной степени патогностическое значеніе, какъ признакъ плеврита. Наконецъ, необходимо еще упомянуть, что въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ воспаленные листки плевры еще прилегаютъ другъ къ другу, слѣдовательно — надъ верхней границей тупаго звука, бываетъ иногда слышенъ и при экссудативномъ плевритѣ *шумъ тренія*, хотя вообще рѣже, чѣмъ можно было бы ожидать теоретически; сравнительно чаще шумъ тренія наблюдается въ позднѣйшемъ періодѣ плеврита, во время всасыванія выпота.

Все остальные симптомы плеврита, находимые при физическомъ изслѣдованіи груди, не должны быть принимаемы въ соображеніе при постановкѣ діагноза. Повышеніе температуры, учащеніе пульса, чувство давленія въ области желудка и т. п. иногда оказываются въ наличности, а иногда отсутствуютъ; къ тому же явленія эти въ различныхъ случаяхъ бываютъ выражены въ неодинаковой степени и могутъ зависѣть отъ такого множества другихъ болѣзней, что не имѣютъ никакого діагностическаго значенія. Въ болѣе прямой связи съ механическими послѣдствіями плевритическаго выпота находятся *малый пульсъ, цианозъ и уменьшенное выдѣленіе мочи*, такъ что явленія эти представляются для діагноза болѣе важными. Они составляютъ результатъ того, что діастола сердца воспрепятствована вслѣдствіе ограниченія пространства въ грудной полости: оттокъ крови изъ венъ къ сердцу затрудненъ, наполненіе артерій недостаточно, и кровь въ волосныхъ сосудахъ движется подъ большимъ давленіемъ, но съ уменьшенною скоростью.

На основаніи вышеуказанныхъ результатовъ изслѣдованія, плевритъ обыкновенно можетъ быть распознанъ съ большою положительностью. Однако, прежде чѣмъ окончательно поставить діагнозъ плеврита, обыкновенно бываетъ необходимо исключить рядъ болѣзней, могущихъ вызывать подобные же симптомы.

До тѣхъ поръ пока еще не констатируется притупленіе звука, діагнозъ плеврита (сухого) опредѣляется исключительно присутствіемъ шума тренія. Но такъ какъ этотъ шумъ при плевритѣ по временамъ исчезаетъ, а иногда совсѣмъ не констатируется, несмотря на воспаленіе листковъ плевры, то сухой плевритъ можетъ по ошибкѣ смѣшиваться съ другими болѣзнями, при которыхъ существуетъ боль, имѣющая сходство съ плевритическою. Это бываетъ особенно тогда, когда боль ощущается только на одной сторонѣ грудной кѣтки, когда она усиливается при вдыханіи или при кашлѣ, чиханіи, напряженіи брюшнаго пресса и т. п., такъ что дыханіе затрудняется и становится поверхностнымъ. Нерѣдко является сомнѣніе, имѣемъ ли мы дѣло съ *мышечнымъ ревматизмомъ* или сухимъ плевритомъ. Въ этомъ случаѣ рѣшающее значеніе имѣетъ прежде всего ощупываніе мышцъ, болѣзненность ихъ при сдавливаніи между пальцами и рѣзкое усиленіе боли при движеніяхъ. Можно также съ діагностическою цѣлью прибѣгнуть къ фарадизаціи мышцъ, которая всегда,

по крайней мѣрѣ—временно, уменьшаетъ мышечныя боли. Смѣшиваніе плеврита съ *заболѣваніемъ реберъ*, съ періоститомъ и костофдой, не должно было бы случаться, такъ какъ діагнозъ немедленно выясняется локализацией боли исключительно въ ребрѣ, которое къ тому же обыкновенно оказывается утолщеннымъ. Сравнительно труднѣе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже невозможно, отличить сухой плевритъ отъ *межреберной невралгіи*, тѣмъ болѣе, что и плевритическая боль можетъ локализоваться исключительно по направленію межреберныхъ нервовъ, а иногда даже сосредоточиваться съ особенною силою въ определенныхъ точкахъ (такъ называемыя болевые точки при невралгіи). Впрочемъ, даже и въ такихъ случаяхъ ощущеніе боли въ нѣсколькихъ межреберныхъ пространствахъ, рѣзкая зависимость ея отъ дыханія и незначительное вліяніе, оказываемое на нее анодомъ постоянного тока, рѣшаютъ вопросъ въ пользу плевритическаго ея происхожденія. Иногда боль ощущается главнымъ образомъ въ конечныхъ развѣтвленіяхъ нижнихъ межреберныхъ нервовъ, именно—въ надчревной или пупочной области, и въ такомъ случаѣ можетъ возникнуть вопросъ о гастралгіи, о круглой язвѣ желудка или даже о воспаленіи брюшины. Если при отсутствіи плевритическаго шума тренія могутъ быть исключены вышеуказанныя болѣзни, сопровождаемыя ощущеніемъ боли въ груди, то мы вправѣ поставить по крайней мѣрѣ предположительный діагнозъ сухаго плеврита. Впрочемъ, особеннаго значенія такіе діагнозы не имѣютъ, если не удастся, по крайней мѣрѣ по временамъ, констатировать шумъ тренія. Что же касается этого шума, то его можно смѣшать съ катарральными хрипами или съ крепитацией и т. п. Однако, въ значительномъ большинствѣ случаевъ удастся по вышеуказаннымъ признакамъ отличить плевритическій шумъ тренія отъ другихъ шумовъ, имѣющихъ съ нимъ акустическое сходство, тѣмъ болѣе, что при долготѣннемъ навыкѣ въ выслушиваніи ухо становится очень чувствительнымъ къ специфическому тембру шума тренія.

Экссудативные плевриты иногда тоже представляютъ немалыя трудности для дифференціального діагноза. При этомъ въ большей или меньшей степени можетъ возникать вопросъ о всѣхъ тѣхъ болѣзняхъ, которыя даютъ притупленіе звука на грудной клѣткѣ. Чаще всего намъ приходится рѣшать, имѣемъ ли мы дѣло съ *инфильтраціей или плевритомъ*. Обыкновенно здѣсь указывается правило, что въ пользу пневмоніи говоритъ усиленное, а въ пользу плеврита—ослабленное голосовое дрожаніе грудной клѣтки; но, по моимъ наблюденіямъ, правило это въ большинствѣ случаевъ, оказывается несостоятельнымъ, такъ какъ и при инфильтраціи голосовое дрожаніе весьма нерѣдко бываетъ ослаблено, благодаря тому, что усиленіе его, требуемое съ точки зрѣнія теоріи, не могло наступить или вслѣдствіе закупорки бронховъ, или вслѣдствіе одновременнаго существованія плеврита. Вообще при постановкѣ дифферен-

ціального діагноза нужно руководствоваться слѣдующими основными соображеніями:

Въ пользу пневмоніи говорить:

1. Потрясающій ознобъ *въ началѣ болѣзни* (по крайней мѣрѣ—при крупозной формѣ пневмоніи).

2. *Границы притупленія* неправильны и въ общемъ соотвѣтствуютъ мѣстоположенію цѣлыхъ долей легкаго; если звукъ всего болѣе притупленъ вверху, то это прямо говоритъ въ пользу пневмоніи; такое же значеніе имѣетъ отсутствіе притупленія около позвоночника. Перкуторный звукъ при неосложненной пневмоніи *почти никогда не бываетъ абсолютно тупымъ*.

3. Если голосовое дрожаніе грудной кѣтки *усилено*, то это прямо говоритъ *въ пользу пневмоніи*; но ослабленіе его не доказываетъ отсутствія послѣдней. Если голосовое дрожаніе при пневмоніи ослаблено, то оно можетъ быть усилено энергическими кашлевыми толчками.

4. *Бронхіальное дыханіе*, которое обыкновенно всего громче бываетъ слышно въ мѣстахъ наибольшаго притупленія.

Громкая *бронхофонія* въ мѣстахъ бронхіальнаго дыханія; очень рѣдко—эгофонія.

Крепитация, которая слышна на большемъ пространствѣ и держится очень долгое время.

5. *Смѣщеніе* сердца и печени встрѣчается только при необыкновенно большомъ распространеніи пневмоніи, да и тогда оно оказывается лишь незначительнымъ. *Окружность грудной кѣтки* на больной сторонѣ обыкновенно не увеличена, или только въ незначительной степени.

6. *Мокрота* существуетъ почти всегда и имѣетъ ржавый цвѣтъ.

Въ пользу плеврита говорить:

1. Умѣренная или высокая лихорадка въ началѣ болѣзни, но почти всегда безъ потрясающаго озноба.

2. *Притупленіе* усиливается сверху внизъ, и границы его обыкновенно ниспадають сзади и сверху впередъ и внизъ. При лѣвостороннемъ плевритѣ нужно обращать особенное вниманіе на притупленіе звука въ такъ наз. полулунномъ пространствѣ (*sinus pleurae*), потому что при пневмоніи этотъ признакъ почти всегда отсутствуетъ. Перкуторный звукъ при плевритѣ бываетъ *абсолютно тупой*, и при выстукиваніи ощущается *большое сопротивленіе*.

3. *Голосовое дрожаніе* ослаблено или совсѣмъ отсутствуетъ въ мѣстахъ наибольшаго притупленія звука.

4. *Бронхіальное дыханіе* бываетъ слышно главнымъ образомъ у верхней границы притупленія, а въ мѣстахъ наиболѣе тупаго звука, если оно вообще существуетъ, то обыкновенно слышится всего слабѣе, какъ будто на далекомъ разстояніи.

Бронхофонія слышна слабѣе, чѣмъ при пневмоніи; эгофонія встрѣчается часто.

Крепитация встрѣчается рѣдко, появляясь развѣ только на короткое время въ верхнихъ частяхъ притупленія. Плевритическій шумъ тренія.

5. *Признаки смѣщенія органовъ* при болѣе значительномъ плевритическомъ выпотѣ очень рѣзко выражены. *Окружность правой половины груди* при большемъ экссудатѣ всегда увеличена, часто даже въ очень значительной степени. Межреберныя пространства на больной сторонѣ *сглажены*.

6. *Мокрота*, если она вообще отхаркивается, имѣетъ катарральныя свойства.

7. Высокая лихорадка, критическое паденіе ея, лихорадочная сыпь (негрез) и проч., по своему непостоянству, не имѣютъ существеннаго значенія въ качествѣ діагностическихъ симптомовъ, тѣмъ болѣе, что сочетаніе плеврита съ пневмоніей встрѣчается весьма обыкновенно.

Гораздо труднѣе отличить экссудативный плевритъ отъ *опухоли средостѣнія* гезр. отъ *опухоли плевры*. О дифференціально-діагностическихъ признакахъ мы уже отчасти говорили въ главѣ объ опухоляхъ средостѣнія, а отчасти еще будемъ говорить въ главѣ о новообразованіяхъ плевры. Здѣсь же замѣтимъ вкратцѣ, что при плевритѣ голосовое дрожаніе грудной кѣтки сравнительно болѣе ослаблено, а притупленіе звука занимаетъ нижнія части груди и обыкновенно ограничивается лишь одною стороною, между тѣмъ какъ при опухоли, если она растетъ снизу вверхъ, притупленіе распространяется *медленно* и въ *неправильной* формѣ на той же сторонѣ или, въ прямую противоположность плевритическому выпоту, переходитъ у самой верхней своей границы (въ видѣ языкообразнаго отростка) на другую сторону. Кромѣ того, симптомы прижатія нервовъ, сосудовъ и пищевода говорятъ несравненно болѣе въ пользу опухоли средостѣнія, чѣмъ въ пользу плеврита. Впрочемъ, полную достовѣрность получаетъ діагнозъ обыкновенно только послѣ пробнаго прокола, который въ подобныхъ случаяхъ всегда бываетъ необходимъ. Если при высасываніи шприцемъ не получено жидкости, то этимъ самымъ, однако, еще не доказано отсутствіе плеврита, такъ какъ пробный проколъ при плевритѣ нерѣдко даетъ отрицательный результатъ, обыкновенно потому, что игла не проникаетъ сквозь реберную плевру, утолщенную вслѣдствіе воспаленія, или же потому, что присутствіе многочисленныхъ свертковъ фибрина препятствуетъ высасыванію жидкости. Въ такихъ случаяхъ діагнозъ становится возможнымъ лишь послѣ нѣсколькихъ пробныхъ проколовъ, или послѣ того какъ была употреблена для прокола болѣе длинная игла.

Pleuritis pulsans можетъ быть принятъ по ошибкѣ за *аневризму*, если пульсирующий плевритическій экссудатъ выпячиваетъ грудную стѣнку на ограниченномъ мѣстѣ. Въ пользу пульсирующаго плеврита говоритъ мѣстоположеніе опухоли (обыкновенно въ нижнихъ частяхъ грудной кѣтки), отсутствіе сосудныхъ шумовъ надъ опухолью и увеличеніе ея объема при сильныхъ выдыхательныхъ движеніяхъ, а въ пользу аневризмы прямо говорятъ уже извѣстные намъ измѣненія пульса, рѣзко выраженные симптомы прижатія внутригрудныхъ нервовъ, сосудовъ и т. д.

Большіе *периплевритическіе абсцессы*, лежащіе кнаружи отъ реберной плевры, легко могутъ симулировать плевритъ. Притупленіе перкуторнаго звука, ослабленный дыхательный шумъ (слышимый какъ бы въ отдаленіи), ослабленное голосовое дрожаніе грудной кѣтки и изглаженные межреберныя пространства свойственны обоимъ болѣзненнымъ состояніямъ. Однако, при периплевритическихъ абсцессахъ, не смотря на очень распространенное притупленіе звука, отсутствуютъ симптомы сдавленія легкаго, а тѣмъ болѣе—признаки оттѣсненія сосѣднихъ органовъ; кромѣ того, выпячиваніе межреберныхъ пространствъ ограничивается преимущественно областью тупаго звука, а по направленію книзу очень явственно прощупывается зыбленіе. Въ нѣкоторыхъ наблюдавшихся мною случаяхъ зыбленіе это простиралось далеко въ брюшную стѣнку. По вскрытіи абсцесса никакія сомнѣнія уже невозможны, потому что зондъ, введенный чрезъ операціонную рану, не попадаетъ въ полость плевры, какъ при эмпіемѣ, и вдобавокъ послѣ операціи не появляется *pneumothorax*.

Дифференціальное распознаваніе плеврита отъ *увеличенія печени или селезенки* почти никогда въ практикѣ не представляетъ затрудненій. За исключеніемъ абсцесса и эхинококка, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ органы эти увеличиваются по направленію

7. Теченіе лихорадки не характерично, и температура, во всякомъ случаѣ, падаетъ не въ формѣ кризиса. Плевритъ обыкновенно продолжается гораздо дольше, чѣмъ пневмонія.

низу, причемъ легко можно прощупать нижнія части увеличеннаго органа и нижній край его, а вмѣстѣ съ тѣмъ убѣдиться, что они дѣйствительно принадлежать увеличенной печени гезр. селезенкѣ. Отличительные признаки плеврита отъ вышеупомянутыхъ двухъ болѣзней печени и селезенки (перемѣщеніе границъ тупаго звука при дыханіи и т. п.) болѣе построены теоретически, чѣмъ примѣнимы на практикѣ.

Напротивъ того, *hydrothorax* и *haemothorax* очень часто въ практикѣ бываютъ предметомъ обсужденія при дифференціальномъ распознаваніи экссудативнаго плеврита. *Haemothorax* характеризуется прежде всего своею этиологіей (травматическія поврежденія, аневризмы, гангрена легкихъ и т. п.), внезапностью своего появленія и сопутствующими признаками внутренняго кровотеченія (блѣдность кожи и т. д.). Но и здѣсь также діагнозъ получаетъ полную достовѣрность только послѣ пробнаго прокола. Если при высасываніи появилась кровь, то это, впрочемъ, нисколько еще не служитъ доказательствомъ того, что существуетъ *haemothorax*. Жидкость, высасываемая Правацовскимъ шприцемъ при проколѣ плевритическаго выпота, нерѣдко тоже оказывается чистою кровью, тогда какъ при новомъ проколѣ, произведенномъ непосредственно вслѣдъ затѣмъ въ какомъ нибудь другомъ мѣстѣ, можетъ получиться серозная жидкость, не окрашенная кровью. Этотъ фактъ можетъ быть объясненъ только тѣмъ предположеніемъ, что игла Правацовскаго шприца попала въ какой нибудь кровеносный сосудъ грудной стѣнки или плевритической ложной перепонки, изъ котораго при высасываніи и получилась кровь. Если и при второмъ или третьемъ пробномъ проколѣ, произведенномъ въ какомъ нибудь мѣстѣ, точно также получается чистая кровь, то слѣдуетъ поставить діагнозъ *haemothorax*; если же получается только кровянисто окрашенная жидкость, имѣющая красноватый или бурый цвѣтъ, то въ такомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ гѣморрагическимъ плевритомъ, развившимся вслѣдствіе цынги или гѣморрагическаго діатеза вообще, либо вслѣдствіе бугорчатки или рака плевры.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ трудно рѣшить, существуетъ ли у больнаго плевритъ или *hydrothorax*. Этиологія (венозный застой, Брайтова болѣзнь, кахексія), отсутствіе лихорадки, накопленіе жидкости на обѣихъ сторонахъ, отсутствіе смѣщенія органовъ и выпячиванія межреберныхъ пространствъ, горизонтальный уровень жидкости и значительная подвижность границъ тупаго звука при перемѣнахъ положенія тѣла почти всегда позволяютъ съ полною точностью распознать водянку въ полости плевры. Удѣльный вѣсъ этой водяночной жидкости (1015 и еще ниже) бываетъ менѣе великъ, чѣмъ удѣльный вѣсъ плевритическаго выпота. Однако, встрѣчаются случаи болѣе сложные, а въ особенности дифференціальный діагнозъ бываетъ не легокъ, если притупленіе звука существуетъ на одной лишь сторонѣ. Такое одностороннее притупленіе при водянкѣ въ полости плевры наблюдается не такъ рѣдко, какъ обыкновенно полагаютъ. Причина его заключается или въ томъ, что больной постоянно или почти постоянно лежитъ на одномъ боку, вслѣдствіе чего *hydrothorax* можетъ

особенно легко появиться на соответствующей сторонѣ грудной кѣтки, или же въ томъ, что листки плевры на одной сторонѣ срослены между собою; послѣднее объясненіе должно быть допущено въ томъ случаѣ, если на той сторонѣ, гдѣ не существуетъ скопленія жидкости, нижняя граница легкаго не смѣщается при глубокомъ вдыханіи. Что голосовое дрожаніе грудной кѣтки при водянкѣ въ полости плевры ослаблено, что здѣсь существуютъ бронхіальное дыханіе и бронхофонія, короче сказать—тѣ же физическіе симптомы, какъ при плевритѣ, это очевидно безъ дальнѣйшихъ разсужденій.

Когда мы пришли вышеуказаннымъ путемъ къ тому, что поставили діагнозъ экссудативнаго плеврита ²¹⁾, то *возникаетъ вопросъ о качествѣ выпота*, который можетъ быть ерознымъ, гнойнымъ, кровянистымъ, или ихорознымъ. Нѣтъ сомнѣній, что о качествѣ выпота можно въ большинствѣ случаевъ заключить уже изъ этиологій и сопутствующихъ явленій. Такъ напр., если лихорадка даетъ большія ремиссіи, если появляются ознобы, а въ особенности, если голосъ при выслушиваніи его чрезъ грудную кѣтку отсутствуетъ, когда больной говоритъ шепотомъ, то слѣдуетъ предположить гнойный плевритъ. Однако, всѣ эти симптомы могутъ не оказаться въ наличности, и тѣмъ не менѣе можетъ существовать гнойный плевритъ; да и вообще подобныя діагностическія заключенія, выведенныя изъ клиническихъ явленій, могутъ считаться только болѣе или менѣе вѣроятными, но не вполне достовѣрными. Каждый врачъ, имѣющій въ своемъ распоряженіи обширный больничный матеріалъ, долженъ признать, что, даже строго руководствуясь существующими въ этомъ отношеніи діагностическими правилами, онъ все-таки иногда получалъ при пробномъ проколѣ не тотъ результатъ, котораго ожидалъ. Пробный проколъ необходимъ во *всѣхъ* случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о томъ, чтобы опредѣлить качество плевритическаго выпота. Когда стало извѣстно, что эта операція совершенно безопасна, и когда она получила право гражданства какъ діагностическое пособіе, всѣ тѣ соображенія о качествѣ плевритическаго выпота, на которыхъ въ прежнее время приходилось исключительно основываться и которыя довольно часто оказывались несостоятельными, потеряли въ значительной степени свою цѣну. Пробный проколъ разрѣшаетъ вопросъ очень быстро и съ абсолютною точностью.

²¹⁾ Проф. *Leube* ничего не говоритъ о распознаваніи гнойнаго экссудативнаго плеврита отъ *abscessus subphrenicus* (подпудобрюшнаго парыва), между тѣмъ, хотя и рѣдко, приходится на практикѣ различать эти два болѣзненные состоянія. Признаки, отличающіе *absc. subphren.* отъ экссудативнаго плеврита, слѣдующіе: 1) притупленіе при первомъ имѣетъ куполообразный видъ, простирается выше всего спереди и сбоку, затѣмъ спускается внизъ по направленію кзади, такъ что сзади внизу у позвоночника бываетъ еще возможно слышать везикулярное дыханіе; 2) бываетъ боль въ боку, которая обыкновенно переходитъ и на брюшину; 3) кашель, *affrictus pleurit.* и нѣкоторые другія явленія плеврита обыкновенно отсутствуютъ; 4) незамѣтно рѣзкой асимметріи въ обѣихъ половинахъ груди и пр.

Скопление воздуха въ полости плевры. Пневмотораксъ.

Распознаваніе пневмоторакса принадлежит вообще къ числу наиболѣе достовѣрныхъ, такъ какъ оно основывается на очень рѣзкихъ физическихъ симптомахъ, обнаруживаемыхъ при изслѣдованіи груди. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на появленіе пневмоторакса указываютъ внезапный приступъ одышки и ціанозъ, а въ другихъ онъ появляется незамѣтнымъ образомъ. Но, какъ бы то ни было, за исключеніемъ того случая, когда дѣло идетъ объ очень небольшомъ ограниченномъ пневмотораксѣ, присутствіе его не можетъ ускользнуть отъ внимательнаго изслѣдованія, и если пневмотораксъ остался незамѣченнымъ, то это составляетъ тяжкую діагностическую ошибку.

Большая половина грудной кѣтки расширена, межреберныя пространства сглажены или выпячены, сосѣдніе органы — сердце, печень или селезенка — смѣщены въ противоположную сторону. Больной лежитъ на томъ боку, гдѣ находится *pneumothorax*; *голосовое дрожаніе* ослаблено, и притомъ исключительно благодаря чрезмѣрному напряженію грудной стѣнки и сильному оттѣсненію бронховъ отъ этой послѣдней.

Если въ полости плевры находится и воздухъ и жидкость, чтó всегда бываетъ уже по прошествіи короткаго времени, то при *выстукиваніи* мы получаемъ въ нижнихъ частяхъ грудной кѣтки тупой звукъ, достигающій до верхней границы выпота, и такъ какъ послѣдній при пневмотораксѣ совершенно подвиженъ, то при перемѣнѣ положенія тѣла тупой звукъ немедленно уступаетъ мѣсто ясному звуку. Въ верхнихъ частяхъ, надъ уровнемъ жидкости, *перкуторный звукъ ясенъ*: обыкновенно это бываетъ нормальный легочный звукъ, и только при относительно маломъ напряженіи грудной стѣнки онъ оказывается громкимъ тимпаническимъ, рѣдко — металлическимъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ обыкновенная перкуссия не даетъ металлическаго тембра, послѣдній еще можетъ быть обнаруженъ, если отрывисто перкутировать по плессиметру рукояткою молоточка или ногтемъ пальца, приложивъ въ то же время ухо къ грудной стѣнкѣ. Очень рѣдко получается *шумъ треснувшего горшка*, именно тогда, когда существуетъ свищъ въ грудной стѣнкѣ или болѣе широкое перфорационное отверстіе въ легкомъ. Чаше констатируется *измѣненіе высоты перкуторнаго звука* при тѣхъ или другихъ условіяхъ. Измѣненіе это наблюдается, хотя и очень рѣдко, при открываніи и закрываніи рта, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ сообщеніе между полостью плевры и главнымъ бронхомъ (чрезъ посредство каверны). Кромѣ того, оно можетъ происходить *въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній*, обнаруживаясь именно повышеніемъ звука при глубокомъ вдыханіи, — обстоятельство, для котораго, впрочемъ, до сихъ поръ еще не найдено удовлетворительнаго объясненія. Но въ большинствѣ случаевъ измѣненіе высоты находится въ зависимости отъ положенія

больнаго, такъ что *перкуторный звукъ, и особенно — металлическій звонъ, въ лежачемъ положеніи повышается, а въ сидячемъ понижается (Biermer)*. Собственно говоря, въ виду того измѣненія, которому подвергается наибольшій діаметръ воздушнаго столба въ полости плевры при перемѣщеніи экссудата въ лежачемъ или сидячемъ положеніи, слѣдовало бы ожидать, что высота перкуторнаго звука будетъ измѣняться въ обратномъ смыслѣ, т. е., что металлическій тембръ будетъ повышаться въ сидячемъ положеніи и понижаться въ лежачемъ. Дѣйствительно, это иногда и наблюдается, повидимому—въ тѣхъ именно случаяхъ, когда объемъ экссудата болѣе значителенъ; что же касается обычнаго измѣненія высоты перкуторнаго звука, то его можно, пожалуй, объяснить такимъ образомъ, что въ сидячемъ положеніи больнаго грудобрюшная преграда оттѣсняется книзу вслѣдствіе большаго отягощенія экссудатомъ, а слѣдовательно наибольшій діаметръ воздушнаго столба въ этомъ положеніи удлинняется и металлическій звонъ становится болѣе низкимъ.

Важнѣйшія данныя для распознаванія пневмоторакса доставляются *выслушиваніемъ*. Дыхательные шумы очень слабы и почти всегда имѣютъ *металлическій оттѣнокъ* вслѣдствіе резонанса въ воздушномъ столбѣ, находящемся въ полости плевры; подобный оттѣнокъ представляютъ, на-примѣръ, бронхіальное дыханіе и бронхофонія. Хрипы, образующіеся въ бронхахъ, точно также сопровождаются металлическимъ звономъ; если въ бронхіальномъ секретѣ лопаются только отдѣльные пузыри воздуха и если они при этомъ производятъ металлическій отголосокъ, то получается такъ наз. «*шумъ падающихъ капель*», который иногда дѣйствительно происходитъ вслѣдствіе того, что изъ верхней части полости плевры, наполненной воздухомъ, падаютъ капли жидкости въ нижнюю часть, наполненную экссудатомъ. Иногда сердечные звуки также имѣютъ металлическій оттѣнокъ. Но, во всякомъ случаѣ, это бываетъ очень рѣдко: мнѣ пришлось только однажды наблюдать ясно выраженный металлическій тембръ сердечныхъ звуковъ при ограниченномъ лѣвостороннемъ пневмотораксѣ. Еще болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ всѣ вышеприведенные аускультативные признаки, имѣетъ, по моимъ наблюденіямъ, металлическій *шумъ плеска*, получаемый при встряхиваніи больнаго (*succussio Hippocratis*). *Этотъ шумъ указываетъ съ положительностью на присутствіе пневмоторакса*. Хотя его находили и при большихъ легочныхъ кавернахъ, но, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко; что же касается меня лично, то я ни разу не встрѣчалъ этого шума даже при самыхъ большихъ кавернахъ, хотя отыскивалъ его весьма усердно. Но такъ какъ шумъ плеска при пневмотораксѣ можетъ быть полученъ не всегда, а съ другой стороны, многіе физическіе симптомы пневмоторакса и легочной каверны совершенно тождественны и должны быть таковыми, то отличить между собою эти два болѣзненныхъ состоянія нерѣдко бываетъ очень трудно.

Если существует обширный свободный *pneumothorax*, то смѣшать его съ какою нибудь другою болѣзнью довольно трудно. Сомнѣнія для діагноза могутъ возникать развѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда при высокомъ стояніи лѣваго легкаго (напр. вслѣдствіе сморщиванія) грудобрюшная преграда и вмѣстѣ съ нею желудокъ значительно приподняты, вдаваясь въ грудную клѣтку. При такихъ условіяхъ распространенный тимпаническій звукъ, отсутствіе дыхательныхъ шумовъ или металлическій отголосокъ, производимый этими шумами въ нижней половинѣ грудной клѣтки, и наконецъ шумъ плеска, образующійся въ желудкѣ, могутъ подавать поводъ къ тому, что по ошибкѣ будетъ распознанъ *pneumothorax*. Однако, въ подобныхъ случаяхъ отсутствуетъ расширение лѣвой половины грудной клѣтки и наряду съ металлически звучащими дыхательными шумами существуютъ другого рода шумы, появленіе которыхъ совпадаетъ съ движеніями желудка и происхожденіе которыхъ изъ этого органа легко можетъ быть узнано по тому признаку, что они появляются и исчезаютъ независимо отъ дыханія. Истинное положеніе дѣла, конечно, сейчасъ же выясняется промываніемъ желудка. Тѣ же самыя соображенія относятся и къ тому рѣдкому случаю, когда существуетъ *hernia diaphragmatica*. На правой сторонѣ поводомъ къ ошибочному діагнозу можетъ служить скопленіе гноя и воздуха между грудобрюшной преградой и печенью, вслѣдствіе прободенія какого нибудь брюшнаго органа, содержащаго воздухъ (такъ наз. *pyopneumothorax subphrenicus*). Подобные же абсцессы, заключающіе въ себѣ воздухъ, могутъ образоваться и на лѣвой сторонѣ подъ грудобрюшной преградой. Согласно *Leyden*'у, обратившему въ послѣднее время на эти абсцессы особенное вниманіе, рѣшающее значеніе для діагноза въ такихъ случаяхъ имѣютъ слѣдующія обстоятельства: этиологія, предшествовавшее воспаленіе брюшины, отсутствіе кашля и мокроты, незначительное смѣщеніе сердца, отсутствіе выпячиванія межреберныхъ пространствъ, сохраненіе везикулярнаго дыхательнаго шума вплоть до границы абсцесса и появленіе везикулярнаго шума при глубокомъ вдыханіи въ частяхъ грудной клѣтки, лежащихъ далеко книзу отъ этой границы. Въ самыхъ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки, соответствующихъ мѣстоположенію абсцесса, совсѣмъ не слышно дыхательнаго шума, а констатируется только амфорическое дыханіе и шумъ плеска.

Упомянутыя болѣзненные состоянія, могущія симулировать *pyopneumothorax*, встрѣчаются вообще очень рѣдко. Напротивъ того, очень часто дифференціальный діагнозъ колеблется между *ограниченнымъ пневмотораксомъ* и *большой каверной*. Прежде всего нужно замѣтить, что ограниченный пневмотораксъ, въ сравненіи съ часто встрѣчающимися большими кавернами, составляетъ рѣдкость; поэтому должно признать за правило, что всегда слѣдуетъ скорѣе предполагать каверну, чѣмъ ограниченный пневмотораксъ, если не существуетъ прямыхъ данныхъ, которыя говорили бы противъ каверны. Въ частномъ случаѣ *въ пользу пневмоторакса* говоритъ расширеніе грудной клѣтки, выпячиваніе межреберныхъ пространствъ и смѣщеніе сердца, печени или селезенки. Но при ограниченномъ пневмотораксѣ, при которомъ воздухъ находится въ небольшомъ пространствѣ, изолированномъ плевритическими сращениями, всѣ эти признаки иногда совершенно отсутствуютъ или бываютъ мало выражены. Напротивъ того, и при ограниченномъ пневмотораксѣ не можетъ отсутствовать важнѣйшій для діагноза симптомъ, именно шумъ плеска, который при кавернахъ почти никогда не встрѣчается. Другіе симптомы пневмоторакса, именно — металлическій тембръ дыхательныхъ шумовъ и

хриповъ, металлическій звонъ при постукиваніи рукояткою молоточка, измѣненіе высоты звука въ лежащемъ и сидящемъ положеніи и т. д., существуютъ въ одинаковой степени и при кавернѣ. Если констатированъ шумъ треснувшаго горшка, то это рѣшительно говоритъ больше въ пользу каверны, такъ какъ для появленія подобнаго шума при пневмотораксѣ необходимы особыя условія со стороны перфорационнаго отверстія. Еще болѣе въ пользу каверны говоритъ измѣненіе высоты звука при открываніи и закрываніи рта; но въ особенности вопросъ рѣшается *въ пользу каверны*, если *голосовое дрожаніе грудной клѣтки въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ усилено, какъ это бываетъ довольно часто*, или, по крайней мѣрѣ, не ослаблено, если *межреберныя пространства втянуты*, если констатируются *обильные звучные хрипы, происходящіе какъ бы подъ самымъ ухомъ*, и если вслѣдъ за сильнымъ кашлемъ и обильнымъ отхаркиваніемъ мокроты наступаетъ быстрая перемѣна въ аускультативныхъ явленіяхъ. Хотя каверны обыкновенно помѣщаются въ легочной верхушкѣ, а ограниченный пневмотораксъ — въ другихъ мѣстахъ, однако это не можетъ служить основаніемъ для діагноза, такъ какъ ограниченный пневмотораксъ, конечно, возможенъ и въ самыхъ верхнихъ частяхъ грудной клѣтки, а съ другой стороны, чахоточныя каверны, въ особенности же каверны при абсцессѣ или гангренѣ легкихъ или при бронхіэктазіи, встрѣчаются иногда и въ нижнихъ частяхъ легкаго.

При постановкѣ діагноза необходимо еще рѣшить, имѣемъ ли мы предъ собою *закрытый* или *открытый пневмотораксъ*, или *пневмотораксъ съ клапаномъ*, т. е. необходимо доказать, что воздухъ при дыханіи не можетъ ни входить, ни выходить изъ плевры, или же, что и то и другое совершается безпрепятственно, или, наконецъ, что воздухъ хотя и можетъ входить въ полость плевры при вдыханіи, но не можетъ выходить изъ нея при выдыханіи (благодаря особому анатомическому положенію перфорационнаго отверстія или закупоркѣ соотвѣтствующихъ бронховъ). Рѣшеніе этого вопроса въ томъ или другомъ смыслѣ отчасти опредѣляетъ собою самую терапію.

Въ пользу *открытаго пневмоторакса* говоритъ измѣненіе высоты звука при открываніи и закрываніи рта и такъ называемый «фистулезный шумъ» или «металлическій шумъ лопающихся пузырей», т. е. металлическій хлопочущій шумъ, который происходитъ вслѣдствіе того, что пузыри воздуха при вдыханіи, выступая изъ свищеваго отверстія, лежащаго подъ уровнемъ жидкости, поднимаются чрезъ эту послѣднюю въ пространство плевры, наполненное воздухомъ, и разрываются съ металлическимъ звономъ. Кромѣ того, въ пользу открытаго свищеваго отверстія говоритъ періодическое появленіе кашлевыхъ приступовъ въ зависимости отъ того или другаго положенія тѣла, причемъ извергаются значительныя количества мокроты (обыкновенно очень водянистой и гнойной); впрочемъ,

этотъ симптомъ можетъ и отсутствовать, не смотря на открытое сообщеніе воздуха бронхіальныхъ трубокъ съ воздухомъ полости плевры.

Въ качествѣ отличительнаго признака между открытымъ и закрытымъ пневмотораксомъ часто приводится состояніе грудобрюшной преграды и грудного средостѣнія, которыя при закрытомъ пневмотораксѣ будто бы всегда смѣщены, а при открытомъ не смѣщены; однако, по новѣйшимъ клинико-анатомическимъ наблюденіямъ и по экспериментальнымъ изслѣдованіямъ *Weil*'я, этотъ признакъ не имѣетъ для діагноза рѣшающаго значенія, такъ какъ смѣщеніе сердца и грудобрюшной преграды существуетъ и при той и при другой формѣ. Основывать діагнозъ можно только на *степени смѣщенія органовъ*: очень сильное выпячиваніе правой половины груди и чрезмѣрное оттѣсненіе грудобрюшной преграды книзу говоритъ прямо въ пользу закрытаго пневмоторакса (или въ пользу пневмоторакса съ клапаномъ).

Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть съ точностью разрѣшенъ непосредственнымъ измѣреніемъ давленія газовъ въ полости плевры (*Weil*). Если въ пространство плевры, наполненное воздухомъ, воткнуть троакаръ, боковая вѣтвь котораго соединена съ манометромъ, то среднее давленіе газа при открытомъ пневмотораксѣ оказывается равнымъ атмосферному давленію, а при закрытомъ оно болѣе значительно. Меньшее значеніе для діагноза имѣетъ химическое изслѣдованіе газовой смѣси, извлеченной изъ полости плевры. Если существуютъ два свищевыхъ отверстія, одно въ легочной плеврѣ, а другое въ грудной стѣнкѣ, то это легко можетъ быть обнаружено слѣдующимъ образомъ: послѣ того, какъ больной сдѣлалъ сильное выдыханіе, герметически закрываютъ на время отверстіе въ грудной стѣнкѣ, а затѣмъ заставляютъ больного сдѣлать глубокое вдыханіе; когда при слѣдующемъ выдыханіи рука будетъ отнята отъ наружнаго свища, то изъ него выходитъ струя воздуха.

Закрытый пневмотораксъ, независимо отъ вышеуказанныхъ условій давленія газовъ въ полости плевры, долженъ быть діагностированъ въ томъ случаѣ, если признаки смѣщенія органовъ чрезвычайно рѣзко выражены, если грудная стѣнка сильно выпячена и если дыхательный шумъ совершенно отсутствуетъ, что было бы немыслимо при открытомъ пневмотораксѣ, при которомъ воздухъ свободно входитъ и выходитъ чрезъ свищевое отверстіе. Но само собою понятно, что и при закрытомъ пневмотораксѣ еще могутъ быть слышны и могутъ имѣть металлическій оттѣнокъ дыхательные шумы и хрипы, образующіеся въ легкомъ; необходимо даже сказать, что это составляетъ обычное явленіе. Между тѣмъ какъ высота металлическаго звука измѣняется въ сидячемъ и лежащемъ положеніи больного, она никоимъ образомъ не измѣняется при открываніи и закрываніи рта, если существуетъ закрытый пневмотораксъ. Чрезвычайному напряженію грудной стѣнки при закрытомъ пневмотораксѣ соответствуетъ значительное ослабленіе или полное отсутствіе голосоваго дрожанія.

Симптомы *пневмоторакса съ клапаномъ* могутъ быть выведены изъ симптомовъ пневмоторакса закрытаго и открытаго. Въ первое время существуютъ явленія открытаго пневмоторакса. Воздухъ при каждомъ

вдыханія входитъ въ полость плевры безпрепятственно, но задерживается въ ней при послѣдующемъ выдыханіи. Благодаря этому, очень скоро является въ полости плевры очень высокое давленіе, которое еще болѣе увеличивается съ присоединеніемъ плевритическаго экссудата. Воздухъ въ это время уже не можетъ входить въ полость плевры при вдыханіи, такъ что симптомы открытаго пневмоторакса замѣняются симптомами закрытаго. При пневмотораксѣ съ клапаномъ, даже тогда, когда онъ открытъ, не наблюдается, въ противоположность обыкновенному открытому пневмотораксу, періодическаго очень обильнаго изверженія водянисто-гнойной мокроты.

Закрытіе пневмоторакса производится или давленіемъ газовъ въ полости плевры, особенно въ началѣ болѣзни (закрытіе чисто «механическое»), или же оно происходитъ вслѣдствіе зарощенія свищеваго отверстія (закрытіе постоянное, «органическое»). Это различіе имѣетъ важное значеніе для результата терапевтическаго прокола. Если при *органически-закрытомъ пневмотораксѣ съ клапаномъ* будетъ произведено посредствомъ прокола опорожненіе воздуха или жидкости, то давленіе въ полости плевры понижается окончательно, такъ какъ пневмотораксъ послѣ прокола остается закрытымъ по прежнему. Напротивъ того, при *механически закрытомъ пневмотораксѣ съ клапаномъ* свищевое отверстіе, которое было закрыто вслѣдствіе очень высокаго давленія въ полости плевры, становится проходимымъ послѣ прокола, а вѣсть съ тѣмъ опять является открытый пневмотораксъ съ клапаномъ. Воздухъ послѣ этого вновь проникаетъ въ полость плевры при вдыханіи, и если свищевое отверстіе помѣщается подъ уровнемъ жидкости, то, пройдя чрезъ эту жидкость, онъ поднимается въ свободную полость плевры; при этомъ образуется *металлическій «фистулезный» шумъ*, который, въ противоположность фистулезному шуму при постоянно открытомъ пневмотораксѣ, появляется только въ моментъ вдыханія и спустя короткое время исчезаетъ совсѣмъ.

Впрочемъ, если мы желаемъ вполне достоверно опредѣлить, имѣемъ ли мы передъ собою механическое или органическое закрытіе пневмоторакса съ клапаномъ, то должны измѣрить давленіе газовъ въ полости плевры, руководствуясь тѣми правилами, которыя даны *Weil*емъ. При этомъ оказывается, что, по выпущеніи воздуха посредствомъ прокола, *давленіе газовъ въ полости плевры при органически-закрытомъ пневмотораксѣ становится равнымъ атмосферному давленію или даже отрицательнымъ и остается таковымъ впредь*; напротивъ того, при *механически-закрытомъ пневмотораксѣ давленіе газовъ послѣ прокола сначала падаетъ, а затѣмъ вскорѣ* (благодаря временному образованію открытаго пневмоторакса съ клапаномъ) *является положительное давленіе, достигающее прежней высоты*. Наконецъ, для пополненія діагноза необходимо еще сдѣлать проколъ жидкаго экссудата, чтобы выяснить качество послѣдняго. Экссудатъ состоитъ или преимущественно изъ серозной жидкости, или преимущественно изъ гноя, а иногда онъ еще содержитъ бугорчатые палочки, присутствіе которыхъ даетъ право заключить о бугорчатомъ заболѣваніи легкихъ, какъ объ источникѣ пневмоторакса.

О распознаваніи *водянки* и *кровоизліянія въ полости плевры* (*hydrothorax* и *haemothorax*) мы уже говорили по поводу дифференціальнаго распознаванія этихъ болѣзней отъ плеврита. Поэтому намъ остается только изложить діагностику *новообразованій плевры*.

Новообразование плевры.

Важнѣйшимъ основаніемъ для діагноза рака или саркомы плевры служить этиологія, т. е. присутствіе рака и т. п. въ другихъ мѣстахъ тѣла, доступныхъ изслѣдованію. *Клиническіе же симптомы, сами по себѣ, нисколько не характеристичны*; они представляются весьма неодинаковыми, смотря по величинѣ опухоли, смотря по тому, распространилась ли она на самое легкое и присоединился ли *hydrothorax* или плевритическій экссудатъ. Послѣдній при такихъ обстоятельствахъ обыкновенно имѣетъ гѣморрагическій характеръ.

Большія опухоли плевры представляютъ картину опухолей средостѣнія, сопутствуемыхъ плевритомъ. Распознаваніе, при благопріятномъ совпаденіи различныхъ діагностическихъ признаковъ, бываетъ иногда возможно, какъ это доказываетъ слѣдующій случай, наблюдавшійся въ моей клиникѣ:

Больной, 30-ти лѣтъ отъ роду, года два тому назадъ сталъ жаловаться на колюще въ правомъ боку и легкую одышку, но эти явленія были настолько незначительны, что онъ могъ по прежнему заниматься своими дѣлами. Приблизительно по прошествіи одного года наступило довольно внезапное ухудшеніе. Приглашенный врачъ констатировалъ «воспаленіе легкаго», и тогда больной въ первый разъ поступилъ въ клинику (въ августъ 1886 года). При изслѣдованіи груди мы нашли на правой сторонѣ притупленіе звука, доходившее сзади внизу до угла лопатки, а спереди внизу—до 4-го межребернаго пространства; температура 38°,0—39°,5. Такъ какъ всѣ физическіе симптомы несомнѣнно указывали на плевритъ, то мы и распознали плевритическій экссудатъ, а поэтому произвели пробный проколъ. Операция эта производилась многократно и каждый разъ обнаруживала присутствіе кровянисто-окрашенной жидкости въ полости плевры. Въ виду такого качества экссудата, мы отказались отъ парацентеза и ограничились преимущественно укрѣпляющимъ лѣченіемъ, при которомъ больной настолько поправился, что черезъ 3 мѣсяца могъ быть отпущенъ изъ клиники.

Спустя 9 мѣсяцевъ, въ августъ 1887 г., больной опять поступилъ въ Juliussspital. При изслѣдованіи мы нашли значительное расширеніе правой половины грудной кѣтки, абсолютно-тупой звукъ сзади внизу до середины лопатки, ослабленное голо-совое дрожаніе и слегка бронхіальное дыханіе. Справа и спереди тупой звукъ начинается въ 3-мъ межреберномъ пространствѣ, дыхательный шумъ въ области тупаго звука совершенно отсутствуетъ, а надъ нею усиленъ; въ верхнихъ частяхъ при выстукиваніи получается тимпаническій звукъ. Шестое ребро по правой аксиллярной линіи было нѣсколько утолщено и болѣзненно еще во время перваго пребыванія больного въ клиникѣ, а во время втораго пребыванія эти симптомы оказались еще въ большей степени. Грудная стѣнка на правой сторонѣ отечна, и на ней видны сильно переполненные венозные сосуды, идущіе до аксиллярной линіи. Сердце смѣщено внизъ и влѣво, толчекъ верхушки отодвинутъ въ ту же сторону, такъ что онъ находится въ 6-мъ межреберномъ пространствѣ кнаружи отъ сосковой линіи. Пробный проколъ произведенный съ помощью обыкновеннаго Правацовскаго шприца, далъ на этотъ разъ отрицательный результатъ. Отекъ въ области лодыжекъ; общая кахексія.

Въ теченіе слѣдующихъ двухъ мѣсяцевъ, которые прошли до наступленія смертельнаго исхода, увеличивалось расширеніе правой половины грудной кѣтки, усиливалась одышка, замѣтнымъ образомъ увеличивалось смѣщеніе сердца и распростра-

ялась область тупаго звука, такъ что сзади она дошла до лопаточной ости, а спереди—до 3-го межребернаго пространства, причемъ голосовое дрожаніе въ заднихъ частяхъ было совершенно уничтожено, и правая половина грудной клѣтки не принимала въ актѣ дыханія никакого участія. Обѣ нижнія конечности и брюшные покровы постепенно распухли до громаднхъ размѣровъ вслѣдствіе отека, появилась брюшная водянка, но моча при этомъ не содержала бѣлка, на лицѣ и верхнихъ конечностяхъ по временамъ появлялся подкожный отекъ, и въ теченіе нѣкотораго времени существовала разлитая отечная припухлость на лѣвой сторонѣ шеи. Въ сентябрѣ голосъ сдѣлался хриплымъ, и при ларингоскопическомъ изслѣдованіи оказался *полный параличъ лѣвой голосовой связки*. Такъ какъ другихъ измѣненій въ гортани не было найдено и такъ какъ снаружн на шеѣ тоже не оказалось ничего ненормальнаго, то мы признали внутригрудной параличъ лѣваго возвратнаго нерва. Сердечные звуки всегда были чисты, за исключеніемъ только систолическаго малокровнаго шума, который иногда появлялся, а затѣмъ исчезалъ; звуки аорты тоже были чисты, какъ въ началѣ ея, такъ и на дугѣ аорты; пульсъ довольно полонъ, средней частоты, и совершенно одинаковъ съ обѣихъ сторонъ, какъ по своей величинѣ, такъ и по времени своего появленія. Ширина обохъ зрачковъ одинакова. Глотаніе не затруднено.

Вновь произведенный пробный проколъ далъ такой же отрицательный результатъ, какъ за мѣсяць передъ тѣмъ. Но когда для прокола была взята длинная игла (приблизительно вдвое большая, чѣмъ игла обыкновеннаго Працовскаго шприца), то получилось явственное ощущеніе, что она, прежде чѣмъ попасть въ болѣе уступчивое мѣсто, должна была пройти чрезъ толстый слой плотной ткани; при выдвиганіи поршня была извлечена жидкость, которая, какъ и при предыдущихъ проколахъ, имѣла буро-красный цвѣтъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящею изъ чистой крови; гнойныхъ тѣлецъ въ ней нельзя было найти. Кашля и мокроты не было; но одышка со дня на день усиливалась и приняла характеръ *астматическихъ приступовъ*. Смерть послѣдовала при явленіяхъ задушенія.

Первоначально, въ августѣ 1887 г., мы поставили діагнозъ *правосторонней опухоли груднаго средостѣнія*. Объ аневризмѣ аорты нельзя было и думать уже въ виду боковаго мѣстоположенія притупленнаго звука, въ виду того обстоятельства, что притупленіе какъ-разъ отсутствовало спереди и вверху, соответственно дугѣ аорты, наконецъ—въ виду того, что не было никакихъ признаковъ нарушеннаго кровообращенія. Дѣйствительно, въ пользу правосторонней опухоли средостѣнія говорило большинство найденныхъ нами симптомовъ: медленно, но постоянно усиливавшаяся одышка, которая шла рука объ руку съ постоянно увеличивавшимся расширеніемъ правой половины грудной клѣтки,—отекъ этой послѣдней на правой сторонѣ,—переполненные подкожныя вены въ той же области и остальные симптомы прижатія грудныхъ органовъ, т. е. разлитая отечная припухлость на лѣвой сторонѣ шеи, параличъ лѣваго возвратнаго нерва, значительное смѣщеніе сердца, астматическіе приступы, наконецъ—усиливавшаяся кахексія, а въ особенности—отрицательный результатъ пробнаго прокола.

Но мы должны были отказаться отъ этого *предположенія* и диагностировать новообразование въ плеврѣ, когда пробный проколъ былъ сдѣланъ вновь посредствомъ *длинной* иглы и когда оказалось возможнымъ при высасываніи получить жидкость. Изъ результатовъ предшествовавшихъ пробныхъ проколовъ мы должны были заключить, что короткая игла останавливалась въ плотной ткани, и поэтому результатъ прокола получался отрицательный, тогда какъ длинная игла проходила сквозь массу опухоли, оказывавшую при этомъ ощутительное противоѣдствіе, и попадала своимъ остріемъ въ плевритическій экссудатъ. Кровянистоѣ окрашиваніе жидкости, извлеченной посредствомъ высасыванія, также могло служить поддержкою для нашего діагноза. *Только такимъ путемъ и было возможно въ этомъ случаѣ поставить дифферен-*

циальный діагнозъ между опухолью средостѣнія и опухолью плевры. Вѣроятною причиною паралича лѣваго возвратнаго нерва было признано то, что опухоль распространилась въ лѣвое заднее средостѣніе и производила здѣсь прижатіе блуждающаго или самого возвратнаго нерва.

Расширеніе подкожныхъ венъ на правой половинѣ грудной стѣнки и разлитая отечная припухлость на лѣвой сторонѣ шеи, а также появившійся по временамъ отекъ верхнихъ конечностей, свидѣтельствовали о прижатіи сосудовъ, относящихся къ области безымянныхъ венъ.

При *анатомическомъ вскрытіи* была найдена въ плеврѣ громадная саркома, которая, развившись изъ реберной плевры, отдѣлилась отъ нея большею своею частью и была окружена обильною кровянистою буро-красною жидкостью, помѣщавшеюся въ полости плевры. Слѣдовательно, результатъ анатомическаго вскрытія въ общемъ соотвѣтствовалъ нашему діагнозу. Но для прижатія возвратнаго нерва была найдена не та анатомическая причина, которая предполагалась: лѣвый блуждающій нервъ и лѣвый возвратный были случайно прижаты опухшею известково-инфильтрированою железой, анатомическое измѣненіе которой не имѣло явнаго отношенія къ саркоматозной опухоли плевры.

Само собою понятно, что распознаваніе рака плевры существенно облегчается, если опухоль проросла чрезъ грудную стѣнку и появилась на ея наружной поверхности.

Наконецъ, необходимо еще упомянуть объ *эхинококкѣ въ полости плевры*. Симптомы въ первое время совпадаютъ съ симптомами увеличивающагося плевритическаго экссудата, т. е. обнаруживаются болью въ груди, одышкою, смѣщеніемъ сердца, печени и т. д. Но расширеніе грудной кѣтки при этомъ оказывается неравномѣрнымъ, и болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки, подобно тому, какъ при новообразованіяхъ въ плеврѣ. Если въ какомъ нибудь межреберномъ пространствѣ появилось зыбленіе, то нужно отвергнуть всякую мысль о неосложненномъ сплошномъ новообразованіи и произвести пробный проколъ. Если при проколѣ получена совершенно прозрачная жидкость, *не содержащая бѣлки*, то этимъ самымъ исключается hydrothorax или плевритическій экссудатъ, и можно съ увѣренностью діагностицировать присутствіе эхинококка; всякое сомнѣніе, конечно, исчезаетъ, если въ жидкости, извлеченной посредствомъ высасыванія, удалось при микроскопическомъ изслѣдованіи найти *обрывки пузыря или крючки эхинококка*. Въ случаяхъ, въ которыхъ эхинококкъ сопровождается нагноеніемъ въ полости плевры, онъ можетъ, конечно, остаться нераспознаннымъ, не смотря на пробный проколъ, если послѣдній не будетъ повторенъ нѣсколько разъ и если случайно не будутъ при этомъ найдены специфическіе элементы эхинококка.

Распознаваніе болѣзней брюшныхъ органовъ.

Между тѣмъ какъ при болѣзняхъ грудныхъ органовъ—сердца и легкихъ—перкуссія и аускультанія занимаютъ въ изслѣдованіи больного господствующее мѣсто, при распознаваніи болѣзней *брюшныхъ органовъ* эти два метода изслѣдованія стоятъ на заднемъ планѣ. Важнѣйшія діагностическія данныя доставляются здѣсь *ощупываніемъ*, и вѣрность діагноза довольно часто зависитъ въ послѣдней инстанціи оттого, насколько

врачъ владѣеть этимъ методомъ изслѣдованія. Общихъ правилъ здѣсь существуетъ немного, и все дѣло зависитъ главнымъ образомъ отъ степени навыка и упражненія. Первое правило состоитъ въ томъ, что животъ больного передъ изслѣдованіемъ долженъ быть приведенъ въ состояніе наивозможнаго расслабленія. Больной лежитъ горизонтально на спинѣ, крѣпко упираясь головою въ подложенную подушку и производя глубокія дыхательныя движенія открытымъ ртомъ; но иногда бываетъ болѣе цѣлесообразно, чтобы дыхательныя движенія имѣли среднюю глубину, такъ какъ при усиленномъ дыханіи нѣкоторые субъекты втягиваютъ и напрягаютъ брюшныя покровы. Кромѣ того, изслѣдованіе почти всегда облегчается, если бедра больного приведены въ согнутое положеніе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ полезно приподнять крестцовую область, а иногда оказывается необходимымъ произвести изслѣдованіе при положеніи на боку. *Врачъ никогда не долженъ ошупывать стоя*, а долженъ сидѣть при этомъ на краю постели, чтобы такимъ образомъ устранить всякое вліяніе тяжести собственнаго тѣла на результатъ изслѣдованія; *руки прикладываются плашмя*; концы пальцевъ не должны быть согнуты. Быстраго вдавливанія пальцевъ необходимо избѣгать: ошупываніе должно начинаться самымъ нѣжнымъ образомъ, и только весьма постепенно можно перейти къ болѣе глубокому давленію (которое обыкновенно, впрочемъ, бываетъ излишнимъ). Если ошупываніе по вышеуказанному способу не привело къ цѣли, то вторичному изслѣдованію необходимо предпослать опорожненіе кишечнаго канала при помощи слабительнаго. Въ случаяхъ затруднительныхъ для діагноза бываетъ полезно произвести изслѣдованіе *подъ хлороформнымъ наркозомъ*.

Такъ какъ важнѣйшія отдѣленія образуются въ брюшныхъ органахъ, то совершенно понятно, что при болѣзняхъ въ названной области *отдѣленія эти измѣняются* физически и химически. Поэтому тщательное изслѣдованіе желудочнаго сока, желчи, мочи и т. д., а равно и вообще *анализъ тѣхъ измѣненій, которымъ подверглись отравленія брюшныхъ органовъ*, играютъ въ діагностикѣ разсматриваемыхъ болѣзней чрезвычайно важную роль.

Въ теченіе послѣднихъ десятилѣтій эта область патологіи изучалась съ особеннымъ усердіемъ, такъ что діагностика нѣкоторыхъ болѣзней брюшныхъ органовъ сдѣлала несомнѣнные успѣхи, и мы можемъ теперь распознавать не только сравнительно большее число болѣзней, но также опредѣлять ихъ легче и вѣрнѣе, чѣмъ въ прежнее время.

Распознаваніе болѣзней печени.

Въ діагностикѣ болѣзней печени сдѣдуетъ отдѣлять отъ заболѣваній всего органа тѣ болѣзни, которыя сосредоточиваются въ одной изъ двухъ системъ его каналовъ, именно въ желчныхъ протокахъ или въ кровеносныхъ сосудахъ (о распознаваніи

этихъ послѣднихъ болѣзней мы будемъ говорить особо, въ приложеніи къ настоящей главѣ). Болѣзни самой печени сопровождаются или уменьшеніемъ, или, сравнительно чаще, увеличеніемъ органа, и вообще исходнымъ пунктомъ для діагноза должно именно служить то или другое измѣненіе объема печени.

Изъ тѣхъ заболѣваній печени, при которыхъ въ картинѣ болѣзни типически господствующее мѣсто занимаетъ *атрофія* органа, наибольшій клинико-діагностическій интересъ представляютъ двѣ болѣзни, въ томъ числѣ одна—острая, а другая—хроническая, именно: 1) *острая желтая атрофія* и 2) *циррозъ печени*.

Острая желтая атрофія печени.

Эта чрезвычайно интересная болѣзнь встрѣчается вообще довольно рѣдко. Распознаваніе ея обыкновенно бываетъ не легко, за исключеніемъ того случая, когда симптомы достигли полнаго своего развитія и когда мы имѣемъ возможность прослѣдить теченіе болѣзни, въ его отдѣльныхъ фазисахъ.

Вначалѣ острая желтая атрофія печени не представляетъ рѣзкихъ діагностическихъ признаковъ. Эта опасная болѣзнь начинается симптомами катарра желудка и кишекъ, а затѣмъ присоединяется желтуха. Лихорадка при этомъ въ однихъ случаяхъ существуетъ, въ другихъ отсутствуетъ. Этотъ продромальный періодъ болѣзни имѣетъ видъ простой катарральной желтухи, отъ которой его невозможно отличить. Затѣмъ спустя нѣсколько дней, а въ другихъ случаяхъ—по прошествіи нѣсколькихъ недѣль (въ послѣднемъ изъ случаевъ моего наблюденія—спустя $3\frac{1}{2}$ недѣли), картина болѣзни болѣе или менѣе внезапно измѣняется, принимая очевидно тяжелый характеръ: появляются *судороги*, *боли* въ животѣ, *бредъ*, *сонливость*, а въ концѣ концовъ—полное *комагиозное состояніе*. вмѣстѣ съ тѣмъ печень быстро *уменьшается въ объемъ*, такъ что въ нѣсколько дней она можетъ быть уменьшена до $\frac{1}{2}$ или даже $\frac{1}{4}$ своей естественной величины; эта атрофія обыкновенно всего сильнѣе бываетъ выражена въ лѣвой долѣ печени. *Селезенка*, напротивъ того, обыкновенно увеличивается въ объемъ. Какъ вообще при желтухѣ, такъ и при этой формѣ ея (*icterus gravis*) могутъ появляться *кровотеченія* въ самыхъ различныхъ мѣстахъ тѣла,—гематурія, маточныя кровотеченія, кровавая рвота, кожные экхимозы и проч.,—а этимъ самымъ ускоряется смертельный исходъ (что и было, напримѣръ, въ одномъ случаѣ, который подробно будетъ описанъ впослѣдствіи). *Испраженія* обыкновенно совсѣмъ не содержатъ желчи или, по крайней мѣрѣ, содержатъ ее въ очень маломъ количествѣ. Если вначалѣ иногда и наблюдается *лихорадка*, то *впослѣдствіи*, *въ тяжелыхъ стадіяхъ болѣзни*, она *почти всегда отсутствуетъ*; обыкновенно лишь за короткое время (въ послѣдній день) передъ смертью наступаетъ, приблизительно въ $\frac{1}{2}$ общаго числа случаевъ, повышеніе температуры до 40° и болѣе. Соответственно этому, *пульсъ* вначалѣ держится на низкихъ цифрахъ; но къ концу жизни онъ доходитъ до 120 и болѣе ударовъ въ минуту.

Важное значеніе для діагноза имѣютъ *измѣненія мочи*; но они встрѣчаются непостоянно. Моча содержитъ *лейцинъ* и *тирозинъ*, которые легко могутъ быть обнаружены въ сухомъ остаткѣ; игольчатые кристаллы тирозина могутъ быть найдены даже въ произвольно выдѣлившемся осадкѣ невыпаренной мочи. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча совсѣмъ не содержитъ этихъ веществъ (такъ напр. они несомнѣнно не существовали въ послѣднемъ изъ тѣхъ случаевъ, которые мы пришлось наблюдать); поэтому діагностическое значеніе здѣсь имѣетъ только положительный результатъ изслѣдованія мочи. То же самое можно сказать объ *уменьшеніи* количества *мочевины*, представляющемъ чрезвычайно большой теоретическій интересъ: уменьшеніе это встрѣчается непостоянно. *Альбуминурія* въ однихъ случаяхъ существуетъ, въ другихъ отсутствуетъ; патогностическаго значенія она не имѣетъ, такъ какъ, подобно образованію мочевыхъ цилиндровъ, она можетъ быть послѣдствіемъ всякой желтухи.

Кровь не представляетъ рѣзкихъ измѣненій: красныя кровяныя тѣльца имѣютъ склонность принимать форму плодовъ дурмана; безцвѣтныя кровяныя тѣльца въ послѣднемъ случаѣ моего наблюденія казались увеличенными въ объемѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наблюдавшихся другими авторами, они были также увеличены въ количествѣ.

Каждый изъ этихъ симптомовъ можетъ иногда отсутствовать, не смотря на то, что при вскрытіи трупа найдено характеристическое измѣненіе печени. Это относится даже къ желтухѣ и къ уменьшенію объема органа: явленія эти иногда не обнаруживаются вслѣдствіе того, что болѣзнь слишкомъ быстро окончилась смертью. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ очень обильныя кишечныя кровотеченія такъ быстро привели къ смертельному исходу, что, не смотря на острое жировое перерожденіе печени, нельзя было при жизни больного обнаружить сколько нибудь замѣтное уменьшеніе ея объема.

Этотъ случай наблюдался мною нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Эрлангенской клиникѣ; распознаваніе при жизни больной было весьма затруднительно, какъ и анатомическое распознаваніе при вскрытіи трупа.

15-ти лѣтняя служанка Р. поступила въ клинику 12-го и умерла 13-го декабря 1881 года. Дня за 3 передъ поступленіемъ въ клинику появились боли въ надчревной области, желтушное окрашиваніе кожи и запоръ. Въ виду этихъ симптомовъ, какъ будто указывавшихъ на начинавшійся брюшной тифъ, врачъ посоветовалъ больной лечь въ клинику; 12-го декабря она была доставлена къ намъ въ *безсознательномъ состояніи*.

При изслѣдованіи мы нашли довольно сильную желтуху, съ помраченіемъ сознанія; больная по временамъ тихо стонетъ; давленіе на область желудка повидимому причиняетъ боль; паралитическихъ явленій не существуетъ; нижнія конечности судорожно притянуты къ животу; зрачки имѣютъ одинаковую ширину; изслѣдованіе легкихъ дало отрицательный результатъ; дѣятельность сердца усилена; пульсъ мало напряженъ (130 ударовъ въ минуту). *Печень настрно не уменьшена*; селезенка не увеличена. Больная мочится въ постель; при изслѣдованіи мочи, выпущенной катетеромъ, найденъ *бллокъ, съ очень большимъ количествомъ кровяного и желчнаго пигментовъ*. Температура 39°,5. Языкъ сухъ; губы покрыты небольшими экстрavasатами. Въ ночь съ 12-го на 13-ое декабря больная сильно кричала, и у нея очень быстро обнаружился упадокъ силъ. Температура 35°,8. Печеночная тупость нѣсколько уменьшилась въ своемъ протяженіи. Смерть наступила 13-го декабря въ 3 ч. пополудни.

Определеннаго діагноза на основаніи картины болѣзни нельзя было установить. Онъ колебался главнымъ образомъ между септической желтухой и острою желтою

атрофіею печени, быстро окончившеюся смертельнымъ исходомъ; второе предположеніе казалось нѣсколько болѣе вѣроятнымъ, потому что никакой почвы для гнилостнаго зараженія нельзя было открыть, и, кромѣ того, не было никакихъ заболѣваній сердца, суставовъ и т. д. Противъ острой желтой атрофіи печени говорило, впрочемъ, то обстоятельство, что при тяжелыхъ мозговыхъ явленіяхъ температура была значительно повышена; кромѣ того, діагнозъ не могъ быть поставленъ на основаніи свойствъ мочи, химическое изслѣдованіе которой было невозможно.

При вскрытіи трупа найдена жирная печень въ весьма значительной степени развитія (величина органа приблизительно нормальна: $15\frac{1}{2}$ сант. въ вышину, 19 въ ширину и $18\frac{1}{2}$ въ толщину). Поверхность печени гладка, имѣетъ въ общемъ блѣдно-сѣрый цвѣтъ и усѣяна экхимозами, просвѣчивающими чрезъ капсулу. Ткань въ разрѣзѣ имѣетъ повсюду блѣдно-желтый цвѣтъ, представляетъ мраморный видъ, но въ весьма незначительной степени, и содержитъ небольшое количество жиру. Селезенка мала. *Катарръ желчныхъ протоковъ. Жировое перерожденіе сердца и почекъ. Геморрагическій діатезъ* (кровоизліянія въ шлевръ, печеночной ткани и эндокардіи). *Желудокъ содержитъ громадное количество черновато-красной жидкости и плотныхъ массъ, приставшихъ къ его слизистой оболочкѣ*, которая, по удаленіи ихъ, представляется окрашенною въ блѣдно-сѣрый цвѣтъ. Тонкія и толстыя кишки содержатъ сѣровато-черныя массы въ умѣренномъ количествѣ. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило нѣкоторыя отклоненія отъ обычной картины жирной печени, такъ что самую вѣроятною причиною анатомическихъ измѣненій и существовавшей при жизни злокачественной желтухи нужно было признать начинающуюся острую желтую атрофію, дальнѣйшее развитіе которой внезапно было прервано желудочнымъ кровотеченіемъ, быстро повлекшимъ за собою смертельный исходъ.

Въ началѣ болѣзни, печень можетъ даже оказаться *увеличенною*; я наблюдалъ это еще очень недавно въ одномъ случаѣ, гдѣ увеличенная печень начала атрофироваться лишь за 3 дня до смерти. *Желтуха* отсутствуетъ лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, быстро оканчивающихся смертію. Вообще же она оказывается наиболѣе постояннымъ симптомомъ острой желтой атрофіи печени, и въ этомъ отношеніи можетъ съ нею сравняться развѣ только отсутствіе лихорадки во второй стадіи болѣзни.

Въ первой стадіи болѣзни недоступна распознаванію. Подозрительнымъ должно считаться, если желтуха появилась у женщины во второй половинѣ *беременности*, такъ какъ именно въ это время довольно часто случалось наблюдать появленіе острой желтой атрофіи печени; кромѣ того, я считаю подозрительнымъ, если желтуха уже въ началѣ своего появленія сопровождается *болями въ животѣ*, какъ это было напр. въ вышеупомянутомъ случаѣ моего наблюденія, гдѣ боль въ животѣ существовала съ самаго начала и продолжалась 3 недѣли до наступленія смертельнаго исхода. *Во второй стадіи распознаваніе* оказывается *сравнительно очень легкимъ*; однако и въ это время возможно смѣшать по ошибкѣ острую желтую атрофію печени съ какою нибудь другою болѣзнію. Тяжелыя явленія со стороны нервной системы, какъ извѣстно, могутъ быть послѣдствіемъ всякой желтухи, если она достигаетъ значительнаго развитія; особенно часто и въ особенно сильной степени они наблюдаются тогда, когда желтуха присоединилась къ какой нибудь инфекціонной болѣзни (пневмонія, *септико-мізмия* и т. п.).

Но такъ какъ эти болѣзни сопровождаются высокою лихорадкой, а острая атрофія печени въ періодѣ тяжелыхъ мозговыхъ явленій не представляетъ повышенія температуры, то уже въ виду этого обстоятельства дифференціальное распознаваніе обыкновенно бываетъ не трудно. Диагнозъ острой желтой атрофіи становится несомнѣннымъ, если констатировано постепенное уменьшеніе объема печени.

Если у женщины, предрасположенной къ *истеріи*, появилась желтуха, то иногда отравленіе крови или измѣненіе обмѣна веществъ, производимое всасываніемъ желчи, можетъ вызвать въ очень раздражительной нервной системѣ такую сильную реакцію, что является картина раздраженія головного мозга съ бредомъ и судорогами. Я видѣлъ это нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ одномъ случаѣ, гдѣ картина болѣзни была до неузнаваемости похожа на картину холэмии, а между тѣмъ при тщательномъ изслѣдованіи все-таки были найдены нѣкоторыя мелкія особенности, обнаружившія истерическое происхожденіе нервныхъ симптомовъ. Кромѣ того, діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ выясняется результатомъ лѣченія, направленнаго противъ истеріи, и самымъ теченіемъ болѣзни, въ особенности же внезапнымъ исчезаніемъ тревожныхъ симптомовъ со стороны нервной системы.

До тѣхъ поръ пока не можетъ быть съ положительностью обнаружено уменьшеніе объема печени, діагнозъ остается подѣ сомнѣніемъ. Но когда при выстукиваніи констатировано *постепенное уменьшеніе границъ печени*, сомнѣнія относительно діагноза все болѣе и болѣе исчезаютъ (ощупываніе не даетъ здѣсь яснаго результата, такъ какъ печень слишкомъ дряблая). Впрочемъ, не слѣдуетъ забывать, что *colon transversum* при очень значительномъ накопленіи газовъ можетъ иногда сильно оттѣснить печень кзади, и въ такомъ случаѣ перкуторныя границы ея могутъ быть низведены до минимума, а въ рѣдкихъ случаяхъ печеночная тупость, по моимъ наблюденіямъ, можетъ совсѣмъ даже исчезнуть на передней грудной стѣнкѣ. Однако, метеоризмъ при этомъ существуетъ и въ другихъ частяхъ кишечника, а перкуторныя границы печени измѣняются, смотря по степени накопленія газовъ въ каждый данный моментъ, т. е. онѣ иногда вновь обнаруживаются на большемъ протяженіи послѣ выдѣленія газовъ и каловыхъ массъ. При такихъ условіяхъ необходимо обращать особенное вниманіе на изслѣдованіе мочи, потому что нахожденіе лейцина и тирозина немедленно устраняетъ всѣ сомнѣнія относительно діагноза.

Наконецъ, быстрое наступленіе смертельнаго исхода существенно подтверждаетъ діагнозъ острой желтой атрофіи печени: тяжелый періодъ болѣзни продолжается, за рѣдкими исключеніями, отъ 1 дня до 1 недѣли.

Если наступило выздоровленіе послѣ того какъ былъ поставленъ діагнозъ острой желтой атрофіи печени, то въ такомъ случаѣ болѣе чѣмъ вѣроятно, что діагнозъ этотъ былъ *ошибоченъ*. Однако, по моимъ наблюденіямъ, несомнѣнно встрѣчаются и такіе случаи,—правда, очень рѣдкіе,—въ которыхъ болѣзнь оканчивается выздоровленіемъ. Я видѣлъ одинъ подобный случай, гдѣ существовала злокачественная желтуха со всеми ея симптомами и уже обнаружилось уменьшеніе объема печени, а между тѣмъ болѣзнь, вопреки всякому ожиданію, сдѣлала поворотъ къ лучшему, и спустя сравнительно короткое время наступило выздоровленіе.

Существуетъ ли у больного острая желтая атрофія печени или острое *отравленіе фосфоромъ*, это, по моему мнѣнію, составляетъ только

вопросъ объ этиологiи. Отравленіе фосфоромъ можетъ въ концѣ концовъ, вмѣсто обычной жировой инфильтраціи, сопровождаемой увеличеніемъ объема печени, привести къ полному жировому распаденію печеночной ткани и къ атрофіи органа, которая ничѣмъ не будетъ отличаться отъ острой желтой атрофіи. Хотя при остромъ фосфорномъ отравленіи такая атрофія наблюдается рѣдко, но коль скоро она явилась, объ эти болѣзни, т. е. идиопатическая острая атрофія печени и атрофія, вызванная отравленіемъ, оказываются въ клиническомъ отношеніи вполнѣ тождественными и все отличительные между ними признаки, о которыхъ говорятъ авторы, совершенно несостоятельны.

Вторую форму болѣзни, сопровождаемую типическимъ уменьшеніемъ органа, представляетъ *циррозъ печени*. Но прежде чѣмъ перейти къ изложенію діагностики этой болѣзни, мы должны вкратцѣ упомянуть о *простой хронической атрофіи*, которая, впрочемъ, имѣетъ болѣе анатомическій, чѣмъ клиническій интересъ.

Она представляетъ одно изъ проявленій общаго маразма, который влечетъ за собою атрофію всехъ органовъ вообще и печени въ особенности. Распознаваніе этой простой атрофіи становится возможнымъ, если у субъекта, одержимаго старческимъ маразмомъ, или страдающаго общео кахексiей, постепенно и равномернo уменьшаются границы печеночной тупости, и если испраженія соотвѣтственно этому содержатъ очень малое количество желчи, при отсутствіи желтухи. *Простая маразматическая атрофія* отличается отъ *цирроза* тѣмъ, что брюшная водянка совершенно отсутствуетъ или, во всякомъ случаѣ, не преобладаетъ надъ другими водяночными явленіями, при отсутствіи увеличенія селезенки и остальныхъ симптомовъ цирроза. Консистенція печени при маразматической атрофіи нѣсколько увеличена въ сравненіи съ нормальной, такъ какъ съ постепеннымъ исчезаніемъ печеночной паренхимы въ настоящемъ смыслѣ этого слова начинаетъ преобладать соединительная ткань.

Циррозъ печени.

Распознаваніе *цирроза печени* (интерстиціального гепатита) обыкновенно не представляетъ трудностей, если печень доступна ощупыванію. Последнее оказывается возможнымъ, если брюшная водянка, занимающая въ картинѣ болѣзни господствующее мѣсто, существуетъ лишь въ незначительной степени развитія, или же, если, производя ощущеніе быстрыми короткими толчками, удастся на мгновеніе оттѣснить жидкость отъ поверхности печени, или, наконецъ, если жидкость была предварительно выпущена проколомъ. Во многихъ случаяхъ точный діагнозъ вообще можетъ быть поставленъ только тогда, когда непосредственно передъ изслѣдованіемъ былъ произведенъ проколъ живота.

Въ первой стадіи цирроза, которая, впрочемъ, чрезвычайно рѣдко бываетъ объектомъ врачебнаго изслѣдованія, печень увеличена и тверда, поверхность ея гладка. Впослѣдствіи печень сморщивается, печеночная тупость уменьшается въ своемъ протяженіи, особенно въ области лѣвой доли. Если печень въ этой второй стадіи цирроза доступна ощупыванію, то она представляетъ твердую консистенцію, причемъ на передней поверх-

ности и нижнемъ краѣ прощупываются бугры, коль скоро они достигли болѣе значительнаго объема вслѣдствіе обширнаго рубцеванія соединительной ткани.

Если печень имѣетъ равномерно зернистую поверхность и если зерна эти или такъ наз. грануляціи не превышаютъ объема чечевицы или горошины, какъ это бываетъ обыкновенно, то они, по моему мнѣнію, недоступны ошупыванію. Хотя иногда при ошупываніи получается такое ощущеніе, какъ будто поверхность печени усыяна мелкими буграми, но я думаю, что это скорѣе есть результатъ самообмана, чѣмъ дѣйствительно очень тонкаго осизанія. Ошибки въ этомъ отношеніи встрѣчаются очень часто, если при атрофіи подкожной жировой клетчатки прощупываются въ брюшныхъ стѣнкахъ зернистые комки жира. Говорять, будто бы эти поверхностныя грануляціи могутъ быть отличены отъ глубже лежащихъ бугровъ на поверхности самой печени по тому признаку, что грануляціи самой печени смѣщаются при дыхательныхъ движеніяхъ; но этотъ дифференціальный признакъ скорѣе построенъ теоретически, чѣмъ дѣйствительно основанъ на клиническихъ наблюденіяхъ.

Такъ какъ новообразованная соединительная ткань при своемъ сморщиваніи производитъ сжатіе и облитерацію большаго числа вѣтвей воротной вены, лежащихъ между печеночными дольками, то въ области *корней воротной вены* происходитъ *застой крови*, а вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживается цѣлый рядъ явленій, которыя, будучи характеристичны для застоя въ системѣ воротной вены, а слѣдовательно косвеннымъ образомъ и для цирроза печени, имѣютъ важное діагностическое значеніе. Явленія эти суть слѣдующія:

Увеличеніе селезенки, которое отсутствуетъ лишь въ $\frac{1}{4}$ общаго числа случаевъ цирроза; иногда удается очень ясно доказать, что оно составляетъ послѣдствіе застоя крови въ воротной венѣ, именно на основаніи того признака, что величина селезенки быстро измѣняется: при внезапномъ опорожненіи системы воротной вены вслѣдствіе кровотока изъ ея вѣтвей (напр. вслѣдствіе обильныхъ желудочныхъ кровотеченій) увеличенная селезенка можетъ очень быстро уменьшиться въ объемѣ. Застой крови въ венахъ желудка и кишекъ влечетъ за собою гиперемію слизистой оболочки желудочно-кишечнаго канала, *хроническій желудочно-кишечный катарръ*, хроническій запоръ и метеоризмъ (послѣдніе два симптома, конечно, составляютъ послѣдствія серозной инфильтраціи мускулатуры кишечнаго канала), наконецъ—кровотеченія изъ желудка и кишекъ. Вслѣдствіе распространенія застоя крови изъ нижней брыжжечной въ верхнюю геморроидальную вену и во все геморроидальное сплетеніе, образуются *геморроидальныя шишки*, которыя вызываютъ общеизвѣстныя явленія геморроя и по временамъ подаютъ поводъ къ кровотеченіямъ изъ задняго прохода.

Наконецъ, важнѣйшимъ клиническимъ симптомомъ застоя крови въ воротной венѣ представляется *брюшная водянка*, которая, постепенно увеличиваясь, часто приводитъ къ громадному растяженію живота. Характеристично то обстоятельство, что брюшная водянка при циррозѣ печени

является первым признаком водянки вообще, и только впоследствии, благодаря повышенному давлению в брюшной полости, зависящему от накопления водяночной жидкости, затрудняется опорожнение подвздошных вен и нижней полой вены, а вместе с тем является *отек нижней половины тела*.

Впрочем, в некоторых случаях *отек нижних конечностей может появляться и при умеренной брюшной водянке*, если опорожнение венозных сосудов нижних конечностей затруднено вследствие коллатерального переполнения надчревных и подчревных вен, благодаря застою в области воротной вены.

Но эти *коллатеральные сообщения между воротной и нижней полой венами* иногда на долгое время задерживают появление признаков застоя в области воротной вены. Для диагноза особенно важное значение имеет коллатеральное сообщение верхней геморроидальной вены (одного из корней v. portae) с средней геморроидальной, а следовательно с подчревной и нижней полой венами, так как при этом является расширение вен, доступных наружному осмотру: переполнение этого соединительного пути обнаруживается появлением геморроидальных варикозных узлов в области заднего прохода. Еще более явными признаками обнаруживается переполнение другого коллатерального пути, именно — «прибавочной ветви v. portae», которая, начинаясь от воротной вены, проходит в ligamentum suspensarium hepatis рядом с круглою печеночною связкою и разделяется в области пупка на две маленькие вены, сообщающиеся с нижней надчревной и внутреннею грудною венами. Сильное переполнение этого соединительного пути вследствие застоя в воротной вене, всегда существующаго при более значительных степенях цирроза, влечет за собою переполнение кожных ветвей надчревных и внутренних грудных вен, а вместе с тем появляются варикозные расширения подкожных вен вокруг пупка (*caput Medusae*). Впрочем, это кольцеобразное расширение вен вокруг пупка редко наблюдается в значительной степени развития, и с ним не должна быть смешиваема гораздо более частая форма венозного застоя в брюшных покровах вообще. При всяком более значительном повышении внутрибрюшного давления, а следовательно и при более значительных степенях брюшной водянки, затрудняется отток крови чрез нижнюю полую вену; вместе с тем застой крови, возвращающейся из нижних конечностей, распространяется в нижние надчревные и внутренние грудные вены, так что в результате является расширение поверхностных вен брюшной стенки. Эти расширения вен, в противоположность кольцеобразному расширению их вокруг пупка (*caput Medusae*), распространены более равномерно по всей поверхности живота и между прочим существуют также в боковых его частях.

Наряду с явлениями застоя в воротной вене, остальные симптомы цирроза печени имеют для диагноза лишь второстепенное значение. *Моча*, вследствие недостаточнаго наполнения артерий, отделяется в скудном количестве, дает большой осадок и иногда содержит бѣлок вследствие застоя в почечных венах, зависящаго от повышеннаго внутрибрюшнаго давления, или же вследствие осложненія воспалительными процессами в почках; иногда также моча содержит примѣсь крови, вследствие застоя в венах мочеваго пузыря. Для цирроза печени до нѣкоторой степени характеристично появленіе *сахара* в мочѣ.

В этомъ отношеніи у нѣкоторыхъ больныхъ имѣло значеніе самое свойство пищи, такъ что сахаръ появился в мочѣ именно при употребленіи крахмал-

стыхъ веществъ, тогда какъ при другихъ болѣзняхъ печени не удавалось этимъ путемъ вызвать искусственную гликозурию. Но вопросъ объ этой печеночной гликозурии, представляющійся весьма интереснымъ и въ теоретическомъ отношеніи, еще окончательно не разрѣшенъ.

Вопросъ о томъ, содержитъ-ли моча въ частномъ случаѣ желчный пигментъ, находится въ связи съ тѣмъ вопросомъ, сопровождается-ли циррозъ печени явленіями *желтухи*. Последняя представляетъ довольно частый, но далеко не постоянный симптомъ цирроза, и если она существуетъ, то обыкновенно лишь въ незначительной степени развитія, такъ что діагнозъ цирроза печени становится невѣроятнымъ, если существуетъ сильная желтуха съ *постояннымъ* обезцвѣчиваніемъ испражнений (*временное* обезцвѣчиваніе ихъ, чередующееся съ нормальнымъ окрашиваніемъ, наблюдается при циррозѣ нерѣдко и зависитъ отъ недостаточнаго образованія желчи).

Какъ при всѣхъ болѣзняхъ печени, точно также и при циррозѣ нельзя основывать діагнозъ на однихъ только положительныхъ признакахъ; напротивъ того, въ виду сходства симптомовъ, свойственныхъ всѣмъ или, по крайней мѣрѣ, очень многимъ болѣзнямъ печени, всегда бываетъ необходимо еще рѣшить вопросъ, существуетъ-ли въ данномъ случаѣ какая нибудь другая болѣзнь этого органа.

Въ первой стадіи болѣзни, до тѣхъ поръ, пока печень увеличена и имѣетъ гладкую поверхность, дифференціальныя діагнозы сосредоточиваются на исключеніи тѣхъ болѣзней печени, которыя точно также сопровождаются увеличеніемъ органа при гладкой его поверхности; сюда относятся именно: жирная печень, желтушная печень, амилоидное перерожденіе, соединительнотканная гиперплазія (гипертрофическій циррозъ), лейкоэмическая инфильтрація и гиперемія печени. Изъ всѣхъ этихъ болѣзней легко могутъ быть исключены, во-первыхъ, *жирная печень*, на основаніи ея мягкой консистенціи, и *амилоидная печень*, на основаніи твердой консистенціи, которая болѣе тверда, чѣмъ это когда либо бываетъ при циррозѣ въ первой стадіи его развитія; кромѣ того, діагнозъ амилоиднаго перерожденія печени не представляетъ вообще серьезныхъ трудностей, такъ какъ всегда существуютъ опредѣленные этиологическіе моменты, вызывающіе это перерожденіе (сифилисъ, бугорчатка, продолжительныя нагноенія, особенно въ костяхъ и суставахъ, и т. п.). *Лейкоэмическая инфильтрація печени* можетъ быть сразу исключена, если изслѣдованіе крови дало отрицательный результатъ. Точно также легко можетъ быть исключено *желтушное опуханіе печени*, которое встрѣчается рѣдко и достигаетъ болѣе значительнаго развитія только тогда, когда существуетъ очень сильная желтуха, какой вообще не бываетъ при неосложненномъ циррозѣ печени. Поэтому для дифференціального діагноза остаются только двѣ болѣзни: *соединительнотканная гиперплазія (гипертрофическій циррозъ)* и *гиперемія печени*.

Первая изъ этихъ болѣзней до нѣкоторой степени характеризуется отсутствіемъ застоя въ воротной венѣ, слѣдовательно — отсутствіемъ брюшной водянки, и раннимъ появленіемъ желтухи, между тѣмъ какъ при обыкновенномъ («атрофическомъ») циррозѣ печени, уже въ первой стадіи его развитія, обнаруживается застой крови въ системѣ воротной вены. Этому соотвѣтствуютъ и анатомическія измѣненія, находимыя при обѣихъ болѣзняхъ, такъ какъ при атрофическомъ циррозѣ уже съ самаго начала констатируется облитерация соединительныхъ путей между воротною и печеночными венами, а при гипертрофическомъ циррозѣ, напротивъ того, оказывается свободное сообщеніе между обѣими системами волосныхъ сосудовъ. Впрочемъ, рѣшающее значеніе имѣетъ здѣсь прежде всего *далннйшее теченіе болѣзни*. То же самое относится и къ *активной гиперэмии*, которую вообще очень трудно отличить отъ первой стадіи цирроза, такъ что дифференціальный діагнозъ можетъ быть поставленъ съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ развѣ только на основаніи того признака, что при активной гиперэмии печени отсутствуетъ наклонность къ застою крови въ воротной венѣ, а при циррозѣ эта наклонность существуетъ съ самаго начала. *Венозный застой въ печени* легче можетъ быть отличенъ отъ цирроза въ первой стадіи его развитія: помимо того, что застойная печень должна быть распознаваема только тогда, когда несомнѣнно существуетъ причина для венознаго застоя вообще, объемъ застойной печени измѣняется, смотря по степени расстройства кровообращенія въ каждый данный моментъ.

Въ заключеніе я долженъ рекомендовать извѣстную осторожность въ распознаваніи первой стадіи цирроза печени, такъ какъ доказано, что увеличеніе печени въ первой стадіи цирроза наблюдается *чрезвычайно рѣдко*, и именно гораздо рѣже, чѣмъ полагали прежде на основаніи теоретическихъ соображеній. Точный діагнозъ цирроза печени почти всегда можетъ быть поставленъ лишь въ то время, когда уже наступила вторая стадія болѣзни, т. е., когда появилось (воспалительное) сморщиваніе органа.

Въ этой *второй* стадіи, *если брюшная водянка вообще дозволяетъ прощупать печень*, мы находимъ при ощупываніи *уменьшеніе* органа, особенно въ лѣвой долѣ; перкуторныя границы печени точно также уменьшены. Въ этомъ періодѣ циррозъ можетъ быть смѣшиваемъ съ другими хроническими заболѣваніями печени, при которыхъ она точно также уменьшена въ объемѣ. Прежде всего здѣсь возникаетъ вопросъ объ одной формѣ *сифилитическаго заболѣванія печени*, которое сопровождается развитіемъ соединительной ткани и, слѣдовательно, представляетъ въ существенныхъ чертахъ подобныя же морфологическія измѣненія съ тѣми же клиническими послѣдовательными явленіями, какія бывають при обыкновенномъ циррозѣ. Сифилитическое разроженіе соединительной ткани до нѣкоторой степени характеризуется *обширнымъ* сморщи-

ваніемъ, такъ что на поверхности и нижнемъ краѣ печени образуются болѣе глубокія втягиванія. Печень при этомъ получаетъ крупно-дольчатую форму, и на ней могутъ явственно прощупываться бугры и углубленія, которыхъ при обыкновенномъ циррозѣ почти никогда не бываетъ. Кромѣ того, при сифилитическомъ воспаленіи печени *болѣзненность* ея, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается чаще, чѣмъ при обыкновенномъ циррозѣ. Наконецъ, само собою понятно, что діагнозъ сифилитическаго пораженія печени долженъ быть подтвержденъ еще и другими признаками третичнаго сифилиса.

Другая болѣзнь, точно также сопровождаемая уменьшеніемъ печени и поэтому смѣшиваемая иногда съ циррозомъ, есть такъ называемая *атрофическая мускатная печень*; уменьшеніе органа, желтуха и брюшная водянка существуютъ при ней точно также, какъ и при циррозѣ. Но брюшная водянка не предшествуетъ подкожному отеку, а обыкновенно появляется уже впослѣдствіи; кромѣ того, при атрофической мускатной печени всегда существуютъ соответствующія этиологическія условія (болѣзни сердца, легкихъ и т. д.) и признаки общаго застоя, такъ что брюшная водянка составляетъ лишь одно изъ частныхъ проявленій этого послѣдняго.

«Простая» *марантическая атрофія печени* отличается равномернымъ уменьшеніемъ органа, истонченіемъ его нижняго края, полнымъ отсутствіемъ бугровъ на его поверхности, а также отсутствіемъ желтухи и признаковъ застоя крови въ воротной венѣ. Впрочемъ, эта простая атрофія представляетъ болѣе анатомическій, чѣмъ клиническій интересъ.

Если брюшная водянка при циррозѣ достигла такой значительной степени, что ощупываніе печени оказывается невозможнымъ, а выстукиваніе ея также затруднено, то является вопросъ уже не о томъ, съ какою именно болѣзью печени мы имѣемъ дѣло, а о томъ, *существуетъ ли таковая вообще*. При такихъ условіяхъ необходимо въ интересахъ діагноза сдѣлать проколъ живота и выпустить нѣкоторую часть жидкости.

Если послѣдняя оказалась желтоватою и прозрачною, то можетъ идти рѣчь о брюшной водянкѣ или объ очень большой кистѣ яичника. Помимо другихъ отличительныхъ признаковъ, о которыхъ мы здѣсь не можемъ говорить, сравнительно низкій удѣльный вѣсъ жидкости, въ особенности когда онъ не достигаетъ 1015, свидѣтельствуетъ въ пользу брюшной водянки. Если распознана брюшная водянка, то возникаетъ вопросъ, представляетъ ли она единственное водяночное явленіе или, по крайней мѣрѣ, преобладаетъ ли она надъ остальными симптомами водянки, или же она представляетъ только частное проявленіе общей водянки. Въ первомъ и во второмъ случаѣ естественнымъ образомъ возникаетъ мысль о присутствіи какой нибудь болѣзни печени. Помимо различныхъ заболѣваній печеночной ткани, причину брюшной водянки можетъ быть также

воспаленіе воротной вены (*pylephlebitis*) или тромбозъ той же вены (*pylethrombosis*). Очень быстрое появленіе брюшной водянки и остальныхъ признаковъ застоя въ воротной венѣ, т. е. опуханія селезенки, кровавой рвоты и расширенія подкожныхъ венъ живота, въ теченіи самой болѣзни и вслѣдъ за проколомъ, говоритъ въ пользу закрытія ствола воротной вены. Но для постановки этого діагноза необходимо прежде всего констатировать соотвѣтствующую причину, т. е. прижатіе сосуда при тромбозѣ и язвенные процессы въ области *v. portae* или желчные камни при гнойномъ воспаленіи воротной вены; однако не слѣдуетъ забывать, что тромбозъ этой вены встрѣчается и при циррозѣ, а гнойное воспаленіе ея можетъ появляться при *хроническомъ перитонитѣ*. Этотъ послѣдній долженъ быть предполагаемъ въ томъ случаѣ, когда жидкость, выпущенная изъ брюшной полости, оказывается не прозрачною, а болѣе или менѣ помутнѣвшею, и когда микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ ней большее или меньшее количество безцвѣтныхъ кровавыхъ тѣлецъ. Обыкновенно хроническій перитонитъ сопровождается болями и лихорадкой; при бугорчатой и карциноматозной формѣ этой болѣзни, жидкость, выпущенная изъ брюшной полости, оказывается обыкновенно гѣмorrhagическою, и, кромѣ того, бываетъ возможно обнаружить раковую опухоль *resp.* бугорчатку въ другихъ органахъ. При разлитомъ хроническомъ перитонитѣ важное значеніе имѣетъ прежде всего отсутствіе явленій застоя крови въ области воротной вены.

Изъ предыдущаго ясно, что діагнозъ цирроза печени можетъ встрѣчать немалыя трудности, а въ заключеніе я долженъ еще выставить на видъ, что этотъ діагнозъ всегда требуетъ предварительнаго всесторонняго обсужденія, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ, насколько я могу судить по моему личному опыту, онъ оказывается гораздо болѣе труднымъ, чѣмъ полагаютъ обыкновенно, и при анатомическомъ вскрытіи нерѣдко обнаруживается діагностическая ошибка.

Соединительнотканная гиперплазія печени. Гипертрофическій циррозъ. Слоновое перерожденіе печени.

Эта болѣзнь, анатомическіе признаки которой подробно изучены лишь въ послѣднее время, сопровождается увеличеніемъ печени, зависящимъ отъ гиперплазіи соединительной ткани, и еще очень недавно отождествлялась съ первой стадіей обыкновеннаго цирроза печени. Главное отличіе между обѣими болѣзнями заключается въ томъ, что при обыкновенномъ циррозѣ существуетъ воспалительное разроженіе соединительной ткани съ послѣдующимъ рубцовымъ сморщиваніемъ, а при гипертрофическомъ циррозѣ происходитъ *гиперпластическое* новообразованіе этой ткани безъ послѣдующаго сморщиванія, совершенно такъ же, какъ и при слоновомъ перерожденіи; далѣе, при атрофическомъ циррозѣ уже съ самаго начала сдавливаются и становятся непроходимыми болѣе мелкія развѣтвленія во-

ротной вены, а при гипертрофическомъ, напротивъ того, существуетъ расширеніе мелкихъ сосудовъ печени и сохраняется вполне свободное сообщеніе между воротною и печеночными венами. Последнимъ обстоятельствомъ объясняется тотъ важный въ діагностическомъ отношеніи фактъ, что при гипертрофическомъ циррозѣ, въ противоположность атрофическому, не существуетъ явленій застоя крови въ области воротной вены, т. е. *отсутствуютъ* симптомы гипереміи желудка и кишекъ, а также геморроидальные узлы, но въ особенности не существуетъ *брюшной водянки*, которая можетъ здѣсь появиться развѣ только какъ послѣдствіе общей кахексіи. Напротивъ того, соединительнотканная гиперплазія сопровождается (склеротическимъ) *опуханіемъ селезенки* и обыкновенно очень сильною *желтухой*, причемъ послѣдняя наблюдается съ такимъ постоянствомъ, что французскіе авторы, какъ извѣстно, объясняли самое возникновеніе гипертрофическаго цирроза первичнымъ воспаленіемъ желчныхъ протоковъ. Желтуха отсутствуетъ лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, и тогда испражненія по временамъ представляются глинистыми, а по временамъ окрашенными желчнымъ пигментомъ. *Увеличеніе печени* обыкновенно достигаетъ весьма значительныхъ размѣровъ, консистенція ея представляется умѣренно плотною, край заостренъ или слегка закругленъ, поверхность гладка, и развѣ только мѣстами на ней встрѣчаются небольшія возвышенія.

При дифференціальномъ распознаваніи можетъ возникнуть вопросъ о *ракѣ печени*, который, подобно гипертрофическому циррозу, характеризуется увеличеніемъ органа, плотностью его консистенціи и присутствіемъ желтухи; но ракъ печени отличается отъ гипертрофическаго цирроза ясно прощупывающимися буграми на передней поверхности и нижнемъ краѣ органа даже при разлитой раковой инфильтраціи); кромѣ того, при ракѣ печени брюшная водянка, по моимъ наблюденіямъ, лишь весьма рѣдко отсутствуетъ совершенно, и вообще болѣзнь продолжается болѣе короткое время, а кахексія развивается гораздо быстрее, чѣмъ при гипертрофическомъ циррозѣ. Кромѣ того, ракъ печени въ большинствѣ случаевъ развивается уже вторичнымъ образомъ, такъ что обыкновенно можетъ быть констатирована первичная раковая опухоль въ какомъ нибудь другомъ органѣ, напр. въ желудкѣ и т. п. Затѣмъ при постановкѣ дифференціального діагноза можетъ возникнуть вопросъ объ *амилоидномъ перерожденіи печени*, такъ какъ послѣдняя и въ этомъ случаѣ представляется увеличенною въ объемѣ, плотною и гладкою, а селезенка тоже оказывается увеличенною, и притомъ брюшная водянка обыкновенно отсутствуетъ. Но *при амилоидномъ перерожденіи печени почти никогда не бываетъ желтухи*; кромѣ того, въ пользу амилоиднаго перерожденія этого органа говоритъ появляющаяся въ большинствѣ случаевъ альбуминурія и присутствіе этиологическихъ условій, подъ вліяніемъ которыхъ развивается такое перерожденіе. Гораздо труднѣе отличить гипертрофическій циррозъ отъ простой желтушной печени и *многогнѣзднаго эхи-*

нококка. Въ послѣднемъ случаѣ печень велика и тверда на ошупь, и почти всегда существуетъ желтуха съ увеличеніемъ селезенки, точно такъ же, какъ при гипертрофическомъ циррозѣ, но за то на поверхности печени прощупываются твердыя шарообразныя опухоли, которыя въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни могутъ сдѣлаться мягкими; кромѣ того, печень при ошупываніи очень чувствительна. Довольно часто гипертрофическій циррозъ смѣшивается по ошибкѣ съ *опуханіемъ печени при желтухѣ*, появившейся вслѣдствіе закрытія желчныхъ протоковъ, если объемъ печени при этомъ достигаетъ болѣе значительныхъ размѣровъ. Это желтушное опуханіе печени составляетъ, впрочемъ, весьма рѣдкое послѣдствіе желтухи, и въ тѣхъ случаяхъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, консистенція печени хотя и была нѣсколько плотнѣе нормальной, но все-таки представлялась гораздо болѣе мягкой, чѣмъ при гипертрофическомъ циррозѣ. Кромѣ того, печень увеличивается при желтухѣ гораздо быстрѣе, чѣмъ при гипертрофическомъ циррозѣ, и вообще послѣдняя болѣзнь отличается гораздо большею продолжительностью. Наконецъ, желтушная печень, даже при продолжающемся закрытіи выводныхъ желчныхъ протоковъ, все-таки уменьшается уже спустя нѣсколько мѣсяцевъ вслѣдствіе постепенной атрофіи печеночной ткани.

Увеличеніе печени при *лейкэміи* едва ли можетъ подавать поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ. Въ этомъ случаѣ преобладаетъ увеличеніе селезенки, которое тотчасъ указываетъ на необходимость произвести изслѣдованіе крови, и тогда діагнозъ становится несомнѣннымъ. Напротивъ того, очень трудно бываетъ отличить отъ гипертрофическаго цирроза сифилитическое разлитое воспаленіе печени и первую *стадію атрофическаго цирроза*. Прежде всего здѣсь слѣдуетъ обращать вниманіе на брюшную водянку, если таковая существуетъ, и на остальные *признаки застоя крови въ воротной венѣ*, такъ какъ *при гипертрофическомъ циррозѣ признаки эти отсутствуютъ, а при атрофическомъ они появляются уже въ первой стадіи болѣзни, когда печень еще увеличена въ объемъ*; наконецъ, они встрѣчаются и при разлитомъ сифилитическомъ воспаленіи печени, о которомъ мы сейчасъ будемъ подробно говорить.

Сифилисъ печени.

Въ ряду тѣхъ внутреннихъ органовъ, которые поражаются сифилисомъ, печень занимаетъ, какъ извѣстно, одно изъ самыхъ видныхъ мѣстъ. Встрѣчаются случаи разлитого интерстиціального сифилитическаго воспаленія печени, которые по своимъ симптомамъ рѣшительно не отличаются отъ первой стадіи атрофическаго цирроза и въ которыхъ сифилитическое свойство заболѣванія печени можетъ быть только предполагаемо съ бѣльшимъ или меньшимъ вѣроятіемъ на основаніи явленій сифилиса въ другихъ органахъ и несомнѣннаго зараженія всего организма сифи-

литическимъ ядомъ. Но вообще такіе случаи, помимо врожденнаго сифилиса, встрѣчаются очень рѣдко. Обыкновенно же въ печени, пораженной сифилисомъ, оказываются рѣзко выраженные анатомическія измѣненія, которыя позволяютъ поставить діагнозъ съ большою положительностію. Такъ какъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ печени, чаще всего около поддерживающей связки (*lig. suspensorium*), соединительная ткань сильно разрастается, сморщивается и производитъ атрофію печеночной паренхимы, то на поверхности и нижнемъ краѣ печени образуются *глубокія втягиванія*. Печень при этомъ оказывается или увеличенною, или уменьшенною, представляя на своей поверхности *большіе бугры*, которые за висятъ или оттого, что здоровые участки печени выдаются надъ уровнемъ мозолистыхъ рубцовъ, или же, сравнительно чаще, оттого, что въ печени образовались гуммозные узлы. Послѣдніе могутъ имѣть чрезвычайно различную величину, отъ просынаго зерна до яблока, и на ощупь представляются *относительно мягкими*, въ особенности когда окружающая печеночная ткань подверглась амилоидному перерожденію, а вслѣдствіе этого увеличена въ объемъ и имѣетъ твердую консистенцію (это амилоидное перерожденіе при сифилисѣ печени встрѣчается нерѣдко).

Брюшинный покровъ печени также можетъ принять участіе въ сифилитическомъ заболѣваніи этого органа, подвергаясь именно воспаленію (*perihepatitis*), которое иногда обнаруживается шумомъ тренія въ области печени, доступнымъ какъ для выслушиванія, такъ и для ощупыванія. Это сифилитическое воспаленіе брюшиннаго покрова очень рѣдко существуетъ самостоятельно; болѣе или менѣе вѣроятный діагнозъ можетъ быть поставленъ только на почвѣ этиологіи, т. е. при несомнѣнно существующихъ явленіяхъ третичнаго сифилиса.

Воспаленіе брюшиннаго покрова печени въ большинствѣ случаевъ бываетъ *частнымъ проявленіемъ сифилитическаго заболѣванія печеночной ткани*. Сифилитическое пораженіе самой печени обыкновенно можетъ быть распознано съ полною положительностію, если обращать вниманіе на вышеописанныя анатомическія измѣненія этого органа. Діагнозъ подкрѣпляется послѣдовательными явленіями: смотря по тому, локализируется ли соединительнотканная инфильтрація вдоль большихъ вѣтвей воротной вены (*peripylephlebitis syphilitica*), или же она сдавливаетъ и закрываетъ только сравнительно мелкія вѣтви этой вены, мы должны ожидать болѣе или менѣе значительной *брюшной водянки* и остальныхъ явленій застоя крови въ области воротной вены. Приблизительно въ $\frac{1}{3}$ общаго числа случаевъ существуетъ *желтуха*, въ особенности тогда, когда соединительная ткань при своемъ сморщиваніи сдавливаетъ большіе желчные каналы, препятствуя оттоку желчи и вызывая вмѣстѣ съ тѣмъ очень сильную желтуху съ обезцвѣчиваніемъ испражнений и т. д. *Селезенка* обыкновенно бываетъ увеличена вслѣдствіе застоя крови въ воротной венѣ или же вслѣдствіе интерстиціального оплотнѣнія.

которое основано здѣсь на тѣхъ же анатомическихъ измѣненіяхъ, какъ и въ печени; наконецъ, увеличеніе селезенки можетъ также зависѣть или отъ образованія въ ней гуммозныхъ узловъ, или отъ амилоиднаго перерожденія. Необходимо еще замѣтить, что именно при сифилитическомъ заболѣваніи печени обыкновенно существуютъ *боли* въ области этого органа, имѣющія нѣкоторое значеніе для дифференціального діагноза.

Всего скорѣе можно смѣшать узловатую сифилитическую печень съ карциноматозною опухолью. Въ пользу сифилиса говорятъ слѣдующіе признаки: меньшая твердость узловъ, глубокія втягиванія на нижнемъ краѣ печени, одновременное увеличеніе селезенки и присутствіе альбуминуриі, обусловленной вторичнымъ заболѣваніемъ почекъ (паренхиматознымъ воспаленіемъ или амилоиднымъ перерожденіемъ), а въ особенности сифилитическое заболѣваніе печени представляется вѣроятнымъ, если больной находится въ молодомъ возрастѣ, если процессъ въ печени принимаетъ благопріятное теченіе (что наблюдается, впрочемъ, весьма рѣдко) и если несомнѣнно существуетъ глубокое сифилитическое зараженіе всего организма. Послѣднія обстоятельства даютъ также возможность, по крайней мѣрѣ — съ бѣльшимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, отличить разлитую сифилитическую инфильтрацію печени отъ первой стадіи атрофическаго цирроза (впрочемъ, эта разлитая сифилитическая инфильтрація, какъ мы уже замѣтили, наблюдается очень рѣдко). Изъ другихъ болѣзней печени, могущихъ подать поводъ къ невѣрному распознаванію сифилиса, необходимо въ особенности упомянуть о многогнѣзномъ эхинококкѣ. Въ этомъ случаѣ я совѣтую прежде всего обращать вниманіе на рубцовыя втягиванія нижняго края печени, присутствіе которыхъ, вмѣстѣ съ несомнѣнными сифилитическими измѣненіями въ другихъ областяхъ тѣла, составляетъ важнѣйшій діагностическій признакъ сифилитическаго заболѣванія печени.

Гнойное воспаленіе или абсцессъ печени.

Абсцессъ печени въ нѣкоторыхъ случаяхъ совсѣмъ не доступенъ распознаванію, а въ другихъ онъ можетъ быть распознанъ съ бѣльшимъ или меньшимъ вѣроятіемъ или даже съ полною положительностью; послѣднее, впрочемъ, бываетъ далеко не часто.

Объемъ печени въ большинствѣ случаевъ увеличенъ. При этомъ до нѣкоторой степени характеристично то, что печень можетъ увеличиваться не только по направленію внизъ, какъ при другихъ ея опуханіяхъ, но и по направленію вверхъ, и тогда при выстукиваніи нижней границы праваго легкаго мы находимъ на передней поверхности грудной клѣтки притушеніе звука, верхняя граница котораго поднимается по направленію къ аксиллярной линіи и затѣмъ снова опускается по направленію къ позвоночнику. Впрочемъ, объемъ печени не всегда бываетъ увеличенъ, даже и въ такихъ случаяхъ, когда она пронизана многочисленными

абсцессами, имѣющими довольно значительные размѣры. Если абсцессы помѣщаются въ лѣвой долѣ печени или близко къ краю увеличенной правой доли, то на *поверхности* органа прощупываются плоскія или по направленію къ своей серединѣ нѣсколько заостряющіяся опухоли. Если же они помѣщаются въ самой нижней части печени, то край ея можетъ вслѣдствіе этого получить неправильную форму. *Консистенція* опухолей вначалѣ тверда, иногда даже настолько, что прежде всего является предположеніе о ракѣ печени; но впослѣдствіи опухоли становятся мягкими на ощупь или даже представляютъ зыбленіе, если абсцессъ дошелъ до поверхности. Ненормальная мягкость въ отдѣльныхъ мѣстахъ прощупываемой поверхности печени сравнительно съ другими ея мѣстами или даже неясное зыбленіе иногда могутъ быть констатированы при ощупываніи и въ такихъ случаяхъ, гдѣ надъ абсцессами еще находится тонкій слой печеночной ткани, шириною около 1 поперечнаго пальца. Печень при ощупываніи *болѣзненна*; интенсивность боли (какъ самопроизвольной, такъ и вызываемой постукиваніемъ и ощупываніемъ) бываетъ весьма неодинакова. Обыкновенно вся печень нѣсколько чувствительна при давленіи, но особенно болѣзненностью отличаются нѣкоторые отдѣльные мѣста, соотвѣтствующія или мѣстоположенію абсцесса, или ограниченному воспаленію брюшины (въ послѣднемъ случаѣ иногда констатируется шумъ тренія, какъ при выслушиваніи, такъ и при ощупываніи). Классическая *боль въ правомъ плечѣ* существуетъ въ большинствѣ случаевъ, но, подобно всякимъ другимъ болевымъ ощущеніямъ, никогда не можетъ служить исключительнымъ основаніемъ для діагноза. *Селезенка при абсцессѣ печени не увеличена*, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда абсцессъ образовался вслѣдствіе воспаленія воротной вены или вслѣдствіе піеміи.

Смотря по тому, вскрывается-ли абсцессъ наружу или внутрь, въ какой нибудь изъ брюшныхъ органовъ, гной прорывается чрезъ постепенно омертвѣвшую кожу или извергается рвотой, испражнениями, мочею, мокротою, или же развивается эмпіэма, перикардитъ или перитонитъ со свойственными имъ явленіями, о которыхъ мы здѣсь не будемъ подробно говорить.

При абсцессѣ, какъ и при другихъ болѣзняхъ печени, важнѣйшимъ основаніемъ для діагноза служатъ физическія измѣненія органа. Но именно при распознаваніи абсцесса печени должны быть принимаемы въ соображеніе и другіе отчасти весьма характерные симптомы, присутствіе которыхъ облегчаетъ постановку діагноза.

Важнѣйшимъ изъ этихъ явленій представляется *лихорадка, которая, какъ извѣстно, отсутствуетъ почти при всѣхъ другихъ заболѣваніяхъ печени.*

Если вышеописанными результатами физическаго изслѣдованія несомнѣнно констатировано заболѣваніе печени, то *одновременное присутствіе лихорадки* значительно

служиваетъ кругъ тѣхъ болѣзней, о которыхъ въ данномъ случаѣ можетъ идти рѣчь. Оставляя въ сторонѣ довольно рѣдко наблюдаемое повышеніе температуры при ракъ печени и при желчныхъ камняхъ, присутствіе которыхъ обнаруживается весьма характерными признаками, нужно сказать, что съ практической точки зрѣнія, помимо абсцесса печени, можетъ при такихъ условіяхъ возникнуть вопросъ только объ острой желтой атрофіи, которая обыкновенно сопровождается лихорадкою въ первой и послѣдней стадіи своего развитія, но при этомъ представляетъ такую типическую картину болѣзни, отличающуюся отъ абсцесса печени уже прогрессивнымъ уменьшеніемъ границъ печеночной тупости, что смѣшать между собою эти двѣ болѣзни едва ли возможно. Если лихорадка имѣетъ перемежающійся типъ и сопровождается потрясающими ознобами, какъ это обыкновенно бываетъ при абсцессѣ печени, то діагнозъ становится болѣе и болѣе *несомненнымъ*. Съ другой стороны, не слѣдуетъ забывать, что въ рѣдкихъ случаяхъ лихорадка при абсцессѣ печени можетъ въ течение долгаго времени совсѣмъ отсутствовать. Впрочемъ, прежде нежели съ увѣренностью поставить діагнозъ, всегда нужно исключить другія *лихорадочныя болѣзни*, сопровождаемыя *увеличеніемъ печени и желтухой*, а въ особенности—крупозную пневмонію.

Что касается *желтухи*, то при абсцессѣ печени она въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ; но она можетъ также существовать въ значительной степени развитія, и это указываетъ на закрытіе большихъ желчныхъ каналовъ, именно—печеночнаго или общаго желчнаго протока, которое зависитъ оттого, что эти каналы сдавлены большими абсцессами, находящимися на вогнутой поверхности печени, или же оттого, что они закупорены желчнымъ камнемъ, подавшимъ поводъ къ развитію самаго абсцесса.

Для примѣра я могу привести слѣдующій случай изъ моей практики, который имѣетъ значеніе въ томъ смыслѣ, что поясняетъ способъ про исхожденія нѣкоторыхъ абсцессовъ печени.

Рабочій, 66-ти лѣтъ отъ роду, внезапно сталъ жаловаться на боль въ надчревной области; въ то же время наступили явленія диспепсін, затѣмъ ознобъ, чередовавшійся съ чувствомъ жара, наконецъ—желтуха, которая въ теченіи 18-дневной продолжительности болѣзни все болѣе увеличивалась, сопровождаясь выдѣленіемъ желчнаго пигмента въ мочѣ и (неполнымъ) обезцвѣчиваніемъ испражнений. Печень увеличена, прощупывается подъ реберною дугою, нижній край ея находится на разстояніи поперечнаго пальца выше пупка; поверхность гладка, нѣсколько твердовата, и только близъ правой реберной дуги консистенція представляется болѣе мягкою, но явственнаго зыбленія нѣтъ и слѣдовъ.

Въ виду этого результата физическаго изслѣдованія можно было распознать только то, что въ большихъ желчныхъ каналахъ существуетъ препятствіе для оттока желчи, а принимая во вниманіе гладкую поверхность увеличеннаго органа и острый характеръ болѣзни, можно было считать всего болѣе вѣроятнымъ, что увеличеніе печени явилось послѣдствіемъ желтухи. Но неравномѣрная и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мягкая консистенція органа указывала на гнойное воспаленіе печени; однако, на основаніи этого признака можно было бы поставить развѣ только предположительный діагнозъ, еслибы, начиная съ 9-го дня болѣзни, не появился одинъ чрезвычайно важный діагностическій признакъ, именно—*лихорадка рѣзко перемежающагося* типа, сопровождаемая ежедневными потрясающими ознобами, такъ что всѣ сомнѣнія относительно діагноза абсцесса печени были устранены. Въ виду внезапнаго наступленія болѣзни, въ виду закрытія желчныхъ протоковъ, наконецъ—въ виду болѣе, сосредоточивавшихся въ опредѣленныхъ мѣстахъ печени, мы признали, что причиною развитія

абсцесса, по всей вѣроятности, были желчные камни. На 19-й день болѣзни наступила смерть.

Результаты вскрытія: Ограниченное гнойное воспаленіе серознаго покрова на правой доль печени (perihepatitis); печень увеличена, и на поверхности ея существуютъ плоскія возвышенія, соотвѣтствующія мѣстонахожденію абсцессовъ въ глубинѣ ткани; подъ поверхностью находятся около 10-ти абсцессовъ, а покрывающая ихъ ткань печени имѣетъ болѣе мягкую консистенцію и мѣстами представляетъ даже зыбленіе. Въ общемъ желчномъ протокѣ находятся мелкіе и болѣе крупныя конкременты (величинаю до вишневоы косточки), которые допускаютъ только ограниченное прохожденіе желчи въ двѣнадцатиперстную кишку при надавливаніи на желчный пузырь. При разрѣзѣ печени оказалось, что абсцессы соотвѣтствуютъ развѣтвленіямъ воротной вены. Въ стволѣ этой вены находятся тромбы, а затѣмъ на дальѣйшемъ протяженіи — гнойвидныя массы, къ которымъ примыкаютъ абсцессы. *Первый (инойный) тромбъ находится въ стволѣ воротной вены какъ-разъ соотвѣтственно желчному камню, помѣщающемуся въ печеночномъ протокѣ.*—Я думаю, что давленіе, производившееся этимъ камнемъ, вызвало свертываніе крови въ воротной венѣ и облегчило поступленіе микрококковъ нагноенія изъ печеночнаго протока или изъ кишечника чрезъ стѣнку сосуда, которая, благодаря прижатію находящимся по сосѣдству камнемъ, подверглась омертвѣнію въ большей или меньшей степени. Такимъ путемъ, по всей вѣроятности, произошло гнойвидное размягченіе тромба въ воротной венѣ и занесеніе гнойныхъ массъ въ вѣтви этого сосуда, съ образованіемъ многочисленныхъ абсцессовъ въ ткани печени.

Другіе симптомы, наблюдаемые иногда при гнойномъ воспаленіи печени, напр. безсонница, бредъ, разстройства дыханія, икота, диспепсія и проч., отчасти настолько непостоянны, а отчасти могутъ зависѣть отъ такихъ разнообразныхъ причинъ, что основывать на нихъ діагнозъ абсцесса печени невозможно.

Впрочемъ, даже при самой тщательной оцѣнкѣ вышеописанныхъ симптомовъ все-таки возможно смѣшать абсцессы печени съ другими болѣзнями, напр. съ *перемежающеюся лихорадкой*, если абсцессы помѣщаются въ глубинѣ печени, если поверхность органа гладка и имѣетъ равномерную консистенцію и если при этомъ существуетъ лихорадка перемежающагося типа; но отъ ошибочнаго діагноза предохраняетъ прежде всего отсутствіе увеличенія селезенки, неѣйствительность хинина и преобладаніе симптомовъ, прямо указывающихъ на заболѣваніе печени. Если абсцессъ помѣщается на верхей выпуклой поверхности, то онъ можетъ представлять сходство съ *плевритическимъ выпотомъ*; однако, дифференціальный діагнозъ обыкновенно можетъ быть поставленъ на основаніи направленія верхней границы тупаго звука, такъ какъ притупленіе при абсцессѣ печени, въ противоположность плевритическому выпоту, находится на отдѣльныхъ *ограниченныхъ* мѣстахъ грудной кѣтки, особенно на передней ея поверхности, и верхняя граница его ниспадаетъ по направленію къ позвоночнику. *Абсцессы брюшныхъ покрововъ въ печеночной области* помѣщаются болѣе поверхностно, чѣмъ абсцессы печени, и не сопровождаются опуханіемъ этого органа, желтухой и т. д.; кромѣ того, игла, воткнутая въ полость абсцесса, остается неподвижною при дыхательныхъ

движеніяхъ, между тѣмъ какъ въ случаѣ абсцесса печени она въ этихъ движеніяхъ принимаетъ участіе. Отличить отъ абсцесса печени *нагноившійся мѣшокъ эхинококка* невозможно, если въ пользу этого послѣдняго не свидѣтельствуешь анамнезъ или присутствіе крючковъ эхинококка въ гнойной жидкости, выпущенной пробнымъ проколомъ. Абсцессъ печени иногда можетъ быть по ошибкѣ смѣшанъ съ *желчными камнями, не сопровождаемыми образованіемъ гноя*, потому что и желчные камни иногда сопутствуются потрясающими ознобами или приступами лихорадки, а съ другой стороны, они могутъ быть причиною послѣдовательнаго образованія абсцессовъ въ печени, какъ это доказывается вышеописаннымъ случаемъ. При подобныхъ условіяхъ обыкновенно дѣло идетъ только о томъ, чтобы рѣшить вопросъ, присоединилось ли къ желчной коликѣ послѣдовательное образованіе абсцесса печени, такъ какъ діагнозъ самой колики вообще не представляетъ затрудненій. Вопросъ этотъ, послѣ нѣкотораго наблюденія, можетъ быть рѣшенъ въ виду болѣе хроническаго теченія и обыкновенно неблагоприятнаго исхода болѣзни, въ виду постепеннаго появленія флуктуаціи на поверхности печени и т. д.

Наконецъ, я долженъ еще рекомендовать одно правило, котораго никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду: абсцессъ печени можетъ быть распознанъ съ увѣренностью только тогда, когда удалось несомненно открыть источникъ образованія гноя или, по крайней мѣрѣ, когда подобный источникъ можетъ быть предполагаемъ съ большою степенью вѣроятія. При этомъ особенно нужно принимать во вниманіе воспалительные процессы въ области воротной вены (язвы желудка, дизентерія, нагноившіяся гѣморроидальныя шишки и т. д.), гангрену легкихъ и эндокардитъ, съ метастатическимъ занесеніемъ гноя въ печень чрезъ посредство крови печеночной артеріи, гноящіяся раны въ периферическихъ частяхъ тѣла, раны въ костяхъ, а главное—поврежденія черепныхъ костей, травмы самой печени, желчные камни и т. п. Если придерживаться этого правила, т. е. распознавать гнойное воспаленіе печени только тогда, когда можетъ быть обнаружена *причина*, вызвавшая нагноеніе въ этомъ органѣ, то намъ хотя и рѣже придется ставить діагнозъ абсцесса печени, но за то мы будемъ болѣе гарантированы отъ діагностическихъ ошибокъ.

Гиперемія печени.

Печень увеличена въ объемѣ, равномерно твердовата на ощупь; поверхность гладка; край притупленъ и прощупывается ниже, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, а именно въ однихъ случаяхъ надъ пупкомъ, въ другихъ подъ нимъ, ближе къ *linea spin. ilium ant. sup.*, смотря по степени увеличенія органа. Результаты ощупыванія, свидѣтельствующіе объ увеличеніи печени, пополняются результатами перкуссии. *Желтуха* можетъ существовать или отсутствовать, смотря по тому, распространяется

ли застой крови въ интрабулярныхъ волосныхъ сосудахъ на интерлобулярную волосную сеть, въ каковомъ случаѣ можетъ происходить сдавливаніе мельчайшихъ интерлобулярныхъ желчныхъ каналовъ или также катарральное припуханіе ихъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего затрудняется оттокъ желчи и создаются условія для возникновенія желтухи. *Брюшная водянка* встрѣчается вообще рѣдко, если принимать въ соображеніе не только случаи значительно развитой застойной печени, но и болѣе легкія степени гипереміи.

Чѣмъ болѣе значителенъ венозный застой вообще, тѣмъ скорѣе слѣдуетъ ожидать развитія брюшной водянки, отчасти въ качествѣ одного изъ проявленій общаго венознаго застоя, а отчасти косвеннымъ путемъ, чрезъ посредство застоя крови, распространившагося изъ печеночныхъ венъ въ систему воротной вены. Объяснять брюшную водянку развитіемъ соединительной ткани между печеночными дольками, въ особенности при цианотическомъ затвердѣніи печени, было бы по моему мнѣнію неосновательно, такъ какъ для этого не существуетъ достаточныхъ данныхъ. Съ застоемъ крови въ области воротной вены находится въ связи наблюдаемое иногда *увеличеніе селезенки*. Обыкновенно же селезенка оказывается неувеличенною, такъ какъ застой крови въ системѣ воротной вены, развивающійся только косвеннымъ путемъ, бываетъ слишкомъ незначителенъ для того, чтобы вызвать замѣтное опуханіе этого органа.

Для застойныхъ процессовъ въ печени характеристичны *колебанія объема* этого органа соотвѣтственно степени застоя въ каждый данный моментъ, т. е. увеличеніе объема печени при усиленіи застоя и уменьшеніе его при улучшеніи условій кровообращенія, наступившемъ либо самопроизвольно, либо подъ вліяніемъ терапевтическихъ мѣръ, которыми достигнуто усиленіе дѣятельности сердца. Вмѣстѣ съ уменьшеніемъ объема печени въ такихъ случаяхъ происходитъ и уменьшеніе подкожнаго отека и полостной водянки (*hydrothorax, ascites*), прекращается альбуминурія, увеличивается отдѣленіе мочи и т. д., однимъ словомъ — уменьшаются застойныя явленія вообще.

Если объемъ печени уменьшается, между тѣмъ какъ другія сейчасъ упомянутыя застойныя явленія не ослабѣваютъ, а наоборотъ, развиваются въ болѣе и болѣе сильной степени, то можно поставить діагнозъ *атрофической мускатной печени*. Если брюшная водянка остается на той же степени развитія, а другія застойныя явленія ослабѣваютъ, какъ это иногда приходится наблюдать, хотя и довольно рѣдко, то нужно предположить сочетаніе застойной печени съ циррозомъ, т. е. съ послѣдовательными воспалительными процессами, которые въ гиперемизированной печени находятъ удобную почву для своего развитія. Дѣло въ томъ, что въ застойной печени, какъ и въ другихъ органахъ, представляющихъ хроническую застойную гиперемію воспалительная реакція наступаетъ уже подъ вліяніемъ очень незначительныхъ раздраженій (которыя при другихъ условіяхъ не оказали бы никакого дѣйствія).

Послѣ тѣхъ діагностическихъ соображеній, которыя сейчасъ были нами приведены, мы можемъ приступить къ разсмотрѣнію этиологіи, играющей въ распознаваніи гипереміи печени первостепенную роль. *Никогда не должно ставить діагноза гипереміи печени, если нельзя съ положительностью констатировать причину, ко-*

торую она вызвана. Слѣдовательно, въ каждомъ данномъ случаѣ необходимо опредѣлить, существуютъ ли препятствія для кровообращенія, которыя могли бы вызвать застой крови въ области нижней полой вены. Сюда относятся: болѣзни сердца и легкихъ, марантическія состоянія съ ослабленною дѣятельностью сердца, очень рѣдко — прижатіе нижней полой вены выше мѣста впаденія печеночныхъ венъ, напр. аневризмою, опухолью груднаго средостѣнія и т. п.

Активныя (флюксіонарныя) гипереміи печени, въ сравненіи съ застойными гипереміями, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, по крайней мѣрѣ — въ такой степени развитія, чтобы онѣ были доступны распознаванію. Сюда, вѣроятно, относятся нѣкоторыя гипереміи печени, наблюдаемыя у такихъ субъектовъ, которые имѣютъ привычку употреблять чрезмѣрно большое количество пищи и питья; но и здѣсь въ большинствѣ случаевъ могутъ быть констатированы условія для *застоя* крови. Далѣе, къ флюксіонарнымъ гипереміямъ, вѣроятно, должны быть отнесены «викарныя» гипереміи печени, наблюдаемыя иногда у женщинъ при прекращеніи менструацій и возникающія несомнѣнно подъ вліяніемъ сосудодвигательныхъ нервовъ; сюда же относятся гипереміи печени при сахарномъ диабетѣ, которыя, однако, почти всегда бываютъ недоступны клиническому распознаванію. Гипереміи печени, наблюдаемыя въ теченіи инфекціонныхъ болѣзней, должны быть считаемы, по моему мнѣнію, начальнымъ періодомъ воспалительныхъ процессовъ.

Жирная печень.

Увеличеніе печени, обусловленное отложеніемъ въ ней жира, почти всегда бываетъ лишь умѣреннымъ, какъ это доказывается результатами выстукиванія и ощупыванія: край печени, даже при весьма значительномъ развитіи процесса, не заходитъ ниже пупка. Если больному дано во время изслѣдованія соответствующее положеніе и если ощупываніе производится при легкомъ надавливаніи, то даже у тучныхъ субъектовъ, по моимъ наблюденіямъ, почти всегда удастся прощупать край жирной печени и замѣтить перемѣщеніе его при дыхательныхъ движеніяхъ. Обыкновенно край бываетъ утолщенъ и закругленъ; поверхность печени совершенно гладкая, консистенція поразительно мягкая.

Послѣдовательные симптомы, а именно — незначительныя явленія застоя крови въ области воротной вены (причемъ никогда, однако, дѣло не доходитъ до брюшной водянки и увеличенія селезенки), затѣмъ — свѣтлое окрашиваніе испражнений, поносъ и желтуха, находятся въ сомнительной связи съ жирною печенью и поэтому для діагноза не имѣютъ никакого значенія.

Напротивъ того, во избѣжаніе ошибокъ, всегда слѣдуетъ предлагать себѣ вопросъ, существуютъ ли въ данномъ случаѣ такія этиологическія условія, въ виду которыхъ нужно ожидать жирной печени, т. е., существуетъ-ли общее ожирѣніе, или прогрессивно усиливающаяся кахексія, которая влечетъ за собою болѣе значительное распаденіе бѣлковъ.

Въ послѣднемъ случаѣ жиръ отлагается въ печени благодаря тому, что клѣточные элементы постепенно теряютъ въ большей или меньшей степени свою способность

сжигать безъазотистые продукты распаденія бѣлка. Въ *наибольшей* степени это бываетъ при *фосфорномъ отравленіи*, въ сравнительно меньшей—при *анеміи*, *ракѣ*, *булгурчаткѣ* и т. д. Чаше всего дегенеративная жирная печень сопутствуетъ легочной булгурчаткѣ; обильное употребленіе рыбьяго жира при этой послѣдней болѣзни несомнѣнно способствуетъ развитію жирной печени. Равнымъ образомъ при общей тучности обильное употребленіе алкоголя благопріятствуетъ развитію жирной печени, уменьшая поступленіе кислорода и выдѣленіе углекислоты.

Если при изслѣдованіи обращать вниманіе только на равномерное увеличеніе печени, на гладкость ея поверхности и нижняго края, то можно по ошибкѣ смѣшивать жирную печень съ *амилоиднымъ перерожденіемъ*. Но подобная ошибка легко можетъ быть предотвращена, какъ такъ жирная печень имѣетъ консистенцію очень мягкую, а амилоидная — болѣе твердую. Кромѣ того, при амилоидной печени почти всегда существуетъ увеличеніе селезенки (которое при жирной печени постоянно отсутствуетъ); наконецъ, моча при амилоидной печени, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ, представляется прозрачною, даетъ очень небольшой осадокъ и содержитъ бѣлокъ въ значительномъ количествѣ. У пьяницъ дифференціальный діагнозъ можетъ колебаться между жирной печенью и *первой стадіей цирроза*; въ пользу этого послѣдняго говорить болѣе твердая консистенція печени и раннее появленіе признаковъ застоя крови въ области воротной вены.

Ожирѣніе печеночныхъ кѣтокъ, наступающее вслѣдствіе мѣстныхъ измѣненій печени, напр. при опухоляхъ этого органа, при застойной печени и т. д., представляетъ только патолого-анатомическій, а не клиническій интересъ.

Выраженіемъ нарушеннаго обмѣна веществъ, и въ частности—усиленнаго распаденія бѣлковъ, должно также считаться *мутное набуханіе печеночной ткани*. И здѣсь также слѣдуетъ признать недостаточное стораніе продуктовъ распаденія бѣлка, но съ той разницей, что съ одной стороны дѣло не доходитъ до полнаго превращенія азотистыхъ продуктовъ, а съ другой стороны продукты безъазотистые вполне превращаются въ жиръ. Мутное набуханіе печеночной ткани встрѣчается при самыхъ различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и отравленіяхъ, и иногда діагнозъ можетъ быть поставленъ въ виду равномернаго увеличенія печени, въ виду ея гладкой поверхности и нѣсколько упругой консистенціи. Въ случаяхъ брюшнаго тифа мнѣ удавалось довольно часто распознавать это измѣненіе печени при жизни больнаго; діагнозъ подкрѣпляется, если моча содержитъ бѣлокъ и цилиндры и если при такихъ условіяхъ имѣются основанія допустить, что почечный эпителий, наряду съ печеночными кѣтками, также подвергся разстройству питанія вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія инфекціоннаго яда.

Сильное нарушеніе обмѣна веществъ можетъ повлечь за собою еще одно измѣненіе, которое, какъ анатомически, такъ и по химическимъ реакціямъ, обнаруживается между прочимъ въ печени; мы подразумеваемъ амилоидное перерожденіе.

Амилоидное перерожденіе печени. Амилоидная печень.

Если процессъ перерожденія существуетъ уже нѣкоторое время, то печень оказывается увеличенною, часто даже въ громадныхъ размѣрахъ. *Поверхность* ея совершенно *гладка*, *край закругленъ*, консистенція необыкновенно *тверда*; развитие опухоли происходитъ безболѣзненно. *Желтуха отсутствуетъ*, какъ и *признаки застоя крови въ области воротной вены*, за исключеніемъ *брюшной водянки*, которая при болѣе значительныхъ степеняхъ амилоиднаго перерожденія печени обыкновенно существуетъ; но она должна при этомъ считаться не послѣдствіемъ замедленнаго кровообращенія въ воротной венѣ, а только частнымъ проявленіемъ гидрэмии, связанной съ тѣми болѣзнями, которыя приводятъ къ амилоидному перерожденію. Обыкновенно

венно при амилоидной печени существует амилоидная селезенка, прощупываемая въ видѣ большой твердой опухоли, и амилоидное перерожденіе почекъ, которое обнаруживается выдѣленіемъ прозрачной мочи, содержащей бѣлокъ въ очень большомъ количествѣ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ печень оказывается единственнымъ органомъ, подвергшимся амилоидному перерожденію.

Почти всѣ эти симптомы, характеристичные для амилоиднаго перерожденія, могутъ иногда представлять отклоненія отъ обычной картины, съ которыми врачъ долженъ быть хорошо знакомъ для того, чтобы въ конкретномъ случаѣ не былъ поставленъ ошибочный діагнозъ.

Объемъ печени, при недолго еще существующемъ амилоидномъ перерожденіи, бываетъ иногда *не увеличенъ*; край можетъ остаться очень *острымъ* даже при громадной инфильтраціи, какъ мнѣ пришлось это наблюдать еще очень недавно; *междольчатая вырѣзка (incisura interlobularis)*, при необыкновенномъ увеличеніи лѣвой доли, можетъ иногда ощупываться въ видѣ *глубокой борозды, сильно расходящейся по направленію къ свободному краю*, подобно тому какъ и при нѣкоторыхъ другихъ весьма значительныхъ увеличеніяхъ печени, напр. при ракѣ, и это обстоятельство можетъ подать поводъ къ ошибочному діагнозу, если изслѣдованіе производится не очень тщательно. Дѣло въ томъ, что правый край лѣвой доли печени, который при ощупываніи въ такихъ случаяхъ легко обхватывается со стороны широко раскрытой междольчатой вырѣзки, можетъ быть по ошибкѣ принятъ за передній край громадно увеличенной селезенки.

Поверхность печени, обыкновенно бывающая гладкою, можетъ иногда сдѣлаться *неровною* вслѣдствіе одновременно существующихъ цирротическихъ гесп. сифилитическихъ процессовъ; въ послѣднемъ случаѣ амилоидно перерожденный органъ можетъ быть провизанъ гуммоznыми узлами, которые при ощупываніи производятъ впечатлѣніе раковой опухоли. Даже консистенція не всегда бываетъ твердая, если напри-мѣръ надъ амилоиднымъ перерожденіемъ преобладаетъ одновременно существующая жировая инфильтрація. При сифилисѣ печени, столь часто подающемъ поводъ къ амилоидному перерожденію, иногда вмѣстѣ съ тѣмъ образуется разлитое сифилитическое воспаленіе ея серознаго покрова (*perihepatitis*), и при такихъ условіяхъ амилоидное перерожденіе печени сопровождается *болями*, такъ что подобные случаи составляютъ исключеніе изъ общаго правила, согласно которому амилоидная печень отличается безболѣзненностью. *Желтуха* при амилоидномъ перерожденіи печени наблюдается очень рѣдко, собственно говоря—только тогда, когда увеличенныя лимфатическія железы въ печеночныхъ воротахъ случайно прижимаютъ большіе желчные протоки. *Явленія застоя крови въ области воротной вены* обнаруживаются во всей своей совокупности, если амилоидное перерожденіе печени присоединилось къ сифилитическому циррозу. Амилоидное перерожденіе *селезенки*, какъ уже было сказано, встрѣчается непостоянно; но и тогда, когда селезенка амилоидно перерождена, это измѣненіе ея, какъ мнѣ приходилось видѣть довольно часто, можетъ оказаться *недоступнымъ для распознаванія*, именно вслѣдствіе того, что селезенка, будучи окружена и сдавлена громадною печенью, не можетъ увеличиваться въ объемъ. Наконецъ, какъ бы часто ни встрѣчалось одновременное амилоидное перерожденіе печени, селезенки и почекъ, во все-таки то или другое звено этой цѣпи можетъ, какъ извѣстно, отсутствовать; возможно также, что при амилоидномъ перерожденіи почекъ *не будетъ найдено альбуминурии*, не смотря на ежедневныя изслѣдованія мочи (я убѣдился въ этомъ очень недавно на одномъ весьма рѣзкомъ примѣрѣ).

Хотя распознаваніе амилоидной печени, какъ это видно изъ выше-сказаннаго, не всегда бываетъ очень простымъ, однако оно несомнѣнно принадлежитъ къ числу самыхъ легкихъ діагнозовъ въ области болѣзней

печени. Своею гладкостью и твердою консистенціей, отсутствіемъ желтухи и признаковъ застоя крови въ системѣ воротной вены амилоидная печень такъ рѣзко отличается отъ другихъ увеличеній этого органа, что вдаваться въ подробности по поводу дифференціального распознаванія было бы совершенно излишне. Кромѣ того, распознаваніе существенно облегчается и становится болѣе достовѣрнымъ, если не упускать изъ виду, что амилоидное перерожденіе печени никогда не бываетъ болѣзنیю самостоятельною, а всегда бываетъ только проявленіемъ сильнаго разстройства въ обмѣнѣ веществъ. Поэтому, если въ частномъ случаѣ нельзя констатировать продолжительнаго нагноенія, костофды и омертвѣнія костей, или легочной чахотки съ образованіемъ кавернъ, или, наконецъ, давно уже существующаго сифилиса, то не слѣдуетъ ставить діагноза амилоидной печени, хотя бы всѣ признаки, представляемые увеличенію печени, сильно говорили въ его пользу и хотя бы онъ казался несомнѣннымъ въ виду одновременно существующей альбуминурии и увеличенной селезенки. Обыкновенно въ числѣ причинъ амилоиднаго перерожденія приводятся еще и другія болѣзненные состоянія, какъ-то: перемежающаяся лихорадка, раковая кахексія, лейкемія и проч. Однако, связь между этими болѣзнями и амилоиднымъ перерожденіемъ, насколько я могу судить по моему личному опыту, представляется очень сомнительною; во всякомъ же случаѣ, упомянутые этиологическіе моменты встрѣчаются до такой степени рѣдко, что вообще при распознаваніи амилоидной печени лучше всего не принимать ихъ въ соображеніе или, по крайней мѣрѣ, обращать на нихъ вниманіе только тогда, когда въ данномъ случаѣ имѣются въ полной совокупности всѣ отдѣльные симптомы амилоиднаго перерожденія органовъ.

Ракъ печени.

Симптомы рака печени бываютъ въ большинствѣ случаевъ такъ рѣзко выражены, что діагнозъ можетъ быть поставленъ безъ всякихъ затрудненій; но иногда ракъ печени развивается совершенно скрытно, такъ что при аутопсіи онъ обнаруживается неожиданнымъ образомъ, а при жизни больного можно было развѣ только догадываться о присутствіи опухоли. Въ послѣдняго рода случаяхъ дѣло идетъ или о скрытномъ мѣстоположеніи раковыхъ узловъ въ выпуклой части органа, лежащей въ углубленіи грудобрюшной преграды, или объ очень раннемъ появленіи огромной брюшной водянки, которая не даетъ возможности прощупать печень, или, наконецъ, о вторичномъ ракѣ печени въ начальномъ періодѣ его развитія.

Объемъ печени обыкновенно уже очень рано оказывается увеличеннымъ и можетъ иногда достигать громаднхъ размѣровъ. Это увеличеніе объема захватываетъ либо весь органъ, либо преимущественно правую или лѣвую долю. Если раковая опухоль распространяется и на лѣвую долю, то печень можетъ глубоко вдаваться въ лѣвое подреберье, такъ что первоначально является мысль о новообразованіи въ желудкѣ или объ

увеличеніи селезенки. Но при достаточно тщательномъ ощупываніи легко можно убѣдиться, что опухоль, выступающая изъ лѣваго подреберья, принадлежитъ именно печени.

При ощупываніи, слегка вдавливая снизу брюшные покровы, мы убѣждаемся, что край печени по лѣвую сторону пупка переходитъ *непрерывно* въ лѣвое подреберье. Для раковой опухоли печени характеристично то, что прощупываемый край даже при весьма значительной инфильтраціи остается еще довольно заостреннымъ. При глубокомъ вдыханіи онъ перемѣщается внизъ; однако, это перемѣщеніе при вдыханіи никоимъ образомъ не составляетъ патогностическаго признака опухолей печени (resp. селезенки): я много разъ убѣждался въ томъ, что перемѣщеніе это наблюдается и при опухоляхъ желудка, если онѣ локализируются не въ области его нижняго края, а вдаются въ подреберье. Срощеніе опухоли желудка съ сосѣдними органами не составляетъ въ подобныхъ случаяхъ обязательнаго условія для ея перемѣщенія при вдыханіи; но, съ другой стороны, само собою разумѣется, что это инспираторное перемѣщеніе должно встрѣчаться еще чаще представляться еще болѣе значительнымъ, если опухоль желудка срослена съ печенью или селезенкой.

Перкуссия обнаруживаетъ болѣе или менѣе значительное расширеніе границъ печеночной тупости, которая распространена преимущественно внизъ, къ брюшной полости, въ направленіи меньшаго противодѣйствія, между тѣмъ какъ вверхъ, по направленію къ легкому, перкуторныя границы печени поднимаются только тогда, когда увеличеніе ея достигло болѣе значительныхъ размѣровъ, и въ такомъ случаѣ верхняя граница печеночной тупости оказывается сзади болѣе поднятою, чѣмъ спереди; при глубокомъ вдыханіи граница эта перемѣщается книзу, такъ какъ расширяющееся легкое прикрываетъ верхнюю часть печени. При необыкновенно значительномъ увеличеніи органа, печеночная тупость оказывается приподнятою на нѣсколько межреберныхъ пространствъ, доходя спереди до 5-го ребра и выше, а сзади—до угла лопатки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно *видѣть* подъ тонкими брюшными покровами перемѣщеніе контуровъ печени вверхъ и внизъ при дыхательныхъ движеніяхъ; рѣдко это перемѣщеніе бываетъ замѣтно и для *осязанія*, если на брюшинномъ покровѣ печени развился ограниченный воспалительный процессъ и если при этомъ существуетъ шумъ тренія, замѣтный для ощупыванія.

Консистенція печени, за рѣдкими исключеніями особенно мягкихъ мозговидныхъ карциномъ, бываетъ *твердая*, часто какъ камень; на поверхности и нижнемъ краѣ, какъ правой доли, выступающей изъ-за реберной дуги, такъ и лѣвой, находящейся въ надчревной области, прощупываются бѣльшіе или меньшіе *бугры*. Но для діагноза рака печени присутствіе этихъ бугровъ не составляетъ необходимаго условія: еще недавно мнѣ пришлось наблюдать при жизни больнаго и констатировать при вскрытіи трупа громаднѣйшій вторичный ракъ печени, который представлялъ только очень маленькія неровности на поверхности органа; при первичной раковой инфильтраціи это отсутствіе бугровъ даже составляетъ правило.

Сравнительно съ этими измѣненіями, которыя вполнѣ точно могутъ быть констатированы ощупываніемъ и выстукиваніемъ, остальные послѣдовательныя явленія,

наблюдаемая при ракъ печени, именно *желтуха*, *брюшная водянка*, *состояніе селезенки* и т. д., имѣютъ для діагноза второстепенное значеніе.

Желтуха встрѣчается приблизительно въ $\frac{1}{2}$ общаго числа случаевъ. Обыкновенно она достигаетъ лишь умѣренной степени, такъ какъ причиною ея чаще всего бываетъ прижатіе мелкихъ желчныхъ канальцевъ, а не большихъ выводныхъ протоковъ. Если желтуха, существовавшая раньше, усиливается до значительной степени, такъ что кожа становится темножелтою, а испраженія оказываются обезцвѣченными, то слѣдуетъ предполагать закрытіе печеночнаго или общаго желчнаго протока вслѣдствіе прижатія разрастающимися раковыми узлами или карциноматозно перерожденными лимфатическими железами въ печеночныхъ воротахъ, особенно, когда вмѣстѣ съ усиленіемъ желтухи является громадное увеличеніе брюшной водянки вслѣдствіе давленія, производимаго соотвѣствующею опухолью на воротную вену. Если же въ области этой вены не существуетъ такого сильнаго застоя, который соотвѣствовалъ бы полному закрытію выводнаго желчнаго протока, то причиною послѣдняго явленія нужно скорѣе признать желчные камни, нерѣдко встрѣчающіеся при ракъ печени, или же катарръ печеночнаго гезр. общаго желчнаго протока.

За исключеніемъ вышеупомянутаго случая, *брюшная водянка* обыкновенно достигаетъ лишь средней степени развитія. Какъ бы то ни было, присутствіе ея можетъ быть констатировано въ большинствѣ случаевъ; обыкновенно она появляется уже въ позднѣйшій стадіи болѣзни, особенно тогда, когда ослабѣваетъ дѣятельность сердца и усиливается раковая кахексія. При проколѣ живота получается или прозрачная, или мутная, или, наконецъ, кровянистая жидкость. Въ случаѣ сомнѣнія относительно того, зависить ли брюшная водянка отъ рака печени, или же отъ цирроза, или отъ амилоиднаго перерожденія этого органа, присутствіе крови въ аспитической жидкости рѣшительно говоритъ въ пользу рака печени. Даже при сильномъ развитіи брюшной водянки удастся прощупать увеличенную печень, мгновенно оттѣсняя жидкость съ поверхности органа короткими отрывистыми толчками.

При ракъ печени, въ противоположность другимъ ея заболѣваніямъ, *отсутствуетъ увеличеніе селезенки*. Но въ рѣдкихъ случаяхъ бываютъ исключенія изъ этого правила, если, напримѣръ, воротная вена подвергается непосредственному прижатію, такъ что въ области ея существуетъ застой крови.

Боль при ракъ печени имѣетъ, пожалуй, нѣкоторое діагностическое значеніе и во всякомъ случаѣ сравнительно большее, чѣмъ при другихъ заболѣваніяхъ этого органа, именно въ томъ отношеніи, что она почти всегда существуетъ здѣсь въ очень сильной степени; однако, она можетъ даже совсѣмъ отсутствовать, и вообще при постановкѣ діагноза этотъ симптомъ долженъ приниматься въ соображеніе на самомъ послѣднемъ планѣ. Стрѣляющій характеръ болей и распространеніе ихъ въ правое плечо не имѣютъ для діагноза никакого значенія.

Нѣкоторые другіе симптомы, наблюдаемые при ракъ печени, не имѣютъ, правда, рѣшающаго діагностическаго значенія, но все-таки пополяютъ діагнозъ въ томъ или другомъ отношеніи; сюда принадлежатъ: раковая кахексія, диспепсія, свойства мочи и т. д. Важное значеніе до извѣстной степени имѣетъ то обстоятельство, что моча иногда содержитъ красящія вещества, въ особенности—меланинъ, появленіе котораго указываетъ на присутствіе пигментнаго рака въ тѣлѣ больнаго, хотя въ исключительныхъ случаяхъ меланинъ встрѣчался въ мочѣ и при не-пигментированномъ ракъ печени. Наконецъ, для діагноза весьма важно, если въ теченіи болѣзни опухаютъ периферическія лимфатическія железы; но констатировать это увеличеніе лимфатическихъ (паховыхъ и яремныхъ) железъ при ракъ печени рѣдко удастся.

Вопросъ о томъ, имѣемъ ли мы предъ собою ракъ печени, обыкновенно

венно разрѣшается довольно легко, на основаніи вышеуказанныхъ симптомовъ. Лучше всего поступать при распознаваніи слѣдующимъ образомъ:

Установивъ предварительно, что пораженный органъ брюшной полости есть именно печень, мы должны затѣмъ рѣшить, представляетъ ли послѣдняя тѣ признаки, которые характеристичны для раковой опухоли. На основаніи консистенціи органа, его величины и состоянія его поверхности и нижняго края легко могутъ быть исключены жирная печень, абсцессъ печени и простой эхинококкъ, при которыхъ консистенція настолько мягка, что смѣшать съ ними ракъ печени едва ли когда нибудь возможно; дифференціальное распознаваніе отъ амилоидной печени обыкновенно точно также не представляетъ затрудненій, такъ какъ послѣдняя хотя значительно увеличена и тверда, но остается совершенно гладкою (особенно на нижнемъ краѣ), и вдобавокъ при амилоидномъ перерожденіи печени увеличена селезенка, отсутствуетъ желтуха и существуетъ рѣзко опредѣленная этиологія. Дифференціальное распознаваніе отъ амилоидной печени становится труднымъ только тогда, когда она пронизана большими гуммозными узлами, выдающимися въ видѣ бугровъ на поверхности органа, и когда она достигла значительнаго объема. Печень въ такихъ случаяхъ, какъ это впрочемъ бываетъ иногда и при раковой опухоли, можетъ сильно разростись въ ширину и совершенно обхватить или стиснуть селезенку, такъ что послѣдняя встрѣчаетъ препятствіе для своего увеличенія въ объемѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ теряется важный дифференціально-діагностическій признакъ. Діагнозъ при этихъ условіяхъ можетъ быть выясненъ только большою продолжительностью заболѣванія, несомнѣннымъ присутствіемъ другихъ симптомовъ третичнаго сифилиса, присутствіемъ альбуминурии (которая въ случаяхъ рака наблюдается весьма рѣдко, да и то только при значительномъ ослабленіи дѣятельности сердца или очень продолжительной и сильной желтухѣ), а изъ мѣстныхъ симптомовъ—въ особенностяхъ рубцовыми втягиваніями на нижнемъ краѣ печени.

Дифференціальное распознаваніе становится болѣе труднымъ, если печень увеличилась и приобрѣла твердую консистенцію *въ теченіи ретенціонной желтухи*. Полная гладкость поверхности и нижняго края, отсутствіе брюшной водянки при сильнѣйшей желтухѣ и вообще все-таки умѣренное увеличеніе органа говорятъ въ сомнительномъ случаѣ противъ рака печени; но исхуданіе, даже очень быстрое, не свидѣтельствуетъ безусловно въ пользу раковой опухоли, такъ какъ оно встрѣчается и при ретенціонной желтухѣ. Интенсивность желтухи не имѣетъ значенія для дифференціального діагноза, такъ какъ вообще ракъ печени сопровождается сильной желтухой и можетъ быть смѣшанъ по ошибкѣ съ желтушною печеню лишь въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда онъ локализируется въ печеночныхъ воротахъ. Гладкая поверхность печени и отсутствіе брюшной водянки имѣютъ также рѣшающее значеніе для отлічія рака печени отъ гипертрофическаго цирроза, между тѣмъ какъ увеличеніе органа, твердость

его консистенція и присутствіе желтухи одинаково свойственны обѣимъ болѣзнямъ.

Особенно трудно отличить ракъ печени отъ *многогнѣзднаго эхинококка* и отъ другихъ новообразованій, встрѣчающихся въ этомъ органѣ. Что увеличеніе печени при многогнѣздномъ эхинококкѣ, сопровождаемое образованіемъ бугровъ на ея поверхности, можетъ подать поводъ къ ошибочному діагнозу, это само собою очевидно; однако, мягкая консистенція узловъ (впрочемъ, не доходящая до степени зыбленія), продолжительность болѣзни, тянущейся многими годами, очень медленное наступленіе кахексін и особенно почти всегда присоединяющееся увеличеніе селезенки свидѣтельствуютъ въ случаѣ сомнительнаго діагноза скорѣе о многогнѣздномъ эхинококкѣ, чѣмъ о ракѣ печени, между тѣмъ какъ желтуха и брюшная водянка встрѣчаются при обѣихъ болѣзняхъ (при многогнѣздномъ эхинококкѣ желтуха наблюдается почти во всѣхъ случаяхъ). *Саркома, аденома* и другія, болѣе доброкачественныя новообразованія въ печени должны, разумѣется, вызывать тѣ же мѣстныя явленія, какія бываютъ при раковой опухоли. Распознаваніе ихъ у постели больного невозможно, и развѣ только въ томъ случаѣ можно было бы предполагать, напримѣръ, саркому въ печени, если органъ пронизанъ большими узлами (что бываетъ рѣдко), а присутствіе несомнѣнно саркоматозныхъ опухолей въ другихъ мѣстахъ дѣлаетъ вѣроятнымъ метастатическій характеръ опухолей въ печени. При подобныхъ условіяхъ бываетъ иногда возможно предположить, что въ печени находится не раковая, а какая нибудь другая опухоль.

Если вышеуказаннымъ путемъ діагностицированъ ракъ печени, то остается еще рѣшить вопросъ, имѣемъ-ли мы предъ собою ракъ первичнаго или вторичнаго происхожденія. Эта часть діагноза далеко не лишена значенія, потому что съ констатированіемъ первичнаго рака въ какомъ нибудь другомъ органѣ распознаваніе рака печени становится гораздо болѣе достовѣрнымъ. Чаше всего первичный ракъ встрѣчается въ желудкѣ, затѣмъ въ грудной железнѣ, въ прямой кишкѣ, въ маткѣ и ея придаткахъ, въ костяхъ и т. д. Поэтому, когда констатированъ ракъ печени, необходимо изслѣдовать все остальное тѣло, не найдется-ли гдѣ нибудь первичный ракъ, тѣмъ болѣе, что въ печени вторичный ракъ встрѣчается несомнѣнно чаще первичнаго. Въ каждомъ данномъ случаѣ необходимо изслѣдовать пальцемъ прямую кишку и влагалище, тщательно ощупать желудокъ и съ помощью зонда опредѣлить степень кислотности его содержимаго. Лишь въ томъ случаѣ, когда не констатировано отсутствіе кислоты въ содержимомъ желудка и когда изслѣдованіе вышеупомянутыхъ органовъ, чаще всего поражаемыхъ первичнымъ ракомъ, дало отрицательный результатъ, мы вправе признать, что имѣемъ предъ собою первичный ракъ печени, который вообще отличается болѣе гладкою поверхностью органа, между тѣмъ какъ многочисленные болѣе крупные бугры, по крайней мѣрѣ обыкновенно, характеризуютъ собою вторичный ракъ

печени. Замѣчательно, что первичный ракъ часто имѣетъ меньшіе размеры и обнаруживается менѣ развитыми послѣдовательными явленіями, чѣмъ вторичный ракъ печени, который иногда достигаетъ громаднаго объема и можетъ занимать господствующее мѣсто во всей картинѣ болѣзни.

Для примѣра мы можемъ привести слѣдующій случай: Больной, 50-ти лѣтъ отъ роду, поступилъ въ госпиталь 14-го и умеръ 23-го ноября 1887 года. За 7 недѣль до своего поступленія въ госпиталь онъ сталъ жаловаться на запоръ, отсутствіе аппетита и болѣзненные ощущенія въ правомъ подреберьи. Животъ при этомъ увеличился въ объемъ, сонъ былъ нарушенъ, тошноты и рвоты не было. Послѣ приѣма слабительнаго выдѣлились при сильныхъ боляхъ черныя каловыя массы, твердыя какъ камень.

Результатъ изслѣдованія: Нижняя часть грудной кѣтки сильно расширена, область печени растянута; печень прощупывается въ видѣ громадной равномерно плотной опухоли, и нижній край ея при этомъ нѣсколько болѣзненъ. На поверхности не прощупывается никакихъ возвышеній. Край заостренъ и можетъ быть явственно прослѣженъ на разстояніи поперечнаго пальца подъ пупкомъ. Вся опухоль оказывается состоящею изъ двухъ частей, отдѣленныхъ одна отъ другой, такъ что на нижнемъ краѣ въ области лѣвой парастернальной линіи прощупывается глубокая вырѣзка, правая сторона которой, круто поднимающаяся снизу вверхъ, сливается съ нижнимъ краемъ правой доли печени. Лѣвая часть опухоли простирается отъ лѣвой парастернальной до лѣвой передней аксиллярной линіи, поднимаясь по направленію къ реберной дугѣ. Мало по малу появилась кахексія, съ отекомъ въ области лодыжекъ, затѣмъ—желтуха и рвота. *Жидкость, извергавшаяся рвотой, не содержала ни крови, ни соляной кислоты.* Смерть, вслѣдствіе маразма, наступила 23 ноября.

Увеличеніе печени въ этомъ случаѣ существовало несомнѣнно, но за то можно было сомнѣваться въ происхожденіи лѣвой части опухоли, т. е. было сомнительно, представляетъ-ли она продолженіе опухоли печени или же одновременно существующую опухоль желудка.

Въ пользу рака желудка говорили слѣдующія данныя: распространеніе опухоли въ лѣвомъ подреберьи до лѣвой аксиллярной линіи, до которой едва ли могла бы достигать увеличенная печень, затѣмъ—присутствіе глубокой бороздки между лѣвою и правою опухолью, наконецъ—диспепсія и отсутствіе соляной кислоты въ массахъ, извергаемыхъ рвотою; съ другой стороны, *противъ* опухоли желудка говорили: острая форма нижняго края лѣвой опухоли, становившаяся все болѣе и болѣе рѣзкою къ концу жизни, равномерно гладкая поверхность этой опухоли и распространеніе ея подъ лѣвую реберную дугу. Въ концѣ концовъ вопросъ былъ выясненъ изслѣдованіемъ прямой кишки, которое было произведено несмотря на то, что настоящаго повода къ этому повидимому не было: непосредственно надъ наружнымъ сфинктеромъ были найдены небольшіе твердые узелки, расположенные на подобіе жемчужинъ и плотно сидѣвшіе въ стѣнкѣ прямой кишки.

Поэтому былъ поставленъ слѣдующій *диагнозъ*: ракъ прямой кишки и громадный вторичный ракъ печени, безъ образованія узловъ, доступныхъ ощупыванію, и съ необыкновенно значительнымъ увеличеніемъ органа въ ширину.

Вскрытіе трупа подтвердило этотъ діагнозъ и выяснило причину своеобразнаго раздѣленія опухоли на двѣ отдѣльныя части. Громадно увеличенная печень занимала всю ширину брюшной полости и была сплошь пронизана мельчайшими узлами, изъ которыхъ самыя крупныя достигали объема вишневоы косточки. Лѣвая доля печени выполняла собою лѣвое подреберье, и *lig. suspensorium* было сильно смѣщено въ лѣвую сторону (вслѣдствіе громаднаго увеличенія органа во всѣхъ направленіяхъ); такимъ образомъ вырѣзка, прощупывавшаяся при жизни больного между обѣими поло-

винами опухоли, соответствовала межободочной вырѣзкѣ, смѣщенной далеко въ лѣвую сторону, такъ что изъ своего естественнаго положенія въ области правой стеральнойной линіи она перемѣстилась до лѣвой парастеральной. Въ передней стѣнкѣ прямой кишки, непосредственно надъ заднимъ проходомъ, была найдена довольно твердая раковая опухоль (толщиною въ $1\frac{1}{2}$ сантим.), отъ которой, по направленію къверху, отходили отдѣльныя группы узловъ.

Насколько необходимо при постановкѣ клиническаго діагноза рѣшить вопросъ, имѣемъ-ли мы предъ собою первичный или вторичный ракъ печени, настолько же безразлично съ клинической точки зрѣнія при постановкѣ дифференціального діагноза задаваться разрѣшеніемъ вопроса, съ какою *спеціальною формою* рака мы имѣемъ дѣло въ каждомъ данномъ случаѣ.

Ракъ печени въ большинствѣ случаевъ можетъ быть распознанъ съ полною положительностью, на основаніи вышеуказанныхъ діагностическихъ признаковъ. Но встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ діагнозъ возможенъ только тогда, когда предварительно исключены нѣкоторыя другія болѣзненные состоянія брюшныхъ органовъ, затрудняющія распознаваніе рака печени.

Чаще всего, насколько я могу судить по моему личному опыту, подаютъ поводъ къ сомнѣніямъ ракъ привратника желудка, въ особенности, когда онъ вызвалъ опущеніе всего органа и сращеніе послѣдняго съ краемъ печени. Важнѣйшій отличительный признакъ доставляется ощупываніемъ *нижняго края печени*. Прежде всего мы стараемся прослѣдить контуры этого края влѣво и вправо отъ прощупываемой опухоли, а также книзу отъ нея, и если это не удалось, то нужно предположить ракъ желудка. Подвижность опухоли при вдыханіи, какъ мы уже замѣтили, не имѣетъ для дифференціального діагноза никакого значенія, потому что перемѣщеніе печени при вдыханіи можетъ сообщаться прилегающей къ ней опухоли, а съ другой стороны, ракъ желудка нерѣдко тоже оказывается подвижнымъ при вдыханіи. Иногда удается прощупать край печени сбоку отъ опухоли и прослѣдить его надъ верхней границей этой послѣдней въ видѣ остраго края, переходящаго на другую сторону, такъ что при ощупываніи оказывается возможнымъ опредѣлить непосредственно границу между краемъ печени и опухолью. Въ такихъ случаяхъ мнѣ удавалось съ полною положительностью распознавать ракъ желудка даже тогда, когда обширная опухоль въ передней стѣнкѣ этого органа прилежала непосредственно къ краю печени и переходила въ надчревной области за срединную линію. Выстукиваніе въ подобныхъ случаяхъ не приводитъ къ цѣли; химическое изслѣдованіе содержимаго желудка также не даетъ ничего положительнаго, потому что ракъ печени нерѣдко самымъ своимъ возникновеніемъ бываетъ обязанъ раку желудка, недоступному для ощупыванія. Наполненіе желудка водою или воздухомъ часто тоже не даетъ положительныхъ точекъ опоры для дифференціального діагноза, такъ какъ опредѣлить съ помощью этихъ манипуляцій, что опухоль принадлежитъ желудку, легко удастся лишь въ томъ случаѣ, когда опухоль

желудка совсѣмъ не сращена съ печенью и можетъ поэтому при упомянутыхъ манипуляціяхъ отойти отъ нея внизъ или назадъ.

Этимъ послѣднимъ методомъ, т. е. наполненіемъ и опорожненіемъ желудка при одновременномъ контролѣ помощью выстукиванія (причемъ я почти всегда прибѣгаю къ повторному наполненію желудка *водою* и къ опорожненію его посредствомъ зонда), можно также отличить отъ рака привратника желудка раковую опухоль *желчного пузыря*, представляющаго придатокъ печени; при этомъ, конечно, предполагается, что не существуетъ сращеній съ сосѣдними органами. Для діагноза имѣетъ значеніе и то обстоятельство, что ракъ желчного пузыря рѣдко бываетъ обязанъ своимъ происхожденіемъ первичному раку желудка и, слѣдовательно, содержимое желудка при первичномъ ракѣ желчного пузыря представляетъ нормальную степень кислотности. Послѣдній признакъ, конечно, можетъ встрѣчаться и при ракѣ двѣнадцатиперстной кишки; но въ этомъ случаѣ вторичное расширеніе желудка недолго заставляетъ себя ждать, между тѣмъ какъ при ракѣ желчного пузыря расширеніе это наступаетъ только тогда, когда опухоль приняла очень большіе размѣры и когда она долго оказывала давленіе на двѣнадцатиперстную кишку. Наконецъ, поверхностное положеніе опухоли и форма ея, въ случаѣ сомнительнаго діагноза, также говорятъ въ пользу рака желчного пузыря.

Такъ какъ правая почка и поперечная часть ободочной кишки, вмѣстѣ съ *flexura colica dextra*, непосредственно прилегаютъ къ печени, то опухоли этихъ органовъ также могутъ легко симулировать опухоль печени. Особенно часто такія діагностическія ошибки встрѣчаются при большихъ опухоляхъ почекъ, и въ этомъ приходилось убѣждаться каждому діагносту, какъ и мнѣ самому, не смотря на то, что при постановкѣ діагноза принимались всевозможныя мѣры для избѣжанія ошибки. До тѣхъ поръ, пока опухоль почекъ имѣетъ небольшіе размѣры, дифференціальныя діагнозы не представляютъ никакихъ трудностей. Одновременное изслѣдованіе обѣими руками, т. е. отодвиганіе опухоли рукою, находящеюся въ области почекъ, по направленію къ другой рукѣ, положенной на переднюю брюшную стѣнку, обыкновенно не оставляетъ никакого сомнѣнія насчетъ того мѣста, которое послужило исходнымъ пунктомъ для развитія опухоли. Но когда опухоль почекъ приняла большіе размѣры, то одновременное изслѣдованіе обѣими руками уже не даетъ положительнаго результата. Для большихъ почечныхъ опухолей въ нѣкоторой степени характеристично то, что восходящая часть ободочной кишки направляется чрезъ нихъ въ косвенномъ направленіи сверху внизъ и даетъ при постукиваніи тимпаническій звукъ, если она не наполнена каловыми массами. Но для того, чтобы изслѣдованіе это могло дать вѣрный результатъ, необходимо, разумѣется, предварительно опорожнить кишечный каналъ посредствомъ слабительныхъ и клистировъ. Большое значеніе имѣетъ мѣстоположеніе *верхней* границы печени: если послѣдняя оттѣснена кверху давленіемъ почеч-

ной опухоли, то верхняя перкуторная граница органа никогда не стоитъ такъ высоко, какъ при ракъ печени, коль скоро онъ принялъ такіе громадные размѣры, что приходится вообще устанавливать дифференціальныи діагнозъ между опухолью почекъ и опухолью печени; напротивъ того, большія опухоли печени, пронизывающія болѣе или менѣе весь органъ, оттѣсняють грудобрюшную преграду чрезвычайно далеко, именно до 4-го ребра или еще выше. Меньшее діагностическое значеніе имѣетъ подвижность опухоли при вдыханіи, такъ какъ она можетъ отсутствовать и при большихъ опухоляхъ *печени*. Опухоли почекъ, подобно опухолямъ желудка, нерѣдко могутъ быть разграничены отъ печени при ощупываніи, причемъ пальцы ощупывающей руки, проникая между реберной дугою и опухолью, не принадлежащею печени, могутъ обойти верхній край этой послѣдней на всемъ его протяженіи ¹⁾; если же это не удастся, то при такихъ опухоляхъ почекъ не существуетъ, по крайней мѣрѣ, того выпячиванія реберъ нижней части грудной кѣтки, которое наблюдается при большихъ раковыхъ опухоляхъ печени. Этотъ отличительный симптомъ имѣетъ также значеніе для дифференціального распознаванія всѣхъ другихъ опухолей, не принадлежащихъ печени. Свойства мочи, конечно, также могутъ направить діагнозъ въ опредѣленную сторону. Однако, здѣсь необходима осторожность, такъ какъ и при большихъ опухоляхъ почекъ моча можетъ представлять нормальныя свойства, а съ другой стороны, гематурія и альбуминурія могутъ иногда появляться въ видѣ осложненія при опухоляхъ печени.

Сравнительно легче отличаются отъ рака печени кишечныя опухоли, помѣщающіяся въ восходящей части ободочной кишки или въ *flexura colica dextra*. Если опухоль обусловлена скопленіемъ каловыхъ массъ, то это происхожденіе ея можетъ быть съ положительностью доказано уже на основаніи того обстоятельства, что она имѣетъ на ощупь тѣстоватую консистенцію или, по крайней мѣрѣ, нѣсколько измѣняетъ свою форму при разминаніи; діагнозъ становится вполне достовѣрнымъ, если вслѣдъ за приемомъ слабительнаго или вслѣдъ за клистиромъ опухоль уменьшается въ объемѣ, и перкуторный звукъ, бывшій первоначально притупленнымъ, становится болѣе и болѣе тимпаническимъ. Послѣдній признакъ относится вообще и къ тѣмъ кишечнымъ опухолямъ, которыя одновременно обусловлены скопленіемъ кала и новообразованіемъ.

Зависитъ-ли опухоль отъ новообразованія въ стѣнкахъ кишекъ или отъ накопленія каловыхъ массъ, во всякомъ случаѣ надъ нею всегда происходитъ скопленіе газовъ, причемъ животъ увеличивается въ объемѣ, и обнаруживаются остальные признаки сжуженія кишекъ, тогда какъ при ракъ печени, за весьма рѣдкими исключеніями, признаки эти отсутствуютъ.

¹⁾ Въ главѣ о распознаваніи рака почекъ будетъ описанъ одинъ случай, доказывающій съ полною очевидностью, что опухоли почекъ иногда могутъ быть разграничены отъ печени, даже увеличенной въ объемѣ.

Опухоли, принадлежащія поперечной части ободочной кишки, вообще очень подвижны и обыкновенно опускаются внизъ, благодаря большей подвижности этого отдѣла кишечнаго канала, такъ что для дифференціального діагноза онѣ имѣютъ сравнительно мало значенія.

Другія опухоли брюшной полости, напр. опухоли сальника и т. д., едва ли могутъ быть по ошибкѣ смѣшиваемы съ опухолями печени, если изслѣдованіе производится тщательно.

Затѣмъ для дифференціального діагноза еще имѣютъ значеніе развѣ только *большія опухоли брюшной стѣнки*, помѣщающіяся въ правой подвздошной области. Однако, въ большинствѣ случаевъ дифференціальное распознаваніе оказывается очень легкимъ. Малая подвижность нижняго края при вдыханіи, выпячиваніе кожи, которому не соответствуетъ глубина прониканія опухоли въ брюшную полость, наконецъ—то обстоятельство, что опухоль легко можетъ быть обхвачена чрезъ брюшные покровы, причемъ кожа обыкновенно сращена съ нею неподвижно,—всѣ эти признаки обезпечиваютъ дифференціальное распознаваніе опухоли брюшныхъ стѣнокъ отъ рака печени, въ особенности, если въ опухоли еще констатировано зыбленіе.

Само собою понятно, что при постановкѣ дифференціального діагноза должны быть также принимаемы въ соображеніе симптомы, непосредственно принадлежащіе раку печени, а именно: брюшная водянка, желтуха, раковая кахексія и т. д. Но, во всякомъ случаѣ, отсутствію этихъ симптомовъ не слѣдуетъ придавать слишкомъ большаго значенія.

Эхинококкъ печени.

Эхинококкъ печени, какъ извѣстно, встрѣчается въ двухъ формахъ, именно въ видѣ многогнѣздной и одногнѣздной опухоли. Здѣсь мы будемъ говорить только о распознаваніи послѣдней формы, такъ какъ распознаваніе многогнѣзднаго эхинококка уже было рассмотрѣно по поводу рака печени.

Симптомы одногнѣзднаго эхинококка печени до такой степени рѣзки, что діагнозъ почти всегда можетъ быть поставленъ съ полною положительностью. Прежде всего бросается въ глаза *увеличеніе печени*, которое можетъ достигать громаднхъ размѣровъ, причемъ грудная кѣтка въ нижнихъ ея частяхъ чрезвычайно растянута; не менѣе бросается въ глаза выпячиваніе надчревной области, причемъ уже съ перваго взгляда можно замѣтить, что оно не распространяется равномерно на всю поверхность печени. *Выстукиваніе* обнаруживаетъ значительное смѣщеніе границъ печени внизъ *и вверхъ*; при этомъ верхняя граница тупаго звука можетъ представляться неправильною или необыкновенно изогнутою, смотря по степени развитія пузырей эхинококка на выпуклой поверхности печени въ каждомъ данномъ случаѣ.

Важнѣйшіе діагностическіе признаки доставляются *ощупываніемъ*: опухоль имѣетъ упруго-мягкую консистенцію, представляетъ зыбленіе и, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ, *гидатидное дрожаніе*, причемъ это послѣднее всего проще можетъ быть констатировано, если

на опухоль положить 3 пальца, несколько раздвинутые между собою, и затѣмъ по среднему изъ нихъ производить постукиваніе короткими отрывистыми ударами.

Что опухоль дѣйствительно принадлежитъ печени, это легко можетъ быть доказано въ виду перемѣщенія нижняго края при дыхательныхъ движеніяхъ и т. д. Когда скоро обнаружилось яственное зыбленіе (а до тѣхъ поръ о распознаваніи одногнѣзнаго эхинококка вообще не можетъ быть и рѣчи), то смѣшать эхинококкъ возможно развѣ лишь съ абсцессомъ печени или съ расширеніемъ желчнаго пузыря, потому что другія зыбящіяся опухоли брюшной полости, какъ то: гидронефрозъ, эхинококкъ почекъ, аневризма, расширеніе мочевого пузыря, киста яичника и т. п., собственно говоря, почти не могутъ играть никакой роли при постановкѣ дифференціального діагноза, если изслѣдованіе производится тщательно. Поводомъ къ діагностической ошибкѣ можетъ быть развѣ только правосторонній гидронефрозъ или эхинококкъ правой почки, если не обращено надлежащаго вниманія на направленіе нижняго края печени, на перемѣщеніе опухоли при дыхательныхъ движеніяхъ и на состояніе нижняго отдѣла грудной кѣтки, который при большихъ опухоляхъ печени, въ противоположность опухолямъ почекъ, представляется чрезвычайно растянутымъ. Расширеніе желчнаго пузыря можетъ быть распознано по мѣстоположенію и формѣ опухоли, а въ особенности по тому признаку, что верхняя граница упругой опухоли въ точности совпадаетъ съ краемъ печени. Дифференціальное распознаваніе эхинококка печени отъ абсцесса въ томъ же органѣ точно также не представляетъ затрудненій, потому что въ первомъ случаѣ отсутствуетъ характеристичная для абсцесса лихорадка съ потрясающими ознобами и не бываетъ упадка силъ; но эти дифференціально-діагностическіе признаки, конечно, оказываются несостоятельными, если пузырь эхинококка перешелъ въ нагноеніе; при такихъ условіяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ развѣ только на основаніи анамнеза, а преимущественно посредствомъ прокола, причемъ въ жидкости, выпущенной изъ нагноившагося пузыря, могутъ быть обнаружены подъ микроскопомъ, наряду съ гнойнными тѣльцами, характеристическіе крючки эхинококка.

Проколъ опухоли съ помощью Правацовскаго шприца вообще составляетъ самое вѣрное средство для выясненія діагноза. Если пузырь не перешелъ въ нагноеніе, то при пробномъ проколѣ получается прозрачная жидкость, которая содержитъ крючки эхинококка или характерно слоистые обрывки его стѣнокъ и почти никогда, по крайней мѣрѣ по моимъ наблюденіямъ, не *содержитъ бѣлка*. Происхожденіе жидкости изъ пузыря эхинококка подтверждается, если она содержитъ янтарную кислоту и очень большое количество поваренной соли.

Если эхинококкъ развивается преимущественно по направленію вверхъ, выпячивая грудобрюшную преграду въ грудную полость, то въ такомъ случаѣ дифференціальныя діагнозы могутъ колебаться между эхинококкомъ печени и плевритическимъ выпотомъ. Въ этомъ случаѣ въ пользу эхинококка говоритъ отсутствіе лихорадки и необычное для плевритическаго экссудата направленіе верхней границы тупаго звука, которая при эхинококкѣ обыкновенно ниспадаетъ по направленію къ позвоночнику; однако, всѣ эти дифференціальныя признаки сомнительны, такъ что и въ этомъ случаѣ рѣшающее значеніе имѣетъ только результатъ пробнаго прокола.

Иногда пробный проколъ оказывается излишнимъ, если пузырь эхинококка или составныя части ихъ, послѣ прободенія въ сосѣдніе органы, появляются въ мокротѣ, или во рвотѣ, или въ испраженіяхъ, или непосредственно выходятъ наружу, про-

равшился чрезъ кожу, причемъ діагнозъ, представлявшійся сомнительнымъ, сразу становится совершенно яснымъ.

Воспаленіе серознаго покрова печени. Perihepatitis.

Воспаленіе серознаго покрова печени въ большинствѣ случаевъ констатируется только въ видѣ побочнаго явленія при различныхъ другихъ болѣзняхъ этого органа, иногда также въ видѣ частнаго симптома воспаленія брюшины или, наконецъ, въ теченіи плеврита, гдѣ оно развивается путемъ распространенія воспалительнаго процесса чрезъ толщу грудобрюшной преграды. Самымъ надежнымъ діагностическимъ признакомъ служитъ перитонитическій шумъ тренія въ области печени при глубокомъ вдыханіи. Этотъ шумъ, замѣчаемый какъ при выслушиваніи, такъ и при ощупываніи, можетъ быть отличенъ отъ плевритическаго тренія, если обратить вниманіе на то мѣсто, гдѣ онъ существуетъ; именно, онъ находится ниже границы дополнительнаго пространства правой плевры, т. е. 2-й подъ 7-мъ межребернымъ пространствомъ по сосковой линіи, или подъ 9-мъ ребромъ по аксиллярной линіи, или въ надчревной области. Если въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наступило срощеніе печени съ переднею брюшною стѣнкою, то шумъ тренія исчезаетъ. Всѣ остальные симптомы, напр. боль въ случаяхъ остраго воспаленія серознаго покрова печени, затѣмъ—послѣдствія стѣсненія воротной вены или закрытія желчныхъ протоковъ при воспаленіи серознаго покрова въ печеночныхъ воротахъ, или диспепсическія явленія, гликозурия и проч., имѣютъ для діагноза второстепенное значеніе, такъ какъ они встрѣчаются непостоянно или могутъ зависѣть отъ различныхъ другихъ болѣзней.

Измѣненія въ формѣ и положеніи нормальной печени.

Изъ измѣненій формы нормальной по своему строенію печени имѣетъ практическое значеніе только такъ наз. *корсетная печень*. Присутствіе этого измѣненія нерѣдко становится для неопытнаго діагноста источникомъ ошибокъ. Корсетная доля, т. е. часть печени и въ особенности ея правой доли, лежащая впереди корсетной борозды, удлинена книзу, часто до подвздошной кости, очень подвижна, такъ какъ съ верхнею частью печени она соединена поперечною перетяжкой, состоящею изъ атрофированной ткани (корсетная борозда), и бываетъ иногда болѣе твердую, благодаря послѣдовательному развитію соединительной ткани. Вслѣдствіе большой подвижности корсетной доли, а особенно, когда въ корсетной бороздѣ помѣщается кишечная петля, дѣло можетъ имѣть такой видъ, какъ будто корсетная доля есть органъ, не находящійся въ связи съ печенью. Такимъ образомъ можетъ возникнуть вопросъ, не имѣемъ-ли мы предъ собою блуждающую почку или опухоль кишечнаго канала и т. п.

Рѣшающее значеніе для діагноза, по моимъ наблюденіямъ, имѣетъ не столько перемѣщеніе нижняго края корсетной доли при дыхательныхъ движеніяхъ и еще мѣняе—непрерывность тупаго звука въ верхней и нижней части печени, а скорѣе *опредѣленіе ея нижняго края посредствомъ ощупыванія*. Лучше всего начинать ощупываніе въ надчревной области, стараясь отсюда прослѣдить нижній край печени, имѣющій въ большинствѣ случаевъ заостренную форму и легко пропускающій подъ себя пальцы ощупывающей руки, а вмѣстѣ съ тѣмъ опредѣлить, что онъ непосредственно сливается съ краемъ самой нижней части корсетной доли. *Важное значеніе имѣетъ въ особенности уголъ, прощупываемый между корсетною долею и тою частью печени, которая лежитъ влѣво отъ нея*. Если удастся явственно прощупать этотъ уголъ, то діагнозъ представляется несомнѣннымъ.

Кромѣ положенія печени на лѣвой сторонѣ при извращенномъ положеніи органовъ вообще (*situs viscerum inversus*) и кромѣ перемѣщенія ея въ слѣдствіе болѣзненныхъ процессовъ въ сосѣднихъ съ нею частяхъ (при правостороннемъ плевритическомъ выпотѣ и т. п.), встрѣчается еще смѣщеніе печени, не обусловленное давле-

иетъ сверху,—такъ наз. «*блуждающая печень*». Эта аномалія, вѣроятно, обусловливается чрезмѣрною отъ рожденія длиною поддерживающихъ связокъ печени, такъ что органъ опускается внизъ и становится ненормально подвижнымъ.

Распознаваніе этой рѣдкой аномаліи (которую я самъ наблюдалъ въ одномъ случаѣ) не встрѣчается, впрочемъ, особенныхъ трудностей, такъ какъ симптомы блуждающей печени весьма рѣзки. Форма опухоли, ея заостренный нижній край, опусканіе ея при стоячемъ положеніи больного, возможность обхватить пальцами изъ праваго подреберья выпуклую поверхность печени, лежащую при нормальныхъ условіяхъ въ вогнутости грудобрюшной преграды,—все эти обстоятельства уже сразу дѣлаютъ вѣроятнымъ, что прощупываемый подвижный органъ представляетъ именно печень. Между нижнимъ краемъ легкаго и выпуклою поверхностью печени получается при постукиваніи тимпаническій звукъ, который исчезаетъ по вправленіи органа въ его нормальное мѣсто, т. е. въ вогнутость грудобрюшной преграды. Боли вслѣдствіе растяженія, производимаго опущенною печенью, и другія ненормальныя ощущенія наблюдались во всѣхъ случаяхъ. Блуждающая печень до сихъ поръ встрѣчалась почти исключительно у женщинъ; но въ томъ случаѣ, который былъ наблюдаемъ мною, дѣло шло о мужинѣ, у котораго подвижная печень весьма легко могла быть переищасема на ширину 3—4 пальцевъ.

Болѣзни желчныхъ путей.

Стуженіе или полное закрытіе желчныхъ выводныхъ протоковъ.
Желтуха.

Основной признакъ стуженія или полного закрытія желчныхъ протоковъ состоитъ въ болѣе или менѣе выраженной *желтухѣ*. Она составляетъ результатъ застоя желчи, оттокъ которой изъ желчныхъ каналовъ затрудненъ или сдѣлался совершенно невозможнымъ вслѣдствіе какого либо препятствія.

Исключеніе изъ этого правила составляютъ тѣ случаи, когда препятствіе находится въ выводномъ протокѣ желчнаго пузыря, причемъ желчь, образуемая въ печени, можетъ свободно изливаться чрезъ печеночный и общій желчный протоки, а слѣдовательно не существуетъ причины для появленія желтухи. Желчный пузырь при этомъ или уменьшается вслѣдствіе сморщиванія, или же расширяется. Во второмъ случаѣ образуется или *hydrops vesicae felleae* вслѣдствіе серозной транссудаціи въ желчномъ пузырьѣ, или *empyema ves. fell.* вслѣдствіе воспаленія и нагноенія. Хотя въ извѣстномъ періодѣ болѣзни можетъ произойти всасываніе желчи, первоначально задержанной въ желчномъ пузырьѣ, но всасываніе это совершается настолько медленно и количество всосавшейся желчи въ общемъ настолько незначительно, что дѣло не доходитъ до желтухи. При неполномъ закрытіи печеночнаго или общаго желчнаго протока иногда тоже отсутствуетъ желтуха, такъ какъ желчь еще проходитъ въ количествѣ настолько достаточномъ, что болѣе значительное всасываніе ея въ лимфатическіе и кровеносные сосуды не имѣетъ мѣста. Обыкновенно, однако, препятствіе въ послѣдняго рода случаяхъ оказы-

бается достаточнымъ для того, чтобы вызвать задержку желчи, а вмѣстѣ съ тѣмъ ясно выраженную желтуху.

Поэтому *констатированіе желтухи* бываетъ въ большинствѣ случаевъ исходнымъ пунктомъ для распознаванія закрытія желчныхъ путей. Если желтуха сколько нибудь выражена, то діагнозъ не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Общеизвѣстные признаки обильнаго всасыванія желчи суть слѣдующіе: *желтое окрашиваніе кожи и слизистыхъ оболочекъ*, появляющееся черезъ нѣсколько дней послѣ закрытія выводныхъ желчныхъ протоковъ и дѣлающееся болѣе явственнымъ по вытѣсненіи крови посредствомъ надавливанія пальцемъ, затѣмъ — *зудъ въ кождѣ*, иногда доходящій до появленія крапивной сыпи, — желтая окраска пота, — обезцвѣчиваніе *испражнений*, которыя могутъ сдѣлаться бѣловато-сѣрыми, глинистыми, если оттокъ желчи воспрепятствованъ вполне, — сухость испражнений и болѣе значительное содержаніе въ нихъ жира, представляющагося отчасти въ видѣ многочисленныхъ игольчатыхъ кристалловъ, — зловонный запахъ испражнений и кишечныхъ газовъ. Но рѣшающее значеніе для діагноза имѣютъ главнымъ образомъ свойства *мочи*, такъ что діагнозъ желтухи никогда не долженъ ставиться безъ предварительнаго изслѣдованія мочи. При обильномъ всасываніи желчи моча представляется темнобурою, образуетъ золотисто-желтую пѣну, и *химическое* изслѣдованіе обнаруживаетъ въ ней присутствіе желчнаго пигмента.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ реакція на желчный пигментъ не получается, не смотря на присутствіе въ кожѣ билирубина (даже въ значительномъ количествѣ). При этомъ въ мочѣ оказывается уробилинъ (возстановленный билирубинъ), присутствіе котораго вѣроятно, объясняется тѣмъ, что билирубинъ вполне расщепляется при своемъ выдѣленіи чрезъ почечный эпителий. Раздраженіемъ почечной ткани вслѣдствіе выдѣленія составныхъ частей желчи, и именно, по всей вѣроятности, желчныхъ кислотъ, объясняется появленіе цилиндровъ въ мочѣ желтушныхъ больныхъ; если раздраженіе это незначительно, то, не смотря на присутствіе цилиндровъ, химическое изслѣдованіе на бѣлокъ даетъ отрицательный результатъ; но когда раздраженіе становится болѣе значительнымъ и продолжается долгое время, то картина воспаленія почекъ становится очевидною, а вмѣстѣ съ тѣмъ появляется альбуминурія.

Дѣйствіе желчи и въ особенности желчнокислыхъ солей на *нервную систему* обнаруживается очень рѣзко во всѣхъ случаяхъ болѣе выраженной желтухи. Частота *пульса* въ большинствѣ случаевъ уменьшается (вслѣдствіе токсическаго пареза сердечныхъ узловъ), больной становится апатичнымъ, теряетъ способность къ умственной дѣятельности, вслѣдствіе угнетающаго вліянія желчи на головной мозгъ, жалуется на общее изнеможеніе и сонливость; по временамъ появляется ксантопсія, но лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Вслѣдствіе недостаточнаго введенія и усвоенія пищи обнаруживаются расстройства въ обмѣнѣ веществъ, именно болѣе или менѣе сильное исхуданіе, гѣморрагическій діатезъ, кровотеченія изъ самыхъ различныхъ органовъ, наконецъ —

холѣмическое отравленіе крови, съ бредомъ, коматознымъ состояніемъ, судорогами и т. д., которое, во всякомъ случаѣ, должно считаться преимущественно послѣдствіемъ усиленія вышеупомянутыхъ разстройствъ въ обмѣнѣ веществъ.

Изъ числа мѣстныхъ послѣдствій застоя желчи при закрытіи желчныхъ выводныхъ протоковъ должно быть упомянуто *увеличеніе печени*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно достигаетъ весьма значительной степени, безъ того, чтобы при анатомическомъ вскрытіи можно было отыскать иную причину, кромѣ застоя желчи.

Впрочемъ, это увеличеніе печени вслѣдствіе желтухи встрѣчается, по моимъ наблюденіямъ, *не часто*, такъ что въ случаяхъ, въ которыхъ оно достигаетъ болѣе значительной степени, необходимо прежде всего постараться отыскать для него какую нибудь другую причину, напр. ракъ печени или гипертрофическій циррозъ и т. д. Если подобныя причины исключены, то можно поставить діагнозъ увеличенія печени вслѣдствіе застоя желчи, даже тогда, когда объемъ печени весьма значителенъ, а консистенція ея очень плотна (подобный случай мнѣ пришлось недавно наблюдать). Съ другой стороны, если желтуха уже существуетъ болѣе долгое время, то объемъ печени можетъ постепенно сдѣлаться *меньше нормальнаго*, вслѣдствіе ограниченія дѣятельности ея клѣточныхъ элементовъ.

Особенно важное значеніе имѣетъ *состояніе желчнаго пузыря*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ желтухи желчный пузырь *увеличивается* въ объемъ и выступаетъ изъ-подъ края печени по правой парастернальной линіи въ видѣ продолговатой опухоли, которая посредствомъ постукиванія и ощупыванія можетъ быть разграничена отъ самой печени. Впрочемъ, ощупываніе даетъ здѣсь вполнѣ вѣрные результаты лишь тогда, когда наполненіе желчнаго пузыря достигаетъ очень значительной степени, такъ что онъ образуетъ эластическую опухоль, твердую на ощупь; въ большинствѣ случаевъ для опредѣленія величины желчнаго пузыря мы вынуждены ограничиваться постукиваніемъ, которое вообще однако даетъ ненадежные результаты, въ особенности тогда, когда желчный пузырь содержитъ лишь умѣренное количество жидкости.

Если посредствомъ постукиванія или ощупыванія возможно констатировать расширеніе желчнаго пузыря, то при одновременномъ существованіи желтухи это указываетъ на мѣстоположеніе препятствія въ общемъ желчномъ протокѣ (ниже мѣста впаденія ductus cystici), между тѣмъ какъ при закрытіи печеночнаго протока и его вѣтвей, конечно, не существуетъ расширенія желчнаго пузыря. Если закрыть ductus cysticus, то и въ этомъ случаѣ, какъ мы уже говорили, можетъ наступить расширеніе желчнаго пузыря, либо вслѣдствіе транссудаціи въ его полость, либо вслѣдствіе воспалительнаго выпотѣнія и нагноенія, но тогда отсутствуетъ желтуха. Слѣдовательно, мѣсто закрытія выводныхъ желчныхъ

протоковъ можетъ быть иногда опредѣлено на основаніи совпаденія или несовпаденія желтухи съ расширеніемъ желчнаго пузыря. Исключенія изъ вышеприведенныхъ правилъ иногда встрѣчаются, но вообще довольно рѣдко, именно въ такихъ случаяхъ, гдѣ существуютъ особенныя условія (напр. неполное закрытіе на подобіе клапана), благодаря которымъ видоизмѣнились послѣдствія закрытія желчныхъ протоковъ.

Діагнозъ закрытія желчныхъ выводныхъ протоковъ всегда долженъ считаться неполнымъ, если не приняты въ соображеніе различныя *причины*, отъ которыхъ оно можетъ зависѣть, и если при постановкѣ діагноза мы не высказались опредѣленно въ пользу той или другой изъ этихъ причинъ.

Но закрытіе желчныхъ путей можетъ зависѣть отъ многихъ причинъ, которыя, для большей наглядности, должны быть подраздѣлены на 3 категоріи.

1) Причина можетъ помѣщаться *въ самомъ просвѣтѣ желчныхъ каналовъ*. Въ этомъ отношеніи прежде всего нужно подумать о часто встрѣчающемся *катаррѣ желчныхъ каналовъ*, причемъ опуханіе ихъ слизистой оболочки и образовавшіяся слизистыя пробки производятъ закрытіе ихъ просвѣта; катаррѣ двѣнадцатиперстной кишки также можетъ послужить поводомъ къ задержкѣ желчи, благодаря опуханію слизистой оболочки въ области *diverticuli Vateri*. Распознать катарральную желтуху мы имѣемъ право въ томъ случаѣ, если желтуха присоединилась къ несомнѣнно предшествовавшему катарру желудка resp. кишокъ, если она началась безъ увеличенія печени, привела въ нѣсколько дней къ полному обезцвѣченію испражнений и окончилась въ нѣсколько недѣль безъ болей въ печени. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ катарральная желтуха можетъ тянуться цѣлыми мѣсяцами, если напр., какъ мнѣ пришлось это видѣть въ одномъ смертельно окончившемся случаѣ катаральной желтухи, просвѣтъ желчнаго канала плотно закрытъ давленіемъ лимфатической железы, помѣщающейся на мѣстѣ впаденія *ductus cystici* въ общій желчный протокъ. Всего легче можно смѣшать катарральную желтуху съ тою, которая развивается вслѣдствіе желчныхъ камней. Если дѣло идетъ о субъектѣ юношескаго возраста, то нужно скорѣе предполагать катарральную желтуху, чѣмъ *желчные камни*, потому что послѣдніе, какъ доказано опытомъ, встрѣчаются почти всегда уже послѣ 30-го года жизни. Кромѣ того, желчные камни характеризуются повторными приступами колики, съ потрясающими ознобами, иногда также лихорадкою и сопутствующею рвотой, далѣе — болѣзненностью печени при ощупываніи, особенно въ области желчнаго пузыря, наконецъ — колебаніями въ интенсивности желтухи и болей. Только тогда, когда возможно исключить эти двѣ наиболѣе частыя причины желтухи, обусловленной закрытіемъ просвѣта желчныхъ каналовъ, мы имѣемъ право думать о другихъ болѣе рѣдкихъ причинахъ, напр. объ инородномъ тѣлѣ,

проникшемъ изъ кишечника, а въ частности — о присутствіи *паразитовъ въ желчныхъ путяхъ*. Сравнительно всего чаще мы здѣсь имѣемъ дѣло съ *эхинококкомъ*, оттого ли, что мѣшокъ вскрылся въ желчный каналъ и послѣдній закупорился пузырями эхинококка, или (во всякомъ случаѣ — гораздо рѣже) оттого, что эхинококкъ съ самаго начала помѣстился въ желчныхъ каналахъ. Для того чтобы происхожденіе желтухи могло быть приписано этому паразиту, должны несомнѣнно существовать остальные симптомы развитія эхинококка въ печени, или должны по временамъ появляться пузыри эхинококка въ испражненіяхъ, во рвотѣ или въ мокротѣ. Если въ испражненіяхъ появляются многочисленные *аскариды*, то можно, по крайней мѣрѣ, предполагать, что желтуха вызвана аскаридою, случайно попавшею въ желчные протоки, но о дѣйствительномъ діагнозѣ въ этомъ случаѣ не можетъ быть рѣчи, какъ и при закрытіи желчныхъ протоковъ другимъ паразитомъ, именно печеночною пиявкою (*distoma hepaticum*). Въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ, въ которомъ *distoma hepaticum* закупорила печеночный протокъ, было поразительно то, что интенсивность желтухи измѣнялась въ теченіи болѣзни (вѣроятно, въ зависимости оттого, насколько желчь могла еще проходить мимо паразита, хотя вскрытіе трупа не дало опредѣленной точки опоры для этого предположенія) и что измѣненія въ ея интенсивности не сопровождались приступами боли, какіе бываютъ при желчныхъ камняхъ. Если въ испражненіяхъ появляются характерныя яйца этого паразита, то можно съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ распознать присутствіе его въ желчныхъ каналахъ.

Въ виду рѣдкости подобныхъ наблюденій, мы считаемъ нелишнимъ привести исторію вышеупомянутаго случая.

Больной, 65-ти лѣтъ отъ роду, поступилъ въ клинику 28 іюля 1880 года и умеръ 9 августа. За 2½ недѣли до своего поступленія въ клинику онъ сталъ жаловаться на потерю аппетита и боль въ области желудка, а 26 іюля появилась желтуха. Испражненія имѣютъ нормальный видъ.

28 іюля. При ощупываніи живота, сопряженномъ съ нѣкоторою болью, найдена справа отъ пупка, приблизительно на разстояніи 3-хъ поперечныхъ пальцевъ отъ срединной линіи, небольшая опухоль, причемъ кожа надъ нею вполне подвижна; самая печень не прощупывается вслѣдствіе очень сильнаго напряженія брюшныхъ покрововъ, но при выстукиваніи найдена *увеличенною*; моча содержитъ составныя части желчи въ большомъ количествѣ.

29 іюля. Благодаря полному расслабленію брюшныхъ покрововъ, удалось съ положительностью доказать, что упомянутая небольшая опухоль имѣетъ упруго-мягкую консистенцію и сильно напряжена, а поэтому можно было признать, что она представляетъ наполненный *желчный пузырь*; но прилегающій къ ней край печени не прощупывается; печень при *выстукиваніи* оказывается *неувеличенною*.

2 августа. *Желтуха уменьшилась*, границы *тупаго звука* печени не расширились, а скорее даже *сгузились*; напротивъ того, объемъ *желчнаго пузыря* безпрестанно *измѣнялся*.

6 августа. *Границы тупаго звука* печени снова *расширились*, между тѣмъ какъ

объемъ желчнаго пузыря опять уменьшился. 9-го августа наступила смерть вследствие воспаленія нижней доли лѣваго легкаго.

Клиническій діагнозъ: закрытіе ductus choledochi и ductus cystici, обусловленное, по всей вѣроятности, опухолью. Присутствія желчныхъ камней нельзя опредѣлить.

Вскрытіе трупа (произведенное Boström'омъ) обнаружило слѣдующее: Печень дряблая и уменьшена во всѣхъ размѣрахъ. Ductus choledochus не расширенъ; стѣнки его утолщены нѣсколько выше того мѣста, гдѣ отходитъ ductus cysticus; въ печеночномъ протокѣ, на разстояніи около 5 миллиметровъ отъ его начала, находится *distoma hepaticum*, по удаленіи котораго стала просачиваться изъ протока темная желчь; желчный пузырь сильно увеличенъ (14 сантим. въ длину, 8 сантим. въ ширину) и наполненъ прозрачною жидкостью. Въ кишечникѣ находятся каловыя массы, не содержащія желчи. Желчныхъ камней не найдено. Въ томъ мѣстѣ печеночнаго протока, гдѣ лежалъ паразитъ, находится *гранулирующая язвенная поверхность*, отъ которой по направленію къ периферіи произошло рубцовое суженіе желчныхъ каналовъ.

2) Въ другихъ случаяхъ желтухи, желчные протоки бываютъ закрыты *вслѣдствіе давленія опухоли, прилегающей къ нимъ снаружи*. Такъ напр., одногнѣздный эхинококкъ, а въ особенности — раковый узелъ, помѣщающійся въ печеночныхъ воротахъ, или *лимфатическая железа* той же области, подвергаясь бугорчатому, амилоидному или раковому перерожденію, можетъ произвести закрытіе большихъ желчныхъ протоковъ. Діагнозъ можетъ быть поставленъ, по крайней мѣрѣ — съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, если картина основной болѣзни представляется совершенно ясною и если затѣмъ въ дальнѣйшемъ теченіи ея присоединяется желтуха, развивающаяся медленно, но интенсивность которой болѣе и болѣе увеличивается. Если желтуха появилась вначалѣ, а раковые узлы, прощупывающіеся болѣе и болѣе явственно въ видѣ возвышеній на поверхности печени, обнаружились уже впоследствии, то можно думать, что раковая опухоль, какъ это бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, развилась первоначально въ стѣнкѣ желчныхъ протоковъ. *Раковыя опухоли двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы* тоже могутъ произвести закрытіе желчныхъ протоковъ и такимъ образомъ сдѣлаться причиною желтухи; діагнозъ иногда можетъ быть поставленъ, если между стеральной и парастеральной линіями явственно прощупывается опухоль и если въ то же время появляются кровянистыя испражненія, кровавая рвота, послѣдовательное расширеніе желудка и раковая кахексія.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ желчные протоки сдавливаются опухолями *почекъ, сальника, ретроперитонеальныхъ железъ, лимфатическихъ или матки*, или расширеніемъ послѣдней во время беременности, но только тогда, когда названныя опухоли приняли очень большіе размѣры. Распознаваніе обыкновенно не представляетъ большихъ трудностей; но здѣсь мы, конечно, не можемъ о немъ говорить. *Большое скопленіе каловыхъ массъ въ Flexura colica dextra* и въ началѣ поперечной части ободочной кишки точно также можетъ быть источникомъ прижатія желчныхъ каналовъ. Хроническій запоръ или присоединеніе симптомовъ суженія кишокъ, бугристая форма, но при этомъ нѣсколько тѣстоватая консистенція опухоли, уменьшеніе послѣдней подъ вліяніемъ слабительныхъ и клистировъ ставятъ въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ вѣ-

всякаго сомнѣнія, тѣмъ болѣе, когда упомянутыя терапевтическія мѣры приводятъ не только къ исчезанію опухоли, но и къ исчезанію желтухи.

Наконецъ, въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ причиною закрытія желчныхъ каналовъ оказывалась *аневризма*. При этомъ дѣло шло именно о громадныхъ аневризмахъ брюшной аорты, или объ аневризмахъ а. coeliacae, hepaticae и mesag. supreg. Для того чтобы можно было распознать послѣдняго рода аневризмы, необходимо во всякомъ случаѣ прощупать явственно пульсирующую опухоль, а при выслушиваніи ея констатировать шумы. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, которые до сихъ поръ сообщены, приходилось еще наблюдать обильную кровавую рвоту и невралгическія боли, обусловленные давленіемъ аневризмы на нервные сплетенія въ печеночныхъ воротахъ.

Всѣмъ этимъ болѣзнямъ, обуславливающимъ желтуху вслѣдствіе задержки желчи, свойственно то, что прижатію почти всегда подвергаются *не только желчные выводные протоки, но и прилегающая къ нимъ воротная вена*, такъ какъ давленіе на желчные протоки производится снаружи въ печеночныхъ воротахъ. *Слѣдовательно, къ симптомамъ желтухи въ такихъ случаяхъ присоединяются явленія застоя крови въ области воротной вены*, именно брюшная водянка и т. д., и это обстоятельство имѣетъ для діагноза очень важное значеніе. То же самое относится и къ большинству случаевъ слѣдующей категоріи.

3) Закрытіе желчныхъ протоковъ можетъ быть обусловлено *процессами рубцового сморщиванія*. Такъ напр., *воспаленіе серознаго покрова печени* можетъ сдѣлаться причиною желтухи, и діагнозъ въ этомъ смыслѣ можетъ быть поставленъ, если въ области печени существуетъ перитонитическій шумъ тренія, доступный и для ощупыванія и для выслушиванія; точно также ретенціонная желтуха можетъ наступить въ теченіи *сифилиса печени*, если соединительная ткань при своемъ сморщиваніи сдавливаетъ желчные каналы; наконецъ, желтуха можетъ явиться послѣдствіемъ *рубцующейся язвы двѣнадцатиперстной кишки*. Это послѣднее состояніе можетъ быть распознано съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, если къ язвѣ двѣнадцатиперстной кишки, симптомы которой вообще совпадаютъ съ симптомами язвы желудка, присоединилась очень сильная желтуха, не измѣняющаяся въ своей интенсивности и не уступающая никакому лѣченію. Если такая желтуха присоединилась къ несомнѣнно существующимъ желчнымъ камнямъ и если съ появленіемъ ея окончательно прекратились приступы колики, которые до тѣхъ поръ повторялись часто, то можно предположить суженіе желчныхъ каналовъ, обусловленное рубцеваніемъ язвъ, которыя образовались въ желчномъ протокѣ вслѣдствіе раздраженія проходившими черезъ него камнями.

Если препятствіе для оттока желчи не настолько значительно, чтобы произвести полное закрытіе просвета желчныхъ путей, и слѣдовательно желтуха достигаетъ лишь умѣренной степени, а испраженія обезвѣвлены не вполне, то діагнозъ суженія выводныхъ желчныхъ протоковъ, какъ причины желтухи, теряетъ лучшую свою опору. При этихъ условіяхъ, наряду съ вышеприведенными болѣзнями, намъ

приходится принимать въ соображеніе еще и другія, ведущія къ умѣренной желтухѣ, а именно различныя болѣзни самой печени, какъ-то: гиперемію, абсцессъ, ракъ, но преимущественно циррозъ печени и соединительнотканную гиперплазію этого органа, при которой желтуха встрѣчается постоянно, а испраженія могутъ быть даже совершенно обезцвѣчены. Слѣдовательно, болѣзни эти иногда должны быть также принимаемы въ соображеніе при постановкѣ дифференціального діагноза.

Желчные камни. Cholelithiasis.

Во многихъ случаяхъ находятъ при анатомическомъ вскрытіи желчные камни, которые при жизни даннаго субъекта ни разу не обнаружены были какими либо симптомами. Даже тогда, когда въ желчномъ пузырьѣ существуетъ очень большое число камней, лишь рѣдко удается прощупать ихъ чрезъ брюшные покровы; если же въ послѣднее время мнѣ неоднократно удавалось прощупать камни желчнаго пузыря, то я вижу въ этомъ простую случайность, т. е. я думаю, что мнѣ только случайно встрѣтилось въ короткое время большое число такихъ больныхъ, у которыхъ имѣлись благоприятныя условія для прощупыванія камней. Обыкновенно же при постановкѣ діагноза мы должны ограничиваться только одною группою симптомовъ, вызываемыхъ прохожденіемъ камней чрезъ желчные пути.

Самымъ выдающимся явленіемъ въ этой группѣ симптомовъ представляется *желчная колика*, обнаруживающаяся жестокими болями въ правомъ подреберьи; обыкновенно эти боли распространяются въ надчревную область, но все-таки главнымъ образомъ сосредоточиваются въ правой половинѣ тѣла, а иногда ощущаются также въ правой верхней конечности. Нерѣдко при этомъ появляются потрясающіе ознобы, иногда также скоропреходящая лихорадка, рвота, икота и желтуха. Приступъ продолжается различное время, отъ нѣсколькихъ часовъ до цѣлой недѣли, и оканчивается во многихъ случаяхъ внезапно.

Особаго разсмотрѣнія въ числѣ этихъ симптомовъ заслуживаетъ *желтуха*. Она бываетъ довольно частымъ, хотя и не постояннымъ спутникомъ приступовъ колики, появляется черезъ нѣсколько дней послѣ ущемленія камня и иногда остается еще на долгое время по окончаніи приступа, именно въ томъ случаѣ, когда камень остановился на своемъ пути и производитъ болѣе постоянное закрытіе желчныхъ каналовъ. Если камень находится въ протокѣ желчнаго пузыря, то желтуха отсутствуетъ. Если камень, какъ это случается нерѣдко, переходитъ обратно въ желчный пузырь, то въ такомъ случаѣ странствованіе его не оставляетъ никакихъ послѣдствій по окончаніи приступа колики; если же онъ остается въ протокѣ желчнаго пузыря, то вслѣдъ за приступомъ колики образуется *hydrops vesicae felleae*.

Въ другихъ случаяхъ дѣло доходитъ до прободенія желчныхъ каналовъ, образованія свищей и изгнанія камня самыми различными путями (чрезъ кишечный каналъ или чрезъ мочевые пути или въ полость брюшины и т. д.). Камни, остановившіеся въ желчныхъ каналахъ, могутъ также подать поводъ къ гнойному воспаленію воротной вены и образованію абсцесса въ печени, если микрококки нагноенія проникаютъ изъ кишечнаго канала чрезъ нижнюю часть общаго желчнаго протока, которая уже не омывается желчью.

Если имѣть въ виду эту группу симптомовъ, которая сейчасъ была описана въ ея главныхъ чертахъ, то діагнозъ желчныхъ камней обыкновенно можетъ быть поставленъ безъ затрудненій. Однако, существуютъ многочисленныя уклоненія отъ этой нормальной картины симптомовъ, и каждому опытному діагносту извѣстно, что распознаваніе желчной колики очень часто бываетъ сомнительнымъ и требуетъ всестороннихъ *дифференціально-діагностическихъ* соображеній.

Прежде всего, во многихъ случаяхъ возникаетъ вопросъ, имѣемъ-ли мы предъ собою желчную колику или *гастралгію*. Въ пользу *гастралгіи* говоритъ замѣчаемое уже при наружномъ осмотрѣ измѣненіе желудочной области, именно вздутіе или втягиваніе ея, затѣмъ—появленіе отрыжки въ концѣ приступа и иногда облегченіе болей при давленіи на надчревную область, между тѣмъ какъ при желчной коликѣ давленіе на печень въ области желчнаго пузыря сопровождается болью. Діагнозъ, конечно, становится вполне яснымъ, если черезъ нѣсколько дней послѣ начала приступа колики появляется желтуха, если при этомъ желчный пузырь выпячивается въ видѣ шарообразной опухоли и если желчные камни отходятъ естественнымъ путемъ, т. е. выводятся вмѣстѣ съ испраженіями. Однако эти послѣднія явленія (желтуха и проч.) не составляютъ необходимыхъ послѣдствій приступа желчной колики и, во всякомъ случаѣ, они могутъ отсутствовать въ первые дни заболѣванія, когда существуетъ сомнѣніе относительно діагноза. Сравнительно наилучшимъ дифференціальнымъ признакомъ, по моимъ наблюденіямъ, служитъ болѣзненность краевой части печени при давленіи на область желчнаго пузыря; если этотъ признакъ отсутствуетъ, то я оставляю діагнозъ подъ сомнѣніемъ до тѣхъ поръ, пока не появятся болѣе надежныя точки опоры для распознаванія.

Еще болѣе затруднительнымъ часто оказывается дифференціальное распознаваніе желчной колики отъ *язвы двенадцатиперстной кишки или желудка*, сопровождаемой приступами кардіалгіи. Я знаю уже не одинъ случай, гдѣ долго предполагалась язва желудка, а затѣмъ послѣ лѣченія въ Карлсбадѣ обнаруживались желчные камни, и діагнозъ оказывался невѣрнымъ. Такъ какъ при этихъ язвенныхъ процессахъ, соотвѣтственно ихъ анатомическому мѣстоположенію, боль сосредоточивается чаще всего именно въ области привратника желудка, по сосѣдству съ желчнымъ пузыремъ, и усиливается при оцупываніи этой области, то діагностическая ошибка представляется извинительною, тѣмъ болѣе, что и при желчной коликѣ, какъ при язвѣ желудка, поводомъ къ появленію приступа боли очень часто служитъ введеніе пищи. Впрочемъ, вредное вліяніе пищи при желчной коликѣ наблюдается не съ такимъ постоянствомъ, какъ при язвѣ желудка, при которой, кромѣ того, поводомъ къ появленію приступа боли служитъ не столько введеніе пищи, сколько самое *качество* ея. Если въ жид-

кости, извергаемой рвотою, находится ненормально большое количество кислоты, то это прямо говоритъ въ пользу язвы желудка; но, съ другой стороны, если содержаніе кислоты оказалось нормальнымъ или даже уменьшеннымъ, то изъ этого нельзя еще ничего заключить, такъ какъ нормальное или уменьшенное содержаніе кислоты иногда встрѣчается и при язвѣ желудка или двѣнадцатиперстной кишки. Увеличеніе желчнаго пузыря и появленіе желтухи рѣшительно говорятъ въ пользу желчной колики, такъ какъ желтуха даже при язвѣ двѣнадцатиперстной кишки составляетъ величайшую рѣдкость.

Почечная колика рѣдко служитъ поводомъ къ ошибочному діагнозу. Распространеніе болей вдоль мочеточника на яичко и на головку полового члена указываетъ на то, что приступъ боли имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ не печень, а другой органъ, хотя распространеніе болей на верхнюю половину тѣла и рвота могутъ одинаково встрѣчаться въ обоихъ случаяхъ. Моча при почечной коликѣ, хотя и не всегда, но все-таки часто представляетъ отклоненія отъ нормы: она выдѣляется въ скудномъ количествѣ, имѣетъ темный цвѣтъ, содержитъ примѣсъ крови или слизи и обыкновенно также конкременты.

Другія заболѣванія брюшныхъ органовъ, сопровождаемыя болѣзненными ощущеніями, напр. воспаленіе слѣпой кишки, кишечная колика и т. п., при сколько нибудь внимательномъ наблюденіи не могутъ быть смѣшиваемы съ желчною коликою. Только *печеночная невралгія*, самое существованіе которой еще находится подъ сомнѣніемъ, не могла бы быть, разумѣется, отличена отъ желчной колики, если послѣдняя протекаетъ безъ желтухи и если камень, вступившій въ протокъ желчнаго пузыря, остается въ немъ короткое время, а затѣмъ опять переходитъ въ желчный пузырь. Въ такихъ случаяхъ, быть можетъ, болѣе вѣроятною представляется печеночная невралгія, если она появилась у малокровнаго нервнаго субъекта и если она чередуется съ другими невралгіями.

Діагностическая ошибка возможна еще въ совершенно другомъ направленіи, а именно желчная колика можетъ быть смѣшана съ *болотною* лихорадкою, если она протекаетъ въ формѣ перемежающейся лихорадки, настоящая причина которой неизвѣстна. Впрочемъ, ошибка въ діагнозѣ едва ли возможна, если только при желчныхъ коликахъ не существуетъ какое нибудь необычное осложненіе, напр. случайное увеличеніе селезенки. Появленіе приступа колики въ началѣ или дальнѣйшемъ теченіи лихорадки и неѣдѣйствительность хинина ставятъ діагнозъ этой такъ назыв. «печеночной перемежающейся лихорадки» внѣ всякаго сомнѣнія. Другіе-же симптомы, считаемыя характеристичными для этой печеночной лихорадки, представляются въ діагностическомъ отношеніи несущественными и чрезвычайно ненадежными.

Если послѣ приступа колики осталась болѣзненность въ области печени или лихорадка съ потрясающими ознобами или безъ ознобовъ, то можно предполагать воспалительное раздраженіе или нагноеніе въ желчныхъ путяхъ, вызванное желчными камнями, и этотъ діагнозъ приобретаетъ большую достовѣрность, если къ названнымъ явленіямъ присоединились рѣзко выраженные симптомы абсцесса печени.

Болѣзни желчнаго пузыря.

Желчный пузырь можетъ принимать участіе въ заболѣваніяхъ желчныхъ путей вообще, къ числу которыхъ онъ и самъ принадлежитъ, такъ что воспаленіе и другія заболѣванія его, появляющіяся при воспаленіи желчныхъ путей, составляютъ просто симптомы этой послѣд-

ней болѣзни. Иное дѣло, когда заболѣваніе желчнаго пузыря получаетъ болѣе самостоятельный характеръ или такъ сильно выступаетъ въ картинѣ болѣзни, что становится легко доступнымъ для распознаванія. Въ этомъ отношеніи клинико-діагностическое значеніе имѣютъ только три заболѣванія желчнаго пузыря, именно—*водянка (hydrops vesicae felleae)*, *наполненіе камнями*, такъ что пузырь прощупывается въ видѣ твердой опухоли, и наконецъ—*ракъ желчнаго пузыря*.

«*Водянка желчнаго пузыря*» заключается въ растяженіи его серозною жидкостью, которая, выдѣляясь путемъ транссудаціи изъ кровеносныхъ сосудовъ его стѣнокъ, замѣщаетъ постепенно всасывающуюся желчь. При этомъ предполагается, что желчь не можетъ попадать чрезъ ductus cysticus въ желчный пузырь, оттого ли, что раковый узелъ или камень и т. п. преграждаетъ сообщеніе съ желчными каналами, или же оттого, что вслѣдствіе воспаленія желчныхъ путей образовалась въ нихъ вязкая слизистая пробка или наступило сращеніе ихъ стѣнокъ, а благодаря этому механическому препятствію желчь не можетъ проходить въ желчный пузырь. Что касается этиологіи, то для діагноза имѣетъ значеніе только самая частая причина водянки желчнаго пузыря, именно—желчные камни, въ сравненіи съ которыми остальные этиологическіе моменты совершенно отступаютъ на задній планъ. Важнѣйшимъ діагностическимъ признакомъ служить то, что соотвѣтственно парастернальной линіи прощупывается гладкая сильно наполненная упругая опухоль, имѣющая продолговатую форму желчнаго пузыря и выдающаяся впереди заостренного края печени. *Связь этой опухоли съ печенью доказывается перемѣщеніемъ ея при дыхательныхъ движеніяхъ*; кромѣ того, опухоль способна также перемѣщаться въ сторону при ощупываніи и при перемѣнѣ больнымъ положенія тѣла. Границы опухоли могутъ быть опредѣлены выстукиваніемъ; но *вполнѣ надежные* результаты доставляются ощупываніемъ, если желчный пузырь сильно наполненъ и если дно его можетъ быть обхвачено пальцами руки; впрочемъ, при этихъ послѣднихъ условіяхъ отсутствуетъ симптомъ, который при другихъ обстоятельствахъ всего вѣрнѣе указываетъ на жидкое содержимое опухоли, т. е. не удается открыть зыбленія.

Если установлено, что мы имѣемъ предъ собою опухоль желчнаго пузыря, и притомъ опухоль не сплошную, то нужно еще исключить другія опухоли печени, наполненные жидкостью и находящіеся по соосѣдству съ желчнымъ пузыремъ, именно—абсцессъ и эхинококкъ. Отъ діагностической ошибки въ этомъ случаѣ насъ избавляетъ форма и мѣстоположеніе опухоли, которая *начинается отъ самаго края печени, т. е. не переходитъ на ея поверхность*. Кромѣ того, необходимо еще исключить гидронефрозъ и кисту яичника, достигающіе до области желчнаго пузыря. Такъ какъ опухоль при водянкѣ желчнаго пузыря можетъ иногда принимать громадныя размѣры и такъ какъ она, конечно, не сопровождается желтухой, то смѣшать ее съ упомянутыми кистами представляется возможнымъ; но отъ этой ошибки насъ изба-

вляеть, помимо самой формы опухоли, непосредственная связь ея съ печенью, а особенно—перемѣщеніе ея при дыхательныхъ движеніяхъ, между тѣмъ какъ доказать связь ея съ почкою или съ половыми органами не удастся; если констатировано, что опухоль растетъ *неравномерно, по преимуществу въ одну какую либо сторону*, то это прямо свидѣлствуетъ противъ водянки желчнаго пузыря.

Если опухоль представляется очень плотною, какъ это бываетъ при сильномъ наполненіи желчнаго пузыря жидкостью, то можетъ возникнуть сомнѣніе, дѣйстви-тельно ли мы имѣемъ предъ собой кисту, и тогда является вопросъ, не существуетъ ли въ данномъ случаѣ раковая опухоль желчнаго пузыря или растяженіе его вслѣд-ствие громаднаго скопленія желчныхъ камней. Последняго рода опухоли желчнаго пу-зыря встрѣчаются довольно часто, но обыкновенно легко могутъ быть узнаны при ощупываніи, потому что представляютъ чрезвычайно твердую, а иногда явственно *бугристую* поверхность. Водяночная опухоль, имѣющая твердую консистенцію, скорѣ могла бы быть принята по ошибкѣ за раковую опухоль желчнаго пузыря, о которой мы должны еще особо поговорить здѣсь въ краткихъ словахъ.

Ракъ желчнаго пузыря есть болѣзнь вообще рѣдкая, и въ большинствѣ случаевъ онъ является послѣдствіемъ того, что раковая опухоль распространилась на желчный пузырь съ печени или съ какого нибудь сосѣдняго органа, напр. съ брюшины; но иногда также встрѣчается первичный ракъ желчнаго пузыря. Симптомы, на основаніи которыхъ можетъ быть поставленъ діагнозъ, суть слѣдующіе: во-первыхъ — раковая кахексія, и во-вторыхъ — твердая, бугристая, медленно растущая опухоль, которая ограничивается областью желчнаго пузыря. Остальные симптомы, наблюдавшіеся при этой болѣзни, напр. рвота, иногда даже кровавая, затѣмъ кровянистыя испраженія и желтуха, непригодны для діагноза и имѣютъ нѣкоторое клиническое значеніе лишь въ томъ смыслѣ, что они неоднократно были наблюдаемы при ракѣ желчнаго пузыря, и слѣдовательно присутствіе ихъ, само по себѣ, еще не даетъ права отвергнуть ракъ этого органа и предположить ракъ въ привратникѣ желудка или въ двѣнадцатиперст-ной кишкѣ или въ colon transversum. *Первичный* ракъ желчнаго пузыря почти во всѣхъ случаяхъ сопровождался желчными камнями, а въ виду новѣйшихъ изслѣдо-ваній *Н. Zenker'a* весьма вѣроятно, что карцинома желчнаго пузыря является послѣд-ствіемъ язвъ и рубцовъ, образовавшихся въ его стѣнкѣ подъ влияніемъ желчныхъ камней (аналогію въ этомъ отношеніи представляетъ ракъ желудка).

Болезни кровеносныхъ сосудовъ печени.

Тромбозъ и воспаленіе воротной вены.

Распознаваніе закрытія воротной вены основывается на послѣдова-тельныхъ явленіяхъ застоя крови въ соотвѣтствующей области, о кото-рыхъ мы уже говорили по поводу распознаванія цирроза печени. Сюда от-носятся: брюшная водянка, увеличенная селезенка, геморроидальныя шишки, наконецъ — гиперемія желудка и кишекъ, которая можетъ усилиться на-столько, что появляется кровотеченіе. Если эта группа симптомовъ вполнѣ развита, то можно заключить, что воспрепятствовано кровообращеніе въ системѣ воротной вены, но существуетъ ли закупорка самаго ствола кровянымъ сгусткомъ (тромбозъ воротной вены, *pylethrombosis*), или же отдѣльныя вѣтви его сдавлены вслѣдствіе обширнаго процесса сморщи-ванія, какъ при циррозѣ печени, — этого никогда нельзя рѣшить безъ

дальнѣйшихъ разсужденій. *Лишь въ томъ случаѣ, когда явленія застоя крови въ области воротной вены обнаружались очень быстро, т. е. уже въ нѣсколько дней достигли полного своего развитія, мы имѣемъ право заключить, что закрытъ просвѣтъ самаго ствола воротной вены, а не отдѣльныхъ его вѣточекъ и волосныхъ сосудовъ.* Если при такихъ обстоятельствахъ существуетъ *caput Medusae* въ рѣзкой степени развитія, то мы имѣемъ нѣкоторое основаніе думать, что тромбозъ помѣщается не въ самомъ стволѣ воротной вены, а въ периферическихъ его вѣтвяхъ, и что, благодаря этому, изъ ствола *v. portae* наполняется кровью *v. umbilicalis*, чрезъ посредство которой главнымъ образомъ происходитъ коллатеральное кровообращеніе.

Если принять въ соображеніе, что закрытіе воротной вены повидимому влечетъ за собою индуративную атрофію печени, получающей при этомъ дольчатую форму, то становится ясно, что и въ этомъ отношеніи картина цирроза печени должна представлять сходство съ картиною тромбоза *v. portae*; къ тому же изъ опыта извѣстно, что поводомъ къ тромбозу воротной вены чаще всего служатъ именно циррозъ печени. Поэтому *дифференціальное распознаваніе* должно преимущественно основываться на *быстромъ* развитіи застойныхъ явленій и на *этіологіи* каждаго отдѣльнаго случая, т. е. необходимо задать себѣ вопросъ, появились ли эти симптомы быстро образовавшагося застоя въ области воротной вены при маразмѣ и неблагоприятныхъ условіяхъ кровообращенія вообще, а также существуетъ ли какая нибудь причина для прижатія ствола *v. portae*, напр. циррозъ, сифилисъ или ракъ печени, желчные камни, хроническое воспаленіе брюшины, повлекшее за собою рубцовое сморщиваніе, или, наконецъ, опухоль сосѣдняго органа (ракъ желудка, опухоль двѣнадцатиперстной кишки, поджелудочной железы или брюшныхъ лимфатическихъ железъ и т. д.), которая распространилась до печеночныхъ воротъ и производитъ снаружи прижатіе воротной вены.

Гнойное воспаленіе воротной вены (pylephlebitis suppurativa) сопровождается лихорадкою перемежающагося типа, при повторныхъ потрясающихъ ознобахъ, и остальными признаками *гнилостнаго зараженія*, именно — опуханіемъ суставовъ, метастазами въ легкихъ, тяжелыми мозговыми симптомами и общимъ истощеніемъ. *На спеціальное пораженіе печени и воротной вены указываютъ боли въ области печени, желтуха*, существующая по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, *и незначительные признаки застоя въ области воротной вены* (брюшная водянка, поносы, расширеніе венъ брюшной стѣнки, но эти явленія развиты въ очень умѣренной степени и наблюдаются непостоянно). *Увеличеніе селезенки* встрѣчается довольно постоянно, такъ какъ, помимо застоя въ области воротной вены, этому способствуютъ еще и другія причины, а особенно — гнилостное зараженіе. *Печень не увеличена*, пока въ ней не образовались абсцессы. Въ теченіи болѣзни можетъ присоединиться *гнойный перитонитъ*.

Распознаваніе гнойнаго воспаленія воротной вены (гнойнаго пилефлебита) всегда сопряжено съ большими трудностями. Поставить такой діагнозъ мы имѣемъ право лишь въ томъ случаѣ, если вышеозначенные

симптомы существуютъ во всей совокупности, да и при этихъ условіяхъ только тогда, когда возможно констатировать съ положительностью, или по крайней мѣрѣ, предполагать съ большою степенью вѣроятія специальную причину гнойнаго пилефлебита, т. е. воспалительный процессъ въ области корней воротной вены, или въ области пупочной вены у новорожденнаго. Особенно часто къ гнойному пилефлебиту приводятъ процессы изъязвленія и нагноенія въ области слѣпой кишки, развившіеся вслѣдствіе перитифлита, менѣе часто — воспаленные геморроидальные узлы и язвы желудка, затѣмъ абсцессы брыжжейки и селезенки. Желчные камни тоже могутъ быть причиною образованія гнойнаго тромба въ прилегающемъ участкѣ воротной вены, какъ это доказываетъ случай, который уже былъ нами сообщенъ.

Во всѣхъ этихъ отношеніяхъ этиологія гнойнаго пилефлебита совпадаетъ съ этиологіей абсцессовъ печени. Послѣдніе, къ тому же, чаще всего развиваются путемъ занесенія гноя въ печеночную ткань чрезъ воротную вену, или же они присоединяются къ гнойному пилефлебиту въ качествѣ послѣдовательнаго явленія. Поэтому картина пилефлебита отчасти совпадаетъ съ картиною абсцесса печени, и отличить пилефлебитъ съ послѣдовательно образовавшимся абсцессомъ печени отъ пилефлебита безъ абсцесса, при несомнѣнно существующемъ воспаленіи въ области корней воротной вены, мы имѣемъ возможность только тогда, когда абсцессы помѣщаются близко къ поверхности печени и доступны ошупыванію. *Абсцессъ печени, образовавшійся не вслѣдствіе гнойнаго пилефлебита, а другимъ путемъ, напр. чрезъ посредство печеночной артерій и т. д., отличается отъ абсцесса, явившагося осложненіемъ пилефлебита, только тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ застойныя явленія въ области воротной вены достигаютъ нѣкотораго развитія; съ другой стороны, въ чистыхъ случаяхъ пилефлебита, въ противоположность абсцессу, не существуетъ увеличенія печени, а также совершенно отсутствуетъ образованіе бугровъ и уменьшеніе консистенціи на поверхности органа.*

Аневризмы печеночной артерій.

Въ случаяхъ, до сихъ поръ наблюдавшихся, эта очень рѣдкая болѣзнь обнаруживалась присутствіемъ опухоли; послѣдняя, конечно, представляла пульсацію, а при выслушиваніи констатировались шумы. Однако, эти симптомы аневризмы печеночной артерій построены теоретически, на основаніи общихъ требованій діагностики. Но симптомы, дѣйствительно наблюдавшіеся до сихъ поръ, были слѣдующіе: *кровяная рвота* или *кровянистыя испраженія*, почти во всѣхъ случаяхъ — *желтуха*, вызванная прижатіемъ желчныхъ выводныхъ протоковъ, и *невралгическія боли* въ области печени или въ надчревной области, вызванныя давленіемъ опухоли на нервныя сплетенія въ печеночныхъ воротахъ.

Поэтому о точномъ *распознаваніи* аневризмы печеночной артерій

не можетъ быть рѣчи, и здѣсь былъ бы возможенъ развѣ только предположительный діагнозъ, да и то лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

Въ заключеніе, для того чтобы облегчить распознаваніе болѣзней печени, я прилагаю схематическое сопоставленіе важнѣйшихъ признаковъ, на которыхъ основаны

Схема для распозна

| Объемъ печени | | Консистенція печени | | | Край печени | | |
|---|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--|
| уменьшенъ. | увеличенъ. | мягкая, или доходящая до зыбленія. | нѣсколько тверже нормальной. | твердая. | тонкій, гладкій, или заостренный. | толстый закругленный. | бугристый, дольчатый. |
| простая атрофія атрофическая мускатная печень циррозъ сифилисъ печени (атрофическая форма встрѣчается, впрочемъ, довольно рѣдко) острая желтая атрофія печени | абсцессъ печени печень при скарлатинномъ діабетѣ флюксіонарная гиперемія. желтушная печень жирная печень пассивная гиперемія сифилитическая печень первая стадія цирроза печени лейкемія соединительно-тканная гиперплазія амилоидная печень ракъ печени эхинококкъ печени | жирная печень абсцессъ эхинококкъ. | простая атрофія желтушная печень гиперемія | циррозъ сифилитическая печень соединительно-тканная гиперплазія многогнѣздный эхинококкъ (впослѣдствіи консистенція становится мягкой) амилоидное перерожденіе ракъ | жирная печень желтушная печень соединительно-тканная гиперплазія (иногда край слегка закругленъ) эхинококкъ простая атрофія | жирная печень гиперемія амилоидная печень | циррозъ (вообще край рѣдко прощупывается) абсцессъ ракъ сифилитическая печень |

Примечаніе:
Вообще эта схема расположена такимъ образомъ, что симптомъ, обозначенный во главѣ каждаго столбца, имѣетъ больше свойственъ какой нибудь болѣзни печени, чѣмъ ниже эта болѣзнь помѣщена въ соответствующемъ столбцѣ.

вается діагнозъ. Послѣ всего сказаннаго въ настоящемъ отдѣлѣ, едва ли нужно упоминать о томъ, что наша схематическая таблица соответствуетъ только *обычной* симптоматологiи отдѣльных болѣзней печени, а исключенія изъ общаго правила не приняты во вниманіе.

ванія болѣзней печени.

| Поверхность печени | | Желтуха | | | Брюшная водянка | | Боль | Увеличение селезенки | |
|---|---|---|--|--|---|---|--|---|--------------|
| гладкая. | бугристая. | отсутствуетъ. | встрѣчается рѣдко. | встрѣчается часто. | отсутствуетъ. | существуетъ. | существуетъ. | отсутствуетъ. | существуетъ. |
| циррозъ въ 1-й стадіи гиперемія жирная печень желтушная печень соединительно-тканная гиперплазія амилоидная печень геміемія печень при сахарномъ диабетѣ острая желтая атрофія печени | циррозъ абсцессъ сифилитическая печень ракъ эхинококкъ | амилоидная печень pylephlebitis adhaesiva жирная печень | эхинококкъ и сифилисъ печени (только тогда, когда желчные каналы поражены болѣзненнымъ процессомъ непосредственно) — абсцессъ печени. | гиперемія многогнѣздный эхинококкъ циррозъ ракъ соединительно-тканная гиперплазія желтушная печень | жирная печень соединительно-тканная гиперплазія желтушная печень эхинококкъ абсцессъ | ракъ сифилитическая печень, съ рубцовымъ сморщиван. циррозъ pylephleb. (spec.) adhaes. амилоидная печень (брюшн. водянка зависитъ отъ основной болѣзни). многогнѣздный эхинококкъ гиперемія (въ позднѣйшія стадіи брюшная водянка встрѣчается постоянно). | многогнѣздный эхинококкъ острая желтая атрофія печени ракъ сифилисъ печени абсцессъ | ракъ жирная печень (увеличение селезенки встрѣчается рѣдко, при застояхъ въ области v. portae) гиперемія многогнѣздный эхинококкъ сифилисъ печени циррозъ соединительно-тканная гиперплазія амилоидная печень — вслѣдствие общаго запора раженія: при острой желтой атрофiи печени при абсцессѣ | |

Распознаваніе болѣзней поджелудочной железы.

Хотя въ фیزیологическомъ отношеніи поджелудочная железа играетъ весьма важную роль, хотя дѣйствіе отдѣляемаго ею секрета тщательно изучалось въ продолженіе десятилѣтій, однако до сихъ поръ еще не удалось найти такихъ клиническихъ симптомовъ, которые, выражая собою результатъ прекращенной или патологически измѣненной дѣятельности поджелудочной железы, служили бы постоянными или надежными признаками ея заболѣванія. Причина этого заключается повидимому въ томъ, что при прекращеніи дѣятельности поджелудочной железы компенсаторно усиливается дѣятельность другихъ железъ пищеварительнаго аппарата, такъ что прекращенное дѣйствіе панкреатическаго сока совершенно или почти совершенно уравнивается. Животныя, по крайней мѣрѣ, переносили экстирпацію поджелудочной железы безъ существеннаго нарушенія питанія, а особенно безъ того, чтобы послѣ операціи нарушалось всасываніе жира въ кишечномъ каналѣ. Этимъ самымъ объясняется тотъ фактъ, что у больныхъ обыкновенно не находили чрезмѣрно большаго содержанія жира въ испраженіяхъ, котораго между тѣмъ слѣдовало бы ожидать при всѣхъ заболѣваніяхъ поджелудочной железы, а особенно при полномъ перерожденіи ея, въ виду омыляющаго и эмульгирующаго дѣйствія, производимаго на жиры панкреатическимъ сокомъ.

Другое дѣйствіе панкреатическаго сока заключается, какъ извѣстно, въ томъ, что онъ превращаетъ бѣлковыя вещества въ пептоны, а эти послѣдніе—въ лейцинъ и тирозинъ, изъ которыхъ образуются скатолъ, фенолъ и преимущественно—*индолъ*. Такъ какъ послѣдній образуется изъ панкреатическаго пептона въ большемъ количествѣ, чѣмъ изъ бѣлковыхъ веществъ мяса, то пищеварительное дѣйствіе панкреатическаго сока, а слѣдовательно—трипсина, заключается, вѣроятно, въ томъ, что оно подготавливаетъ и увеличиваетъ образованіе индола. Между тѣмъ, индолъ есть предварительная ступень индикана, и слѣдовательно можно было бы ожидать, что содержаніе индикана въ мочѣ при болѣзняхъ поджелудочной железы будетъ *уменьшаться*. Дѣйствительно, новѣйшія фیزیологическія изслѣдованія (*Pisenti*), по которымъ перевязка выводнаго протока поджелудочной железы влечетъ за собою уменьшеніе количества индикана въ мочѣ до $\frac{1}{4}$ нормальной цифры, говорятъ въ пользу этого предположенія. То же самое подтверждается и клиническими наблюденіями. Такъ напр., еще недавно сообщенъ *Gerhardt* о единъ случай, гдѣ клиническія явленія указывали на непроходимость тонкихъ кишокъ, а между тѣмъ моча не содержала индикана, хотя выдѣленіе его при этой болѣзни всегда бываетъ даже увеличено. Причиной этого обстоятельства оказалась при анатомическомъ вскрытіи непроходимость двѣнадцатиперстной кишки вслѣдствіе прижатія увеличенною гѣморрагически воспаленною поджелудочною железою, разрушеніе которой положило конецъ образованію индола и имѣло, очевидно, своимъ послѣдствіемъ то, что моча совсѣмъ не содержала индикана. Но такъ какъ нормальная человѣческая моча всегда содержитъ лишь весьма незначительныя количества индикана, то полное отсутствіе его въ мочѣ или значительно уменьшенное выдѣленіе его при болѣзняхъ поджелудочной железы могло бы имѣть діагностическое значеніе только тогда, когда одновременно существующее заболѣваніе другаго органа, какъ это было въ упомянутомъ сейчасъ случаѣ, даетъ право ожидать съ положительностью, что содержаніе индикана въ мочѣ должно быть увеличено.

Топографическое сосѣдство поджелудочной железы съ солнечнымъ и верхнимъ брыжжеечнымъ сплетеніями дѣлаетъ уже напередъ вѣроятнымъ, что прижатіе этихъ

брюшных сплетений симпатического нерва патологически припухшею поджелудочною железой может вызывать явления со стороны нервной системы. И действительно, при болезнях поджелудочной железы были наблюдаемы *невралгическія боли* съ явлениями упадка силъ (*neuralgia coeliaca*). Со стороны поджелудочной железы может также происходить рефлекторное *задержаніе дѣятельности сердца* въслѣдствіе внезапнаго и чрезвычайно сильнаго раздраженія брюшной части симпатического нерва; эту возможность слѣдуетъ особенно предполагать въ тѣхъ интересныхъ случаяхъ внезапной смерти, наступившей подъ видомъ апоплексіи, гдѣ при анатомическомъ вскрытіи не оказывалось для объясненія катастрофы никакихъ другихъ измѣненій въ организмѣ, кромѣ обширной *геморрагической инфильтраціи поджелудочной железы* (*Zenker*). Наконецъ, необходимо еще вкратцѣ упомянуть объ *отношеніи поджелудочной железы къ гликозурии*. Нельзя отрицать того, что болезни поджелудочной железы довольно часто совпадаютъ съ гликозуріей. Доказано даже съ положительностью, что въ $\frac{1}{3}$ общаго числа случаевъ сахарнаго диабета встрѣчаются измѣненія этой железы, напр. жировое перерожденіе, атрофія, раковая опухоль и т. д. *Frerichs*, въ своей извѣстной монографіи, сообщилъ нѣсколько случаевъ, гдѣ сахарный диабетъ присоединялся непосредственно къ острому нагноенію поджелудочной железы. Но такъ какъ, съ другой стороны, гликозурія при заболѣваніяхъ этой послѣдней встрѣчается далеко не постоянно, то совпаденіе ея съ болезнями поджелудочной железы, повидимому, всего скорѣе должно имѣть свою причину въ брюшной части симпатического нерва, а особенно—въ солнечномъ сплетеніи (*Klebs* и *Munk*). Судя по всему, что намъ извѣстно о гликозурии, появляющейся въслѣдствіе поврежденія нервовъ, а особенно—симпатического и его вѣтвей, представляется наиболѣе вѣроятнымъ, что при этомъ въ печени происходитъ вазомоторное разстройство въ смыслѣ переполненія кровью и ускоренія кровообращенія, послѣдствіемъ чего и является гликозурія. Пораженіе брюшныхъ узловъ симпатического нерва можетъ быть явленіемъ первичнымъ, которое въ одно и то же время вызываетъ атрофію поджелудочной железы и гликозурию, или же въслѣдствіе значительнаго увеличенія этой железы происходитъ прижатіе солнечнаго сплетенія, а результатомъ такого прижатія является гликозурія. Въ этомъ второмъ случаѣ гликозурія хотя и составляетъ послѣдствіе заболѣванія поджелудочной железы, но все-таки она является лишь болѣе или менѣе случайнымъ *непостояннымъ результатомъ давленія, производимаго увеличенною железой на сосѣдніе органы*.

Слѣдовательно, въ качествѣ диагностическаго симптома болезней поджелудочной железы, гликозурія имѣетъ такъ же мало значенія, какъ и нѣкоторые другіе наблюдаемые при этихъ болезняхъ симптомы прижатія сосѣднихъ органовъ, напр. *желтуха, брюшная водянка* и т. п. Увеличенная *головка поджелудочной железы*, своимъ давленіемъ на прилегающій къ ней или прободающій ее общій желчный протокъ, можетъ вызвать застой желчи; съ другой стороны, оказывая давленіе на стволъ воротной вены, лежащій на желобообразной бороздкѣ ея медіальной части, она вызываетъ явленія застоя крови въ области этой вены, именно увеличеніе селезенки, брюшную водянку и т. д.

Изъ всего предыдущаго оказывается, что *хотя нѣкоторые симптомы и могутъ быть приведены въ причинную связь съ заболѣваніями поджелудочной железы, но ни одинъ изъ нихъ не имѣетъ большаго диагностическаго значенія*. Это вполне справедливо и по отношенію къ другимъ явленіямъ, считавшимся въ прежнее время патогностическими, напр. къ слюнотеченію и др. симптомамъ, о которыхъ не стоить даже упоминать. Нѣсколько болѣе удовлетворительныя данныя для распознаванія составляетъ *ошунываніе*, какъ это будетъ видно при нижеслѣдующемъ изложеніи діагностики отдѣльныхъ болезней поджелудочной железы.

Распознаванію всего скорѣе еще доступны *опухоли*, именно—*ракъ и киста поджелудочной железы*.

Ракъ поджелудочной железы.

Всѣ симптомы, приводившіеся въ качествѣ характерныхъ явленій рака поджелудочной железы, оказались при наблюденіи бѣльшаго числа случаевъ и при болѣе строгой критикѣ ненадежными. Только *ощупываніе* даетъ пригодные для діагноза результаты и позволяетъ иногда поставить, по крайней мѣрѣ, въ высшей степени вѣроятное распознаваніе рака поджелудочной железы, причемъ предполагается, что въ частномъ случаѣ могутъ быть съ нѣкоторою увѣренностью исключены опухоли другихъ органовъ брюшной полости, имѣющія значеніе при постановкѣ дифференціального діагноза.

Извѣстно, что у худощавыхъ субъектовъ, при вялыхъ брюшныхъ покровахъ, довольно нерѣдко удается безъ всякаго труда прощупать позвоночникъ чрезъ нижнюю часть epigastrii и среднюю область живота. Я могу съ положительностью увѣрить, что въ подобныхъ случаяхъ мнѣ иногда удавалось, между стеральнойю и парастеральной линіями на правой сторонѣ, *явственно прощупать головку здоровой поджелудочной железы чрезъ привратникъ желудка и поперечную часть ободочной кишки* (какъ это было доказано анатомическими вскрытіями). Слѣдовательно, опухоли поджелудочной железы должны быть нерѣдко доступны ощупыванію, тѣмъ болѣе, что развитіе рака сопровождается прогрессивнымъ исхуданіемъ.

Для того чтобы рѣшить, принадлежитъ ли прощупываемая опухоль поджелудочной железн или другимъ частямъ, прилежающимъ къ ней сбоку или спереди, т. е. привратнику желудка, двѣнадцатиперстной кишкѣ, поперечной части ободочной кишки или печеночнымъ воротамъ, необходимо ставить діагнозъ путемъ исключенія. Всего легче можетъ быть исключена *опухоль поперечной части ободочной кишки*: она лежитъ гораздо поверхностнѣе, отличается своею подвижностью, мѣняетъ самопроизвольно свое мѣсто, затрудняетъ поступательное движеніе кала и вызываетъ метеоризмъ въ восходящей части ободочной кишки. Кровянистыя испражненія встрѣчаются при обѣихъ болѣзняхъ.

Отличить ракъ поджелудочной железы отъ *рака двѣнадцатиперстной кишки* невозможно, такъ какъ въ первомъ случаѣ, благодаря давленію на двѣнадцатиперстную кишку, должны существовать тѣ же симптомы, что и во второмъ, т. е. желтуха, прижатіе воротной вены съ его послѣдствіями, невралгическія боли, а въ особенности также служеніе просвѣта двѣнадцатиперстной кишки, со рвотою (причемъ извергаются массы не каловыя) и послѣдовательнымъ расширеніемъ желудка. Развѣ только въ случаѣ присоединенія симптомовъ непроходимости кишекъ обильное содержаніе индикана въ мочѣ могло бы еще свидѣтельствовать *противъ* рака головки pancreatis (въ которой обыкновенно помѣщается новообразованіе). Съ другой стороны, *въ пользу* рака

поджелудочной железы отчасти может свидетельствовать обильное содержание жира в испражнениях (хотя отсутствие его никоимъ образомъ не доказываетъ отсутствіи рака въ этомъ органѣ), а также *продолговатая* форма опухоли, въ тѣхъ именно случаяхъ, когда новообразование, слѣдуя направленію поджелудочной железы, разрастается отъ правой парастеральной линіи въ лѣвую сторону. *Совершенно то же самое* относится къ дифференціальному распознаванію рака поджелудочной железы отъ *опухолей, находящихся въ печеночныхъ воротахъ*.

Легче можно отличить *раковую опухоль привратника желудка*, о которой чаще всего идетъ рѣчь при постановкѣ дифференціального діагноза. Въ пользу рака привратника говоритъ болѣе поверхностное положеніе опухоли, значительная подвижность ея и отсутствіе реакціи на соляную кислоту въ жидкости, извернутой рвотою, а въ пользу *рака поджелудочной железы*, помимо обильнаго содержанія жира въ испражненияхъ, — неподвижная опухоль, прощупываемая въ глубинѣ около позвоночника, затѣмъ осложненіе желтухой и симптомами прижатія воротной вены, т. е. увеличеніемъ селезенки, брюшною водянкою и т. д. Благодаря давленію опухоли на брюшную аорту, непосредственно прилегающую къ задней поверхности поджелудочной железы, могутъ также появляться стеногическіе шумы, которые слышны по направленію бѣлой линіи живота, начиная отъ надчревной области и далѣе книзу.

Другіе симптомы, наблюдаемые при ракъ поджелудочной железы, именно — расстройства пищеваренія, боль въ надчревной области, альбуминурия и т. п., не имѣютъ для діагноза никакого значенія.

Поверхность раковой опухоли поджелудочной железы обыкновенно представляется неровною, а консистенція — твердою. Если же, напротивъ того, опухоль, находящаяся въ области поджелудочной железы, имѣетъ гладкую поверхность и мягкую зыблящуюся консистенцію, то можно думать о присутствіи *кисты* въ этомъ органѣ.

Киста поджелудочной железы.

Уже нѣсколько разъ удавалось распознать кисту до производства операціи, и въ послѣднее время распознаваніе ея приобрѣло большой хирургическій интересъ. Опухоль можетъ достигать величины дѣтской головки или еще болѣе и даже выполнять всю полость живота. Она оттѣсняетъ предъ собою желудокъ или поперечную часть ободочной кишки (какъ это особенно ясно можетъ быть обнаружено при искусственномъ ихъ расширеніи углекислотою), оказывается совершенно или почти неподвигною при дыханіи и иногда представляетъ пульсацію, сообщенную отъ аорты. Особенно важны появляющіеся иногда періодическіе приступы боли, которые имѣютъ діагностическое значеніе въ томъ смыслѣ, что симптомы *neuralgiae coeliacae* не встрѣчаются ни при какой другой

кисть въ верхней области живота. Давленіемъ опухоли на солнечное сплетеніе всего вѣроятнѣе должно быть объяснено неоднократно наблюдавшееся совпаденіе кисты поджелудочной железы съ диабетомъ (сахарнымъ и не-сахарнымъ). *Дифференціальное распознаваніе* колеблется главнымъ образомъ между кистой поджелудочной железы, съ одной стороны, и эхинококкомъ какого либо брюшнаго органа, кистой яичника или гидронефрозомъ—съ другой. При этомъ особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на вышеуказанные признаки кисты поджелудочной железы и на первоначальное появленіе опухоли въ верхней области живота. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ о мѣстонахожденіи кисты можетъ быть разрѣшенъ *пробнымъ проколомъ*, причемъ въ содержимомъ ея обыкновенно оказываются эпителиальныя клѣтки, кровяныя тѣльца и *ферменты панкреатическаго сока*, именно—ферментъ, превращающій крахмалъ въ сахаръ, и, чтó еще важнѣе,—ферментъ, эмульгирующій жиры. Кромѣ того, жидкость въ кистахъ поджелудочной железы содержитъ значительное количество бѣлка, въ отличіе отъ жидкости, происходящей изъ мѣшка эхинококка, которая не заключаетъ въ себѣ бѣлка и содержитъ характеристическіе крючки.

Отсутствіе *жировыхъ испражнений*, уже само по себѣ не свидѣтельствующее противъ заболѣванія поджелудочной железы, не имѣетъ при кистахъ этого органа никакого діагностическаго значенія, потому что киста, *помѣщаясь обыкновенно въ хвостовой части и самомъ тѣлѣ поджелудочной железы*, не вполне прекращаетъ отдѣленіе панкреатическаго сока и опорожненіе его въ кишечный каналъ.

Предполагать, что другія болѣзни поджелудочной железы, напр. *простое воспаленіе, атрофія* и т. п., могутъ быть распознаваемы даже съ *приблизительною* точностью, было бы *ошибочно*, въ виду современнаго состоянія нашихъ знаній о діагностическомъ значеніи вышеописанныхъ симптомовъ, представляемыхъ болѣзнями поджелудочной железы. При этомъ всегда дѣло идетъ только о *предположеніяхъ*, позволятельныхъ однако лишь въ такихъ случаяхъ, когда существуетъ совпаденіе нѣсколькихъ симптомовъ изъ числа вышеописанныхъ, которые указываютъ на заболѣваніе поджелудочной железы, и когда въ пользу ея заболѣванія говоритъ дифференціальныи діагнозъ, тщательно установленный путемъ исключенія.

Распознаваніе болѣзней селезенки.

Хотя о физиологическомъ значеніи селезенки извѣстно почти только то, что она имѣетъ определенное отношеніе къ образованію крови и что вылушеніе ея можетъ быть произведено безъ опасности для жизни и безъ ущерба для отправленій организма, однако болѣзни ея извѣстны гораздо лучше и доступны гораздо болѣе вѣрному распознаванію, чѣмъ болѣзни поджелудочной железы. Причина этого обстоятельства несомнѣнно заключается во первыхъ въ томъ, что болѣзни селезенки встрѣчаются не-

сравненно чаще болѣзней поджелудочной железы, а въ вторыхъ въ томъ, что измѣненія селезенки гораздо болѣе доступны физической діагностикѣ. Даже незначительныя увеличенія селезенки могутъ быть опредѣлены съ абсолютною точностью, но не столько перкуссіей, сколько *ощупываніемъ*, которое я считаю при изслѣдованіи этого органа единственнымъ методомъ, дающимъ дѣйствительно надежные результаты. Впрочемъ, для того, чтобы посредствомъ ощупыванія опредѣлять небольшія увеличенія селезенки, требуется нѣкоторая опытность и въ то же время необходимо пользоваться извѣстными преимуществами, доставляемыми цѣлесообразнымъ положеніемъ больного во время изслѣдованія. Больной долженъ находиться въ положеніи среднемъ между положеніемъ на боку и положеніемъ на спинѣ, закинувъ лѣвую руку на голову, а для того, чтобы достигнуть по возможности полнаго расслабленія брюшныхъ покрововъ, онъ долженъ нѣсколько притянуть нижнія конечности къ животу, слегка упираясь затылкомъ въ подушку, и производить очень медленные глубокія вдыханія. Врачъ становится по правую сторону больного, обхватываетъ лѣвою рукою соотвѣтственно аксиллярной линіи самую нижнюю часть лѣвой половины грудной кѣтки и слегка отдавливаетъ ее въ правую сторону, между тѣмъ какъ правою рукою, положенною ладью на брюшную стѣнку (приблизительно въ направленіи линіи, идущей отъ правой *crista pubis* къ лѣвому реберному углу), онъ постепенно проникаетъ подъ реберную дугу и старается опредѣлить, прощупывается ли верхушка селезенки въ моментъ самаго глубокаго вдыханія. Селезенка, если она увеличена, почти всегда прощупывается, причемъ необходимо также обратить вниманіе на ея консистенцію и на измѣненіе ея формы, если таковое существуетъ. *Основываясь на долготнѣмъ опытѣ, я считаю весьма сомнительными тѣ увеличенія селезенки, которыя констатируются только выстукиваніемъ, но недоступны ощупыванію; въ подобныхъ случаяхъ я никогда съ положительностію не ставлю діагноза увеличенія селезенки, и, благодаря такой осторожности, мнѣ уже неоднократно приходилось избѣгать ошибочныхъ діагнозовъ, какъ это доказывалось анатомическими вскрытіями.*

Гиперемія и гиперплазія селезенки.

Надежныхъ симптомовъ для распознаванія этихъ болѣзней селезенки не существуетъ, за исключеніемъ только увеличенія органа, которое констатируется при ощупываніи. Поэтому, мы должны въ первыхъ *установить, дѣйствительно ли органъ, прощупываемый увеличеннымъ, представляетъ селезенку*, а въ вторыхъ, такъ какъ почти всѣ болѣзни селезенки сопровождаются увеличеніемъ органа, мы должны еще опредѣлить, *существуютъ ли въ данномъ случаѣ такіе этиологическіе моменты, которые давали бы право распознать гиперемію или простую гиперплазію этого органа.*

Что касается *перваго* пункта, то дифференціальное распознаваніе, въ противоположность другимъ опухолямъ брюшной полости, не представляетъ большихъ затрудненій. Ошибочнаго смѣшиванія съ другими опухолями брюшной полости можно избѣгнуть гораздо легче, чѣмъ при опухоляхъ почекъ, кишечнаго канала и т. д. Прежде всего, отъ ошибочнаго діагноза гарантируетъ уже самое положеніе опухоли: увеличенная селезенка вырастаетъ изъ лѣваго подреберья, и притомъ въ направленіи къ правой *crista pubis*. Поверхность ея можетъ быть ясно прослѣжена снизу вверхъ до реберной дуги, *и въ этомъ мѣстѣ никогда не*

удается обхватить рукою верхній край опухоли, такъ какъ верхняя часть ея цѣликомъ помѣщается подъ сводомъ грудобрюшной преграды (исключеніе изъ этого правила имѣетъ мѣсто только тогда, когда случайно увеличена блуждающая селезенка). *Положеніе органа весьма легко измѣняется при глубокомъ вдыханіи*: если слегка надавливать пальцами по направленію къ переднему краю селезенки и заставить больного, чтобы онъ производилъ по возможности глубокія вдыханія, то мы обыкновенно находимъ, что увеличенная селезенка при этомъ значительно перемѣщается внизъ. Почти еще болѣе важное значеніе имѣетъ форма увеличеннаго органа. Она представляется болѣе или менѣе овальною, и весьма характерный видъ имѣетъ при этомъ закругленный передній край селезенки, который выпяченъ по направленію къ правому лонному гребешку и всегда *легко обхватывается пальцами*; рѣдко, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчаются выемки на переднемъ краѣ органа (т. н. *crenae lienis*).

Смѣшать опухоль селезенки съ опухолью какого нибудь другаго органа довольно трудно, и такая ошибка возможна развѣ только по отношенію къ *раковой опухоли дна желудка*. Ошибочнаго діагноза можно избѣжать, если твердо помнить, что въ такихъ случаяхъ верхній закругленный контуръ раковой опухоли желудка еще можетъ быть обхваченъ книзу отъ реберной дуги или въ самомъ подреберьи, если подъ ребра постепенно проникнуть пальцами ошупывающей руки. Кромѣ того, дифференціальный діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи другихъ симптомовъ, существующихъ при ракъ желудка. Діагностическая ошибка болѣе возможна въ томъ случаѣ, когда *лѣвая доля печени сильно удлинена въ лѣвую сторону* или даже совершенно прикрываетъ селезенку (что наблюдается весьма нерѣдко). При этомъ прежде всего нужно констатировать непосредственное сліяніе опухоли съ нижнимъ краемъ печени въ надчревной области, опредѣлить форму передняго конца опухоли, представляющуюся при увеличеніи селезенки закругленною, и то направленіе, въ какомъ перемѣщается опухоль при глубокомъ вдыханіи: увеличенная селезенка при глубокомъ вдыханіи всегда перемѣщается въ болѣе діагональномъ направленіи, а увеличенная печень — въ болѣе вертикальномъ, т. е. сверху внизъ. Однако, я долженъ замѣтить, что относительно этого послѣдняго пункта въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ невозможно избѣжать ошибки, если брюшные покровы очень толсты и сильно напряжены.

Когда такимъ образомъ установлено, что увеличенный органъ дѣйствительно представляетъ селезенку, необходимо затѣмъ произвести микроскопическое изслѣдованіе крови, чтобы исключить лейкомію, и только тогда уже на основаніи тщательной оцѣнки этиологическихъ моментовъ мы должны постараться опредѣлить, какая спеціальная форма увеличенія селезенки существуетъ въ данномъ случаѣ.

Въ этомъ отношеніи нужно руководствоваться слѣдующими правилами.

Застойная селезенка должна быть предполагаема въ томъ случаѣ, когда одновременно съ увеличеніемъ этого органа существуютъ расстройства кровообращенія въ печеночныхъ вѣтвяхъ воротной вены. Изъ различныхъ болезней печени чаще всего эти расстройства кровообращенія вызываются циррозомъ, очень рѣдко — сифилитическимъ заболѣваніемъ и многогнѣзнымъ эхинококкомъ, довольно часто (болѣе чѣмъ въ 50% общаго числа случаевъ) — многогнѣзнымъ эхинококкомъ и, наконецъ, гипереміей этого органа, при которой оттокъ крови изъ воротной вены затрудненъ вслѣдствіе переполненія волосныхъ сосудовъ со стороны нижней полой вены. Затрудненіе это, впрочемъ, довольно незначительно, такъ что увеличеніе селезенки вслѣдствіе застоя крови со стороны нижней полой вены при хроническихъ болѣзняхъ сердца и легкихъ встрѣчается не такъ часто, какъ слѣдовало бы ожидать съ теоретической точки зрѣнія. Но если при эмфиземѣ легкихъ или при цирротическихъ процессахъ въ легочной ткани или при болѣзни сердца оказывается увеличеніе селезенки, то всегда слѣдуетъ подумать прежде всего о застойной селезенкѣ, и отказаться отъ этого діагноза можно лишь въ томъ случаѣ, когда существуютъ особенные этиологическіе моменты, напр. перенесенная больнымъ перемежающаяся лихорадка и т. п., которые говорятъ больше въ пользу того, что увеличеніе органа имѣетъ иное происхожденіе. Однако, для того чтобы можно было съ положительностью поставить діагнозъ увеличенія селезенки, обусловленнаго застоемъ крови со стороны нижней полой вены, необходимо, чтобы печень также была найдена въ состояніи пассивной гипереміи.

При нѣкоторыхъ болѣзняхъ печени встрѣчается съ довольно большимъ постоянствомъ увеличеніе селезенки, которое не можетъ быть объяснено затрудненнымъ кровообращеніемъ въ области воротной вены. Это бываетъ именно при соединительнотканной гиперплазіи, амилоидномъ перерожденіи, острой желтой атрофіи и абсцессѣ печени. Послѣднія двѣ болѣзни, очевидно, подаютъ поводъ къ гиперплазіи селезенки только чрезъ посредство общей *инфекціи*, съ которою онѣ связаны (при абсцессѣ печени, впрочемъ, селезенка бываетъ увеличена не особенно часто).

Отъ общей же инфекціи зависитъ увеличеніе селезенки въ тѣхъ многочисленныхъ случаяхъ, гдѣ оно является при *инфекціонныхъ болѣзняхъ*. Подробно перечислять эти послѣднія было бы бесполезно, и мы должны только замѣтить, что съ наибольшимъ постоянствомъ увеличеніе селезенки встрѣчается при *болотной лихорадкѣ* и *брюшномъ тифѣ*, при которомъ она, не смотря на свою мягкую консистенцію, *прощупывается почти всегда и довольно легко*, между тѣмъ какъ на основаніи очень большаго числа наблюденій я долженъ, въ противоположность другимъ авторамъ, заявить, что *инфекціоннаго опуханія селезенки при крупозной пневмоніи я обыкновенно не находилъ* (въ 73% общаго числа случаевъ), *а при сепсисѣ сифилисѣ почти никогда его не наблюдалъ*. Въ мѣстностяхъ, гдѣ господствуетъ болотная

лихорадка, *хроническое увеличение селезенки* встречается очень часто, и притом не только у таких субъектов, у которых неоднократно бывали приступы перемежающейся лихорадки, но и у таких, которые никогда лихорадкой не страдали. Увеличение селезенки при этих условиях обыкновенно сопутствуется общим малокровием, между тем какъ въ мѣстностяхъ, вполне свободныхъ отъ болотной лихорадки, подобное сочетаніе наблюдается очень рѣдко.

Насколько часто увеличение селезенки встрѣчается при хронической малярійной инфекціи, настолько же *рѣдко* оно развивается въ теченіи *сифилиса* и *хронической буторчатки*.

Увеличение селезенки можетъ также обуславливаться болезнями крови, конституціональными заболѣваніями и аномаліями объема веществъ; сюда относятся лейкозія, псевдолейкемія, англійская болѣзнь и т. д.

Діагностика увеличеній селезенки, обуславливаемыхъ амилоиднымъ перерожденіемъ, новообразованіями этого органа, паразитами и т. д., требуетъ отдѣльнаго изложенія.

Наконецъ, въ мѣстностяхъ, вполне свободныхъ отъ маляріи, встрѣчаются случаи увеличенія селезенки, причины котораго совершенно неизвѣстны и не могутъ быть обнаружены даже при анатомическомъ вскрытіи.

Эмболія, гѣморрагическій инфарктъ и абсцессъ селезенки.

Если въ артеріальной системѣ имѣются условія къ образованію кровяныхъ сгустковъ и дальнѣйшему занесенію ихъ въ другія артеріи, то можетъ наступить эмболія селезенки и образованіе гѣморрагическаго инфаркта въ этомъ органѣ. Подобныя условія существуютъ именно при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ легкаго, при заболѣваніяхъ эндокардіа въ лѣвомъ предсердіи или желудочкѣ, при аневризматическомъ расширеніи или артеріосклеротическомъ пораженіи аорты, отъ ея начала до селезеночной артеріи. Статистика показала, что если вообще при этихъ условіяхъ дѣло доходитъ до эмболіи, то она, за исключеніемъ почекъ, встрѣчается чаще всего въ селезенкѣ. Рѣже наблюдаются мѣстные тромбозы селезеночной артеріи (большею частью вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности), главнымъ образомъ при кахектическихъ состояніяхъ и при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, сравнительно всего чаще при брюшномъ тифѣ.

Иногда наступленіе эмболіи селезеночной артеріи обнаруживается *по-трясающимъ ознобомъ* и рвотой; если образуется гѣморрагическій инфарктъ, то спустя короткое время появляется *увеличеніе селезенки*, которая обыкновенно бываетъ *болѣзненна* при ощупываніи. Если въ теченіи какого нибудь порока сердца или аневризмы аорты и т. п. обнаруживается упомянутая совокупность симптомовъ, то мы вправѣ съ нѣкоторою увѣренностью поставить діагнозъ эмболіи селезенки, тѣмъ болѣе, когда еще появляются признаки, указывающіе на эмболію въ другихъ органахъ, напр. боль въ области почекъ и гѣматурія, гемиплегія и т. д.

Если въ тромбѣ или эмболической пробкѣ находятся возбудители нагноенія, то образуется *абсцессъ селезенки*. *Распознаваніе* абсцесса

основывается на повторномъ появленіи потрясающихъ ознобовъ, на лихорадкѣ, представляющей рѣзкія колебанія температурной кривой, на сильномъ разстройствѣ общаго состоянія, однимъ словомъ—на симптомахъ, дѣлающихъ вѣроятнымъ нагноеніе въ какомъ нибудь органѣ. Если при этомъ появляется опуханіе селезенки, котораго раньше не было, такъ что оно указываетъ на присоединившееся мѣстное заболѣваніе, и если въ данномъ случаѣ несомнѣнно имѣются причины къ наступленію эмболии, то мы вправѣ распознать съ большою степенью вѣроятія абсцессъ селезенки. Этотъ діагнозъ приобретаетъ *полную достоверность*, если на *поверхности органа* прощупываются *зыблящіеся мѣста*, или же, если селезенка, бывшая до тѣхъ поръ увеличенною, внезапно уменьшается въ объемѣ, и если при этомъ въ испражненіяхъ, въ мочѣ, во рвотѣ и т. п. обнаруживается присутствіе гноя. Послѣдній можетъ также прорваться въ полость брюшины, и тогда появляются признаки перитонита, который обыкновенно захватываетъ всю брюшину и имѣетъ смертельный исходъ, но иногда бываетъ болѣе ограниченнымъ и оканчивается выздоровленіемъ, какъ мнѣ пришлось это видѣть еще очень недавно въ одномъ случаѣ.

Если абсцессъ селезенки, при вышеописанномъ остромъ или подостромъ теченіи болѣзни и при тяжелыхъ симптомахъ, которыми она сопровождается, производитъ зыбленіе на поверхности органа, то смѣшать его съ другими зыблящимися опухолями селезенки, напр. съ эхинококкомъ, невозможно, и это было бы мыслимо развѣ въ томъ случаѣ, когда въ самомъ пузырьѣ эхинококка наступило нагноеніе.

Воспаленіе селезенки. Splenitis.

Кромѣ воспаленія селезенки, вызваннаго эмболией, существуетъ еще одна форма воспаленія этого органа, которая считается послѣдствіемъ распространенія воспалительнаго процесса съ сосѣднихъ частей, именно съ лѣваго легкаго, съ желудка, брюшины, или съ соединительной ткани, окружающей лѣвую почку. Распознать съ положительностью эту форму воспаленія селезенки едва ли возможно; но все-таки она можетъ быть предполагаема, по крайней мѣрѣ, съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, если существуетъ боль въ области селезенки, при увеличеніи самого органа, и если вышеупомянутые сосѣдніе органы находятся въ состояніи сильнаго воспаленія или гангрены, или же, если предшествовало травматическое поврежденіе, которое повело къ ушибу селезенки и этимъ самымъ создало въ ней благопріятную почву для возбудителей воспаленія.

Разрывъ селезенки.

Очень сильное травматическое поврежденіе можетъ также вмѣсто воспаленія селезенки повести къ *разрыву* этого органа. Селезеночная капсула при этомъ особенно легко разрывается, если она уже раньше была чрезмѣрно растянута вслѣдствіе опуханія селезенки. Но для такого разрыва даже не требуется случайной причины, въ видѣ травматическаго поврежденія или въ видѣ повышенія внутрибрюшнаго давления при сильныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса, при кашлѣ или рвотѣ: капсула при быстромъ увеличеніи селезенки можетъ разорваться единственно вслѣдствіе чрезмѣрнаго и постоянно усиливающагося опуханія селезеночной ткани. Это заболѣваніе, во-

обще очень рѣдкое, обнаруживается симптомами внутренняго кровотеченія, именно упадкомъ силъ, быстрымъ наступленіемъ блѣдности общихъ покрововъ, исчезаніемъ пульса и т. д. На селезенку, какъ на причину этихъ признаковъ истеченія кровью, указываетъ заявленіе больного, что гдѣ-то въ полости живота произошелъ разрывъ и что боль сосредоточивается въ лѣвомъ подреберьи, а особенно то обстоятельство, что тяжелые симптомы обнаружались внезапно у такого субъекта, у котораго до тѣхъ поръ несомнѣнно существовало острое опуханіе селезенки. Впрочемъ, діагнозъ можетъ быть поставленъ только съ большимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, а не съ полною увѣренностью.

Амилоидная селезенка.

Амилоидное перерожденіе селезенки характеризуется *твердою, гладкою, толстою опухолью*; но такъ какъ твердая консистенція не можетъ служить отличительнымъ признакомъ отъ другихъ хроническихъ опуханій селезенки, то діагнозъ становится возможнымъ только тогда, когда существуютъ причины для амилоиднаго перерожденія органовъ вообще и когда перерожденіе ихъ обнаруживается соотвѣтствующими признаками. Лучше всего никогда не ставить этого діагноза, если заболѣваніе селезенки не предшествовалось продолжительнымъ нагноеніемъ, костюдой или омертвѣніемъ костей, легочною чахоткою или застарѣлымъ сифилисомъ. Коль скоро обнаруженъ одинъ изъ этихъ этиологическихъ моментовъ, твердая опухоль селезенки представляется чрезвычайно подозрительною въ смыслѣ амилоиднаго перерожденія; но полную достовѣрность приобрѣтаетъ діагнозъ лишь въ томъ случаѣ, если печень также увеличивается въ объемѣ и получаетъ твердую консистенцію, если существуетъ альбуминурія вмѣстѣ съ остальными признаками «амилоидной мочи» и если могутъ быть констатированы признаки водянки. Но такъ какъ селезенка часто бываетъ первымъ органомъ, подвергающимся амилоидному перерожденію, то вышеупомянутыя явленія со стороны другихъ органовъ могутъ отсутствовать, и тогда самое распознаваніе амилоидной селезенки можетъ быть сдѣлано развѣ только съ большею или меньшею степенью вѣроятія.

Новообразованія. Сифилитическія измѣненія селезенки.

Новообразованія селезенки встрѣчаются рѣдко, и отличить ихъ отъ простой гиперплазіи этого органа при жизни больного очень трудно; распознаваніе бываетъ возможно только при совпаденіи особенно благоприятныхъ условій. Прежде всего, предполагать новообразованіе, а не хроническое увеличеніе селезенки, можно лишь въ томъ случаѣ, если *поверхность увеличеннаго органа представляется неровною*, или же если на ней прощупываются болѣе значительные узлы, и только при этомъ предварительномъ условіи можетъ быть рѣчь о дифференціальномъ распознаваніи саркомы или раковой опухоли, изолированныхъ большихъ группъ бугорковъ или гуммозныхъ опухолей селезенки. Бугорчатка представляется вѣроятною, если дѣло идетъ о чахоточномъ взросломъ больномъ, а особенно о чахоточномъ ребенкѣ, раковая опухоль—если существуетъ первичный ракъ въ какомъ нибудь другомъ органѣ, напр. въ желудкѣ, печени и т. д., а саркома—въ томъ случаѣ, если узлы въ селезенкѣ развились,

первичнымъ образомъ или же, если существуетъ общая sarcomatosis, которая встрѣчается нерѣдко, и если въ то же время можетъ быть исключена гуммозная опухоль.

Гуммозная опухоль или *сифилома* представляетъ относительно самое частое новообразование въ селезенкѣ, да и вообще сифилисъ не очень рѣдко приводитъ къ измѣненіямъ этого органа. Кромѣ гиперплазіи и амилоиднаго перерожденія, развившихся на почвѣ сифилиса и о которыхъ мы уже говорили, застарѣлый сифилисъ обнаруживается въ селезенкѣ образованіемъ гуммозныхъ узловъ. Послѣдніе, локализируясь въ селезеночной ткани, могутъ всосаться при соответствующемъ лѣченіи, какъ и вообще гуммозныя опухоли въ другихъ органахъ, и тогда вмѣсто узловъ прощупываются втягиванія на поверхности селезенки. Эти втягиванія, образующіяся вслѣдствіе гиперплазіи и сморщиванія соединительной ткани, встрѣчаются также въ видѣ самостоятельнаго сифилитическаго заболѣванія селезенки, именно въ видѣ «*сифилитическаго склероза*», особенно при врожденномъ сифилисѣ. Распознаваніе вышеупомянутыхъ сифилитическихъ измѣненій селезенки облегчается не только анамнезомъ, но въ особенности еще и тѣмъ, что совершенно такія же измѣненія, т. е. амилоидное перерожденіе, гуммозныя опухоли и соединительнотканныя уплотненія, существуютъ и въ печени.

Паразиты селезенки.

Диагностическій интересъ представляетъ только эхинококкъ селезенки, да и то лишь на второмъ планѣ, такъ какъ болѣзнь эта рѣдко встрѣчается самостоятельно, а въ большинствѣ случаевъ существуетъ вмѣстѣ съ эхинококкомъ печени. Диагнозъ основывается на констатированіи зыблящейся опухоли селезенки. Если на основаніи неоднократно упоминавшихся симптомовъ доказано, что опухоль принадлежитъ селезенкѣ, и если въ ней констатируется зыбленіе, то въ такомъ случаѣ рѣчь можетъ идти только объ абсцессѣ, или о нагноившемся пузырьѣ эхинококка, или объ эхинококкѣ съ прозрачнымъ содержимымъ. Первые двѣ болѣзни сопровождаются нагноительною лихорадкою, и качество жидкости можетъ быть опредѣлено посредствомъ пробнаго прокола, какъ это было уже описано по поводу эхинококка печени. Вообще же относительно дальнѣйшихъ подробностей мы должны сослаться на ту главу, гдѣ описана послѣдняя болѣзнь.

Воспаленіе серознаго покрова селезенки. Perisplenitis.

Болезнь эта рѣдко наблюдается какъ послѣдствіе травматическаго поврежденія селезенки, сравнительно чаще — въ связи съ вышеописанными заболѣваніями селезеночной ткани (особенно съ геморрагическимъ инфарктомъ селезенки) и воспаленіемъ брюшины, захватившимъ селезеночную капсулу. Диагнозъ оказывается легкимъ, если при перемѣщеніи селезенки во время дыхательныхъ движеній *прощупывается* грубое треніе. Сравнительно менѣе достовѣрнымъ онъ представляется въ томъ случаѣ, когда треніе констатируется только при выслушиваніи, такъ какъ при неувеличенной селезенкѣ этотъ шумъ не можетъ быть отличенъ отъ плевритическаго шума тренія, бывающаго при сухомъ плевритѣ въ пазухѣ лѣвой плевры, въ области, которой помѣщается почти вся селезенка. Воспаленіе серознаго покрова селезенки можетъ быть предполагаемо развѣ въ томъ случаѣ, когда этотъ шумъ сильнѣе слышенъ въ нижней половинѣ селезеночной тупости, чѣмъ въ верхней, и когда онъ при выслушиваніи стетоскопомъ, вдвинутомъ подъ реберную дугу, оказывается въ этомъ мѣстѣ болѣе громкимъ или, по крайней

мѣръ, не болѣе слабымъ, чѣмъ при выслушиваніи чрезъ грудную стѣнку. Боль, ощущаемая въ области селезенки, особенно при дыханіи, не имѣетъ для діагноза никакого значенія. При хроническомъ воспаленіи серознаго покрова могутъ прощупываться углубленія на поверхности селезенки, или могутъ образоваться такіа обширныя сращенія съ сосѣдними органами, что селезенка плотно приростаетъ къ грудной стѣнкѣ и оказывается уже совершенно неподвижною.

Измѣненія въ формѣ и положеніи селезенки. Блуждающая селезенка.

Объ *измѣненіяхъ въ формѣ селезенки*, вызываемыхъ новообразованіями и сифилитическими процессами сморщиванія, мы уже говорили. Но, помимо этого, иногда еще встрѣчаются врожденныя аномаліи, особенно—дольчатая форма органа вслѣдствіе образованія глубокихъ выемокъ, которыя могутъ прощупываться, если селезенка, имѣющая такую необычную форму, увеличилась въ объемѣ, и тогда онѣ могутъ быть невѣрно истолкованы, если врачъ не знаетъ о существованіи подобныхъ аномалій. Кромѣ того, встрѣчаются прибавочныя селезенки, виисящія на нижнемъ концѣ органа и иногда достигающія размѣровъ грецкаго орѣха.

Болѣе важное значеніе для діагностики имѣютъ *измѣненія въ положеніи селезенки*, обусловленныя давленіемъ сверху (при плевритическихъ выпотахъ и т. д.) или снизу (вслѣдствіе метеоризма, новообразованій въ брюшной полости и проч.). Такое смѣщеніе селезенки, насколько я могу судить по моему личному опыту, недоступно распознаванію, и это относится не только къ оттѣсненію ея вверхъ, но и къ смѣщенію внизъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ селезенка, если она не увеличена, не опускается замѣтнымъ образомъ при вдыханіи и поэтому недоступна ощупыванію.

Напротивъ того, очень легко и съ полною достовѣрностью можетъ быть распознаваема та аномалія, при которой селезенка оказывается чрезвычайно подвижною, благодаря растяженію *lig. gastrolienalis*, *a. lienalis* и *v. lienalis* (такъ наз. *блуждающая селезенка*, *lien mobilis*). Соотвѣтственно положенію селезенки, т. е. между 9-мъ и 11-мъ ребрами, мы находимъ при выстукиваніи тимпанической звукъ, который опять становится тупымъ, когда органъ, лежащій въ какомъ либо другомъ мѣстѣ живота, будетъ отодвинутъ обратно въ лѣвое подреберье. Подвижный органъ обыкновенно легко прощупывается около лѣваго подреберья, рѣдко—еще ниже, въ пупочной или лѣвой подвздошной области, или даже въ маломъ тазу. Онъ представляется при этомъ въ видѣ овальной опухоли, имѣющей форму селезенки; иногда удается прощупать выемки на переднемъ краѣ органа (*crenae lienis*), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—пульсирующую селезеночную артерію. Опухоль можетъ быть безъ всякаго труда перемѣщаема въ брюшной полости и

вправлена въ лѣвое подреберье, если смѣщенная селезенка, въ своемъ новомъ положеніи, не срослась съ сосѣдними органами.

Субъективные явленія при блуждающей селезенкѣ въ высшей степени разнообразны: иногда больной ни на что не жалуется, а иногда у него существуетъ чувство растягиванія и давленія въ животѣ, учащенный позывъ къ мочеиспусканію, запоръ и т. д. Для діагноза эти симптомы не имѣютъ никакого значенія.

Блуждающую селезенку можно по ошибкѣ смѣшать съ накопленіемъ каловыхъ массъ въ поперечной части ободочной кишки. Однако, помимо тѣстообразной консистенціи каловыхъ массъ, подобная ошибка легко можетъ быть избѣгнута въ виду того обстоятельства, что *селезеночная тупость оказывается постоянно на своемъ нормальномъ мѣстѣ*. То же самое относится и къ другимъ подвижнымъ опухолямъ брюшной полости, имѣющимъ величину селезенки. Хотя саркома pylori, какъ я убѣдился нѣсколько лѣтъ тому назадъ, можетъ сдѣлаться настолько подвижною, что легко перемѣщается въ лѣвое подреберье (!), однако селезеночная тупость оказывается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, и въ то же время другіе симптомы позволяютъ съ положительностью распознать заболѣваніе желудка, не смотря на необыкновенную подвижность опухоли превратника. То же самое можно сказать относительно дифференціального распознаванія отъ подвижной почки, которая во всемъ остальномъ можетъ давать такія же явленія, какія бываютъ при блуждающей селезенкѣ. Сомнѣніе относительно того, прощупываемъ ли мы въ животѣ селезенку или почку, можетъ возникнуть развѣ тогда, когда подвижными сдѣлались оба органа, какъ мнѣ пришлось недавно видѣть это въ одномъ случаѣ.

Наконецъ, не слѣдуетъ забывать, что смѣщенная селезенка иногда увеличивается по какой либо причинѣ, а съ другой стороны, что селезенка, увеличившись на своемъ нормальномъ мѣстѣ, можетъ, благодаря этому, опуститься по своей тяжести и сдѣлаться подвижною. Хотя при такихъ условіяхъ нормальныя очертанія органа измѣнены, и, слѣдовательно, нельзя уже воспользоваться ими для доказательства того, что прощупываемая опухоль представляетъ именно селезенку, однако и въ этихъ случаяхъ увеличенный органъ можетъ быть вправленъ въ лѣвое подреберье, а селезеночная тупость, при смѣщеніи увеличенной селезенки, не оказывается на своемъ нормальномъ мѣстѣ.

Распознаваніе болѣзней пищеварительнаго канала.

Болѣзни полости рта.

Распознаваніе болѣзней полости рта обыкновенно бываетъ очень легкимъ, потому что объектъ изслѣдованія доступенъ прямому осмотру и ощупыванію.

Языкъ при нормальныхъ условіяхъ представляется въ переднихъ частяхъ красноватымъ, а въ заднихъ—бѣлымъ, даже желтовато-бѣлымъ, и у нѣкоторыхъ субъектовъ покрытъ налетомъ въ видѣ отдѣльных островковъ. Внѣшній видъ языка измѣняется при болѣзняхъ полости рта, но также и при болѣзняхъ желудка, гдѣ измѣненіе это происходитъ путемъ рефлекса. *Но по состоянію языка дѣлать діагностическіе выводы о состояніи желудка, по моему мнѣнію, невозможно.* Хотя болѣзнь желудка и налетъ на языкъ часто совпадаютъ между собою, но весьма обыкновенно языкъ представляется совершенно чистымъ у больныхъ, страдающихъ самыми различными болѣзнями желудка, а съ другой стороны, онъ нерѣдко бываетъ покрытъ болѣе или менѣе толстымъ налетомъ даже при вполне нормальномъ желудочномъ пищевареніи.

При *катаррѣ полости рта* (катарральный стоматитъ, *stomatitis catarrhalis*), вызываемомъ механическими, химическими или термическими раздраженіями, дѣйствующими на слизистую оболочку, и нѣкоторыми инфекціонными болѣзнями, въ особенности рожею лица, языкъ покрытъ толстымъ налетомъ и всѣ части полости рта представляются покраснѣвшими и припухшими. Слизистая оболочка въ первое время суха, а впослѣдствіи появляется усиленное отдѣленіе слизи и клейкій вкусъ во рту. Распознаваніе катаррального стоматита всегда бываетъ легкимъ, и только констатированіе причины иногда представляетъ нѣкоторыя затрудненія. При этомъ необходимо напомнить, что у грудныхъ дѣтей прорѣзываніе зубовъ сопровождается большимъ или меньшимъ катарромъ полости рта, какъ физиологическимъ явленіемъ.

Если на слизистую оболочку подѣйствовало очень сильное раздраженіе, или же, если зубы оказываютъ сильное давленіе на припухшую воспаленную слизистую оболочку (эта вторая причина въ большинствѣ случаевъ играетъ главную роль), то образуются потери вещества, и мы получаемъ картину *язвеннаго стоматита* (*stomatitis ulcerosa, stomacace*). Болѣе легкую форму заболѣванія представляетъ такъ наз. *афтозный стоматитъ*; при этомъ мы находимъ бѣлые или желтовато-бѣлые пятна, которые превращаются въ небольшія язвы, величиною отъ чечевицы до боба, съ сальнымъ дномъ и покраснѣвшими нѣсколько вывороченными краями. Если такая язва образуется изъ воспаленнаго слизистаго фолликула, то она имѣетъ болѣе круглую форму (*stomatitis aphthosa follicularis*); отдѣленіе слизи и слюны увеличено, *зловоннаго запаха изо рта не существуетъ*, выздоровленіе наступаетъ въ нѣсколько дней. Афты могутъ встрѣчаться въ любомъ мѣстѣ полости рта, но преимущественно онѣ оказываются на языкѣ, въ особенности на его верхушкѣ, затѣмъ на щекахъ и губахъ, именно у нижняго края десны (*sulcus gingivarius*). Афтозный стоматитъ встрѣчается преимущественно въ дѣтскомъ возрастѣ, но также и у взрослыхъ людей; у нѣкоторыхъ субъектовъ онъ появляется черезъ правильные промежутки времени, особенно у женщинъ во время регулъ, во время беременности и кормленія грудью. Смѣшать по ошибкѣ эту болѣзнь съ какою-нибудь

другую едва ли возможно, развѣ только—съ герпетическими язвами, которыя всегда однако образуются изъ пузырьковъ, чего при афтахъ никогда не бываетъ. Отъ болѣе тяжелой формы стоматита афтозная форма отличается тѣмъ, что язвы при тяжелой формѣ (*stomatase* въ тѣсномъ смыслѣ этого слова) проникаютъ на большую глубину, покрыты на днѣ грязнымъ распадомъ и помѣщаются именно по верхнему краю десны и на противолежащемъ мѣстѣ щеки; кромѣ того, при язвенномъ стоматитѣ существуетъ зловонный запахъ изо рта, котораго при афтозномъ стоматитѣ не бываетъ.

Язвенный стоматитъ (stomatitis ulcerosa, stomacase въ тѣсномъ смыслѣ этого слова), подобно афтамъ, есть болѣзнь преимущественно дѣтскаго возраста, но встрѣчается также у взрослыхъ людей, отчасти спорадически, а отчасти эндемически и, наконецъ, въ очень многихъ случаяхъ бываетъ послѣдствіемъ ртутнаго отравленія (*stomatitis mercurialis*). Симптомы очень характерны, такъ что діагностическія ошибки случаются рѣдко. Болѣзнь характеризуется отвратительнымъ запахомъ изо рта, припухлостью и краснотою десны около зубовъ, гангренознымъ распаденіемъ десны въ этихъ же мѣстахъ и образованіемъ глубокихъ, легко кровоточащихъ язвъ, съ грязно-сѣро-желтымъ дномъ, отчасти по краю десны, а отчасти на слизистой оболочкѣ губъ и щекъ, соотвѣтственно положенію зубовъ. При этомъ существуетъ слюнотеченіе и припухлость языка съ изъязвленіями по его краямъ, между тѣмъ какъ въ глоткѣ не оказывается никакихъ измѣненій. Легче всего смѣшать эти язвы съ сифилитическими изъязвленіями рта, въ особенности когда у сифилитика одновременно существуютъ во рту и специфическія и ртутныя язвы. Рѣшающее значеніе имѣетъ мѣстоположеніе язвъ: при сифилисѣ онѣ находятся также на мягкомъ небѣ, въ глоткѣ, а особенно въ углахъ рта; кромѣ того, онѣ не такъ легко кровоточатъ и не имѣютъ такого разлитого гангренознаго характера, но, съ другой стороны, подаютъ поводъ къ прободенію. Смѣшать язвенный стоматитъ съ цынгой возможно, если врачъ никогда не имѣлъ случая видѣть цыngu или видалъ ее очень рѣдко.

Цынготное заболѣваніе полости рта.

Цынга, болѣзнь общая, локализируется преимущественно въ полости рта, именно на деснахъ, тамъ, гдѣ сохранены зубы. Цынготное заболѣваніе рта характеризуется значительнымъ синевато-краснымъ *валикообразнымъ* опуханіемъ десны, расшатываніемъ зубовъ, медленнымъ образованіемъ язвъ (которыя при обширномъ распространеніи процесса встрѣчаются также на щекахъ и губахъ) и рѣзкою склонностью къ кровотеченіямъ. На языкѣ и въ глоткѣ эти язвы отсутствуютъ, но за то въ мѣстахъ, свободныхъ отъ язвъ, встрѣчаются экхимозы. Въ то же время существуетъ слюнотеченіе и зловонный запахъ изо рта, но болѣе слабый, чѣмъ при язвенномъ стоматитѣ, за исключеніемъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ цынготнаго заболѣванія рта, когда къ вышеописаннымъ измѣненіямъ присоединяется распространенная гангрена. При этомъ на различныхъ мѣстахъ тѣла оказываются и другіе симптомы цынгы, именно кровоизліянія въ кожѣ, въ подкожной клетчаткѣ и мышцахъ, особенно въ мышцахъ икры, затѣмъ опуханіе суставовъ и т. д.

Вугорчатая язва въ полости рта встрѣчается вообще рѣдко,

сравнительно всего чаще — на *языкъ*. Онѣ представляютъ *плоскія, а послѣдствіи болѣе глубокія торpidныя изъязвленія*, на днѣ которыхъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи распада, иногда можетъ быть обнаружено присутствіе бугорчатыхъ палочекъ. Этимъ самымъ вполне выясняется діагнозъ, который, впрочемъ, можетъ быть поставленъ уже на основаніи вышеописаннаго вида язвъ и на основаніи легочной чахотки, обыкновенно существующей въ значительной степени развитія.

Гангрена щеки (Noma).

Эта очень рѣдкая болѣзнь характеризуется твердою инфильтраціей щеки около угла рта, которая омертвѣваетъ по направленію внутрь и наружу, и затѣмъ приводитъ къ прободенію щеки и отпаденію омертвѣвшей ткани въ видѣ большихъ черныхъ локутовъ; челюсти при этомъ также подвергаются омертвѣнію. Процессъ ограничивается *одною* половиною лица. Болѣзнь встрѣчается въ среднемъ дѣтскомъ возрастѣ. Здоровыя, крѣпкія дѣти не подвержены ей, а скорѣе она встрѣчается только у слабыхъ дѣтей, живущихъ при неблагоприятныхъ гигиеническихъ условіяхъ.

Отъ сибирской язвы гангрена щеки отличается своею строгою локализациею, сравнительно малымъ пораженіемъ всего организма, а главное — отсутствіемъ сибиреязвенныхъ палочекъ, а отъ язвеннаго стоматита — глубокимъ и быстрымъ распространеніемъ гангрены на наружные покровы и злокачественностью процесса: гангрена щеки почти всегда оканчивается смертію.

Образованіе грибовъ въ полости рта.

Полость рта представляетъ для развитія микроорганизмовъ весьма удобную ячву, такъ какъ она сообщается съ вѣншимъ міромъ, имѣетъ температуру близкую къ температурѣ внутреннихъ органовъ и содержитъ въ значительномъ количествѣ омертвѣвшія эпителиальныя кѣтки. Поэтому неудивительно, что въ полости рта были найдены микробы самыхъ различныхъ видовъ. Вѣроятно, нѣкоторые болѣзнетворные микробы, прежде чѣмъ проникнуть въ организмъ, остаются извѣстное время въ полости рта, а иногда размножаются въ ней. Нѣкоторые микробы, встрѣчающіеся въ полости рта, вызываютъ въ ней процессы броженія, способствуютъ развитію кисты зубовъ и вообще играютъ извѣстную роль въ возникновеніи болѣзней рта. Изъ весьма значительнаго числа различныхъ видовъ микроорганизмовъ, достоверно констатированныхъ въ полости рта, мы опишемъ въ краткихъ словахъ лишь нѣкоторые виды, болѣе важные.

1) Различныя *болѣзнетворныя бактеріи*, которыя, будучи привиты животному, вызываютъ септицэмію (*Kreibohm*) и болѣе или менѣе быстро приводятъ къ смерти. Кроме того, въ полости рта гезр. въ слюнѣ здоровыхъ людей встрѣчаются Френкелевскія бактеріи крупозной пневмоніи, и иногда также Фридендеровскія бактеріи той же болѣзни и т. д.

2) *Leptothrix buccalis*, до сихъ поръ еще не полученный въ видѣ чистыхъ разводовъ ²³⁾, представляетъ длинныя тонкія нити, содержимое которыхъ окраши-

²³⁾ О полученіи чистыхъ разводовъ *Leptothrix buccalis* имѣются подробныя изслѣдованія д-ра М. И. Арустамова, произведенныя въ моей лабораторіи и опублико-

вается йодомъ и кислотами въ фиолетовый цвѣтъ. Эти нити представляютъ, вѣроятно, продуктъ различныхъ палочкообразныхъ бактерій, встрѣчаемыхъ въ полости рта, и играютъ важную роль въ возникновеніи костоѣды зубовъ.

3) *Молочница* (*soor, oidium albicans*), по новѣйшимъ изслѣдованіемъ *Plaut'a*—тождественная съ плѣневымъ грибомъ *monilia candida*, разрастается при помощи грибныхъ нитей и споръ, и иногда вызываетъ спиртное броженіе въ замѣтной степени. Грибокъ при своемъ разрастаніи въ полости рта образуетъ бѣлыя, а впоследствии болѣе желтоватыя точки, величиною около чечевицы, которыя тонкимъ слоемъ покрываютъ слизистую оболочку щекъ и поверхность языка, а затѣмъ мало по малу распространяются въ глотку, въ пищеводъ и во входъ гортани. Налетъ отчасти можетъ быть удаленъ съ подлежащей ткани, но всегда съ большимъ трудомъ. Обыкновенно слизистая оболочка при этомъ не воспалена, но иногда она представляется покраснѣвшею или даже слегка изъязвленною и чувствительною къ прикосновенію; секретъ полости рта имѣетъ кислую реакцію. Молочница встрѣчается преимущественно у дѣтей, но часто также у взрослыхъ, обыкновенно за короткое время передъ смертію, если у нихъ развилась кахексія. Однажды мнѣ пришлось также наблюдать эндемическое распространеніе этой болѣзни въ военномъ лазаретѣ. Диагнозъ можетъ быть поставленъ уже на основаніи вышеописанной картины болѣзни, а вполне достовѣрнымъ онъ становится тогда, когда при микроскопическомъ изслѣдованіи обнаружены грибныя нити и споры.

Болезни мягкого неба и глотки.

Болезни мягкого неба (*angina*) и глотки (*pharyngitis*) часто переходятъ другъ въ друга, и поэтому распознаваніе ихъ лучше всего можетъ быть изложено совмѣстно.

Angina. Pharyngitis.

Простое воспаленіе мягкого неба и глотки принадлежитъ къ числу тѣхъ болѣзней, которыя весьма легко доступны распознаванію, и нѣкоторыя затрудненія здѣсь можетъ представлять только запутанная номенклатура, созданная авторами для обозначенія различныхъ степеней и локализаций ангины.

Вообще, для того чтобы разобраться въ этомъ хаосѣ, лучше всего различать воспаленія *острыя* и *хроническія*, поверхностныя и глубокія (*ang. superficialis* и *ang. phlegmonosa*). Въ качествѣ разновидности поверхностнаго воспаленія можно еще признать такъ наз. *щелевую* или *фолликулярную* ангину, которая въ послѣднее время обратила на себя особенное вниманіе; анатомическія измѣненія при этой формѣ сосредоточиваются въ щеляхъ миндалевидныхъ железъ.

Поверхностная острая ангина характеризуется краснотою и припухlostью слизистой оболочки мягкого неба, миндалевидныхъ железъ и язычка, либо во всѣхъ этихъ частяхъ одновременно, либо въ одной изъ нихъ по преимуществу. Обыкновенно на поверхности воспаленныхъ частей находится приставшая къ ней сѣроватая слизь; рѣдко дѣло до-

важныя во Врачѣ за нынѣшній годъ. Что касается заболѣванія, вызываемаго лептотриksomъ на миндалинахъ, въ зѣвъ и на корнѣ языка, то данныя по этому вопросу можно найти въ той же статьѣ Арустамова, а также въ статьѣ доцента А. В. Якобсона, и въ моей статьѣ въ Календарѣ для врачей на 1888.

Прим. М. А.

ходить до небольшихъ дефектовъ эпителія съ образованіемъ поверхностныхъ ссадинъ въ окружности щелей миндалевидныхъ железъ, или до появленія отека, служащаго признакомъ болѣе сильнаго воспаленія. Въ другихъ случаяхъ набухаетъ эпителий выводныхъ протоковъ слизистыхъ железъ, причемъ происходитъ накопленіе отдѣляемыхъ продуктовъ; опухшія слизистыя железы при такихъ условіяхъ выступаютъ надъ уровнемъ слизистой оболочки въ видѣ небольшихъ возвышеній («железистая ангина») и послѣ своего разрыва оставляютъ небольшія поверхностныя язвы. Содержимое железъ, благодаря своей вязкости, остается на мѣстѣ въ видѣ сѣрыхъ точекъ и небольшихъ лоскутковъ, которые часто удаляются съ трудомъ и могутъ быть приняты неопытнымъ врачомъ за дифтеритическій налетъ.

Если воспаленіе сосредоточивается преимущественно въ щеляхъ миндалевидныхъ железъ (*angina lacunaris* s. *follicularis*), то щели эти выполняются секретомъ, который вначалѣ бываетъ студенистымъ, бѣловатымъ, а впослѣдствіи сгущается, получая творожистую консистенцію; при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается, что эти небольшія пробки представляютъ скопленіе бактерій, жира и безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Вслѣдствіе этого миндалевидная железа, воспаленная въ болѣе или менѣе сильной степени, получаетъ крапчатый видъ; число щелей, входныхъ отверстій которыхъ измѣнены подобнымъ образомъ, можетъ быть весьма различно. Фолликулярная ангина часто по ошибкѣ смѣшивается съ дифтеритомъ, такъ какъ бѣловато-желтыя пробки выступаютъ надъ уровнемъ слизистой оболочки и удаляются съ трудомъ или вовсе не могутъ быть удалены. Діагностическихъ ошибокъ всего скорѣе можно избѣгнуть, если обращать вниманіе на то обстоятельство, что *бѣлые налеты ограничиваются отверстіями щелей и обыкновенно при болѣе сильномъ надавливаніи на ближайшія сосѣднія части выходятъ наружу въ видѣ небольшихъ пробокъ*, которыя затѣмъ легко могутъ быть удалены.

Если *поверхностная ангина* становится хроническою и если дѣло идетъ объ ангинѣ *фолликулярной*, то желтовато-бѣлыя пробки еще болѣе сгущаются, а вмѣстѣ съ тѣмъ происходитъ омѣлотвореніе накопившагося секрета и образуются настоящіе камни миндалевидныхъ железъ, или наступаетъ гниlostное разложеніе этихъ массъ, и появляется зловонный запахъ изо рта. Иногда также во входныхъ отверстіяхъ образуются ссадины, а затѣмъ наступаетъ сращеніе противолежащихъ стѣнокъ, съ образованіемъ кистъ или запусѣніемъ соотвѣтствующихъ щелей.

Если у больного существуетъ не фолликулярная, а *разлитая поверхностная ангина* или такой же *фарингитъ*, то мы находимъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ болѣе грязное красноватое окрашиваніе слизистой оболочки, съ обильнымъ отдѣленіемъ густоватой слизи, содержащей иногда небольшую примѣсь крови. Накопившійся секретъ при-

даетъ иногда стѣнкѣ глотки такой видъ, какъ будто она покрыта лакомъ; по засыханіи секрета задняя стѣнка глотки представляется покрытою зеленовато-сѣрыми корками.

Если хроническій фарингитъ сосредоточивается въ слизистыхъ железахъ или въ аденоидной ткани глотки, и если дѣло при этомъ доходитъ до воспалительной гиперплазіи фолликулярнаго аппарата, то образуются небольшія сѣро-красноватыя бугристыя возвышенія, между которыми видна хронически воспаленная синевато-красная слизистая оболочка, — *pharyngitis granulosa*, болѣзнь довольно частая и весьма упорная. Если разрастаніе эпителія происходитъ въ болѣе сильной степени, то это обнаруживается появленіемъ бѣлыхъ пятенъ. Если хроническимъ воспаленіемъ поражено преимущественно мягкое небо, то мы находимъ подобныя же измѣненія, т. е. набуханіе слизистыхъ железъ и солитарныхъ фолликуловъ небныхъ дужекъ, съ постоянною краснотой этихъ послѣднихъ, а также язычка и миндалевидныхъ железъ.

Сравнительно съ вышеуказанными объективными измѣненіями, констатируемыми при непосредственномъ осмотрѣ, остальные сопутствующія явленія, именно — лихорадка при острой формѣ болѣзни, затрудненіе жеванія и глотанія, расстройство рѣчи, принимающей при этомъ носовой оттѣнокъ, чувство щекотанія въ горлѣ и т. д., имѣютъ для діагноза весьма небольшое значеніе.

Глубокая *флегмонозная* острая ангина отличается отъ поверхностной тѣмъ, что воспалительный процессъ захватываетъ преимущественно подслизистую ткань и имѣетъ наклонность къ нагноенію. Соответственно болѣе сильному воспаленію, припухлость пораженныхъ частей представляется очень значительною, такъ что небныя дужки и язычекъ могутъ быть утолщены до размѣровъ большого пальца руки; но въ особенно громадной степени увеличены миндалевидныя железы, которыя, будучи сближены между собою почти до полного соприкосновенія, болѣе или менѣе заграждаютъ входъ въ глотку. Затѣмъ или наступаетъ обратное развитіе процесса, или дѣло доходитъ до образованія гноя въ соединительной ткани, лежащей между щелями миндалевидныхъ железъ, а также въ самой стѣнкѣ фолликуловъ, и абсцессы прорываются на поверхность миндалинъ или въ ихъ щели. На поверхности миндалевидныхъ железъ мы находимъ тогда ограниченное болѣе выпуклое мѣсто, въ которомъ консистенція, прежде чѣмъ прорвался гной, представляется болѣе мягкой, нежели въ сосѣднихъ частяхъ, а иногда даже замѣтно флюктуирующею. При этомъ можетъ появиться отекъ органовъ, лежащихъ по сосѣдству съ гнѣздомъ флегмонознаго воспаленія (отекъ голосовой щели); флегмона можетъ также распространиться на шейную клетчатку (*angina Ludovici*), или гной можетъ опуститься въ грудное средостѣніе, а иногда, въ качествѣ тяжелаго осложненія, присоединяется гангрена мягкого неба. Что при флегмонозной ангинѣ сильно разстроено общее состояніе, а мѣстныя явленія, именно затрудненіе глотанія, рѣчи и т. д., достигаютъ значительной степени, это само собою понятно.

Въ *полости глотки* флегмонозное воспаленіе слизистой оболочки и подслизистой ткани наблюдается вообще рѣдко; напротивъ того, довольно часто, какъ извѣстно, встрѣчаются абсцессы, находящіеся въ заглоточной соединительной ткани (*заглочочные абсцессы*). Послѣдніе обнаруживаются затрудненіемъ глотанія и дыханія, особенно въ положеніи на спинѣ, появленіемъ на задней стѣнкѣ глотки видимой и осязаемой опухоли, которая вначалѣ бываетъ твердою, а затѣмъ становится мягкой и болѣзненною, наконецъ — сочувственнымъ опуханіемъ шейныхъ лимфатическихъ железъ. Діагнозъ на основаніи этихъ симптомовъ можетъ быть поставленъ легко и съ положительностію, особенно когда еще принята во вниманіе этиологія заглоточныхъ абсцессовъ, именно то обстоятельство, что они образуются при тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (при пѣмніи, скарлатинѣ и т. д.) или при костоѣдѣ шейныхъ позвонковъ. Но заглоточный абсцессъ можетъ образоваться и самопроизвольно, въ особенности у дѣтей.

Хроническая *флегмонозная ангина* представляется въ видѣ стойкой воспалительной гиперплазіи отдѣльныхъ частей мягкаго нѣба, какъ напр. язычка и особенно миндалевидныхъ железъ, которыя могутъ гипертрофироваться вслѣдствіе новообразованія сѣтчатой ткани при флегмонозной ангины, если дѣло не дошло до нагноенія. Подобныя же измѣненія встрѣчаются при хроническомъ флегмонозномъ *фарингитѣ*, т. е. и здѣсь развиваются гипертрофіи или атрофическіе процессы, какъ послѣдствія болѣе глубокаго воспаленія глотки. Мѣстныя явленія при этой формѣ ангины и фарингита — тѣ же самыя, что и при остромъ катаррѣ, но только менѣе бурныя; лихорадка при хронической флегмонозной ангины отсутствуетъ.

Дифтеритъ мягкаго нѣба и глотки.

Тогда какъ при вышеописанныхъ воспаленіяхъ мягкаго нѣба и глотки первостепенное значеніе для діагноза имѣютъ мѣстныя измѣненія, при дифтерическомъ воспаленіи общая инфекція представляется для діагноза болѣе важною, чѣмъ мѣстныя измѣненія названныхъ органовъ. Измѣненія эти могутъ представляться въ самыхъ различныхъ формахъ, изъ которыхъ дифтериту свойственна только одна форма, сопровождаемая отложеніемъ своеобразныхъ бѣлыхъ перепонокъ, между тѣмъ какъ заразно-дифтерическая простая катарральная ангина, съ одной стороны, и гангренозный дифтеритъ мягкаго нѣба и глотки — съ другой, ничѣмъ въ отношеніи мѣстныхъ явленій не отличаются отъ обыкновенной катаральной ангины или возникшей другимъ путемъ гангрены мягкаго нѣба и глотки.

Катарральная ангина, кажущаяся какъ будто совершенно невинною, также можетъ имѣть дифтерическое происхожденіе. Это доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что въ семействахъ, въ которыхъ господствуетъ дифтеритъ, иногда одинъ ребенокъ представляетъ обычную форму дифтеритическаго заболѣванія глотки, другой — гангренозную ангину, третій — только простую ангину, отъ которой однако можетъ послѣдовать зараженіе четвертаго ребенка, причемъ болѣзнь обнаружится въ формѣ тяжелаго дифтерита глотки. Поэтому, если простая ангина сопровождается несоотвѣт-

ственно тяжелыми общими явлениями, т. е., если при ней обнаруживается значительное изнеможение, общая слабость и сильная лихорадка, если болѣзнь сопровождается рвотой и припухлостью шейныхъ лимфатическихъ железъ, если больной поправляется очень медленно и если вслѣдъ за ангиной появился нефритъ или параличъ, то мы вправѣ думать, что ангина имѣла *заразно-дифтерическое* происхожденіе, тѣмъ болѣе, когда можетъ быть доказано, что былъ подходящий случай къ зараженію дифтеритомъ. Но діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ, если они встрѣчаются изолированно, всегда можетъ быть поставленъ только въ видѣ предположенія.

Съ положительностью распознать дифтеритъ возможно только тогда, когда измѣненія на мягкомъ небѣ и въ глоткѣ обнаруживаются въ формѣ характерныхъ *бѣловато-сырыхъ перепонокъ*. Последнія помѣщаются чаще всего на миндалевидныхъ железахъ и во многихъ случаяхъ имѣютъ своимъ исходнымъ пунктомъ ближайшую окружность отверстій фолликуловъ, но въ другихъ случаяхъ исходнымъ пунктомъ для дифтерита служить язычекъ или задняя стѣнка глотки.

Пятна представляются или *матово-бѣлыми* или *сырыми, лоснящимися*, или *желтоватыми*, не могутъ быть удалены искусственно, а если онѣ могутъ быть удалены, то подъ ними оказываются поверхностныя потери вещества. Перепонки нерѣдко кровоточатъ и по удаленіи своемъ очень быстро замѣняются новыми. Если мѣстныя измѣненія достигаютъ болѣе значительнаго развитія, то отдѣльныя перепонки вскорѣ сливаются между собою, а вмѣстѣ съ тѣмъ проникаютъ на бѣольшую глубину. Ткань становится при этомъ дряблою, кашицеобразною. Вслѣдствіе гангрены отпадаютъ бѣольшіе или меньшіе куски миндалевидныхъ железъ, небныхъ дужекъ или язычка (*гангренозный дифтеритъ*). При микроскопическомъ изслѣдованіи дифтеритическихъ перепонокъ оказывается, что онѣ состоятъ изъ однородной сѣтчатой ткани, съ заложенными въ ней блуждающими клѣтками и кровяными тѣльцами, эпителиальными клѣтками и бактеріями (*палочкообразными* и шаровидными).

Наряду съ этими измѣненіями глотки, мы находимъ въ наружныхъ частяхъ шеи, особенно около угла нижней челюсти, болѣзненную, часто очень значительную припухлость лимфатическихъ железъ.

Распознать дифтерическій характеръ перепонокъ вообще легко, если только эти отложенія не слишкомъ незначительны; но въ началѣ болѣзни діагнозъ часто представляетъ затрудненія. Особенно легко смѣшать дифтеритическія перепонки съ тѣми пробками, которыя бываютъ при *фолликулярной ангинѣ*. Но эти пробки сидятъ исключительно во входныхъ отверстіяхъ фолликуловъ, между тѣмъ какъ дифтеритическіе налеты хотя и могутъ первоначально находиться въ этихъ отверстіяхъ, но при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни не ограничиваются ими исключительно. Струнья, образовавшіеся вслѣдствіе *прижиганія* ланесомъ или кислотами, иногда тоже имѣютъ сходство съ дифтеритическими перепонками, но искусственное происхожденіе ихъ легко можетъ быть узнано, если обратить

надлежащее вниманіе на нѣжный бѣлый цвѣтъ этихъ струпеевъ и на ихъ поверхностное положеніе.

Отъ дифтерита мягкаго нѣба и глотки обыкновенно еще отличаютъ *крупа* въ качествѣ особаго заболѣванія, при которомъ отложеніе перепонокъ будто бы не сопровождается кѣлочною инфильтраціею подлежащей ткани, какъ при дифтеритѣ. Отдѣленіе крупа отъ дифтерита, какъ я полагаю, не оправдывается съ *клинической точки зрѣнія*. Иногда намъ приходится видѣть случаи, представляющіе во всѣхъ другихъ отношеніяхъ самую рѣзкую картину заразнаго *дифтерита*, а между тѣмъ значительная часть желтыхъ толстыхъ перепонокъ отпадаетъ въ видѣ одного непрерывнаго цѣлага, такъ что лежащія подъ ними нѣбныя дужки и язычекъ не представляютъ *никакой потери вещества*.

Напротивъ того, отъ обыкновеннаго дифтерита, по моему мнѣнію, нужно отдѣлить *скарлатинозный дифтеритъ* глотки, какъ болѣзнь не тождественную съ нимъ по своей сущности. Имѣются ли какія нибудь анатомическія различія между обоими процессами, этого я не берусь рѣшать, но клиническія соображенія, какъ я полагаю, вполне опредѣленно свидѣтельствуютъ о томъ, что дифтеритъ, вызванный скарлатинознымъ ядомъ, есть болѣзнь совершенно отличная отъ обыкновеннаго дифтерита. Прежде всего, послѣ скарлатинознаго дифтерита едва ли когда нибудъ приходилось наблюдать характерные параличи, развивающіеся послѣ обыкновеннаго дифтерита; кромѣ того, противъ тождественности обоихъ процессовъ говоритъ, какъ мнѣ кажется, въ особенности то обстоятельство, что между тѣмъ какъ однократное заболѣваніе скарлатиною создаетъ невосприимчивость къ новому зараженію скарлатинознымъ ядомъ, однократное перенесеніе дифтерита создаетъ скорѣе даже предрасположеніе къ рецидивамъ, и наконецъ то, что у такихъ субъектовъ, особенно предрасположенныхъ къ дифтериту, иногда наблюдается заболѣваніе скарлатиною безъ одновременнаго дифтеритическаго заболѣванія глотки.

Еслибы были открыты *специфическія бактеріи, свойственныя исключительно дифтериту*, то это было бы дѣломъ первостепенной важности для распознаванія болѣзни и для отличія ея отъ другихъ заболѣваній, представляющихъ подобныя же мѣстныя измѣненія. Но, къ сожалѣнію, всѣ тѣ данныя, которыя до сихъ поръ намъ извѣстны относительно микроорганизмовъ при дифтеритѣ, не могутъ имѣть для діагноза никакого значенія: даже превосходныя изслѣдованія *Löffler'a* не дали вполне достовѣрныхъ результатовъ; хотя онъ нашелъ въ дифтеритическихъ перепонкахъ, наряду съ индифферентными стрептококками, весьма характерныя толстыя палочки, дававшія даже положительные результаты прививки, но иногда эти палочки совершенно отсутствовали ²⁴⁾.

Бугорчатка мягкаго нѣба и глотки.

На нѣбныхъ дужкахъ, миндалевидныхъ железахъ и въ глоткѣ иногда, впрочемъ довольно рѣдко, встрѣчаются инфильтраты, которые, помѣщаясь главнымъ образомъ въ аденоидной ткани, подвергаются творожистому перерожденію и приводятъ къ образованію болѣе или менѣе глубокихъ язвъ, имѣющихъ мало склонности къ заживле-

²⁴⁾ Новѣйшія изслѣдованія *Roux* и *Yersin'a*, опубликованныя въ *Annales de l'Institut Pasteur* въ № 12, за 1888 годъ и въ № 6 за 1889 годъ, въ значительной степени подкрѣпили этиологическое значеніе палочки, описанной подробно впервые *Löffler'омъ*; однако и эти изслѣдованія дали пока мало данныхъ, которыя можно было бы примѣнять на практикѣ съ діагностическою цѣлью.

нию. Язвы эти представляют острые изъеденные края, съ вялыми грануляціями и маркамъ дномъ. Въ самыхъ язвахъ или въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ ними иногда оказываются бугорковые узелки, а при микроскопическомъ изслѣдованіи—*бугорчатые палочки*. Этимъ самымъ бугорчатые язвы отличаются въ послѣдней инстанціи отъ сифилитическихъ язвъ, съ которыми онѣ по ошибкѣ иногда смѣшиваются.

Сифилисъ мягкого нёба и глотки.

Сифилисъ довольно часто локализируется на мягкомъ нёбѣ и въ глоткѣ, представляясь въ самыхъ различныхъ формахъ.

Сифилитическій катарръ мягкого нёба и глотки ничѣмъ не отличается отъ катарра не-специфическаго. Подозрѣніе относительно того, что дѣло идетъ о заболѣваніи сифилитическомъ, можетъ быть возбуждено только упорствомъ катарра и незначительностью субъективныхъ симптомовъ. На отдѣльныхъ мѣстахъ воспаленной слизистой оболочки встрѣчаются при этомъ бѣловатые пятна, образовавшіеся вслѣдствіе утолщенія эпителія.

Напротивъ того, сифилитическій характеръ заболѣванія мягкого нёба и глотки не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, если на слизистой оболочкѣ этихъ частей встрѣчаются разсѣянные круглые, величиною съ горошину, блѣдныя возвышенія, обусловленные кѣлочною инфильтраціей: такъ называемыя *слизистыя папулы*. Эти послѣднія, аналогичныя съ широкими кондиломами кожи, могутъ подвергнуться распаденію и образовать язвы съ острыми краями, иногда весьма глубокія, въ особенности на миндалевидныхъ железахъ и на язычкѣ. Онѣ представляютъ ранніе симптомы сифилиса, но иногда служатъ переходомъ къ гуммознымъ опухолямъ мягкого нёба и глотки, этимъ характеристичнымъ проявленіямъ позднѣйшихъ стадій сифилиса.

Сифилитическіе гуммозные узлы представляютъ болѣе обширные инфильтраты, развивающіеся въ слизистой оболочкѣ или подслизистой ткани, иногда также въ надкостницѣ на задней стѣнкѣ глотки и твердомъ нёбѣ. Они имѣютъ большую склонность къ распаденію и приводятъ къ глубокимъ изъязвленіямъ и прободеніямъ нёба, въ особенности—нёбной занавѣски около язычка, такъ что послѣдній при этомъ можетъ разрушиться отчасти или совершенно. Внѣшній видъ этихъ язвъ не можетъ считаться абсолютно характеристичнымъ, но все-таки относительно очень быстрое образованіе ихъ изъ инфильтрата, одновременное присутствіе другихъ проявленій сифилиса, припухлость шейныхъ и въ особенности локтевыхъ железъ, обыкновенно не оставляютъ никакихъ сомнѣній на счетъ истиннаго происхожденія язвъ. Если дѣло доходитъ до рубцеванія, то образуются плоскіе или лучистые рубцы, смотря по глубинѣ язвы, причемъ отдѣльныя части небо-глоточнаго пространства срастаются между собою и оттягиваются въ сторону. Эти рубцы, а также прободенія и дефекты, обыкновенно служатъ признаками перенесеннаго сифилиса, остающимися на всю жизнь.

Ракъ мягкаго неба и глотки не можетъ быть смѣшанъ по ошибкѣ съ гуммоными узлами, если принять во вниманіе безпрерывный ростъ опухоли наряду съ изъязвленіемъ и если въ случаѣ надобности произвести микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ изъ нея кусковъ, причемъ обнаруживается раковый характеръ новообразованія.

Болѣзни пищевода.

Воспаленіе пищевода.

Воспалительныя состоянія пищевода въ патолого-анатомическомъ отношеніи весьма характерны и встрѣчаются въ различныхъ формахъ, наблюдаемыхъ и въ другихъ органахъ, именно въ формѣ катарральнаго, фолликулярнаго, пустулезно-оспеннаго, флегмонознаго и фибринознаго воспаления; но клиническихъ признаковъ, которые могли бы служить точкой опоры для діагноза, существуетъ очень мало. Поэтому діагнозъ бываетъ весьма ненадеженъ, если только не будетъ произведено изслѣдованіе пищеводнымъ зеркаломъ, которое, однако, при воспаленіи пищевода причиняетъ больному такіа несоразмѣрно непріятныя ощущенія, что, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, невозможно прибѣгать къ этому вспомогательному діагностическому средству.

Нѣкоторое діагностическое значеніе имѣютъ прежде всего боли, ощущаемыя по направленію пищевода и усиливающіяся при глотаніи пищи, а особенно при изслѣдованіи зондомъ (причемъ всегда необходимо употреблять эластическій зондъ, да и то лишь въ случаѣ настоятельной необходимости). Вслѣдствіе рефлекторнаго спазма мускулатуры, проглатываемая пища останавливается въ пищеводѣ, а иногда отрыгается обратно. Извергнутыя массы могутъ быть окружены слизью и т. п.

Если въ виду всего этого діагнозъ воспаления пищевода уже самъ по себѣ представляется довольно рискованнымъ, то почти всѣ діагнозы, опредѣляющіе специальную форму воспаления пищевода, имѣютъ исключительно теоретическую подкладку. Если при дифтеритѣ глотки отрыгаются *фибринозныя* массы, то, конечно, это нисколько еще не доказываетъ, что онѣ дѣйствительно происходятъ изъ пищевода; иное дѣло, если извергается полный фибринозный слѣпокъ пищевода, какъ это было въ одномъ случаѣ *Wunderlich'a*. Однажды мнѣ пришлось наблюдать рубцовое суженіе пищевода, появившееся вслѣдъ за дифтеритомъ глотки. При *флегмонозномъ* воспаленіи пищевода теоретически слѣдуетъ ожидать, что будутъ извергаться *гнойныя* массы; но послѣднія, конечно, не составляютъ вѣрнаго доказательства существованія этой рѣдкой болѣзни, такъ какъ гной могъ попасть въ пищеводъ изъ сосѣднихъ органовъ.

Не многимъ лучше распознаются язвы пищевода.

Язвы пищевода.

Онѣ развиваются подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ этиологическихъ условій и встрѣчаются въ самыхъ различныхъ формахъ. Нѣкоторою точкою опоры для діагноза служатъ и здѣсь также затрудненіе глотанія, чувство боли и отрыганіе пищи, которая можетъ быть пропитана кровью. Необходимо замѣтить, что, въ противоположность другимъ слизистымъ оболочкамъ, *сифилитическія язвы* въ пищеводѣ встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, и что существуетъ, по крайней мѣрѣ, одна форма изъязвленія, именно образовавшаяся вслѣдствіе *пролежня*, которая, благодаря своему высокому мѣстоположенію, легко можетъ быть распознаваема и безъ изслѣдованія пищеводнымъ зеркаломъ. Эта форма изъязвленія пищевода встрѣчается у истощенныхъ боль-

тыхъ въ послѣднія недѣли жизни: гортань геср. пластинка ея перстневиднаго хряща, опускаясь назадъ вслѣдствіе общей слабости мускулатуры, оказываетъ давленіе на прилегающую къ ней стѣнку пищевода и глотки, такъ что противолежащія поверхности слизистой оболочки прижимаются другъ къ другу и къ тѣламъ позвонковъ. Такимъ образомъ, въ самой нижней части глотки, на границѣ ея съ пищеводомъ, наступаетъ гангрена въ двухъ небольшихъ мѣстахъ, лежащихъ одно противъ друга на передней и задней стѣнкахъ, въ которыхъ затѣмъ образуются язвы, обнаруживаемыя при изслѣдованіи гортаннымъ зеркаломъ. Въ самой нижней части пищевода, хотя и очень рѣдко, встрѣчается язва, которая должна быть считаема пептической, т. е. происходящею вслѣдствіе того, что кровообращеніе въ упомянутой части пищевода затруднено по какой либо причинѣ, и это мѣсто разъѣдается (переваривается) кислымъ или чрезмѣрно кислымъ желудочнымъ сокомъ, отрыгаемымъ въ пищеводъ. Симптомы должны быть тѣ же самыя, какъ при изъязвленіи кардіи; слѣдовательно, распознаваніе этой язвы пищевода совпадаетъ съ распознаваніемъ язвы во входѣ желудка.

Новообразования пищевода.

Изъ различныхъ новообразованій, встрѣчающихся въ пищеводѣ, клиническій интересъ представляетъ единственно *раковая опухоль*, если оставить въ сторонѣ рѣдко встрѣчающіеся полипы пищевода, которые, развиваясь въ самой нижней части глотки, доступны хирургическому лѣченію.

Ракъ пищевода есть болѣзнь относительно частая и почти всегда развивается въ этомъ органѣ первично въ формѣ эпителиальнаго рака. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ опухоль занимаетъ среднюю и нижнюю треть пищевода. Вначалѣ она захватываетъ лишь самую малую часть его стѣнки, но съ теченіемъ времени становится *опоясывающею* и такимъ образомъ производитъ стриктуру, причемъ просвѣтъ пищевода все болѣе и болѣе суживается и развѣ только по временамъ становится опять болѣе проходимымъ вслѣдствіе изъязвленія опухоли. Если изъязвленіе выступаетъ за предѣлы самаго пищевода, то происходитъ прободеніе въ дыхательные пути, въ плевру, въ полость сердечной сорочки и въ большіе кровеносные сосуды. Въ другихъ же случаяхъ раковая опухоль распространяется въ заднее грудное средостѣніе или захватываетъ позвоночникъ, и тогда могутъ появиться симптомы прижатія сосѣднихъ органовъ, напр. грудная жаба съ приступами сильной одышки (вслѣдствіе давленія на блуждающій нервъ), какъ мнѣ пришлось очень ясно видѣть это въ одномъ случаѣ, затѣмъ — параличъ голосовыхъ связокъ (вслѣдствіе давленія на возвратный нервъ, преимущественно — лѣвый), параличъ нижнихъ конечностей и т. п. Раковая опухоль можетъ также распространиться на желудокъ, хотя это бываетъ довольно рѣдко; въ одномъ случаѣ, который мнѣ пришлось наблюдать еще очень недавно, раковая опухоль желудка, несомнѣнно имѣвшая вторичное происхожденіе, оказалась гораздо болѣе обширною, чѣмъ первичный ракъ пищевода.

Изъ этого уже сами собою вытекаютъ симптомы, имѣющіе важное значеніе для постановки діагноза. Такъ какъ проглатываемая пища встрѣ-

часть препятствіе въ пищеводѣ, то она отрывается обратно, иногда раньше, иногда позже, смотря по болѣе высокому или низкому мѣстоположенію опухоли, а если наступило ихорозное разложеніе послѣдней, то отрываема пища покрыта кровью и зловоннымъ ихоромъ. При ракѣ пищевода, какъ и при всѣхъ раковыхъ опухоляхъ, неизбѣжно обнаруживается злокачественное воздѣйствіе на весь организмъ, и въ данномъ случаѣ тѣмъ сильнѣе, что введеніе пищи все болѣе и болѣе встрѣчаетъ препятствіе. Вначалѣ, пока больной еще можетъ безъ затрудненія проглатывать мягкую пищу, вполнѣ удовлетворительное повидимому состояніе питанія представляетъ весьма рѣзкій контрастъ съ объективными данными, находимыми при ракѣ пищевода уже въ этой стадіи его развитія. Впослѣдствіи кахексія достигаетъ наивысшей степени, а вмѣстѣ съ тѣмъ появляются метастазы въ печени и другихъ органахъ, между прочимъ также въ лимфатическихъ железахъ. Но такъ какъ обыкновенно поражаются железы, находящіяся въ легочныхъ воротахъ, то въ большинствѣ случаевъ метастатическая инфильтрація железъ не можетъ быть обнаружена и, слѣдовательно, не можетъ служить основаніемъ для діагноза.

Главная задача діагноза всегда заключается въ томъ, чтобы констатировать суженіе пищевода и отличить его отъ другихъ формъ суженія, такъ что дальнѣйшія подробности распознаванія раковой опухоли цѣлесообразнѣе могутъ быть изложены по поводу діагностики суженія пищевода, къ которой мы немедленно и приступаемъ.

Суженіе пищевода.

Суженіе пищевода есть самая частая и въ практическомъ отношеніи самая важная болѣзнь этого органа. Констатировать самое суженіе нисколько не трудно, но открыть его свойство и причину въ отдѣльномъ случаѣ часто бываетъ почти невозможно.

Первый признакъ суженія пищевода состоитъ въ томъ непріятномъ ощущеніи, что большіе куски плотной пищи уже не могутъ проходить вполнѣ безпрепятственно; спустя короткое время больной начинаетъ замѣчать, что пища останавливается въ пищеводѣ и отрывается обратно тѣмъ скорѣе, чѣмъ выше находится суженіе; отрываніе пищи происходитъ нѣсколько позднѣе, если суженіе помѣщается ближе къ кардіи. Пища можетъ оставаться въ пищеводѣ болѣе долгое время особенно тогда, когда расширена часть пищевода, находящаяся непосредственно надъ мѣстомъ суженія. Массы, отрываемыя изъ пищевода, имѣютъ сѣровато-бѣлый цвѣтъ, если не была введена такая пища, которая сама по себѣ можетъ придать имъ сильное окрашиваніе; онѣ содержатъ частицы пищи, принятой непосредственно предъ тѣмъ въ послѣдній разъ или нѣсколько раньше, а также обильное количество слизи и грибовъ, рѣдко—примѣсь крови. Крахмалистыя вещества отчасти превращены въ сахаръ, а бѣлковыя ве-

щества оказываются гнилостно-разложившимися, если они пролежали въ пищеводѣ болѣе сутокъ.

Массы, извергнутыя изъ пищевода, въ противоположность содержимому желудка, извергаемому путемъ рвоты, не содержатъ пепсина, соляной кислоты, пептоновъ и составныхъ частей желчи. Отрыгаемыя массы имѣютъ нейтральную реакцію.

Выслушивание пищевода (на шеѣ—влѣво отъ дыхательнаго горла, а далѣе книзу—на лѣвой сторонѣ позвоночника до 7-го груднаго позвонка и спереди—въ подложечной ямкѣ) обнаруживаетъ во время проглатыванія пищи при нормальныхъ условіяхъ два шума, изъ которыхъ одинъ, такъ называемый «шумъ вливанія жидкости», констатируется въ верхнихъ частяхъ пищевода, а другой, такъ называемый «шумъ проталкиванія», появляется черезъ 5—7 секундъ послѣ перваго, по лѣвую сторону мечевиднаго отростка грудины, въ тотъ моментъ, когда проглоченная жидкость проходитъ чрезъ кардію, предварительно простоявъ надъ нею нѣсколько мгновений.

Если существуетъ суженіе пищевода, то первый шумъ часто внезапно прерывается на мѣстѣ суженія, а второй шумъ можетъ совершенно отсутствовать. Однако, эти аускультативныя явленія не могутъ считаться вѣрнымъ признакомъ суженія пищевода. Гораздо болѣе достовѣрные результаты, конечно, даетъ непосредственное изслѣдованіе суженнаго мѣста посредствомъ *желудочнаго зонда*.

Для изслѣдованія больного въ первый разъ, я всегда употребляю эластическій желудочный зондъ, снабженный проводникомъ; зондъ вводится до уровня пластинки чертневиднаго хряща, затѣмъ, по удаленіи проводника, направляется внизъ до тѣхъ поръ, пока онъ не встрѣтитъ препятствія, и тогда на зондъ отмѣчается граница, гдѣ онъ соприкасается съ рѣзцами. Если по удаленіи зонда приложить его, соответственно отмѣченной границѣ, къ щекѣ и боковой области шеи, то можно такимъ образомъ приблизительно опредѣлить то мѣсто, гдѣ находится препятствіе. Обыкновенно этотъ *безопасный* способъ изслѣдованія оказывается вполне достаточнымъ. Я признаю его таковымъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ основаніе предполагать ракъ пищевода. Долголѣтній опытъ убѣдилъ меня въ томъ, что тонкіе *твердые* зонды, обыкновенно употребляемые для изслѣдованія, приносятъ въ большинствѣ случаевъ рака пищевода больше вреда, чѣмъ пользы. Только тогда, когда при частомъ изслѣдованіи посредствомъ тонкаго эластическаго зонда ни разу не оказывалось на вынутомъ инструментѣ никакихъ слѣдовъ крови, я прибѣгаю и при раковыхъ опухоляхъ пищевода къ твердымъ зондамъ, употребленіе которыхъ въ другихъ случаяхъ (напр., при рубцовыхъ стриктурахъ или при нервныхъ судорожныхъ суженіяхъ пищевода), конечно, представляется необходимымъ въ интересахъ терапіи.

Вслѣдствіе недостаточнаго введенія пищи должно въ концѣ концовъ пострадать общее питаніе; однако, необходимо замѣтить, что, когда дѣло идетъ не о раковомъ суженіи пищевода и когда жидкости еще могутъ проходить чрезъ суженное мѣсто, исхуданіе тѣла оказывается весьма незначительнымъ, такъ что даже въ тѣхъ случаяхъ, когда больной раньше былъ хорошо упитанъ, онъ можетъ удерживать свой прежній вѣсъ, питаясь исключительно молокомъ въ достаточныхъ количествахъ. Я зналъ одного больного, который въ продолженіе 3-лѣтъ питался исключительно молокомъ и не только сохранилъ свой прежній

вѣсъ (150 фунт.), но даже приобрѣлъ 8—10 фунт. Если же суженіе настолько значительно, что и жидкая пища совсѣмъ не можетъ проходить въ желудокъ или попадаетъ въ него въ очень маломъ количествѣ, то больной быстро и сильно худѣетъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ желудочная область втягивается на подобіе корыта.

Діагнозъ суженія пищевода можетъ быть поставленъ на основаніи вышеуказанныхъ признаковъ безъ всякаго труда. Но насколько легко бываетъ констатировать суженіе пищевода, настолько же трудно опредѣлить самое *свойство суженія*. Между тѣмъ опредѣленіе причины суженія составляетъ важнѣйшую задачу діагноза, потому что только съ опредѣленіемъ ея мы имѣемъ положительныя данныя для предсказанія и лѣченія. Съ этою цѣлью лучше всего поступать слѣдующимъ образомъ:

Прежде всего мы должны опредѣлить, не зависитъ ли суженіе отъ какихъ нибудь причинъ, лежащихъ *вне пищевода*. Такимъ образомъ первая задача состоитъ въ томъ, чтобы изслѣдовать шею снаружи и выяснить, не производится ли прижатіе пищевода опухшею лимфатическою железой на шеѣ или инфильтраціей шейной клетчатки и т. п., или, какъ это чаще всего бываетъ, опухолью щитовидной железы (*зобъ, struma*), на что указываетъ уже одновременное существованіе одышки, зависящей отъ прижатія дыхательнаго горла. Затѣмъ необходимо съ помощью выстукиванія въ области рукоятки грудины опредѣлить, не существуетъ ли подгрудиннаго зоба, который производитъ прижатіе пищевода. Если въ этой области найдено притупленіе перкуторнаго звука, то мы должны взвѣсить, нѣтъ ли какихъ нибудь данныхъ, указывающихъ на присутствіе *аневризмы*, и помощью выслушиванія опредѣлить, нѣтъ ли здѣсь постороннихъ шумовъ, затѣмъ произвести сравнительное изслѣдованіе пульса обѣихъ лучевыхъ артерій и т. д. Я имѣю обыкновеніе производить это изслѣдованіе въ вышеуказанномъ порядкѣ во всѣхъ случаяхъ суженія пищевода, прежде чѣмъ въ первый разъ будетъ введенъ зондъ. Возможность причинной зависимости суженія пищевода отъ какой нибудь опухоли или аневризмы, суживающей его просвѣтъ въ области шеи, опредѣляется, конечно, прежде всего тѣмъ уровнемъ, на которомъ находится суженіе. Если въ виду результата, полученнаго при изслѣдованіи зондомъ, существуетъ основаніе думать, что суженіе находится въ грудной части пищевода, то, кромѣ аневризмы, здѣсь еще можетъ быть рѣчь объ *опухоли средостѣнія* или о большомъ *перикардіальномъ выпотѣ*, слѣдовательно о болѣзняхъ, распознаваніе которыхъ подробно уже изложено нами въ другомъ мѣстѣ. Но вообще эти послѣднія болѣзни грудныхъ органовъ лишь рѣдко подають поводъ къ затрудненію глотанія. Затѣмъ необходимо изслѣдовать *позвоночникъ*, чтобы выяснить, нѣтъ ли искривленія или болѣзненности позвонковъ, такъ какъ

очень сильный лордозъ позвоночника, или конгестивный нарывъ, обусловленный костоѣдою позвонковъ, можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ суженіе пищевода. Если такимъ образомъ произведено изслѣдованіе грудныхъ органовъ, позвоночника и шеи (въ рѣдкихъ случаяхъ, когда суженіе помѣщается въ самой верхней части пищевода, бываетъ еще необходимо произвести изслѣдованіе гортаннымъ зеркаломъ) и если при этомъ не получено никакихъ данныхъ къ тому, чтобы предположить какую нибудь опредѣленную причину суженія пищевода, то возникаетъ вопросъ еще объ одномъ этиологическомъ моментѣ, производящемъ прижатіе пищевода, именно о такъ называемой *пазухѣ* (дивертикулѣ) этого органа. Распознаваніе этихъ пазухъ будетъ подробно изложено по поводу расширеній пищевода; здѣсь же мы должны только замѣтить, что пазуха иногда бываетъ наполнена пищею, иногда—нѣтъ, что соотвѣтственно этому могутъ отрываться изъ нея большія количества пищи и что наполненная пазуха можетъ *по временамъ* сдавливать просвѣтъ пищевода сбоку и дѣлать его непроходимымъ.

Само собою понятно, что послѣ опорожненія пазухи оказывается возможнымъ безъ всякаго труда ввести зондъ, который до тѣхъ поръ встрѣчалъ непреодолимое препятствіе. Впрочемъ, эти колебанія относительно проходимости для зонда, имѣющія весьма важное діагностическое значеніе, не составляютъ патогностическаго признака, свойственнаго исключительно пазухамъ пищевода: то же самое наблюдается и при инородныхъ тѣлахъ, мѣдящихъ въ пищеводъ свое положеніе, и даже вообще при самыхъ различныхъ формахъ суженія пищевода, если отверстіе временно закупоривается большимъ комкомъ пищи, а въ особенности также при *спастическомъ суженіи*.

При *суженіи пищевода, зависящемъ отъ спазма его мускулатуры*, препятствіе всегда можетъ быть преодолено посредствомъ твердаго, не слишкомъ тонкаго зонда, если вводить его съ надлежащимъ терпѣніемъ. При этомъ обыкновенно существуютъ признаки истеріи, но не всегда, даже и въ такихъ случаяхъ, когда суженіе имѣетъ чисто нервное происхожденіе и когда оно, просуществовавъ нѣсколько мѣсяцевъ, излѣчивается въ одинъ сеансъ. Иногда судорожное суженіе пищевода присоединяется вторичнымъ образомъ къ органическимъ измѣненіямъ его стѣнки, именно къ изъязвленіямъ и опухолямъ, или къ инороднымъ тѣламъ, вѣдшимся въ пищеводъ. Однако, эта послѣдняя причина наблюдается *очень рѣдко*, и колебанія относительно проходимости пищевода въ такихъ случаяхъ допускаютъ иное объясненіе.

Теперь мы можемъ перейти къ распознаванію суженій, причина которыхъ находится *въ самомъ пищеводѣ*.

Вывѣдрившееся инородное тѣло, какъ причина суженія пищевода, можетъ быть предполагаемо въ томъ случаѣ, когда суженіе наступило *внезапно* и когда оно причиняетъ жестокую боль. Обыкновенно самъ больной заявляетъ, что онъ по неосторожности проглотилъ то или другое инородное тѣло; однако не слѣдуетъ забывать, что иногда при проглатываніи твердой пищи больной впервые замѣчаетъ органическое из-

мѣненіе пищевода, существующее у него уже въ продолженіе долгаго времени, и совершенно ошибочно признасть это проглатываніе пищи за ту причину, которою вызвано суженіе пищевода. Въ категорію инородныхъ тѣлъ должны быть также отнесены нерѣдко наблюдаемые *полипы пищевода*, сидящіе на ножкѣ. Въ большинствѣ случаевъ они имѣютъ своимъ исходнымъ пунктомъ нижнюю часть глотки и уже отсюда свѣшиваются въ пищеводъ. Кромѣ того, закрытіе пищевода можетъ быть обусловлено значительнымъ скопленіемъ *грибковъ молочницы* (soor). *Осторожное* зондированіе во всѣхъ этихъ случаяхъ необходимо; при значительномъ скопленіи упомянутыхъ грибковъ препятствіе преодолевается легко, а при закрытіи пищевода инороднымъ тѣломъ оно не можетъ быть преодолено обыкновеннымъ зондомъ; но въ такомъ случаѣ мы можемъ посредствомъ зонда *Duplay* выяснить съ положительностью, находится ли въ пищеводѣ инородное тѣло или нѣтъ.

Если инородное тѣло уже давно попало въ пищеводъ, или же, если стѣнка пищевода разрушена кислотами, щелочами и др. ѣдкими веществами, то послѣ предварительнаго изъязвленія образуется *рубцовая стриктура*. Последняя можетъ развиваться изъ всякаго изъязвленія, не исключая дифтеритическаго и сифилитическаго; но и то и другое лишь рѣдко бываетъ поводомъ къ образованію рубцовой стриктуры. Въ пользу подобной стриктуры говорить прежде всего анамнезъ, затѣмъ—медленное усиленіе дисфагіи, сильное и равномерное сопротивленіе при зондированіи, отсутствіе крови на вынудомъ зондѣ и возможность искусственнаго расширенія суженнаго мѣста.

Я могу только посовѣтовать, чтобы всѣ эти діагностическія разсужденія, въ вышеизложенномъ порядкѣ, продѣлывались отъ начала до конца въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и чтобы вопросъ о самой частой причинѣ суженія, именно о *рактъ* пищевода, поднимался только тогда, когда всѣ другія вышеупомянутыя причины или, по крайней мѣрѣ, важнѣйшія изъ нихъ были предварительно приняты во вниманіе и оказались для даннаго случая невѣроятными.

Если поступать наоборотъ, т. е. немедленно подвергать обсужденію вопросъ, существуетъ ли у больнаго рактъ пищевода и нѣтъ ли какихъ нибудь данныхъ, которыя говорили бы противъ такого діагноза, то это значило бы слишкомъ легко довольствоваться вѣроятнымъ распознаваніемъ. Конечно, въ большинствѣ случаевъ подобный діагнозъ будетъ все-таки вѣренъ, но иногда онъ будетъ оказываться ошибочнымъ, къ большому ущербу для больнаго и къ стыду для врача. Если медленно развивающееся суженіе пищевода констатировано у больнаго, перешедшаго за 40-лѣтній возрастъ, и если, не смотря на то, что больной еще можетъ безпрепятственно проглатывать жидкую пищу, обнаруживается прогрессивное исхуданіе и кахексія, то уже напередъ можно считать почти несомнѣннымъ, что онъ страдаетъ ракомъ пищевода. Если затѣмъ при изслѣдо-

ваніи зондомъ констатировано препятствіе и если на вынутомъ инструментѣ оказываются приставшія къ нему слизь и *кровь* (а при ихорозно разлагающейся раковой опухоли — даже зловонныя ихорозныя массы), хотя для изслѣдованія былъ употребленъ мягкій зондъ или не было произведено твердымъ зондомъ никакого давленія, то этимъ самымъ подтверждается подозрѣніе относительно рака. Иногда зондъ, если онъ не слишкомъ толстъ, проходитъ на мѣстѣ суженія въ узкій каналъ и затѣмъ останавливается неподвижно; въ такомъ случаѣ при обратномъ выниманіи инструмента мы ощущаемъ, что онъ на большемъ или меньшемъ протяженіи плотно обхватывается со всѣхъ сторонъ опухолью, значительно вытянутою въ длину. Въ рѣдкихъ случаяхъ мы находимъ въ боковомъ отверстіи зонда кусочки ткани, микроскопическое изслѣдованіе которыхъ устраняетъ всякое сомнѣніе относительно рака пищевода. Кромѣ того, діагнозъ подтверждается появленіемъ раковыхъ метастазовъ въ легкихъ и въ печени, или присоединеніемъ параличей возвратнаго нерва, или другими симптомами прижатія растущей опухолью, которые встрѣчаются, правда, и при другихъ формахъ суженія пищевода, но особенно часто — при ракъ этого органа.

Расширенія пищевода.

Расширенія пищевода бываютъ *диффузныя* resp. *полныя* и *ограниченныя*, т. е. занимающія небольшое пространство.

Первая форма, до сихъ поръ наблюдавшаяся лишь въ очень маломъ числѣ случаевъ, обнаруживалась значительнымъ расстройствомъ глотанія, причемъ пища не проходила въ желудокъ, а извергалась спустя нѣкоторое время посредствомъ рвоты или путемъ настоящаго отрыганія жвачки. Точное распознаваніе этой рѣдкой формы едва ли возможно; однако, полное расширеніе всего пищевода можетъ быть, по крайней мѣрѣ, предполагаемо съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, если при существующемъ расстройствѣ глотанія удалось посредствомъ зондированія доказать отсутствіе суженія и если зондъ при повторномъ изслѣдованіи, въ противоположность тому, что наблюдается при пазухѣ пищевода, проходитъ каждый разъ безпрепятственно и даже съ необычайною легкостью, уклоняясь при этомъ въ любую сторону. При выслушиваніи пищевода первый шумъ («шумъ вливанія») иногда не продолжается около 5 секундъ, какъ у здороваго человѣка, а оканчивается чрезвычайно быстро, потому что жидкость въ расширенномъ пищеводѣ сразу падаетъ внизъ.

Гораздо точнѣе можетъ быть поставленъ діагнозъ, когда дѣло идетъ о *частичномъ расширеніи* пищевода, которое захватываетъ или всю его периферію надъ мѣстомъ суженія, или только нѣкоторую часть периферіи, образуя мѣстное выпячиваніе пищевода или такъ наз. *пазуху*. Въ пользу частичнаго расширенія, захватывающаго всю периферію пищевода, говоритъ то обстоятельство, что сразу отрыгаются большія количества пищи, накопившейся надъ суженнымъ мѣстомъ, а затѣмъ зондъ вполне свободно можетъ быть передвигаемъ во всѣ стороны надъ мѣстомъ суженія, которое при зондированіи постоянно оказывается на одномъ и томъ же уровнѣ.

Если же существуетъ только боковое выпячиваніе стѣнки или такъ наз. *пазуха* пищевода, то діагностическія разсужденія будутъ нѣсколько иныя. *Бываютъ пазухи двоякаго рода: одни образуются вследствие выпирания изнутри, а другія—вследствие оттягиванія извне, и изъ этихъ двухъ формъ только первая доступна распознаванію.* Пазухи, образовавшіяся вследствие оттягиванія извне, при сморщиваніи окружающей ткани, особенно въ области раздвоенія дыхательнаго горла, представляютъ небольшія выпячиванія стѣнки пищевода (величиною около $\frac{1}{2}$ и никакъ не болѣе 1 сантим.), которыя недоступны распознаванію потому, что и зондъ и пища проскальзываютъ мимо, не встрѣчая никакой задержки. Присутствіе подобной пазухи можетъ быть развѣ только предполагаемо съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, если большіе твердые куски пищи застрѣваютъ на опредѣленномъ мѣстѣ нижней части пищевода, вѣдряясь въ отверстіе пазухи, между тѣмъ какъ при изслѣдованіи зондомъ не констатируется никакого суженія, а спазмъ пищевода въ данномъ случаѣ тоже можетъ быть исключенъ. Пазухи, образовавшіяся вследствие выпирания изнутри, болѣе доступны распознаванію. Пазухи эти были тщательно изучены въ особенности *Zenker*'омъ. Онѣ образуются въ задней стѣнкѣ пищевода и помѣщаются почти всегда *у самой верхней его границы.* слѣдовательно—*позади пластинки перстневиднаго хряща.*

Эти пазухи возникаютъ, вѣроятно, вследствие того, что стѣнка пищевода, на границѣ его съ глоткою, становится въ какомъ нибудь мѣстѣ болѣе податливою, напр. вследствие раздвиганія мышечныхъ волоконъ инороднымъ тѣломъ, причемъ куски пищи, всегда нѣсколько задерживающейся позади пластинки перстневиднаго хряща, оттѣсняютъ слизистую оболочку въ этомъ податливомъ мѣстѣ пищевода и выпячиваютъ ее наружу, такъ что постепенно образуется мѣшокъ, который все болѣе и болѣе увеличивается. Мѣшокъ этотъ лежитъ между позвоночникомъ и пищеводомъ и все болѣе оттѣсняетъ послѣдній впередъ; продольная ось пищевода при этомъ искривляется подъ угломъ, между тѣмъ какъ ось самой пазухи все болѣе и болѣе совпадаетъ съ осью глотки. Такимъ образомъ пища при проглатываніи все болѣе и болѣе попадаетъ въ пазуху, между тѣмъ какъ въ пищеводъ и желудокъ она проходитъ лишь въ маломъ количествѣ или не проходитъ вовсе. То же самое относится и къ желудочному зонду, когда онъ въ такихъ случаяхъ вводится съ діагностическою цѣлью: онъ всегда попадаетъ въ пазуху и долженъ въ нее попадать, соотвѣтственно анатомическимъ условіямъ. Только послѣ полного опорожненія мѣшка, которое однако при большихъ пазухахъ случается въ высшей степени рѣдко, зондъ проскальзываетъ мимо отверстія пазухи въ пищеводъ, и въ это время даже толстый зондъ можетъ быть введенъ въ желудокъ безпрепятственно.

Колебанія въ проходимости пищевода при зондированіи имѣютъ чрезвычайно важное діагностическое значеніе; однако, діагнозъ на основаніи этого признака не можетъ быть поставленъ такъ легко, какъ это обыкновенно полагаютъ съ теоретической точки зрѣнія. Вопервыхъ, эти колебанія въ проходимости пищевода, какъ мы уже еказали, не свойственны пазухамъ исключительно, а вовторыхъ полное опорожненіе мѣшка, состав-

влияющее необходимое условие для введения зонда въ пищеводъ, случается рѣдко. Поэтому *Zenker*омъ и мною былъ устроенъ особый зондъ, верхушка котораго можетъ быть изогнута впередъ подъ большимъ или меньшимъ угломъ, смотря по желанію, такъ что этотъ инструментъ легко проходитъ въ пищеводъ, въ противоположность обыкновенному зонду, который попадаетъ въ пазуху. Такъ какъ извѣстно, что входное отверстіе пазухи помѣщается позади пластинки перстневиднаго хряща, то мы можемъ придать зонду надлежащую кривизну именно въ тотъ моментъ, когда это необходимо. Зондъ сначала вводится неизогнутымъ и, попадая въ пазуху, проходитъ на большую или меньшую глубину, смотря по ея длинѣ, а затѣмъ неподвижно останавливается, достигнувъ ея слѣпаго конца; послѣ этого зондъ выдвигается обратно, и верхушка его позади пластинки перстневиднаго хряща загибается впередъ, такъ что оказывается возможнымъ протолкнуть инструментъ въ пищеводъ и безъ всякаго труда ввести его въ желудокъ. Такимъ путемъ мнѣ удалось въ двухъ случаяхъ распознать пазуху пищевода, образовавшуюся вслѣдствіе выпирания изнутри.

Пазуха, какъ мы уже замѣтили, лишь рѣдко опорожняется совершенно; но она можетъ опорожниться отчасти, и тогда временно прекращается давленіе ея на пищеводъ, такъ что куски пищи по временамъ безпрепятственно проходятъ въ желудокъ. Однако, большая часть принимаемой пищи попадаетъ въ пазуху. Такъ какъ пазуха, имѣя своимъ исходнымъ пунктомъ самую верхнюю границу пищевода, опускается книзу между этимъ послѣднимъ и позвоночникомъ, то на шеѣ около дыхательнаго горла, при болѣе значительной величинѣ мѣшка, появляется *опухоль, замѣтная какъ для зрѣнія, такъ и для осязанія*, которая по опорожненіи своего содержимаго, т. е. послѣ отрыганія пищи, уменьшается въ объемѣ, а съ новымъ введеніемъ пищи опять увеличивается. Эта опухоль оказываетъ давленіе на окружающія части, именно на дыхательное горло и на нервы, лежащіе въ области шеи, а иногда также вызываетъ сильный приступъ кашля при перемѣнѣ больнымъ положенія тѣла.

Нарушенія цѣлости пищевода.

Разрывы и прободенія пищевода почти всегда представляютъ затрудненія для діагноза. Что касается *самопроизвольныхъ разрывовъ*, которые происходятъ въ нижней части пищевода, бывшаго до тѣхъ поръ повидимому совершенно здоровымъ, и которые притомъ не предшествуются травматическимъ поврежденіемъ, то картина болѣзни въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, которые до сихъ поръ были наблюдаемы, наступала внезапно и представлялась въ чрезвычайно тяжеломъ видѣ. Больные жаловались на сильную боль соотвѣтственно мѣсту разрыва; сначала появлялась тошнота или рвота, иногда даже съ небольшою примѣсью крови, а затѣмъ больной ощущалъ совершенно ясно, что гдѣ-то въ грудной полости произошелъ разрывъ. Слѣдующее короткое время обнаруживался чрезвычайный упадокъ силъ, съ одышкою и чувствомъ страха. Въ діагностическомъ отношеніи важнѣйшимъ симптомомъ была *подкожная эмфизема*, которая появлялась сначала въ надключичной области и затѣмъ быстро распространялась на другія части тѣла. Подкожная эмфизема, очевидно, была

послѣдствіемъ того, что воздухъ проходитъ въ грудное средостѣніе и уже отсюда распространялся дальше. Такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ еще найденъ разрывъ плевры, который, вѣроятно, могъ быть объясненъ разягченіемъ пищевода, наступившимъ еще при жизни больного, то появленіе пневмоторакса вмѣстѣ съ подкожною эмфизею можетъ считаться признакомъ, подтверждающимъ діагнозъ.

Но, во всякомъ случаѣ, при постановкѣ этого діагноза должно быть предварительно исключено *прободеніе* пищевода, наступившее не самопроизвольно, а постепенно подготовленное анатомическими измѣненіями самой стѣнки органа или окружающихъ его частей.

Прободенія пищевода встрѣчаются гораздо чаще, нежели самопроизвольные разрывы. Причиною прободенія могутъ быть пазухи пищевода, образовавшіяся вслѣдствіе выпирания изнутри, если онѣ изъязвились вслѣдствіе прижатія виѣдвившимся инороднымъ тѣломъ; кромѣ того, прободеніе можетъ быть вызвано раковою или пептической язвою, или разрушающимъ дѣйствіемъ ѣдкихъ веществъ, или инородными тѣлами, имѣющими заостренные края. Но прободеніе можетъ также произойти по направленію снаружи внутрь, именно при нагноившихся бронхіальныхъ железахъ, при гнойномъ воспаленіи груднаго средостѣнія, при гангренѣ легкаго, аневризмѣ аорты и т. д. Эти причины, вызывающія прободеніе пищевода, должны быть врачу хорошо извѣстны, и уже изъ вышесказаннаго само собою ясно, что прободеніе чаще происходитъ въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода, чѣмъ въ верхнемъ. Такъ какъ прободеніе готовится постепенно и такъ какъ въ большинствѣ случаевъ ему уже задолго предшествуетъ сращеніе пищевода съ сосѣдними частями, наступившее вслѣдствіе хроническаго воспаленія, то симптомы оказываются иными, чѣмъ при самопроизвольныхъ разрывахъ. Обыкновенно, по вышеупомянутой причинѣ, здѣсь отсутствуетъ подкожная эмфизема, имѣющая столь важное значеніе при самопроизвольномъ разрывѣ; но за то вслѣдствіе распространенія язвеннаго процесса образуются нарывы въ грудномъ средостѣніи, къ которымъ присоединяется плевритъ, перикардитъ, пневмонія съ образованіемъ кавернъ, пневмотораксъ и пневмоперикардій, иногда ихорознаго, а иногда не-ихорознаго свойства. Относительно послѣдняго осложненія я долженъ сказать, что скопленіе воздуха въ полости сердечной сорочки можетъ не сопровождаться полнымъ прободеніемъ наружнаго листка перикардія, если только онъ подвергся омертвѣнію и вслѣдствіе этого сдѣлался проходимымъ для воздуха.

На основаніи этиологіи и въ виду послѣдовательнаго воспаленія грудныхъ органовъ, обыкновенно имѣющаго ихорозный характеръ, діагнозъ можетъ быть поставленъ уже съ значительною степенью вѣроятія; но онъ становится еще болѣе достовѣрнымъ, если напр. проглатываемая пища, иногда рѣзко отличающаяся по своему цвѣту, извергается обратно путемъ кашля и если существовавшее до тѣхъ поръ суженіе пищевода становится какъ будто проходимымъ, благодаря тому, что пища попадаетъ въ дыхательные пути. При выслушиваніи въ такихъ случаяхъ

иногда даже удавалось констатировать шумъ, зависѣвшій отъ прониканія жидкой пищи въ легкое. Если абсцессъ, образовавшійся въ окружности пищевода послѣ его прободенія, вскрывается наружу, то въ свищевомъ отверстіи появляются частицы пищи, а если наступило ненормальное сообщеніе между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ, то проглатываемая пища, попадая въ это послѣднее, вызываетъ сильные кашлевые толчки, которыми она извергается обратно.

Что касается остальныхъ болѣзней пищевода, то *кровоотеченія* не представляютъ большаго діагностическаго интереса, такъ какъ діагнозъ, собственно говоря, можетъ быть поставленъ только путемъ исключенія, т. е. мы имѣемъ право предполагать источникъ кровоотеченія въ пищеводѣ только тогда, когда кровавая рвота или кровавыя испражненія навѣрно не зависятъ отъ желудочнаго или кишечнаго кровоотеченія и когда, съ другой стороны, имѣются положительные основанія (присутствіе раковой опухоли, аневризмы и т. д.), которыя дѣлаютъ вѣроятнымъ кровоотеченіе изъ пищевода. Но о точномъ распознаваніи здѣсь почти не можетъ быть рѣчи. Напротивъ того, неврозы пищевода, имѣющіе не мало-важное значеніе, болѣе доступны распознаванію, такъ что мы должны посвятить имъ особую главу.

Неврозы пищевода.

Спазмъ пищевода (oesophagismus) обнаруживается *затрудненіемъ глотанія, болью, чувствомъ стягиванія* (въ области шеи или въ груди) и *отрыганіемъ пищи*. Нерѣдко существуетъ своеобразная особенность, что твердая пища проглатывается лучше жидкой, и этотъ симптомъ положительно указываетъ на то, что мы имѣемъ предъ собою не органическое, а нервное суженіе пищевода. То же самое доказывается введеніемъ зонда, который, правда, встрѣчаетъ препятствіе въ той или другой части пищевода, но препятствіе это всегда можетъ быть преодолено при нѣкоторомъ терпѣніи. Въ большинствѣ случаевъ можно заключить о нервномъ происхожденіи болѣзни уже на основаніи перемежающагося характера дисфагии, которая вызывается не только самымъ актомъ глотанія, но иногда и душевными волненіями. Діагнозъ еще болѣе подтверждается, если при спазмѣ пищевода существуютъ другія явленія общей нервозности и истеріи. Но спазмъ пищевода, какъ мнѣ часто приходилось видѣть, можетъ продолжаться цѣлыми мѣсяцами и по ошибкѣ можетъ быть принятъ за органическое суженіе, особенно въ виду того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные доходятъ до полнаго истощенія. Врачъ въ подобномъ случаѣ отказывается вновь производить изслѣдованіе зондомъ, которое въ первый разъ натолкнулось на непреодолимое препятствіе и вызвало ларингоспазмъ или другія неблагопріятныя явленія, такъ что дальнѣйшее зондированіе кажется опаснымъ. Тѣмъ не менѣе, при подобныхъ условіяхъ однократное энергическое введеніе зонда, какъ мнѣ

пришлось видѣть въ одномъ случаѣ, мгновенно излѣчивается болѣзнь, продолжавшаяся до тѣхъ поръ цѣлыми годами. Впрочемъ, идиопатическій спазмъ можетъ быть предполагаемъ только тогда, когда съ положительностью возможно исключить органическія измѣненія самой стѣнки пищевода, напр. язвы, раковую опухоль и т. п. (которые, съ своей стороны, могутъ вызвать рефлекторный спазмъ этого органа).

Параличъ пищевода (dysphagia paralytica) представляетъ большія діагностическія затрудненія; эта рѣдкая болѣзнь характеризуется тѣмъ, что пища останавливается въ пищеводѣ, не смотря на безпрепятственное прохожденіе зонда, а спустя нѣкоторое время отрыгается обратно. И здѣсь также большіе куски пищи часто проглатываются легче, чѣмъ куски маленькіе, а при проглатываніи жидкости иногда появляется въ пищеводѣ громкое урчаніе. Отличить этотъ нервный параличъ отъ расширенія всего пищевода, когда оно вызвано уменьшеніемъ сократительности его мускулатуры, основаннымъ отчасти на анатомическихъ измѣненіяхъ, разумѣется, невозможно, и здѣсь существуетъ развѣ только одинъ дифференціальный признакъ, состоящій въ томъ, что нервный параличъ иногда обнаруживается внезапно, а вышеупомянутое расширеніе пищевода всегда развивается медленно. Признакомъ расширенія или расслабленія стѣнокъ пищевода, какъ при одной, такъ и при другой болѣзни, служить та легкость, съ которою введенный зондъ можетъ быть передвигаемъ въ стороны. «Шумъ проталкиванія жидкости», по наблюденіямъ *B. Fränkel*'я, появляется позднѣе и бываетъ болѣе громкимъ при параличѣ пищевода, нежели при нормальныхъ условіяхъ.

Болѣзни желудка.

Распознаваніе болѣзней желудка сдѣлалось гораздо болѣе точнымъ съ тѣхъ поръ, какъ начали пользоваться *желудочнымъ зондомъ* для *діагностическихъ цѣлей* и производить *химическое* изслѣдованіе содержимаго желудка при болѣзненныхъ состояніяхъ этого органа.

Въ качествѣ *желудочнаго зонда* я употребляю исключительно эластическій *желудочный катетеръ Nélaton'a*, съ закрытымъ нижнимъ концомъ и двумя боковыми отверстиями по близости отъ него. Проводникомъ (мандриномъ) служитъ тонкая камышевая трубочка. На основаніи долговѣтнаго опыта я пришелъ къ убѣжденію, что этотъ зондъ вполне удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ и что онъ заслуживаетъ преимущества передъ простою каучуковою трубкою. Хотя я долженъ признать, что послѣдняя во многихъ случаяхъ также вполне достигаетъ цѣли, т. е. можетъ быть введена безъ всякихъ затрудненій, однако это удастся не всегда: у нѣкоторыхъ больныхъ, по крайней мѣрѣ—при изслѣдованіи въ первый разъ, не легко удастся провести простую каучуковую трубку позади пластинки перстневиднаго хряща, между тѣмъ какъ вышеописанный *желудочный катетеръ*, снабженный проводникомъ, легко проходитъ чрезъ упомянутое мѣсто *во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія*. Когда пройдено это мѣсто, то вынимается проводникъ (который до введенія инструмента былъ смазанъ масломъ или слизью салапа, для большей удобоподвижности), послѣ чего катетеръ уже безъ проводника направляется дальше въ желудокъ, обладая теперь всѣми преимуществами простой каучуковой трубки, т. е. мягкостью и т. д. Я не могу также скрыть того обстоятельства, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ кажется рискованнымъ вводить трубку съ открытымъ нижнимъ концомъ и слишкомъ толстыми неподатливыми стѣнками, какъ это стало дѣлаться въ послѣднее время. Съ тѣхъ поръ, какъ я имѣлъ несчастіе много лѣтъ тому назадъ, при введеніи твердаго зонда съ весьма тщательно

закругленнымъ, но открытымъ нижнимъ концомъ, оторвать кусокъ слизистой оболочки желудка, оказавшійся въ нижнемъ отверстіи вынутаго инструмента, я относусь съ недовѣріемъ ко всѣмъ подобнаго рода зондамъ.

Какимъ образомъ должно предприниматься зондированіе для распознаванія болѣзней желудка,—это зависитъ отъ той діагностической цѣли, которой мы желаемъ достигнуть. Для того, чтобы определить время, по прошествіи котораго желудокъ справляется съ принятою пищею, т. е. опорожняется отъ нея совершенно, слѣдуетъ прибѣгнуть къ промыванію желудка, и притомъ воронка должна быть наполняема теплою водою (въ количествѣ около $\frac{1}{2}$ литра) два раза кряду, такъ какъ мнѣ часто приходилось наблюдать, что вода при первомъ промываніи вытекаетъ совершенно прозрачною и только при второмъ въ ней оказываются непереваренные остатки пищи. Если же мы желаемъ определить количество кислоты въ содержимомъ желудка, то промыванію слѣдуетъ предпочесть предложенный Ewald'омъ способъ выжиманія, такъ какъ при этомъ способѣ, оказавшемся вполнѣ безопаснымъ, получается неразбавленное содержимое желудка.

Другой вопросъ, обсуждавшійся въ послѣднее время очень усердно и даже съ нѣкоторымъ ожесточеніемъ, состоитъ въ томъ, какое должно быть примѣнено раздраженіе, чтобы опредѣлять двигательную, всасывающую и отдѣлительную способность желудка въ каждомъ данномъ случаѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ — состояніе его чувствительности во время акта пищеваренія. Нѣсколько лѣтъ назадъ я предложилъ, для испытанія того, можетъ ли желудокъ справиться съ извѣстнымъ количествомъ пищи въ такое время, какое необходимо большинству людей для полного перевариванія пищи и удаленія ея изъ желудка, давать изслѣдуемому субъекту опредѣленную пробную пищевую порцію, по возможности соотвѣтствующую обычнымъ условіямъ (состоящую именно изъ тарелки супа, бифштекса, булки и стакана воды, или, по болѣе точному опредѣленію Riegel'я, изъ 400 куб. сант. говяжьяго супа, 200 грам. бифштекса, 50 грам. хлѣба и 200 куб. сант. воды), а затѣмъ черезъ 6—7 часовъ производить промываніе желудка. Я и теперь еще продолжаю думать, что вышеописанный методъ болѣе всѣхъ другихъ рассчитанъ на обычныя условія дѣятельности желудка и что онъ даетъ сравнительно наиболѣе достовѣрные результаты, по которымъ можно судить о всѣхъ вообще отправленіяхъ этого органа (именно о состояніи его чувствительности и двигательной способности, а иногда также объ условіяхъ всасыванія). Эти результаты, полученные у различныхъ субъектовъ, могутъ быть сравниваемы между собою, такъ какъ оказалось, что хотя задача, предъявляемая желудку, не всегда бываетъ въ точности одна и та же, въ виду сложнаго состава пробной порціи, во здоровый желудокъ, за чрезвычайно рѣдкими исключеніями, всегда освобождается отъ этого количества пищи черезъ 7 часовъ. Riegel пользуется также этимъ методомъ для опредѣленія химическихъ процессовъ во время желудочнаго пищеваренія, изслѣдуя химическія измѣненія желудочнаго содержимаго черезъ 4—5 часовъ послѣ принятія пробной пищевой порціи, т. е. въ такое время, когда желудочное пищевареніе находится въ полномъ разгарѣ. Я нисколько не сомнѣваюсь въ томъ, что такимъ путемъ можно очень хорошо ориентироваться вообще на счетъ отдѣлительной способности слизистой оболочки желудка и химизма желудочнаго пищеваренія. Этотъ методъ несомнѣнно имѣетъ предъ другими то большое преимущество, что онъ рассчитанъ на обычныя требованія, предъявляемая желудку. Но для спеціальнаго испытанія отдѣлительной способности желудка и совершающихся въ немъ химическихъ процессовъ я обыкновенно этимъ методомъ не пользуюсь. Такъ какъ дѣло часто идетъ здѣсь объ опредѣленіи малыхъ различій въ состояніи отправленій слизистой оболочки желудка и такъ какъ результаты изслѣдованія должны быть сравниваемы между собою, то я полагаю, что раздраженіе, оказываемое пробнымъ обѣдомъ на сли-

зистую оболочку желудка, представляется для этой цѣли нѣсколько сложнымъ; стоить только подумать о неодинаковой жесткости мяса и т. д.

Въ послѣднемъ отношеніи имѣть извѣстныя преимущества пробный завтракъ *Ewald'a*, состоящій изъ 35 грм. булки и 300 куб. саят. воды (или слабаго чаю). Но и это раздраженіе, хотя и въ меньшей степени, страдаетъ тѣмъ недостаткомъ, что оно не вполне однородно. Пробнаго раздраженія, которое было бы совершенно изъ-ято отъ этого упрека, до сихъ поръ еще не найдено. Въ качествѣ механическаго раздраженія, предложенный мною супъ изъ крупы, быть можетъ, дѣйствуетъ болѣе однородно, чѣмъ пробный завтракъ *Ewald'a*, а въ качествѣ термическаго раздраженія ледяная вода во всякомъ случаѣ оказываетъ болѣе однородное дѣйствіе; однако, я охотно допускаю, что ледяная вода имѣетъ тотъ недостатокъ, что желудочный сокъ получается разбавленнымъ и, слѣдовательно, результаты не вполне безупречны. Тѣмъ не менѣе, я считаю практичнымъ не отказываться отъ метода *Ewald'a* на основаніи однихъ теоретическихъ соображеній и всегда примѣняю его по крайней мѣрѣ для химической діагностики, такъ какъ онъ производитъ до нѣкоторой степени однородное и для пустаго желудка привычное раздраженіе.

Химическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго, добытаго съ помощью одного изъ вышеуказанныхъ методовъ, состоитъ въ качественномъ и количественномъ опредѣленіи соляной кислоты, пепсина и пептоновъ; кромѣ того, обыкновенно еще производится опредѣленіе молочной кислоты. Подробное описаніе методовъ, употребляемыхъ для этой цѣли, не входитъ въ рамки нашей книги, которая имѣетъ своимъ предметомъ только частную діагностику. Но все-таки мы должны здѣсь привести, по крайней мѣрѣ, тѣ данныя, которыя необходимы для пониманія нѣкоторыхъ подробностей при дальнѣйшемъ изложеніи распознаванія отдѣльныхъ болѣзней желудка.

Кислая реакція желудочнаго содержимаго можетъ быть обусловлена органическими кислотами, въ частности—молочною, или кислотою неорганическаго, именно соляною, а также кислыми фосфорнокислыми солями. Въ началѣ пищеваpенія преобладаетъ молочная кислота, между тѣмъ какъ отдѣляемая въ это время соляная кислота связывается щелочами, и только приблизительно черезъ $\frac{3}{4}$ часа послѣ принятія пищи (пробнаго завтрака) молочная кислота отступаетъ на задній планъ передъ соляною кислотою, которая уже можетъ быть обнаружена въ свободномъ видѣ, а затѣмъ молочная кислота совершенно исчезаетъ, и остается одна соляная. При обильномъ приѣмѣ пищи (во время обѣда) содержаніе соляной кислоты въ пищевой кашицѣ достигаетъ своего максимума по истеченіи 5 часовъ.

Качественное опредѣленіе соляной кислоты производится нѣкоторыми красящими веществами, которыя явственно измѣняютъ свой цвѣтъ, если въ испытуемой жидкости находится свободная соляная кислота. Въ присутствіи этой кислоты растворъ метилъ-виолета и красная краска congo (обыкновенно употребляемая въ видѣ реактивной бумажки) окрашиваются въ синій цвѣтъ, а темно-желтый растворъ тропеолина—въ красный цвѣтъ. Кромѣ того, для опредѣленія свободной кислоты были предложены еще и другія красящія вещества. Однако, ни одинъ изъ этихъ способовъ не даетъ абсолютно вѣрныхъ результатовъ, потому что малыя количества соляной кислоты не могутъ быть обнаружены реактивомъ въ присутствіи поваренной соли, пептоновъ, фосфорнокислыхъ солей и т. д. Но для того, чтобы вообще ориентироваться относительно количества кислоты въ желудочномъ содержимомъ, эти пробы несомнѣнно имѣютъ свою цѣну; обыкновенно я употребляю растворъ тропеолина. Точные результаты, даже при весьма малыхъ количествахъ свободной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, даетъ опредѣленіе посредствомъ флоролюцинъ-ванилина, предложеннаго *Günzburg'*омъ; на основаніи личнаго опыта я могу рекомендовать этотъ способъ, какъ контрольную пробу для всѣхъ сомнительныхъ случаевъ.

Для количественнаго опредѣленія свободной соляной кислоты въ желудочномъ

содержимомъ, простое титрованіе 10 % нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра оказывается недостаточнымъ. Для этого требуется нѣсколько болѣе хлопотливый способъ, если мы желаемъ, чтобы были получены надежные результаты. Я употребляю слѣдующій методъ, который впервые былъ предложенъ *A. Braun*’омъ.

Въ опредѣленномъ количествѣ профильтрованного желудочнаго содержимаго (обыкновенно 5 куб. сант.) предварительно изслѣдуется *степень кислотности вообще*, посредствомъ титрованія 10 % нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра. Послѣ этого къ другой пробѣ желудочнаго содержимаго, имѣющей одинаковый объемъ съ употребленною раньше (5 куб. сант.), прибавляется нѣсколькими куб. сант. нормального раствора ѣдкаго натра больше того количества, которое потребовалось для нейтрализаціи первой пробы. Затѣмъ щелочная жидкость осторожно выпаривается въ платиновой чашкѣ и сжигается въ открытомъ тиглѣ. Зола растворяется въ такомъ же объемѣ 10 % нормального раствора кислоты (лучше всего—сѣрной), въ какомъ раньше былъ употребленъ нормальный растворъ ѣдкаго натра для полученія щелочной реакціи, затѣмъ жидкость нагревается для удаленія свободной углекислоты, и по прибавленіи двухъ капель раствора фенолфталеина производится титрованіе 10 % нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра. Если было употреблено x куб. сант. послѣдняго раствора, то это соотвѣтствуетъ $x \times 0,00365$ куб. сант. соляной кислоты на 5 куб. сант. желудочнаго содержимаго, или $x \times 0,00365 \times 20$ %.

Примѣръ: Въ первой пробѣ, при опредѣленіи *кислотности вообще*, потребовалось для нейтрализаціи 5-ти куб. сант. желудочнаго содержимаго три кубическихъ сантиметра 10 % нормального раствора ѣдкаго натра; это соотвѣтствуетъ содержанію соляной кислоты въ количествѣ $3 \times 0,00365 \times 20 = 0,219$ %.

Вторая проба (прямое опредѣленіе соляной кислоты). 5 куб. сант. желудочнаго содержимаго смѣшаны съ 6 куб. сант. 10% нормального раствора ѣдкаго натра, полученная жидкость превращена въ золу и т. д. Къ золѣ прибавлено 6 куб. сант. нормального раствора кислоты, и затѣмъ произведено титрованіе нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра, потребовавшимся въ количествѣ 2,5 куб. сант. Слѣдовательно, содержаніе свободной соляной кислоты составляетъ $2,5 \times 0,00365 \times 20 = 0,182$ %.

Изслѣдованіе по этому способу требуетъ около получаса.

Количество свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ у *здоровато челоѣка* колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ отъ 0,15 до 0,25 %. Но, во всякомъ случаѣ, можно сказать, что при вполне нормальныхъ условіяхъ содержаніе кислоты не должно существенно уклоняться отъ этихъ предѣловъ въ ту или другую сторону.

Количественное опредѣленіе *молочной кислоты* производится посредствомъ извлеченія эфиромъ и прибавленія реактива *Uffelmann*’а (растворъ полуторохлористаго желѣза въ карболовой кислотѣ, который въ присутствіи молочной кислоты окрашивается въ желтый цвѣтъ).

Опредѣленіе альбумина, синтонина, геміальбумоза и пептоновъ въ желудочномъ содержимомъ и изолированіе различныхъ продуктовъ пищеваженія, образованныхъ бѣлковыми веществами, не представляетъ никакихъ трудностей. Опредѣленіе того, находится ли въ изслѣдуемой пробѣ желудочнаго содержимаго достаточное количество пепсина, точно также легко удаётся при помощи научно произведенныхъ опытовъ искусственнаго пищеваженія. Однако, опредѣленіе пептоновъ и изслѣдованіе дѣйствія пепсина до сихъ поръ не приобрѣло того діагностическаго значенія, которое имѣють опредѣленія кислоты въ желудочномъ содержимомъ.

Для того чтобы испытать *всасывающую способность* слизистой оболочки желудка, можетъ быть примѣнена проба съ іодистымъ калиемъ, предложенная *Penzoldt*’омъ: іодистый калий въ желатиновыхъ капсулахъ вводится въ желудокъ, и затѣмъ черезъ каждыя 5 минутъ изслѣдуется слюна для опредѣленія въ ней іода

Такимъ путемъ мы получаемъ понятіе о всасывающей способности слизистой оболочки желудка, по крайней мѣрѣ—по отношенію къ іодистому калию, и можемъ сдѣлать по меньшей мѣрѣ вѣроятное заключеніе о всасывающей способности слизистой оболочки желудка вообще. При нормальныхъ условіяхъ первые слѣды іода въ слюну обнаруживаются по истеченіи $\frac{1}{4}$ часа.

Теперь мы можемъ приступить къ *диагностикѣ отдѣльныхъ болезней желудка*. Благодаря новѣйшему способу изслѣдованія посредствомъ желудочнаго зонда, главные преимущества котораго сейчасъ были нами указаны, распознаваніе болезней желудка сдѣлало большіе успѣхи, и мы несомнѣнно получили возможность отличать другъ отъ друга патологическія состоянія желудка гораздо точнѣе, чѣмъ въ прежнія времена. Однако, само собою разумѣется, что въ такой области, въ которой изслѣдованія по опредѣленнымъ принципамъ производятся только въ теченіе одного десятилѣтія, многое еще составляетъ предметъ спора, а съ другой стороны, здѣсь существуетъ та опасность, что найденное у отдѣльныхъ больныхъ будетъ обобщено слишкомъ широко. Это было, напр., съ чрезмѣрнымъ будто бы отдѣленіемъ кислоты при круглой язвѣ и съ полнымъ отсутствіемъ соляной кислоты при ракѣ желудка. *Точно также нѣкоторыя данныя относительно состоянія отравленій слизистой оболочки при гастритѣ представляются весьма проблематичными*, такъ какъ еще недостаточно проконтролировано, дѣйствительно ли расстройства отравленій, приписываемыя катарру желудка, обусловлены воспалительнымъ состояніемъ его слизистой оболочки, которое могло бы быть обнаружено гастроскопическимъ изслѣдованіемъ (составляющимъ до сихъ поръ только *prim desiderium*) или посмертнымъ изслѣдованіемъ при вскрытіи трупа. Поэтому мы должны помнить, что то или другое мнѣніе, кажущееся теперь совершенно вѣрнымъ или въ высшей степени вѣроятнымъ, можетъ съ теченіемъ времени оказаться ошибочнымъ или потребовать какихъ нибудь существенныхъ видоизмѣненій ¹⁾.

Катарръ желудка. Гастритъ въ его различныхъ формахъ.

Необходимо различать гастритъ *острый* и *хроническій*, а острый гастритъ подраздѣлять на простой, дифтерическій и флегмонозный, смотря по формѣ и интенсивности воспаленія. Кромѣ того, въ видѣ особой формы еще описывается токсическій гастритъ, вызываемый мѣстнымъ

¹⁾ При послѣдующемъ описаніи отдѣльныхъ болезней желудка я старался по возможности точно указывать характеристическіе признаки и умышленно очень мало останавливался на *исключеніяхъ изъ общаго правила*. Въ виду громаднаго, почти хаотическаго множества существующихъ въ настоящее время отдѣльныхъ наблюденій и указаній относительно состоянія желудка, а въ особенности—относительно химическаго состава желудочнаго содержимаго при отдѣльныхъ болезняхъ этого органа, я считаю необходимымъ положить въ основаніе диагностики такіа правила, которыми соответствуютъ по крайней мѣрѣ большинству случаевъ, а при другомъ способѣ изложенія была бы для начинающаго потеряна наглядность диагностики болезней желудка. Поэтому я просилъ бы имѣть въ виду указанную точку зрѣнія при оцѣнкѣ отдѣльныхъ данныхъ, сообщаемыхъ въ настоящей главѣ.

дѣйствіемъ ядовитыхъ веществъ, такъ какъ форма эта представляетъ своеобразныя анатомическія измѣненія и типичное развитіе.

Самую частую и самую простую форму острого гастрита представляетъ *острый «катарръ желудка»*. Такъ какъ вся свободная поверхность слизистой оболочки желудка и его углубленій выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ, образующимъ слизь, то этимъ самымъ оправдывается названіе «катарръ желудка». Однако, не слѣдуетъ забывать, что воспалительный процессъ въ слизистой оболочкѣ желудка не ограничивается только элементами, образующими слизь, но захватываетъ еще железы желудка, открывающіяся въ его углубленія и доставляющія специфическій пищеварительный сокъ (причемъ распространение процесса обнаруживается зернистымъ помутнѣніемъ и сморщиваніемъ клѣточныхъ элементовъ), а поэтому влечетъ за собою не только измѣненія въ образованіи слизи, но и измѣненія въ отдѣленіи желудочнаго сока. Послѣдствіемъ этихъ измѣненій являются *разстройства пищеварительной функціи желудка* во всѣхъ направленіяхъ, т. е. въ отношеніи *отдѣлительной, всасывающей, двигательной и чувствующей* способности. *Общій эффектъ* этихъ разстройствъ, во всей его совокупности, называется затрудненіемъ пищеваренія или *«диспепсией»*.

Диспепсія обнаруживается субъективными и объективными явленіями. Къ числу первыхъ относятся: тошнота, недостатокъ аппетита или извращеніе его, т. е. особенная склонность къ необычной пищѣ, усиленная жажда, клейкій, а въ рѣдкихъ случаяхъ горькій вкусъ во рту, изжога, чувство полноты въ желудкѣ, ощущеніе тумана въ головѣ или настоящія головныя боли, иногда головокруженіе, общая разбитость и угнетенное настроеніе духа. Въ числѣ *объективныхъ* симптомовъ должны быть приведены слѣдующіе: вздутіе желудочной области, зѣвота, обыкновенно обложенный языкъ, лишайная сыпь на губахъ (встрѣчающаяся впрочемъ весьма рѣдко), увеличенное отдѣленіе слюны, дурной запахъ изо рта, кислая отрыжка и рвота. *Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго, извергнутаго рвотою, а также полученнаго посредствомъ желудочнаго зонда послѣ пробнаго завтрака, обнаруживаетъ недостатокъ соляной кислоты*, присутствіе молочной кислоты въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ, жирныя кислоты, слизь и остатки пищи, которые пробыли въ желудкѣ болѣе долгое время, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. *При изслѣдованіи продолжительности пищеваренія послѣ пробнаго обѣда она оказывается увеличенною*, такъ что по истеченіи 7-ми часовъ еще существуютъ въ промывной водѣ непереваренные остатки пищи.

Острый катарръ желудка оказываетъ также нѣкоторое вліяніе на частоту пульса, которая обыкновенно увеличивается, а затѣмъ, по моимъ наблюденіямъ, спустя нѣ-

сколько дней опять доходить въ большинствѣ случаевъ до нормальной цифры или опускается ниже нормы. *Испраженія* часто также бываютъ ненормальны, причемъ иногда существуетъ запоръ, а иногда поносъ; къ этому можетъ присоединиться *желтуха*, если воспаленіе распространилось на двѣнадцатиперстную кишку, или же, если катарръ этой послѣдней вызванъ раздраженіемъ, которое производится попадающею въ нее ненормальною пищевою кашицею. *Температура тѣла* въ большинствѣ случаевъ не повышена; вообще, я советую въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ лихорадка, всегда искать для нея другихъ источниковъ, кромѣ остраго гастрита, тѣмъ болѣе, что большинство лихорадочныхъ болѣзней сопровождаются симптомами остраго желудочнаго катарра, обыкновенно называемаго вторичнымъ или сочувственнымъ. *Всегда ли* при послѣдняго рода условіяхъ существуетъ острый катарръ желудка, выражающійся анатомическими измѣненіями, или же симптомы диспепсїи зависятъ отчасти оттого, что лихорадка у нѣкоторыхъ субъектовъ вызываетъ нервную рефлекторную реакцію со стороны желудка,—это не можетъ быть рѣшено на основаніи данныхъ, которыми мы располагаемъ въ настоящее время. Во всякомъ же случаѣ, не подлежитъ сомнѣнію, что при этихъ диспептическихъ состояніяхъ, сопутствующихъ лихорадочнымъ болѣзнямъ, пищевареніе обыкновенно бываетъ замедлено, а отдѣленіе соляной кислоты можетъ быть уменьшено, хотя это бываетъ и не всегда. Слѣдовательно, хотя лихорадка при остромъ катаррѣ желудка очень часто зависитъ отъ совершенно другихъ болѣзней, а не отъ заболѣванія самого желудка, однако, съ другой стороны, легко доказать, что существуютъ случаи, въ которыхъ нельзя обнаружить для лихорадки никакой другой причины, кромѣ остраго желудочнаго катарра. Но эти случаи, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчаются довольно рѣдко. Острый желудочный катарръ можетъ тогда представлять вначалѣ очень сильныя лихорадочныя явленія, съ потрясающимъ ознобомъ и рѣзкимъ общимъ изнеможеніемъ, причемъ температура можетъ достигать 39° и еще выше.

Въ виду всего этого, *распознаваніе остраго гастрита* не представляетъ затрудненій: признаки диспепсїи и вышеуказанный результатъ изслѣдованія желудочнаго содержимаго обыкновенно не допускаютъ и мысли о какой либо другой болѣзни. Если острый желудочный катарръ начинается потрясающимъ ознобомъ или менѣе внезапно наступающею лихорадкой, то его можно по ошибкѣ смѣшать съ любой *инфекціонною болѣзью*, не представляющею характерныхъ симптомовъ въ началѣ своего появленія, напр. съ брюшнымъ тифомъ, оспою, болотною лихорадкою и т. д. При подобныхъ условіяхъ поставить въ самомъ началѣ *опредѣленный* діагнозъ совершенно *невозможно*: мы должны выждать нѣкоторое время и наблюдать за теченіемъ лихорадки, слѣдить за тѣмъ, не появится ли характеристическая сыпь и т. д., чтобы замѣнить діагнозъ остраго желудочнаго катарра (почти всегда оказывающійся невѣрнымъ при болѣе значительной лихорадкѣ) или, лучше, діагнозъ «лихорадочной, еще не опредѣлившейся болѣзни» точнымъ діагнозомъ брюшнаго тифа и т. п. Смѣшать по ошибкѣ острый желудочный катарръ съ *другими болѣзнями желудка* невозможно, въ виду его остраго теченія. Смѣшать его съ острыми болѣзнями другихъ брюшныхъ органовъ точно также едва ли возможно; впрочемъ, острый гастритъ нерѣдко сопровождается острымъ энтеритомъ. *Желчная колика* причиняетъ гораздо сильнѣйшую боль, въ видѣ настоящихъ *приступовъ*, такъ что эта

болѣзнь скорѣе можетъ быть смѣшиваема съ язвою желудка или гастралгіей, чѣмъ съ острымъ желудочнымъ катарромъ: въ послѣднемъ случаѣ боль въ надчревной области всегда бываетъ весьма незначительною и вообще не должна быть принимаема въ соображеніе при постановкѣ діагноза. То же самое относится и къ вопросу о томъ, можетъ ли начинающееся *воспаленіе брюшины* симулировать острый катарръ желудка: и здѣсь также ощущеніе боли почти всегда занимаетъ въ картинѣ болѣзни господствующее мѣсто съ самаго начала, и наряду съ тошнотою и рвотою, которыя могли бы возбудить мысль о катаррѣ желудка, обнаруживаются дальнѣйшіе симптомы перитонита, болѣзненность мочеиспусканія, а главное — упадокъ силъ; наконецъ, картина болѣзни быстро принимаетъ тяжелый характеръ, и появляется экссудатъ, который можетъ быть обнаруженъ физическимъ изслѣдованіемъ, такъ что спустя самое короткое время уже не остается никакихъ сомнѣній относительно діагноза.

Иное дѣло — другія формы остраго гастрита, которыя иногда протекаютъ при очень тяжелыхъ явленіяхъ и о распознаваніи которыхъ мы должны поэтому поговорить болѣе подробно.

Наибольшее сходство съ картиною *перитонита* представляетъ *флегмонозный гастритъ*. Главные симптомы весьма рѣдко встрѣчающейся *разлитой гнойной инфильтраціи*, при которой *стѣнка желудка* продыравливается на подобіе рѣшета, суть слѣдующіе: рвота (причемъ необходимо помнѣть, что въ извергаемыхъ ею массахъ до сихъ поръ ни разу еще не было найдено гноя), — боль въ надчревной области, почти не усиливающаяся при давленіи, — боль въ остальныхъ частяхъ живота, — обыкновенно также метеоризмъ и поносъ, упадокъ силъ, бредъ, лихорадка и малый неправильный учащенный пульсъ. Эти симптомы, какъ мы видимъ, очень мало характеристичны, и всѣ они могутъ быть отнесены на счетъ *воспаленія брюшины*, которымъ болѣзнь иногда сопровождается, такъ что *дифференціальный діагнозъ невозможенъ*. Даже тогда, когда при вышеописанной картинѣ болѣзни появляется гной въ извергаемыхъ рвотою массахъ, мы не имѣемъ права поставить съ положительностью діагнозъ флегмонознаго гастрита, какъ это доказывается однимъ случаемъ *гнойнаго остраго воспаленія слизистой оболочки желудка*, наблюдавшимся мною еще очень недавно. Въ этомъ случаѣ имѣлись всѣ главнѣйшіе симптомы флегмонознаго гастрита: тяжелая картина болѣзни, сопровождаемая упадкомъ силъ, жестокія боли въ области желудка, сильная рвота, лихорадка и малый неправильный учащенный пульсъ; въ извергаемыхъ рвотою массахъ, кромѣ эпителиальныхъ клѣтокъ желудка, кромѣ весьма многочисленныхъ грибныхъ нитей и бактерій, было также обнаружено присутствіе *гноя*, и однако при анатомическомъ вскрытіи мы нашли не подслизистый гастритъ, а только очень сильное воспаленіе слизистой оболочки желудка съ необыкновенно обильнымъ отдѣленіемъ гноя на ея свободной поверхности. — Слѣдовательно, здѣсь бываетъ возможенъ развѣ только *предположительный* діагнозъ, если вышеописанная картина, въ видѣ исключенія, явственно обнаруживается при существующей піеміи, родильной горячкѣ или какомъ нибудь тяжеломъ инфекціонномъ заболѣваніи, такъ какъ съ положительностью доказано, что именно при этихъ болѣзняхъ флегмонозный гастритъ можетъ развиваться въ видѣ метастаза.

Флегмонозный гастритъ нѣсколько болѣе доступенъ распознаванію, когда онъ появляется не въ видѣ разлитой инфильтраціи, а въ видѣ ограниченаго *абсцесса*. Хотя симптомы здѣсь вообще тѣ же самые, что и при разлитой формѣ, но все-таки иногда удается прощупать опухоль, которая съ появленіемъ гнойной рвоты исчезаетъ. Однако

и въ этомъ случаѣ діагнозъ всегда остается сомнительнъ, такъ какъ абсцессъ могъ прорваться въ желудокъ изъ сосѣднихъ частей, а отличить его отъ абсцесса, образовавшагося въ стѣнкѣ самого желудка, разумѣется, невозможно.

Если оставить въ сторонѣ *дифтерическую* форму остраго гастрита, которая недоступна распознаванію и поэтому представляется интересною только съ патолого-анатомической, а не съ клинической точки зрѣнія, то намъ остается рассмотреть еще одну послѣднюю форму остраго гастрита, которая встрѣчается нерѣдко и обыкновенно не представляетъ для діагноза никакихъ затрудненій. Мы подразумеваемъ *токсическій гастритъ*, т. е. острое воспаленіе стѣнокъ желудка, болѣе или менѣе сильное, смотря по количеству яда, обнаружившаго свое дѣйствіе въ желудкѣ. Изъ различныхъ ядовъ обыкновенно здѣсь приходится имѣть дѣло съ сѣрною, азотною, щавелевою, рѣже — соляною кислотою, съ ѣдкими щелочами, далѣе — съ крѣпкимъ алкоголемъ, ѣдкимъ купоросомъ, фосфоромъ, мышьякомъ, сулемою, Бертоллевою солью, нитробензоломъ и др.

Смотря по свойству и концентраціи даннаго яда, дѣйствіе его на стѣнки желудка бываетъ различно. Въ однихъ случаяхъ, напр. при отравленіи фосфоромъ, мышьякомъ и сурьюю, не принадлежащими, собственно говоря, къ числу ѣдкихъ веществъ, а равно и при отравленіи алкоголемъ, мы находимъ мутное набуханіе и жировое перерожденіе кѣтокъ въ желудочныхъ железахъ, а къ этимъ измѣненіямъ могутъ еще присоединиться пептическія язвы (если омертвѣніе кѣтокъ приняло болѣе значительные размѣры и если въ слизистой оболочкѣ желудка появились экстрavasаты вслѣдствіе того, что жирноперерожденныя стѣнки сосудовъ сдѣлались болѣе ломкими); въ другихъ же случаяхъ, напр. при отравленіяхъ крѣпкими кислотами и щелочами, оказываются въ стѣнкѣ желудка болѣе тяжелыя анатомическія измѣненія, какъ результатъ настоящаго ѣдкаго дѣйствія, произведеннаго ядовитымъ веществомъ. Слѣдовательно, картина болѣзни въ различныхъ случаяхъ будетъ неодинакова; но все-таки въ ней существуютъ извѣстнаго рода симптомы, характеристичные для токсическаго гастрита вообще, а именно: жестокія боли въ надчревной области, усиливающіяся при давленіи, — частая рвота, обыкновенно окрашенная кровью, — неутолимая жажда, сильное разстройство общаго состоянія, малый пульсъ, упадокъ силъ, ціанозъ, клейкій потъ и помраченіе чувствилища. Ко всему этому можетъ присоединиться воспаленіе брюшины; наконецъ, смотря по свойству отравленія, могутъ появиться альбуминурія, гематурия, петехіи, желтуха и т. п. Результатомъ ѣдкаго дѣйствія можетъ оказаться атрофія слизистой оболочки желудка, съ ея послѣдствіями. Діагностическое правило состоитъ въ томъ, что во всѣхъ подозрительныхъ случаяхъ необходимо изслѣдовать полость рта и глотки (для опредѣленія того, нѣтъ ли какихъ нибудь признаковъ ѣдкаго дѣйствія), обращать вниманіе на запахъ выдыхаемаго воздуха и производить химическое изслѣдованіе для отысканія яда въ массахъ, извергнутыхъ рвотою, или въ жидкости, добытой посредствомъ промыванія желудка.

Въ заключеніе мы должны еще упомянуть объ одной формѣ гастрита, относительно существованія которой были сдѣланы заявленія въ послѣднее время:

Gastritis mycetica.

Микробы, попадающіе изъ полости рта въ желудокъ, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, хотя и не погибаютъ въ кисломъ желудочномъ сокѣ, какъ это признавалось въ прежнее время (только холерныя и сибиреязвенныя бактеріи повидимому умерщвляются кислымъ желудочнымъ сокомъ), но все-таки размноженіе ихъ подъ вліяніемъ его несомнѣнно задерживается. Дрожжевые и плѣсневые грибки могутъ выносить большее количество кислоты, чѣмъ бактеріи, которыя лучше развиваются при маломъ количествѣ кислоты въ содержимомъ желудка. Слѣдовательно, развитіе въ желудкѣ тѣхъ или другихъ грибковъ и размноженіе ихъ въ большемъ или меньшемъ обиліи будетъ за-

висѣть прежде всего отъ болѣе или менѣе недостаточнаго количества кислоты, отъ болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія пищи въ желудкѣ и отъ самаго качества пищи. Обыкновенно мы находимъ дрожжевые и плѣсневые грибки, сарцины и различныя другія бактеріи. Но такъ какъ всѣ эти грибки не оказываютъ непосредственно вреднаго вліянія на слизистую оболочку желудка и такъ какъ присутствіе ихъ въ больномъ желудкѣ не составляетъ существенной помѣхи для излѣченія болѣзни, то появленіе ихъ въ желудочномъ содержимомъ должно быть признано случайнымъ симптомомъ нѣкоторыхъ ненормальныхъ процессовъ, совершающихся въ желудкѣ. Но въ очень рѣдкихъ случаяхъ нѣкоторые микроорганизмы могутъ повидимому вызывать въ желудкѣ воспалительные процессы и образованіе язвъ; однако, анатомическихъ наблюденій относительно этого *микотического гастрита* существуетъ до сихъ поръ еще такъ мало, что объ установленіи клинической картины и о распознаваніи ея не можетъ быть рѣчи въ настоящее время.

Хроническій гастритъ. Хроническій катарръ желудка.

Если уже при остромъ гастритѣ измѣнено строеніе и нарушены отиравленія железистыхъ клѣтокъ, то еще въ гораздо большей степени это бываетъ при хроническомъ гастритѣ, при которомъ измѣненіе клѣтокъ имѣетъ болѣе стойкій характеръ. Кромѣ того, при хроническомъ-гастритѣ образованіе слизи изъ железистыхъ клѣтокъ происходитъ въ увеличенныхъ размѣрахъ. Соотвѣтственно этому, *главными явленіями хронического желудочнаго катарра оказываются присутствіе въ желудкѣ громаднаго количества слизи и недостаточное образованіе пищеварительнаго секрета*. Въ результатъ получается то, что пища переваривается весьма несовершенно и что она подвергается броженію и гніенію. Конечно, это могло бы быть предотвращено, еслибы мускулатура желудочныхъ стѣнокъ по прошествіи нормальнаго срока проталкивала въ кишечный каналъ пищевую кашицу, еще не переваренную. Однако, изъ опыта извѣстно, что мускулатура желудка не производитъ этого компенсаторнаго дѣйствія или производитъ его въ очень несовершенной степени, такъ какъ она въ свою очередь бываетъ ослаблена при воспалительной инфильтраціи желудочной стѣнки. Слѣдовательно, къ двумъ главнымъ явленіямъ хронического катарра, т. е. къ уменьшенному отдѣленію кислоты и обильному образованію слизи, присоединяется еще третье, а именно—*болѣе продолжительное пребываніе пищи въ желудкѣ*.

Всѣ эти тяжелыя разстройства желудочнаго пищеваренія легко могутъ быть констатированы: болѣе продолжительное пребываніе пищи въ желудкѣ—результатомъ пробнаго обѣда, уменьшенное отдѣленіе соляной кислоты и пепсина—результатомъ пробнаго завтрака, обильная примѣсь слизи—осмотромъ массъ, извергнутыхъ рвотою, и жидкости, полученной при промываніи желудка, а разложеніе пищи—химическимъ изслѣдованіемъ желудочнаго содержимаго, причемъ, кромѣ уменьшеннаго отдѣленія соляной кислоты и ферментовъ, констатируется присутствіе масляной кислоты, алкоголя, уксусной кислоты, микроорганизмовъ и продуктовъ гніенія бѣлковыхъ веществъ.

Картина болѣзни при хроническомъ гастритѣ вообще представляет собою усиленіе симптомовъ острого гастрита. Главныя явленія суть слѣдующія: клейкій неопредѣленный вкусъ во рту, уменьшеніе или извращеніе аппетита, обложенный языкъ, кислая прогорѣлая (иногда зловонная) отрыжка, изжога, тошнота, зѣвота, увеличенное отдѣленіе слюны и рвота. Ко всему этому могутъ присоединиться: плохой сонъ, чувство тяжести въ головѣ, общая разбитость, неохота къ занятіямъ, недовольство жизнью и гипохондрія. Такъ какъ совершающіеся въ желудкѣ ненормальные процессы броженія влекутъ за собою образованіе газовъ, преимущественно—водорода и углекислоты, то появляется вздутіе надчревной области, чувство полноты въ желудкѣ и даже настоящая боль вслѣдствіе чрезмѣрнаго напряженія. Боль эта еще усиливается при давленіи снаружи, но бываетъ *разлитой*, т. е. ощущается не на ограниченномъ, а на большомъ пространствѣ. Растяженіе желудочныхъ нервовъ можетъ также имѣть своимъ послѣдствіемъ головокруженіе; кромѣ того, влияніе, оказываемое на сердце, можетъ вызвать сердечную астму («диспептическую»), сердцебиеніе и неправильность пульса. Испраженія въ большинствѣ случаевъ задержаны; моча отдѣляется въ скудномъ количествѣ и даетъ большой осадокъ уратовъ.

Если имѣть въ виду вышеуказанные симптомы и обращать вниманіе на результаты изслѣдованія желудочнаго содержимаго, добытаго посредствомъ зонда, т. е. на обиліе слизи, на недостаточное содержаніе кислоты, пепсина и фермента, свертывающаго казеинъ, наконецъ — на болѣе продолжительное пребываніе пищи въ желудкѣ, то діагнозъ въ большинствѣ случаевъ будетъ оказываться нетруднымъ. Однако, не слѣдуетъ забывать, что, во первыхъ, *хроническій желудочный катарръ обыкновенно сопутствуетъ язвѣ и раку желудка*, а во вторыхъ, что *расширеніе желудка въ нѣкоторой части случаевъ происходитъ непосредственно изъ хроническаго желудочнаго катарра*. Поэтому я давно уже считаю *діагностическимъ правиломъ*, что *признать существованіе хроническаго катарра въ какомъ либо отдѣльномъ случаѣ возможно только тогда, когда съ положительностью исключены какъ вышеупомянутыя, такъ и вообще всѣ другія болѣзни желудка, сопровождаемыя диспепсіей*. О дифференціальномъ распознаваніи этихъ болѣзней отъ хроническаго гастрита мы будемъ подробно говорить при изложеніи ихъ спеціальной діагностики въ послѣдующихъ главахъ. Когда діагнозъ хроническаго желудочнаго катарра уже установленъ, то мы должны еще выяснить *этіологию* заболѣванія, хотя бы уже потому, что нѣкоторыя причины хроническаго гастрита бываютъ стойкія, неустранимыя, дѣлающія предсказаніе существенно неблагоприятнымъ, а другія, напротивъ того, указываютъ для терапіи един-

ственное направлѣніе, въ которомъ она еще можетъ принести пользу. Особенное вниманіе нужно обращать на признаки застоя крови въ области воротной и нижней полой вены, на присутствіе Брайтовой болѣзни, хронической бугорчатки, общаго малокровія и т. д.

Въ новѣйшее время, по результатамъ химическаго изслѣдованія желудочнаго содержимаго, различаются еще особыя формы хроническаго гастрита, а именно: *простой*, *слизистый* и *кислый* катарръ. Но я думаю, что устанавливать такіе спеціальныя типы катарра нѣтъ ни основанія, ни надобности. Что касается *чрезмѣрнаго отдѣленія кислоты въ желудкъ*, то, по моему мнѣнію и личному опыту, *Ewald* совершенно правъ, относя это состояніе къ неврозамъ и считая связанныя съ нимъ диспептическія явленія, т. е. кислую отрыжку, изжогу, чувствительность надчревной области и проч., лишь послѣдовательными симптомами, зависящими отъ дѣйствія кислоты на желудочную стѣнку resp. на ея нервы. Съ другой стороны, отъ «простаго» хроническаго катарра желудка отдѣлять «*слизистый*» катарръ подъ видомъ *особой* формы, на томъ лишь основаніи, что здѣсь преобладаетъ образованіе слизи и въ болѣе значительной степени уменьшено образованіе пищеварительныхъ ферментовъ, значило бы, по моему мнѣнію, слишкомъ далеко заходить въ дифференцированіи формъ, хотя вообще я очень высоко цѣню новѣйшія стремленія, направленныя къ тому, чтобы сдѣлать распознаваніе хроническаго катарра желудка все болѣе и болѣе опредѣленнымъ, тогда какъ еще недавно этотъ діагнозъ очень часто ставился за неимѣніемъ другаго, болѣе точнаго.

Къ хроническому желудочному катарру, въ качествѣ послѣдовательныхъ состояній, нерѣдко присоединяются расширеніе желудка и *атрофія* его слизистой оболочки. Вслѣдствіе постепеннаго жироваго перерожденія железистыхъ клѣтокъ и вслѣдствіе склерозированія *typ. propriae*, а иногда и подслизистаго слоя, ткань слизистой оболочки перерождена и атрофирована, а если эта атрофія захватываетъ всю слизистую оболочку, то уже не можетъ быть рѣчи не только объ отдѣленіи желудочнаго сока, но и объ отдѣленіи слизи. Поэтому въ такихъ случаяхъ *болѣе или менѣе полной атрофіи* было констатировано отсутствіе въ желудочномъ содержимомъ *соляной кислоты, пепсина и фермента, свертывающаго казеинъ, а равно и отсутствіе слизи*. Такимъ образомъ пища еще менѣе можетъ перевариваться, чѣмъ при хроническомъ желудочномъ катаррѣ: она долго задерживается въ желудкѣ, подвергается броженію, и наступаетъ та же самая картина болѣзни, та же самая диспепсія, какъ при хроническомъ катаррѣ. Однако, производя частыя изслѣдованія желудочнаго содержимаго послѣ пробнаго завтрака, можно опредѣлить, имѣемъ ли мы предъ собою въ данномъ случаѣ хроническій желудочный катарръ, или конечный результатъ его, т. е. атрофію слизистой оболочки. Послѣдствія атрофіи особенно серьезны по отношенію къ общему питанію; между прочимъ, уже неоднократно была наблюдаема *злокачественная анемія*, находившаяся въ связи съ этимъ заболѣваніемъ желудка.

Труднее бываетъ рѣшить, при констатированномъ отсутствіи соляной кислоты и ферментовъ, имѣемъ ли мы предъ собою атрофію слизистой оболочки или какое нибудь другое заболѣваніе, при которомъ точно также отсутствуютъ эти составныя части желудочнаго сока.

Прежде всего, встречаются случаи, где *изслѣдованіе желудочнаго содержимаго на соляную кислоту постоянно даетъ отрицательный результатъ*, не смотря на то, что желудокъ вполне освобождается отъ пищевой кашицы по прошествіи нормальнаго срока. Очевидно, что мускулатура желудка производитъ здѣсь компенсаторное дѣйствіе, регулируя недостаточную секреторную дѣятельность его слизистой оболочки, такъ что актъ пищеваренія исполняется по преимуществу кишечнымъ каналомъ. Въ подобныхъ случаяхъ представляется *вѣроятнымъ* (положительное заключеніе было бы возможно только тогда, когда имѣлось бы достаточное число анатомическихъ наблюдений), что дѣло можетъ идти или объ *атрофій*, приобретенной вследствие предшествовавшихъ желудочныхъ катарровъ и обусловившей собою относительное выздоровленіе въ томъ смыслѣ, что недостаточное образованіе кислоты приблизительно компенсируется усиленнымъ сокращеніемъ мускулатуры, или же о самостоятельномъ *нервномъ отсутствіи кислоты* (при анатомически нормальномъ состояніи слизистой оболочки желудка), распознаваніе котораго еще будетъ изложено впоследствии. Рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ прежде всего анамнезъ, менно то обстоятельство, что въ первомъ случаѣ предшествуютъ рѣзкія явленія затяжнаго катарра желудка, а во второмъ существуютъ съ самаго начала одни только явленія нервной диспепсіи или признаки истеріи вообще. Для иллюстраціи мы можемъ привести два типичныхъ случая, изъ которыхъ второй доказываетъ, что упомянутая компенсація иногда встрѣчается при полномъ отсутствіи какихъ либо симптомовъ и что подобные субъекты могутъ даже казаться вполне «здоровыми».

Случай I. Офицеръ С., 42-хъ лѣтъ отъ роду, въ теченіе послѣдняго года страдаетъ желудочными симптомами. Болезнь появилась послѣ грубой погрѣшности въ діетѣ. Въ первое время было отсутствіе аппетита и ощущалось давленіе въ желудкѣ послѣ каждого приѣма пищи, а впоследствии появилась тошнота и стали ощущаться разлитыя боли, которыя послѣ приѣма пищи успокаивались; при этомъ вѣсъ тѣла значительно упалъ (на 30 фунт.). Карлсбадскія воды, *condungano* и др. средства не оказали никакого дѣйствія.

При физическомъ изслѣдованіи желудка не найдено ни опухоли, ни расширенія органа, а констатирована только чувствительность при давленіи подъ мѣчевиднымъ отросткомъ грудины. Повторныя промыванія желудка послѣ пробнаго завтрака, въ теченіе всего времени, пока больной продолжалъ у меня лечиться, т. е. въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, *ни разу не обнаружили присутствія слизи въ промывной водѣ, и ни разу при качественномъ опредѣленіи не было найдено соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ*, полученномъ посредствомъ выжиманія; при количественномъ опредѣленіи соляной кислоты мы находили минимумъ 0,027 и максимумъ 0,036%. Но, *не смотря на это недостаточное отдѣленіе кислоты*, больной иногда уже черезъ 7, а иногда черезъ 12 часовъ *вполнѣ* переваривалъ свой обѣдъ, состоявшій изъ мяса и легкой мучнистой пищи, такъ что по истеченіи этого срока желудокъ или оказывался совершенно пустымъ, или еще содержалъ весьма незначительные остатки введенной пищи.

Случай II. Поденщица Г., 17-ти лѣтъ отъ роду, страдаетъ истерическою рвотою, такъ что при удовлетворительномъ аппетитѣ первые глотки всякой пищи немедленно извергаются обратно; кромѣ того, въ первое время существовала чувствительность при давленіи въ области желудка. Рвота мало по малу прекратилась совсѣмъ, и больная стала хорошо переносить обыкновенную грубую госпитальную пищу. Пробный обѣдъ вполнѣ переваривался въ 5—7 часовъ. *Изслѣдованіе на соляную кислоту послѣ пробнаго завтрака давало при качественномъ опредѣленіи отрицательный результатъ*, а при количественномъ 0,03%. Такой же отрицательный результатъ получался въ теченіе втораго и третьяго часа по принятіи пробнаго завтрака. Для того чтобы вызвать болѣе сильное отдѣленіе кислоты, мы въ концѣ концовъ стали давать больной ячневую кашу съ овощами, состоявшими преимущественно изъ твердыхъ кочерыжекъ капусты; но и при такой пищѣ качественное опредѣленіе соляной кислоты по прежнему давало отрицательный, а количественное опредѣленіе—почти отрицательный результатъ.

Отсутствие соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, по наблюденіямъ Riegel'a, можетъ также обуславливаться распространеннымъ амлоиднымъ перерожденіемъ слизистой оболочки желудка.

Наконецъ, особенныя затрудненія иногда представляетъ дифференціальный діагнозъ между атрофіей слизистой оболочки и ракомъ желудка. Объемъ болѣзней свойственно отсутствіе въ желудочномъ содержимомъ реакціи на соляную кислоту, а также отсутствіе въ немъ пепсина и фермента, свертывающаго казеинъ. Конечно, въ значительномъ большинствѣ случаевъ присутствіе опухоли, характерный видъ рвоты, похожей на кофейную гущу, и др. признаки не оставляютъ никакого сомнѣнія въ томъ, что мы имѣемъ предъ собою ракъ желудка. Однако, встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ эти патогностическіе симптомы рака совершенно отсутствуютъ въ теченіе долгаго времени. Діагнозъ при такихъ условіяхъ долженъ быть оставляемъ *in suspense* до тѣхъ поръ, пока не станетъ прощупываться опухоль, или пока при микроскопическомъ изслѣдованіи желудочнаго содержимаго не будутъ непосредственно обнаружены раковые элементы, появленіе которыхъ окончательно выясняетъ, съ какою болѣзью желудка мы имѣемъ дѣло.

Язва желудка. *Ulcus ventriculi pepticum.*

Распознаваніе язвы желудка составляетъ задачу, которую часто приходится рѣшать практикующему врачу. Діагнозъ во многихъ случаяхъ можетъ быть поставленъ легко и съ полною положительностью, въ другихъ случаяхъ онъ долженъ быть оставляемъ подъ сомнѣніемъ и иногда можетъ быть поставленъ съ увѣренностью только на основаніи результатовъ лѣченія, направленаго спеціально противъ язвы желудка. Если бы мы захотѣли ставить этотъ діагнозъ лишь въ такихъ случаяхъ, гдѣ существуютъ главные симптомы язвы желудка, т. е. боль и желудочное кровотеченіе, съ прободеніемъ брюшины или безъ него, то, по моему мнѣнію, распознаваніе оказывалось бы возможнымъ лишь въ меньшинствѣ случаевъ. Одно только чувство *боли* встрѣчается почти постоянно и бываетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ единственнымъ симптомомъ, который можетъ быть констатированъ при физическомъ изслѣдованіи желудка, одержимаго этою болѣзью. Прощупать тонкую опухоль, соответствующую утолщенному дну и твердымъ краямъ язвы, возможно лишь при очень благоприятныхъ случаяхъ для ощупыванія и при болѣшомъ навыкѣ. Желудочное кровотеченіе встрѣчается относительно рѣдко, а прободеніе брюшины—еще рѣже. Разсмотримъ прежде всего въ краткихъ чертахъ ту картину, которую обыкновенно представляетъ язва желудка, и постараемся опредѣлить, на основаніи какихъ симптомовъ можетъ быть поставленъ діагнозъ.

При язвѣ желудка, какъ и при другихъ страданіяхъ этого органа, больные жалуются на *диспептическія* явленія, а особенно на *чувство давленія* въ желудочной области; кромѣ того, часто наблюдается потеря аппетита, кислая отрыжка, тошнота и *рвота* (послѣдняя составляетъ при язвѣ желудка весьма обыкновенное явленіе). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ *кровавая* рвота, которая вообще при язвѣ желудка рѣже наблюдается врачами, занимающимися исключительно частною

практикою, чѣмъ врачами госпитальными, по той простой причинѣ, что кровавая рвота обыкновенно и есть то событіе, которое обращаетъ на себя серьезное вниманіе больного и заставляетъ его поступить въ госпиталь. Такъ напр., изъ сопоставленія случаевъ, наблюдавшихся мною въ клиникѣ, оказывается, что кровавая рвота существовала болѣе чѣмъ у 50% общаго числа этихъ больныхъ. Испражненія, если послѣдовало обильное желудочное кровотеченіе, имѣютъ черный цвѣтъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ дегтеобразный видъ испражнений бываетъ единственнымъ симптомомъ желудочнаго кровотечения, такъ какъ вся кровь, излившаяся въ желудокъ, извергается низомъ, а кровавой рвоты не происходитъ вовсе. Рвота обыкновенно появляется вскорѣ послѣ ѣды, совершенно такъ же, какъ и чувство боли. Последняя при язвѣ желудка должна по необходимости приниматься въ соображеніе какъ діагностическій признакъ, хотя вообще при другихъ болѣзняхъ она представляетъ самое плохое основаніе для точнаго діагноза. Боль появляется приступами, обыкновенно послѣ введенія пищи; при давленіи снаружи она въ большинствѣ случаевъ усиливается, очень рѣдко облегчается. *Значеніе боли, какъ объективнаго признака, нѣсколько увеличивается тѣмъ обстоятельствомъ, что она обыкновенно сосредоточивается въ строго опредѣленномъ мѣстѣ желудка, либо въ надчревной области, либо по направленію къ позвоночнику, между объемами лопатками, а главное — тѣмъ, что интенсивность ея въ очень многихъ случаяхъ измѣняется при различныхъ положеніяхъ тѣла.* Последнему признаку я склоненъ придавать особенное значеніе, такъ какъ въ сомнительныхъ случаяхъ этотъ симптомъ часто способствовалъ выясненію діагноза. Эти колебанія въ интенсивности боли при различныхъ положеніяхъ тѣла зависятъ отъ растягиванія нервовъ въ области язвы, или отъ непосредственнаго химическаго либо механическаго раздраженія язвенной поверхности, которому она подвергается при перемѣщеніи желудочнаго содержимаго.

Иногда присоединяющееся прободеніе язвы въ полость плевры, сердечной сорочки, брюшины и т. п. дѣлаетъ вполне несомнѣннымъ діагнозъ, оставшійся до тѣхъ поръ подъ сомнѣніемъ. Въ другихъ случаяхъ язва заживаетъ, но оставшійся рубецъ обуславливаетъ болѣзненные состоянія, отличающіяся по своимъ симптомамъ отъ обычной картины язвы желудка и требующія спеціальнаго распознаванія; сюда относится, напpимѣръ, *расширеніе желудка вслѣдствіе рубцоваго суженія привратника, а также гастралгія, зависящая отъ образованія рубца.*

Образованіе рубца, впрочемъ, по моимъ наблюденіямъ, лишь чрезвычайно рѣдко бываетъ источникомъ болѣй и диспептическихъ явленій, такъ что я совѣтовалъ бы самымъ настоятельнымъ образомъ не успокаивать себя и больного на діагнозъ рубцеванія съ его послѣдствіями, если послѣ лѣченія Карлсбадскими водами или абсолютнымъ покоемъ отчасти еще остались болѣзненные ощущенія и признаки диспепсизма. Эти діагнозы, по моему мнѣнію, почти всегда ошибочны. Вопреки господствующей

щему взгляду, я долженъ заявить, что рубцы, образующіеся при язвахъ желудка, не вызываютъ *никакихъ болей*, за исключеніемъ весьма рѣдкихъ случаевъ гастралгій, и что, напротивъ того, если во время лѣченія язвы желудка еще остаются боли, онѣ почти всегда зависятъ отъ неполнаго зарубцеванія язвы или отъ присоединившагося рецидива. Повтореніе строгаго діететическаго лѣченія въ такихъ случаяхъ выясняетъ истинное положеніе дѣла и приводитъ къ желаемой терапевтической цѣли.

Діагнозъ язвы желудка во многихъ случаяхъ можетъ быть поставленъ съ полною положительностью, главнымъ образомъ на основаніи кровавой рвоты; но еще въ большемъ числѣ случаевъ, особенно въ частной практикѣ, онѣ остается только болѣе или менѣе вѣроятнымъ, такъ какъ намъ приходится основывать его главнымъ образомъ на диспепсіи и ощущеніи боли. Въ новѣйшее время діагностика язвы желудка повидимому сдѣлалась гораздо болѣе точною вслѣдствіе того, что въ чрезмѣрномъ образованіи кислоты, казалось, было найдено *постоянное* явленіе, свойственное этой болѣзни. Дѣйствительно, этотъ фактъ имѣлъ бы для распознаванія язвы чрезвычайно важное значеніе. Однако, новѣйшія наблюденія показали, что чрезмѣрное образованіе кислоты при язвахъ желудка встрѣчается хотя и часто, но совсѣмъ не постоянно.

Кромѣ того, въ значительномъ большинствѣ случаевъ не слѣдуетъ для опредѣленія степени кислотности извлекать желудочное содержимое посредствомъ зонда. Я и теперь еще остаюсь при томъ мнѣніи, которое уже давно было мною высказано, а именно, что примѣненіе зонда съ діагностическою цѣлью при язвахъ желудка не совсѣмъ безопасно и въ большинствѣ случаевъ представляется даже излишнимъ, такъ какъ діететическое лѣченіе, предпринятое на основаніи вѣроятнаго діагноза, во всякомъ случаѣ можетъ принести только пользу, а не вредъ. Но я, конечно, не хочу этимъ сказать, что открытіе чрезмѣрной кислотности желудочнаго сока при язвахъ желудка не составляетъ очень важнаго приобрѣтенія, которое существенно расширило наши свѣдѣнія о симптоматологій и происхожденіи этой болѣзни; даже на оборотъ, я вижу въ достовѣрно доказанномъ фактѣ частаго совпаденія язвы желудка съ чрезмѣрнымъ образованіемъ кислоты весьма отрадное подтвержденіе тѣхъ изгладовъ, которые были высказаны мною еще десять лѣтъ тому назадъ относительно происхожденія язвы желудка (въ особенности относительно сдѣланнаго мною теоретическаго предположенія, что при возникновеніи язвы желудка временно существуетъ чрезмѣрная степень кислотности желудочнаго сока). Но именно при этой болѣзни, съ моей точки зрѣнія, я не могу рекомендовать діагностическаго зондированія для примѣненія въ практикѣ. Послѣ вышесказаннаго самъ собою возникаетъ вопросъ, могутъ ли быть найдены въ *этіологій* язвы желудка какія нибудь точки опоры для діагноза, которыя въ частномъ случаѣ дѣлали бы съ самаго начала вѣроятнымъ, что мы имѣемъ дѣло съ этою болѣзью.

Къ числу такихъ *этіологическихъ* моментовъ должны быть отнесены: *травматическія поврежденія* стѣнокъ желудка (я видѣлъ нѣсколько такихъ случаевъ, чрезвычайно доказательныхъ) и *эмболии*, происходящія изъ сердца; но послѣднія, по моимъ наблюденіямъ, составляютъ довольно рѣдкую причину язвы желудка, хотя съ экспериментальной точки зрѣнія и приписывалось именно этому причинному моменту весьма важное значеніе. Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію связь между язвою желудка и хлорозомъ, а также совпаденіе желудочной язвы съ ожогами кожи. Но вообще *этіологій* представляетъ лишь немного данныхъ для распознаванія язвы желудка.

Точное распознаваніе язвы желудка затрудняется еще и тѣмъ, что

нѣкоторыя другія болѣзни представляютъ сходныя съ нею симптомы, и слѣдовательно болѣзни эти должны быть принимаемы въ соображеніе при постановкѣ дифференціального діагноза. Чаще всего возникаетъ вопросъ относительно *гастралгій, межреберной невралгій, рака желудка, желчной колики и язвы двѣнадцатиперстной кишки.*

Прежде всего, что касается *язвы двѣнадцатиперстной кишки,* то отличить отъ нея язву желудка въ значительномъ большинствѣ случаевъ невозможно. Симптомы при язвѣ двѣнадцатиперстной кишки, если она помѣщается по близости отъ привратника желудка, должны быть тѣ же самыя, какъ при желудочной язвѣ. Нѣкоторую, но довольно ненадежную точку опоры даетъ мѣстонахожденіе боли, которая при язвѣ двѣнадцатиперстной кишки обыкновенно сосредоточивается по преимуществу около правой парастеральной линіи, а при язвѣ привратника желудка—въ надчревной области по срединной или правой стеральной линіи. Кромѣ того, при язвѣ двѣнадцатиперстной кишки опорожненіе изливающейся крови чрезъ задній проходъ положительно составляетъ правило, такъ что въ случаяхъ, въ которыхъ кровь выводится *только* испражненіями, мы имѣемъ нѣкоторое основаніе подозрѣвать язву двѣнадцатиперстной кишки. Желтуха при этой язвѣ представляетъ осложненіе слишкомъ рѣдкое для того, чтобы можно было на ней основывать діагнозъ. Важное значеніе, вѣроятно, пріобрѣтеть въ будущемъ чрезмерная кислотность желудочнаго сока, которая болѣе говоритъ въ пользу язвы желудка, хотя съ точки зрѣнія теоріи она предполагается и при образованіи язвы двѣнадцатиперстной кишки ¹⁾.

Напротивъ того, опредѣленіе количества соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ, производимое и мною въ сомнительныхъ случаяхъ при отсутствіи наклонности къ кровотеченіямъ, имѣетъ рѣшающее значеніе для постановки *дифференціального діагноза между язвою и ракомъ желудка.* Увеличенное содержаніе соляной кислоты *рѣшительно говоритъ въ пользу язвы желудка,* тогда какъ нормальное или уменьшенное содержаніе этой кислоты хотя и встрѣчается при язвѣ желудка, но во всякомъ случаѣ сравнительно рѣже. При ракѣ желудка нормальное или незначительно уменьшенное содержаніе соляной кислоты составляетъ большую рѣдкость (я лично могу привести изъ собственныхъ наблюденій лишь весьма немного случаевъ подобнаго рода); обыкновенно же отдѣленіе соляной кислоты при ракѣ совершенно прекращается или, по крайней мѣрѣ, низводится до очень малой цифры, между тѣмъ какъ при язвѣ желудка, насколько мнѣ извѣстно, полное отсутствіе реакціи на соляную кислоту, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ, еще не было наблюдаемо. Поэтому крайніе предѣлы, т. е.

¹⁾ Въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ, гдѣ язва двѣнадцатиперстной кишки привела къ смерти вслѣдствіе кровотеченія, я нашелъ въ желудочномъ содержимомъ 0,16% соляной кислоты.

чрезвычайное образование соляной кислоты и полное отсутствие ея, несомненно имѣютъ *въ настоящее время* діагностическое значеніе, тогда какъ промежуточные ступени, находящіеся между этими крайними предѣлами, представляются для діагноза менѣе важными.

Но и относительно крайнихъ предѣловъ я долженъ выставить на видъ, что рѣшающее діагностическое значеніе для отличія язвы отъ рака желудка они имѣютъ *въ настоящее время*. Дѣло именно въ томъ, что такъ какъ къ язвѣ желудка можетъ присоединиться желудочный катарръ въ значительной степени развитія, то было бы нѣсколько не удивительно, еслибы въ нѣкоторыхъ случаяхъ язвы желудка отдѣленіе соляной кислоты подъ конецъ уменьшалось до минимума, а съ другой стороны, такъ какъ раковыя опухоли желудка даже не особенно рѣдко развиваются непосредственно изъ желудочной язвы, то можно почти съ увѣренностью предсказать, что и чрезвычайное образование соляной кислоты будетъ со временемъ констатировано въ какомъ нибудь случаѣ рака, находящагося въ началѣ своего развитія. Я самъ видѣлъ одинъ случай, гдѣ раковыя опухоли развились на днѣ двухъ открытыхъ язвъ желудка, а между тѣмъ въ массахъ, извергнутыхъ рвотою черезъ 6 часовъ послѣ послѣдняго приема пищи, было найдено 0,21% свободной соляной кислоты! Но все-таки эти исключительные случаи не могутъ опровергнуть общаго правила, такъ что вышеупомянутыя діагностическія заключенія, дѣлаемые на основаніи количества соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ, остаются вообще вѣрными.

Что касается остальныхъ отличительныхъ признаковъ язвы и рака желудка, то для діагноза они имѣютъ мало значенія, если только дѣло идетъ не о такихъ симптомахъ, которые, какъ напр. прощупываемая опухоль, свидѣтельствуютъ прямо въ пользу рака ¹⁾; но при такихъ условіяхъ смѣшать между собою эти двѣ болѣзни невозможно. Вообще, *въ пользу язвы* и противъ рака желудка говорятъ слѣдующія данныя: *молодой возрастъ больного* (впрочемъ, бываютъ рѣдкія исключенія изъ этого правила, такъ что мнѣ пришлось наблюдать одного больного 26-ти лѣтъ, который, какъ было доказано вскрытіемъ, страдалъ ракомъ привратника желудка), далѣе — *незначительное исхуданіе и отсутствіе кахексін* (но и здѣсь бываютъ поразительныя исключенія, такъ что я видѣлъ одного больного желудочною язвою, у котораго вѣсъ тѣла упалъ съ 200 фунт. почти на 100 фунтовъ, а съ другой стороны, мнѣ случалось видѣть, что у больныхъ ракомъ желудка вѣсъ тѣла увеличивался на нѣсколько фунтовъ въ недѣлю), затѣмъ — *рвота чистою кровью*, тогда какъ при раковой опухоли желудка почти никогда не извергаются рвотою большія количества неизмѣненной крови, а только характерныя массы, похожія на кофейную гущу. Наконецъ, въ пользу язвы вообще говоритъ прободеніе брюшины, если оно наступило въ ранней стадіи болѣзни, между тѣмъ какъ при ракѣ желудка прободеніе случается лишь послѣ болѣе долгаго существованія болѣзни или наступаетъ относительно рано только тогда, когда раковая опухоль развилась на почвѣ язвы. Характеръ боли, виѣшній видъ языка, свойства не-красавыхъ массъ, извергае-

¹⁾ *Прощупываемая*, не злокачественная гипертрофія мышечнаго слоя, представляющая сходство съ новообразованиемъ, встрѣчается при язвѣ желудка чрезвычайно рѣдко.

мыхъ рвотою, состояніе испражнений и т. д., — всё эти признаки слишкомъ непостоянны и ненадежны для того, чтобы можно было на нихъ основывать діагнозъ.

Сравнительно легче удастся отличить язву желудка отъ *гастралгій* и *односторонней межреберной невралгій*. Появленіе боли въ видѣ рѣзко выраженныхъ приступовъ, довольно продолжительные во многихъ случаяхъ промежутки между двумя послѣдовательными приступами, необычное дѣйствіе раздраженій, вліяющихъ непосредственно на стѣнку желудка (напр., то обстоятельство, что больной можетъ по временамъ безнаказанно употреблять такую пищу, которая чрезвычайно трудно переваривается) и одновременное присутствіе истеріи или какой нибудь невралгій или болѣзни матки, — всё эти обстоятельства рѣшительно говорятъ въ пользу гастралгій, а еще болѣе въ пользу ея говоритъ полное отсутствіе диспепсій въ промежутки между приступами, которое при язвѣ желудка, по крайней мѣрѣ — по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается очень рѣдко. Особенно важнымъ признакомъ для отличія гастралгій отъ язвы желудка считается прекращеніе боли при давленіи снаружи въ случаяхъ гастралгій, между тѣмъ какъ въ случаяхъ язвы желудка боль при ощупываніи будто бы усиливается.

Этотъ послѣдній отличительный признакъ имѣетъ мало значенія, такъ что я, по крайней мѣрѣ, не сталъ бы на немъ основывать положительный діагнозъ. Скорѣе можно было бы еще рекомендовать примѣненіе электрическаго тока во время акта пищеваренія. Если боль совершенно прекращается при электризаціи (въ особенности анодомъ), то это говоритъ въ пользу гастралгій; но если боль при электризаціи не уменьшается, то въ такомъ случаѣ одинаково можетъ существовать или гастралгія, или язва желудка. Только положительный результатъ изслѣдованія, т. е. мгновенное прекращеніе боли подъ вліяніемъ электрическаго тока, имѣетъ для діагноза нѣкоторое значеніе. *Межреберная невралгія*, по моимъ наблюденіямъ, тоже иногда представляетъ диагностическія затрудненія, если такъ наз. болевая точка находится въ надчревной области и если случайно при этомъ существуютъ признаки диспепсій, или же, если наполненіе желудка вызываетъ невралгическую боль. Сомнѣнія насчетъ діагноза обыкновенно легко могутъ быть устранимы, если приподнять брюшные покровы въ видѣ большой складки и затѣмъ вдавливать ее на различныхъ мѣстахъ, не производя однако слишкомъ глубокаго давленія, причемъ имѣется въ виду опредѣлить, существуетъ ли болѣзненность брюшныхъ покрововъ. Обыкновенно также легко удастся найти болевую точку въ томъ или другомъ межреберномъ пространствѣ.

Наконецъ, мнѣ приходилось довольно часто колебаться въ дифференціальномъ діагнозѣ между *желчною коликою* и извою желудка, причемъ истинное положеніе дѣла выяснялось только послѣ того, когда въ испражненіяхъ появлялись желчные камни. Здѣсь слѣдуетъ преимущественно руководствоваться результатомъ опредѣленія соляной кислоты въ массахъ, извергаемыхъ рвотою (если содержаніе кислоты оказалось чрезмѣрнымъ, то это рѣшительно говоритъ въ пользу язвы желудка), но въ особенности — увеличеніемъ желчнаго пузыря и присутствіемъ желтухи, а также *болѣзненностью печени при ощупываніи ея нижняго края и окружающихъ ее частей* (послѣдніе признаки рѣшаютъ вопросъ въ пользу

желчныхъ камней). Относительно дальнѣйшихъ подробностей я долженъ сослаться на то, что было мною сказано въ главѣ о распознаваніи желчной колики.

Съ положительностью констатировано, что въ стѣнкѣ желудка, кромѣ обыкновенныхъ пептическихъ язвъ, встрѣчаются еще и другія, именно *сифилитическія* и *бугорчатая*. Распознаваніе этихъ язвъ невозможно, такъ какъ симптомы ихъ тѣ же самыя, что и при обыкновенной пептической язвѣ желудка. Кромѣ того, больные, страдающіе бугорчаткою или истощенные вслѣдствіе сифилиса, предрасположены къ заболѣванію обыкновенною язвою желудка именно благодаря ослабленію организма подъ влияніемъ хронической инфекціи, а съ другой стороны, сифилитики, у которыхъ организмъ еще остается довольно крѣпкимъ, такъ же мало гарантированы отъ заболѣванія простою язвою желудка, какъ и другіе люди вообще. Кто не отрицаетъ въ принципѣ такихъ діагнозовъ, которые основаны на результатѣ лѣченія (*diagnosis ex juvantibus*), тотъ можетъ, пожалуй, заключить о сифилитическомъ характерѣ язвы желудка на основаніи поразительно благопріятнаго дѣйствія, оказаннаго специфическимъ лѣченіемъ.

Наконецъ, мы должны еще сказать нѣсколько словъ объ опредѣленіи того *мѣста*, гдѣ находится язва въ каждомъ данномъ случаѣ. Опредѣленіе это удастся лишь весьма рѣдко. Строгая локализція боли на совершенно опредѣленномъ небольшомъ пространствѣ и постоянное появленіе ея при опредѣленномъ положеніи тѣла больного должны возбуждать подозрѣніе, что это мѣсто ощущаемой боли соотвѣтствуетъ мѣстонахожденію язвы. Но самое лучшее—совсѣмъ не ставить такихъ діагнозовъ, основанныхъ на мѣстоположеніи боли; всего скорѣе еще я могу придавать этому признаку нѣкоторое значеніе, если при вхожденіи въ желудокъ твердой, холодной или горячей пищи, т. е. въ послѣдній моментъ ея проглатыванія, постоянно появляется боль подъ мечевиднымъ отросткомъ грудины. Въ подобныхъ случаяхъ мы должны предполагать язву кардіи и направлять противъ нее терапевтическія мѣры, т. е. назначать исключительно жидкую или кашцеобразную не слишкомъ горячую и не слишкомъ холодную пищу, и т. д. Но въ особенности необходимо замѣтить, что и въ этихъ случаяхъ не должно быть предпринимасмо зондированіе съ діагностическою цѣлью, такъ какъ верхушка зонда, обязательно проходящая по поверхности язвы, можетъ очень легко вызвать чрезвычайно обильное кровотеченіе, которое поставитъ и врача и больного въ отчаянное положеніе.

Ракъ желудка. *Carcinoma ventriculi*.

Ракъ желудка имѣетъ извѣстное отношеніе къ язвѣ желудка въ томъ смыслѣ, что онъ иногда изъ нея развивается. Я видѣлъ нѣсколько случаевъ до такой степени рѣзкихъ, что сомнѣваться въ существованіи внутренней связи между этими двумя болезнями не считаю возможнымъ. Однимъ изъ самыхъ поразительныхъ случаевъ былъ слѣдующій, который вмѣстѣ съ тѣмъ доказываетъ, до какой степени бываетъ иногда невоз-

можно поставить дифференціальный діагнозъ между ракомъ и язвою желудка.

Офицеръ Н., съ небольшимъ 30-ти лѣтъ отъ роду, заболѣлъ во время путешествія весьма обильнымъ кишечнымъ кровотеченіемъ, причемъ испражненія были *черны какъ деготь*. Больной, вообще крѣпкаго сложенія, представляетъ признаки полной анеміи. Такъ какъ въ этомъ случаѣ, казалось, существовала классическая картина язвы желудка, выражавшаяся и въ анамнезѣ и въ симптомахъ, то было назначено покойное лежаніе въ постели и соблюденіе самой строгой діеты. Въ результатъ получилось громадное улучшеніе, такъ что уже спустя 3 недѣли больной могъ съѣдать бифштексъ и т. п. безъ всякаго ощущенія боли, и вѣсъ его тѣла увеличивался приблизительно на 3 фунта въ недѣлю. Но совершенно внезапно, среди полного здоровья, появились признаки прободенія брюшины: потрясающій ознобъ, чрезвычайная болѣзненность и громадное вздутіе живота, съ упадкомъ силъ. Спустя два дня послѣдовала смерть. Если въ какомъ нибудь случаѣ могли всѣ признаки свидѣтельствовать въ пользу обыкновенной язвы желудка, то это было именно здѣсь: молодой возрастъ больного, отсутствіе диспепсін, рвоты и всякихъ слѣдовъ опухоли, обильное количество крови въ испражненіяхъ, увеличеніе вѣса на нѣсколько фунтовъ во время леченія и, наконецъ, внезапное прободеніе брюшины среди полного повидимому здоровья! Вскрытіе трупа (произведенное *Hauser'омъ*) обнаружило язву въ привратникѣ желудка, съ плоскими карциноматозно инфильтрированными краями и небольшимъ перфораціоннымъ отверстіемъ.

Обыкновенно, однако, распознаваніе раковой опухоли желудка не представляетъ никакихъ затрудненій, если мы увѣрены въ томъ, что больной органъ есть именно желудокъ. Въ первое время ракъ желудка протекаетъ, правда, при явленіяхъ хроническаго желудочнаго катарра и не можетъ быть отъ него отличенъ. Но постепенно все сильнѣе и сильнѣе обнаруживается разлитая болѣзненность, которая затѣмъ локализируется соотвѣтственно раковой опухоли и иногда принимаетъ характеръ приступовъ; полное отсутствіе болей во все продолженіе болѣзни наблюдается очень рѣдко. Массы, извергаемыя рвотою, представляютъ тотъ общеизвѣстный признакъ, что онѣ имѣютъ *сходство съ кофейною гущею*. Хотя изъ этого признака и не слѣдуетъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій заключать о присутствіи раковой опухоли желудка, но считать его совершенно безразличнымъ тоже не слѣдуетъ: кровь, излившаяся въ желудокъ, можетъ и при другихъ болѣзняхъ имѣть шоколадный цвѣтъ, но это бываетъ гораздо рѣже, чѣмъ при ракѣ желудка. Слѣдовательно, шоколадный цвѣтъ рвоты, имѣющій сходство съ кофейною гущею, составляетъ во всякомъ случаѣ явленіе чрезвычайно подозрительное. Алая кровь извергается рвотою очень рѣдко, именно только тогда, когда раковая язва произвела разрушеніе болѣе значительныхъ сосудовъ и когда кровь не остается долгое время въ желудкѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни появляются признаки *раковой кахексін* — желтовато-землистый цвѣтъ лица, исхуданіе и незначительный отекъ. Лишь рѣдко послѣдній достигаетъ большихъ размѣровъ, и тогда онъ можетъ симулировать какую нибудь другую болѣзнь, въ частности —

болѣзни почекъ. Но болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ всѣ вышеуказанные признаки, имѣетъ появленіе *опухоли* въ области желудка. Иногда эта опухоль можетъ быть замѣчена уже при осмотрѣ, но обыкновенно она бываетъ доступна только ощупыванію. Опухоль тверда, поверхность ея въ большинствѣ случаевъ представляется неровною, рѣзко ограниченною. Обыкновенно опухоль бываетъ неподвижна; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ она оказывается, наоборотъ, чрезвычайно подвижною. Въ одномъ изъ наблюдавшихся мною случаевъ раковая опухоль, имѣвшая величину яблока, могла быть перемѣщаема въ животѣ по всѣмъ направленіямъ, а въ лѣвую сторону можно было ее отодвинуть подѣ лѣвую реберную дугу! Такая подвижность казалась мнѣ невозможною для раковой опухоли желудка, и однако при пробномъ надрѣзѣ была найдена *сarcinoma pylori*, экстирпация которой удалась благополучно. Дыхательныя движенія обыкновенно не оказываютъ на положеніе опухоли никакого вліянія; однако, основываясь на многократномъ опытѣ, я не могу согласиться съ тѣмъ, чтобы опухоли желудка, въ противоположность опухолямъ другихъ брюшныхъ органовъ, именно — печени и селезенки, никогда не перемѣщались книзу во время вдыханія. Опухоли желудка могутъ при этомъ перемѣщаться книзу даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ не сращены съ діафрагмою, печенью и селезенкою. Перкуссия точно также не даетъ несомнѣнныхъ результатовъ: перкуторный звукъ бываетъ притупленно-тимпаническимъ, но совершенно такое же свойство онъ представляетъ при опухоляхъ печени, помѣщающихся близко къ нижнему краю лѣвой доли, а эти-то опухоли и имѣютъ большое значеніе для дифференціального діагноза.

Исслѣдованіе желудочнаго содержимаго на *свободную соляную кислоту*, производимое посредствомъ обыкновенныхъ реакцій съ красящими веществами, даетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ *отрицательный* результатъ. Однако, для раковой опухоли желудка этотъ признакъ не имѣетъ того патогностическаго значенія, которое вначалѣ ему приписывалось. Съ одной стороны, реакція на свободную соляную кислоту можетъ быть низведена до минимума или даже совершенно отсутствовать и при различныхъ другихъ болѣзняхъ желудка, напр. при очень сильномъ желудочномъ катаррѣ, при атрофіи слизистой оболочки, при разрушеніи стѣнокъ желудка ѣдкими веществами, при нервной диспепсіи; съ другой же стороны, въ настоящее время уже не подлежитъ сомнѣнію, что существуютъ случаи рака желудка, гдѣ въ желудочномъ содержимомъ можетъ быть обнаружено присутствіе свободной соляной кислоты (въ одномъ изъ моихъ случаевъ, уже сообщенномъ выше, было найдено 0,21%). Будетъ ли отсутствовать реакція на соляную кислоту или нѣтъ, — это зависитъ главнымъ образомъ отъ обширности раковой инфильтраціи, отъ одновременнаго присутствія катарра и дальнѣйшаго развитія кахексіи (всѣ эти обстоятельства

имѣютъ своимъ послѣдствіемъ уменьшенное отдѣленіе кислоты), наконецъ—отъ количества имѣющихся въ желудочномъ содержимомъ пептоновъ, бѣлка и свободныхъ щелочей, которыми связывается соляная кислота. При этомъ въ желудочномъ содержимомъ, добытомъ посредствомъ зонда, или въ массахъ, извергнутыхъ рвотою, мы находимъ молочную, масляную и искусную кислоты, однимъ словомъ—продукты химическаго разложенія пищи, слишкомъ долго остававшейся въ желудкѣ (объ этихъ продуктахъ уже было сказано по поводу хроническаго желудочнаго катарра). Соотвѣтственно этому, при промываніи желудка черезъ 7 часовъ послѣ пробнаго обѣда или непосредственно передъ завтракомъ мы почти всегда находимъ въ случаяхъ рака болѣе или менѣе значительныя количества непереваренной пищи въ промывной водѣ. Встрѣчаются, конечно, и исключенія изъ этого правила, если одновременно существующій катарръ желудка мало развитъ, или же, если мускулатура желудка оказываетъ компенсаторное дѣйствіе и по истеченіи нормальнаго срока препровождаетъ желудочное содержимое въ кишечный каналъ; но для этого необходимо, чтобы раковая опухоль помѣщалась не въ ближайшемъ сосѣдствѣ привратника. Въ послѣднемъ случаѣ можетъ оказаться, что реакція на соляную кислоту отсутствуетъ, а продолжительность пищеваренія все-таки нормальна (еще очень недавно мнѣ пришлось видѣть одного больного, у котораго явленіе это, при ракѣ желудка, было весьма ясно констатировано нѣсколько разъ за короткое время передъ смертію). Слѣдовательно, хотя отсутствіе реакціи на соляную кислоту и связанныя съ нимъ другія явленія, въ качествѣ діагностическихъ признаковъ, требуютъ всестороннихъ ограниченій, но все-таки вѣрно то, что *въ случаѣ сомнительнаго діагноза присутствіе свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ говоритъ противъ рака желудка, если не съ абсолютною положительностью, то, по крайней мѣрѣ, съ величайшею степенью вѣроятія.*

Съ полною положительностью можетъ быть опредѣленъ ракъ желудка по результату изслѣдованія массъ, извергнутыхъ рвотою или добытыхъ посредствомъ промыванія, если случайно въ нихъ оказались частицы опухоли. Но, къ сожалѣнію, это бываетъ въ высшей степени рѣдко.

Симптомы *прободенія брюшины*, происходящаго въ различныхъ направленіяхъ, даютъ мало точекъ опоры для распознаванія рака желудка, за исключеніемъ развѣ того случая, когда присоединился пневмотораксъ и т. п. и когда этимъ самымъ доказано прободеніе органа, *содержащаго воздухъ*, или же, когда наступило прободеніе чрезъ кожу, что бываетъ рѣдко, и когда раковая опухоль вмѣстѣ съ тѣмъ становится видною снаружи. Болѣе важное діагностическое значеніе имѣютъ появляющіяся иногда метастазы въ печени, если они обнаруживаются въ такомъ случаѣ, въ которомъ истинный характеръ болѣзни желудка оставался до тѣхъ поръ сомнительнымъ.

Не слѣдуетъ однако думать, что вышесказаннымъ исчерпывается распознаваніе рака желудка. Даже самому опытному діагносту, когда онъ прощупываетъ опухоль въ желудочной области, нерѣдко приходится предлагать себѣ вопросъ, дѣйствительно ли эта опухоль принадлежитъ желудку, а не какому нибудь другому органу брюшной полости. Вышеописанныя явленія могутъ быть констатированы почти во всей своей совокупности, и однако въ желудкѣ можетъ существовать только простой хроническій катарръ или въ немъ можетъ даже находиться раковая опухоль, но недоступная ощупыванію, тогда какъ *прощупываемая* опухоль можетъ не принадлежать желудку. Вполнѣ обойтись безъ дифференціальной діагностики при разрѣшеніи этого вопроса никоимъ образомъ невозможно, и эта часть распознаванія рака желудка обыкновенно требуетъ болѣе внимательнаго обсужденія и представляется болѣе трудною, чѣмъ констатированіе всѣхъ другихъ признаковъ, служащихъ точкою опоры для діагноза.

Первая мѣра, къ которой я обыкновенно прибѣгаю для того, чтобы узнать, дѣйствительно ли *прощупываемая* опухоль принадлежитъ желудку, состоитъ въ поочередномъ наполненіи и опорожненіи этого органа (причемъ предварительно должно быть произведено по возможности полное опорожненіе кишечнаго канала, какъ и вообще при изслѣдованіи всѣхъ другихъ опухолей брюшной полости). Положеніе опухоли сравнивается съ границами тупаго звука, полученными послѣ наполненія желудка жидкостью: если опухоль осталась въ предѣлахъ этого искусственно вызваннаго притупленія и если по опорожненіи желудка тупой звукъ проясняется кверху и книзу отъ нея, то мы вправѣ признать, что имѣемъ дѣло съ опухолью желудка. Если положеніе опухоли таково, что этотъ діагностическій приѣмъ не приводитъ къ цѣли, т. е., если она прилегаетъ непосредственно къ печени, селезенкѣ или поперечной части ободочной кишки, какъ это и бываетъ въ большинствѣ случаевъ, то мы должны путемъ ощупыванія по возможности тщательно прослѣдить нижній край печени и опредѣлить отношеніе его къ контурамъ опухоли. Иногда при этомъ удается отчасти обхватить верхній конецъ опухоли и такимъ образомъ разграничить ее отъ печени, а вмѣстѣ съ тѣмъ опредѣлить, что опухоль принадлежитъ желудку. Въ другихъ случаяхъ возможно доказать, что она отчасти лежитъ въ предѣлахъ нижняго края печени; при такихъ условіяхъ можетъ существовать или опухоль желудка, распространившаяся на печень *per contiguitatem*, или опухоль печени, выступающая на ограниченномъ мѣстѣ за предѣлы ея нижняго края. Изъ этихъ двухъ возможностей первая всегда представляется болѣе вѣроятною, такъ какъ мы вправѣ ожидать, что опухоль печени, выступающая за предѣлы ея нижняго края, будетъ значительно распространена и по направленію въ стороны, т. е., что печень будетъ представляться увеличенною и бугристою на всемъ своемъ протяженіи,

а между тѣмъ при опухоляхъ желудка, распространяющихся на печень, этого не бываетъ, по крайней мѣрѣ — вначалѣ.

Исключеніе изъ этого діагностическаго правила составляютъ *раковыя опухоли желчнаго пузыря*. По своему мѣстоположенію онѣ могутъ смѣшиваться преимущественно съ карциномою привратника желудка, но отличаются отъ нея тѣмъ, что при нихъ отсутствуютъ признаки диспепсіи и вообще всѣ другія послѣдствія рака желудка, такъ какъ обыкновенно раковыя опухоли желчнаго пузыря не присоединяются вторичнымъ образомъ къ карциномѣ желудка. Последнее обстоятельство можетъ имѣть діагностическое значеніе, по крайней мѣрѣ, тогда, когда при повторномъ изслѣдованіи не констатируется уменьшенное отдѣленіе соляной кислоты и когда не существуетъ послѣдовательнаго расширенія желудка, которое при карциномѣ привратника всегда наступаетъ съ теченіемъ времени. Если раковая опухоль привратника не сросена съ сосѣдними частями, то, въ противоположность карциномѣ желчнаго пузыря, она отличается своею подвижностью въ обѣ стороны, а особенно внизъ.

Не такъ легко можно смѣшать раковую опухоль дна желудка съ *опухолью селезенки*. Ошибка въ діагнозѣ устраняется тѣмъ, что верхній край опухоли еще можетъ быть обхваченъ въ подреберьи, т. е. подъ лѣвою реберною дугою, а равно и тѣмъ обстоятельствомъ, что нормальныя перкуторныя границы селезенки оказываются неизмѣненными вверху и внизу; ошибка еще менѣе возможна, если при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго найдено уменьшенное количество соляной кислоты. Этотъ химическій способъ діагностики имѣетъ важное значеніе и относительно всѣхъ другихъ опухолей брюшной полости, которыя должны быть принимаемы въ соображеніе при постановкѣ дифференціального діагноза.

Ракъ желудка легко можетъ быть смѣшанъ съ *карциномою поджелудочной железы*. Глубокое положеніе и неподвижность опухоли, присоединеніе симптомовъ застоя крови въ области воротной вены и осложненіе сильною желтухою говорятъ въ пользу карциномы поджелудочной железы и противъ карциномы привратника. При сильномъ исхуданіи брюшныхъ покрововъ иногда прощупывается даже здоровая головка поджелудочной железы, и въ такомъ случаѣ она можетъ быть принята по ошибкѣ за карциному привратника, какъ это однажды было мною сдѣлано нѣсколько лѣтъ тому назадъ.

Не очень рѣдко, по моимъ наблюденіямъ, прощупываются около позвоночника, *рядомъ съ исходящею аортою, припухшія лимфатическія железы*, которыя могутъ быть приняты за новообразованіе желудка, особенно когда больной еще жалуется на диспептическія явленія. Долголѣтній опытъ убѣдилъ меня въ томъ, что эти опухоли железъ часто бываютъ невиннаго происхожденія, и поэтому я въ настоящее время не придаю ограниченнымъ гладкимъ узламъ около аорты такого большаго значенія, какое придавалъ имъ прежде.

Ракъ желудка можетъ находиться въ столь близкомъ топографическомъ отношеніи къ аортѣ, что иногда симулируется *аневризма*, такъ какъ при этомъ могутъ явиться всесторонняя пульсація, систолическій шумъ, измѣненія въ пульсѣ бедренныхъ артерій и пр. Во избѣжаніе ошибочнаго діагноза лучше всего руководствоваться консистенціей опухоли.

Опухоли *поперечной части ободочной кишки* обыкновенно опускаются внизъ, такъ

какъ эта часть кишечника имѣетъ настоящую брыжейку и, слѣдовательно, обладаетъ большою подвижностью. Искусственное наполненіе желудка водою или углекислотою обыкновенно разъясняетъ дифференціальный діагнозъ. Кромѣ того, признаки суженія кишечника, вызываемые опухолями ободочной кишки, а особенно—растяженіе восходящей части этой кишки позади раковой опухоли вслѣдствіе накопленія каловыхъ массъ и газовъ, даютъ важныя точки опоры, свидѣтельствующія противъ рака желудка. Если ракъ ободочной кишки срастается со стѣнкою желудка, то подвижность кишечной опухоли вслѣдствіе этого ограничивается; въ такомъ случаѣ можетъ наступить прободеніе кишечника въ полость желудка, и тогда въ жидкости, извергнутой рвотою или добытой промываніемъ желудка, могутъ оказаться каловыя массы, или, по крайней мѣрѣ, жидкость эта можетъ имѣть каловой запахъ, если перфорационное отверстіе, будучи очень узкимъ или представляясь въ формѣ клапана, препятствуетъ вхожденію каловыхъ массъ въ желудокъ, какъ мнѣ пришлось это констатировать въ одномъ случаѣ.

Карциномы другихъ частей кишечника едва ли могутъ быть смѣниваемы съ карциномою желудка, за исключеніемъ только *раковыхъ опухолей двѣнадцатиперстной кишки*, которыя иногда совершенно не могутъ быть отличены отъ карциномы привратника. Можно было бы думать, что уже опредѣленіе свободной кислоты въ желудочномъ содержимомъ должно представлять вѣрное средство для разрѣшенія этого вопроса, такъ какъ при ракѣ двѣнадцатиперстной кишки не имѣется основанія къ тому, чтобы отдѣленіе соляной кислоты въ желудкѣ уклонялось отъ нормы. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ карциномы двѣнадцатиперстной кишки (*Riegel, Ewald*) свободная соляная кислота въ желудочномъ содержимомъ совершенно *отсутствовала*, отчасти вслѣдствіе обратнаго прохожденія желчи въ желудокъ, которое было обусловлено суженіемъ кишки, а отчасти вслѣдствіе существовавшей въ то же время обширной атрофіи слизистой оболочки желудка. Присутствіе желтухи не составляетъ вѣрнаго признака заболѣванія двѣнадцатиперстной кишки; рвота, имѣющая сходство съ кофейною гущею, и послѣдовательное расширеніе желудка свойственны обѣмъ болѣзнямъ.

Наконецъ, самыя большія затрудненія, по крайней мѣрѣ—для меня, представляетъ дифференціальный діагнозъ между *опухолями сальника resp. брюшины* и ракомъ желудка. При этомъ, конечно, предполагается, что одновременно съ опухолью существуютъ въ соответствующемъ случаѣ признаки разстроенаго желудочнаго пищеваренія и что опухоль не имѣетъ очень большихъ размѣровъ, которые выступали бы за предѣлы желудка. Діагностическія ошибки въ этомъ случаѣ скорѣе всего могутъ быть предотвращены, если обращать вниманіе на неподвижность опухоли брюшины при вдыханіи (опухоли эти могутъ представлять развѣ только кажущееся перемѣщеніе), между тѣмъ какъ при раковыхъ опухоляхъ желудка иногда констатируется настоящее перемѣщеніе ихъ въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній; кромѣ того, при опухоляхъ брюшины, впрочемъ—не всегда, а только въ большинствѣ случаевъ, можетъ быть констатирована брюшная водянка; раковыя узлы брюшины обыкновенно бываютъ не въ такой степени ограничены, какъ опухоли желудка, и развиваются уже вторичнымъ образомъ, такъ что въ какомъ нибудь другомъ органѣ можетъ быть констатировано первичное новообразованіе. Но всѣ эти отличительные признаки, конечно, имѣютъ только относительное значеніе; тѣмъ болѣе пріятнымъ является для насъ то обстоятельство, что и здѣсь искусственное наполненіе желудка водою или воздухомъ и химическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго даютъ въ настоящее время возможность устранить затрудненія дифференціальнаго діагноза, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ.

Когда этимъ путемъ доказано съ положительностью или съ боль-

шимъ вѣроятіемъ, что желудокъ есть тотъ органъ, въ которомъ помѣщается опухоль, то намъ остается еще рѣшить, дѣйствительно ли эта опухоль имѣетъ раковый характеръ. Послѣдній уже заранѣе представляется болѣе вѣроятнымъ, такъ какъ другаго рода опухоли въ желудкѣ или въ желудочной области встрѣчаются рѣдко, сравнительно съ карциномою. Это относится, напр., къ *доброкачественной гипертрофіи мышечнаго слоя привратника*, которая, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ полагаютъ обыкновенно. Опухоль, прощупываемая при этой гипертрофіи, не можетъ быть отличена отъ гладкой небольшой карциномы привратника, а послѣдовательное расширеніе желудка и хроническій желудочный катарръ свойственны обѣимъ болѣзнямъ. Поэтому результатъ химическаго изслѣдованія желудочнаго содержимаго обыкновенно не имѣетъ рѣшающаго значенія, и даже рвота, представляющая сходство съ кофейною гущей, не можетъ считаться вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ, такъ какъ она иногда встрѣчается и при доброкачественной гипертрофіи мускулатуры привратника, если кровь, происходящая изъ открытой еще не зажившей язвы, долго задерживается въ расширенномъ хронически-воспаленномъ желудкѣ и подвергается разложенію. Въ подобныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ только дальнѣйшимъ *теченіемъ* болѣзни, а главное — непоявленіемъ раковой кахексіи, хотя и при такой «доброкачественной» опухоли иногда наступаетъ чрезвычайное исхуданіе тѣла вслѣдствіе расширенія желудка и т. д. Въ другихъ случаяхъ, конечно, діагнозъ можетъ быть поставленъ немедленно, если опухоль представляется сильно бугристою, если найдены метастазы въ печени и т. п.

Относительно рѣдко источникомъ ошибки бываетъ *абсцессъ брюшныхъ стѣнокъ*, именно тогда, когда онъ протекаетъ хронически, когда онъ еще не размягчился и ограничивается исключительно областью желудка. Сильное выпячиваніе кожи безъ соотвѣтствующаго прониканія опухоли въ глубину, возможность обхватить опухоль чрезъ брюшныя покровы, неподвижность кожи, обыкновенно срастающейся съ опухолью, — все эти признаки въ большинствѣ случаевъ дѣлаютъ несомнѣннымъ распознаваніе абсцесса брюшныхъ стѣнокъ, особенно, если въ то же время существуетъ *лихорадка*, которая при ракѣ желудка, по моимъ наблюденіямъ (въ противоположность наблюденіямъ другихъ авторовъ), *отсутствуетъ*, коль скоро не имѣется какихъ нибудь особенныхъ осложнений. Тѣмъ не менѣе дифференціальный діагнозъ можетъ иногда оказаться весьма затруднительнымъ, если, напр., язва желудка вскрываетъ себѣ дорогу наружу, какъ это было въ одномъ изъ моихъ случаевъ, въ которомъ точный діагнозъ могъ быть поставленъ лишь съ того момента, когда опухоль постепенно начала заостряться и когда она получила мягкую консистенцію.

Другія опухоли, встрѣчающіяся иногда въ стѣнкѣ желудка, напр. *фиброиды, саркомы, миомы* и т. д., представляютъ только патолого-анатомическій, а не клинический интересъ. По моему мнѣнію, онѣ *недоступны распознаванію*, даже тогда, когда условія очень благоприятны для этого рискованнаго діагноза, уклоняющагося отъ обыкновеннаго діагноза раковой опухоли, напр., когда существуетъ общая *sarcomatosis*, обнаруживающаяся и въ кожѣ; въ одномъ подобномъ случаѣ я нашелъ,

правда, и въ желудкѣ саркоматозную опухоль, но въ другомъ, не смотря на саркоматозныя опухоли кожи, оказался въ желудкѣ настоящій эпителиальный ракъ. Распознавать видъ раковой опухоли еще при жизни больного, т. е. опредѣлить, окажется ли при вскрытіи трупа фиброзный, мозговидный или коллоидный ракъ, точно также невозможно.

Послѣ всего этого врачу еще остается рѣшить, существуютъ ли въ данномъ случаѣ тѣ послѣдовательныя явленія, которыя зависятъ отъ локализациі опухоли въ желудкѣ, т. е. должны быть констатированы тѣ послѣдствія, съ которыми сопряжено развитіе раковой опухоли во входѣ и выходѣ желудка. Послѣдствія перваго рода уже были нами описаны по поводу суженія пищевода и кардіи, а послѣдствія втораго рода, т. е. признаки расширенія желудка, представляющіе результатъ суженія привратника, будутъ описаны въ слѣдующей главѣ.

Въ заключеніе этой главы о распознаваніи рака желудка, я долженъ еще сдѣлать одно практическое указаніе. Дѣло въ томъ, что хотя при распознаваніи рака желудка прощупываемая опухоль играетъ первостепенную роль, а всѣ остальные явленія отступаютъ предъ нею на задній планъ, однако опытъ показываетъ, что иногда (приблизительно въ 20% общаго числа случаевъ) опухоль совершенно не прощупывается во все продолженіе болѣзни, а во многихъ случаяхъ она не прощупывается по крайней мѣрѣ вначалѣ. Отвергать присутствіе рака въ подобныхъ случаяхъ только потому, что не прощупывается опухоль, конечно, не слѣдуетъ; наоборотъ, здѣсь должна быть допускаема возможность, что больной страдаетъ ракомъ желудка, и *мы имѣемъ къ этому всѣ основанія, если болѣзнь развилась у такого субъекта, у котораго желудокъ въ продолженіе 50 или 60 лѣтъ былъ совершенно здоровъ и хорошо переносилъ какую угодно пищу*. Если у такого субъекта явилась болѣзнь желудка, то уже напередъ можно признать въ высшей степени вѣроятнымъ, что мы имѣемъ дѣло съ развивающеюся карциномою. Часто повторяемое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго на присутствіе въ немъ соляной кислоты начинаетъ спустя самое короткое время давать отрицательный результатъ, діететическое лѣченіе не оказываетъ никакого дѣйствія, а вмѣстѣ съ тѣмъ все болѣе и болѣе подтверждается подозрѣніе на счетъ злокачественнаго характера болѣзни желудка, еще задолго до того, когда станетъ прощупываться опухоль.

Расширеніе желудка. Gastrectasia.

Въ противоположность тѣмъ болѣзнямъ желудка, о которыхъ мы до сихъ поръ говорили, діагностика расширенія желудка основывается преимущественно на результатахъ *физическаго* изслѣдованія. Расширеніе желудка всего легче доступно распознаванію, сравнительно съ другими болѣзнями этого органа, если врачъ обладаетъ нѣкоторою опытностью.

Симптомы суть слѣдующіе: явленія диспепсiи, отсутствіе аппетита, отрыжка, чувство полноты въ области желудка, привычная рвота, которою часто *извергаются громадныя количества пищи, употребленной*

иногда еще за долгое время. Въ массахъ, извергнутыхъ рвотою, встрѣчаются всевозможные виды грибовъ, именно—бактеріи, сарцины, дрожжевые грибки и т. п. Химическое изслѣдованіе массъ, извергнутыхъ рвотою, или желудочнаго содержимаго, добытаго посредствомъ промыванія, даетъ различные результаты: въ однихъ случаяхъ мы находимъ уменьшенное содержаніе соляной кислоты или даже совсѣмъ не получаемъ реакціи на свободную соляную кислоту, а въ другихъ случаяхъ количество ея оказывается нормальнымъ и даже чрезмѣрнымъ. При этомъ въ желудочномъ содержимомъ находятся всевозможные продукты разложенія, именно: молочная, масляная и уксусная кислоты, водородъ и углекислота. Пища слишкомъ долго задерживается въ желудкѣ, какъ это можетъ быть доказано при изслѣдованіи послѣ пробнаго обѣда: желудокъ даже на другое утро оказывается еще неволиѣ опорожнившемся отъ своего содержимаго.

Ewald воспользовался имъ же самымъ впервые предложенною пробою съ введеніемъ салолъ, между прочимъ, для того, чтобы и при гастрэктазіи обнаружить уменьшеніе двигательной энергіи желудка, причемъ оказалось, что для появленія въ мочѣ салициловой кислоты было необходимо вдвое или втрое больше времени, чѣмъ въ нормальныхъ условіяхъ (у здороваго человѣка салициловая кислота появляется въ мочѣ, самое большое, по прошествіи одного часа). Эта задержка желудочнаго содержимаго зависитъ главнымъ образомъ отъ механически затрудненнаго удаленія его изъ желудка, но отчасти и отъ уменьшенія всасывающей способности желудочной стѣнки, которое еще специально можетъ быть доказано пробою съ іодистымъ калиемъ. Послѣдствіемъ уменьшеннаго всасыванія и затрудненнаго опорожненія желудочнаго содержимаго являются *рѣдкія испраженія, скудное отдѣленіе мочи, сухость кожи, наконецъ—высыхание нервной и мышечной ткани*, которымъ, вѣроятно, должны быть объяснены судороги, наблюдаемыя иногда, хотя и очень рѣдко, при расширеніи желудка (мнѣ самому пришлось видѣть лишь одинъ подобный случай).

Теперь мы должны приступить къ самой важной части діагностики этой болѣзни, именно—къ *физическому изслѣдованію расширеннаго желудка*.

При *осмотрѣ* мы находимъ на *уровнѣ пупка или еще ниже выпячиваніе брюшныхъ покрововъ, представляющее контуры большой кривизны желудка*, а если расширенный желудокъ опустился очень низко, то подъ мечевиднымъ отросткомъ грудины появляются также контуры малой кривизны. Иногда, подобно тому какъ при непроходимости кишокъ, мы замѣчаемъ въ области желудка весьма сильныя перистальтическія движенія, очевидно, имѣющія цѣлю преодолѣть препятствіе (въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчаются также антиперистальтическія движенія, т. е. распространяющіяся справа налѣво).

При *ощупываніи* иногда удается разграничить увеличенный желудокъ отъ остальныхъ брюшныхъ внутренностей по его равномерной своеобразной консистенціи. Но это требуетъ большаго навыка и не имѣетъ особеннаго діагностическаго значенія. Болѣе важно то, что при ощупываніи всегда замѣчается *шумъ плеска*. Хотя шумъ иногда констатируется при ощупываніи брюшныхъ покрововъ въ области желудка и ободочной кишки даже

въ такихъ случаяхъ, гдѣ не существуетъ расширенія желудка, но все-таки онъ бываетъ здѣсь менѣе постояннымъ и менѣе сильнымъ, чѣмъ при гастрѣктази. Кромѣ того, если прослѣдить этотъ шумъ по направленію сверху внизъ, то при тщательномъ ощупываніи, въ случаѣ гастрѣктази, можно доказать, что онъ доходитъ какъ-разъ до области большой кривизны и въ этомъ мѣстѣ прекращается, такъ что на основаніи распространенія шума можно опредѣлить величину желудка. Если ввести зондъ, то оказывается, что онъ проходитъ поразительно далеко, не встрѣчая никакого препятствія, и что при промываніи желудка вытекаетъ гораздо большее количество жидкости, чѣмъ было введено чрезъ воронку.

Мною давно уже былъ указанъ тотъ признакъ, что верхушка твердаго зонда при расширеніи желудка прощупывается въ животѣ очень низко. Но въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, съ тѣхъ поръ какъ я сталъ исключительно употреблять мягкіе каучуковые желудочные катетеры, я уже не прибѣгаю къ этому діагностическому приему для распознаванія гастрѣктази. Верхушка эластического зонда, конечно, также иногда прощупывается чрезъ брюшные покровы, но лишь въ томъ случаѣ, когда послѣдніе очень тонки и мягки. Къ счастью, мы обладаемъ еще и другими весьма точными методами для распознаванія гастрѣктази, такъ что намъ нѣтъ надобности въ интересахъ діагностики возвращаться къ употребленію твердаго зонда. Самое вѣрное доказательство расширенія желудка основывается на результатахъ перкуссіи.

Для того чтобы ориентироваться относительно величины желудка, мы выстукиваемъ желудочную область, безъ предварительнаго вливанія жидкости. Съ этою цѣлью, при стоячемъ положеніи больного, я перкутирую нѣсколько кнаружи отъ лѣвой парастеральной линіи, начиная отъ реберной дуги и затѣмъ по направленію сверху внизъ, пока не будетъ найдено притупленіе звука; притупленіе это исчезаетъ, когда больной ляжетъ на спину. Такъ какъ желудокъ, а въ особенности — расширенный, почти всегда содержитъ жидкость, то лишь въ рѣдкихъ случаяхъ мы не находимъ полосы тупаго звука, соотвѣтствующей уровню жидкости. Если эта полоса найдена на уровнѣ пупка или еще ниже, на большемъ или меньшемъ разстояніи отъ него, то уже напередъ можно считать вѣроятнымъ, что существуетъ расширеніе желудка. Діагнозъ пріобрѣтаетъ полную достовѣрность, если для констатированія тупаго звука, обусловленнаго находящеюся въ желудкѣ жидкостью, будетъ прибѣгнуто къ помощи желудочнаго зонда. Введя зондъ въ желудокъ, мы поочередно вливаемъ жидкость и извлекаемъ ее обратно, и такимъ образомъ величина желудка можетъ быть опредѣлена съ абсолютною точностью: при вливаніи жидкости появляется притупленіе, границы котораго (верхняя и нижняя), зависящія отъ количества введенной жидкости, могутъ быть опредѣлены перкуссіей, а при обратномъ извлеченіи жидкости это притупленіе замѣняется тимпаническимъ звукомъ. Если притупленіе, появившееся при вливаніи жидкости, находится ниже пупка, то расширеніе желудка существуетъ несомнѣнно. Къ искусственному вздутію при помощи углекислоты или воздуха, которое многими рекомендуется для распозна-

ванія гастрэктазіи, я обыкновенно не прибѣгаю, такъ какъ не вижу въ немъ большихъ діагностическихъ преимуществъ и всегда помимо него находилъ возможнымъ прійти къ точному діагнозу.

Выслушиваніе не даетъ твердыхъ точекъ опоры для распознаванія гастрэктазіи, и во всякомъ случаѣ результаты его въ высшей степени ненадежны, сравнительно съ результатами перкуссии, производимой по вышеуказанному способу. Если приложить ухо къ брюшной стѣнкѣ въ то время, когда больной пьетъ какую нибудь жидкость, то мы находимъ, что шумъ плеска появляется очень низко въ животѣ; при значительномъ искусственномъ вздутіи углекислотою мы слышимъ kloкочущіе шумы, и т. д.

Когда вышеуказаннымъ путемъ удалось поставить діагнозъ расширенія желудка, то въ частномъ случаѣ еще можетъ быть рѣчь о томъ, чтобы опредѣлить, существуетъ ли грубо *механическое* закрытіе привратника, обусловленное опухолью, рубцеваніемъ и т. п., или же расширение желудка развилось независимо отъ такихъ механическихъ препятствій. Въ пользу перваго предположенія говорятъ слѣдующіе признаки: очень сильныя перистальтическія или даже антиперистальтическія движенія, замѣчаемыя при наружномъ осмотрѣ, сильная упорная рвота и отсутствіе желчи въ жидкости, получаемой при промываніи желудка. Впрочемъ, чтобы разрѣшить дифференціально-діагностическія сомнѣнія относительно того, съ которою изъ двухъ формъ расширенія желудка мы имѣемъ дѣло, необходимо самымъ тщательнымъ образомъ выяснить этиологическія условія каждаго даннаго случая и принять ихъ во вниманіе при постановкѣ діагноза.

Всѣ вышеуказанные діагностическіе признаки относятся къ расширенію желудка, принявшему стойкій характеръ (гастрэктазія въ тѣсномъ смыслѣ слова). На основаніи этихъ признаковъ стойкое расширение желудка діагностируется вообще легко и съ полною положительностью, и вдаваться въ дальѣйшія подробности по поводу возможнаго смѣшиванія гастрэктазіи съ брюшною водяною кистою яичника, гидронефрозомъ и проч. было бы совершенно излишне, такъ какъ подобныя ошибки со всѣмъ не должны встрѣчаться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вообще можетъ быть произведено тщательное изслѣдованіе. Труднѣе діагностируется расширение желудка, находящееся къ первымъ стадіямъ своего развитія, — временное растяженіе или *атонія* этого органа. Согласно существующей теоріи, которой я не могу здѣсь подробно разбирать и относительно которой я долженъ сослаться на свое руководство болѣзней желудка, стойкая гастрэктазія образуется лишь весьма постепенно, въ томъ случаѣ, когда несоотвѣтствіе между объемомъ желудочнаго содержимаго и удаленіемъ его изъ желудка сдѣлалось постояннымъ, когда препятствіе къ опорожненію желудка уже не можетъ компенсироваться усиленною дѣятельностью его мускулатуры и усиленнымъ всасываніемъ. Само собою очевидно, что эти компенсирующіе факторы парализуются въ большинствѣ случаевъ не внезапно, а постепенно, т. е., что бываютъ такіе періоды, когда атонія наступаетъ лишь при усиленныхъ требованіяхъ, предъявляемыхъ желудку, а при меньшихъ требованіяхъ оказываются достаточными тѣ силы, которыми желудокъ еще располагаетъ. Въ подобныхъ случаяхъ можно говорить о несостоятельности желудка, и мы вправѣ предположить таковую, если изслѣдованіе

больного показало, что постъ обильнаго введенія пищи нижняя граница желудка болѣе опущена, чѣмъ у здороваго человѣка, т. е. находится на уровнѣ пупка или еще ниже, тогда какъ при меньшихъ требованіяхъ, предъявляемыхъ желудку, онъ не подвергается чрезмѣрному растяженію. При этомъ могутъ существовать симптомы желудочнаго катарра, а во многихъ случаяхъ существуетъ также чрезмѣрное образование соляной кислоты, которое, какъ было выставлено на видъ въ особенности *Riegel*’емъ, часто совпадаетъ съ постепеннымъ развитіемъ гастрэктази и имѣетъ для него извѣстное значеніе (благодаря тому, что обильное отдѣленіе кислоты вызываетъ спазмъ въ мускулатурѣ привратника). Это ненормально большое растяженіе желудочной стѣнки при извѣстной степени отягощенія, сравнительно съ растяженіемъ ея у здороваго человѣка при томъ же самомъ отягощеніи, всегда можетъ быть доказано еще и слѣдующимъ образомъ: въ пустой желудокъ вливается посредствомъ зонда определенное количество жидкости, и тогда объ границы ея, нижняя и верхняя, определяются посредствомъ перкуссіи, причемъ констатируется степень растяженія желудочной стѣнки.

Кромѣ расширенія, представляющаго наиболѣе частое измѣненіе въ величинѣ и формѣ желудка, нѣкоторое весьма ограниченное значеніе въ діагностику еще имѣютъ *измѣненія формы желудка*, обусловливаемыя *опухолями, сращеніями съ соседними частями, образованиемъ рубцовъ* послѣ изъязвленій и т. д. Рубцеваніе можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ то, что полость желудка окажется раздѣленною на нѣсколько мѣшковъ, изолированныхъ другъ отъ друга рубцовыми перетяжками (*форма песочныхъ часовъ* и т. п.). Эти измѣненія формы желудка лучше всего констатируются при искусственномъ его наполненіи воздухомъ. Кромѣ того, въ подобныхъ случаяхъ можетъ оказаться, что одинъ мѣшокъ, изолированный отъ другаго и сообщающійся съ нимъ только посредствомъ болѣе или менѣе узкаго отверстія, будетъ при промываніи желудка опоражниваться самостоятельно. Если вода, вытекающая изъ одного мѣшка, представляется прозрачною, то она можетъ внезапно сдѣлаться мутною, въ особенности когда больной принимаетъ другое положеніе тѣла, такъ какъ при этомъ соседній мѣшокъ изливаетъ свое содержимое въ ту часть желудка, въ которой находится зондъ.

Измѣненія въ положеніи желудка точно также представляютъ скорѣе только курьезныя аномаліи, но практическаго интереса съ точки зрѣнія діагностики они не имѣютъ; сюда относятся: смѣщеніе желудка въ грудную полость при врожденномъ частичномъ или полномъ отсутствіи грудобрюшной преграды или при ея разрывѣ, — измѣненное положеніе желудка вслѣдствіе сращеній съ окружающими частями, — выпаденіе желудка въ большую пупочную или мошоночную грыжу. Всѣ эти измѣненія въ положеніи желудка обыкновенно ускользаютъ отъ распознаванія, пока не наступятъ болѣе значительныя расстройства пищеваженія. Если же имѣются такіа разстройства, то предпринятое по этому поводу промываніе желудка, при одновременной перкуссіи (которую я советую производить во всѣхъ вообще случаяхъ), обыкновенно легко выясняетъ положеніе дѣла: при вливаніи воды въ желудокъ мы не находимъ ожидаемаго притупленія звука въ нормальномъ мѣстѣ, а дальнѣйшее изслѣдованіе обнаруживаетъ, что перкуторный звукъ становится тупымъ въ другихъ мѣстахъ живота и затѣмъ опять проясняется при обратномъ истеченіи воды. Діагнозъ смѣщенія желудка еще можетъ быть пополненъ введеніемъ умѣренно твердаго зонда, нижній конецъ котораго явственно прощупывается въ томъ же мѣстѣ, гдѣ при промываніи желудка появился тупой звукъ.

Въ заключеніе я долженъ еще упомянуть объ одной нѣсколько болѣе частой аномаліи, именно о *вертикальномъ положеніи желудка*, которое чаще встрѣчается у женщинъ, нежели у мужчинъ, и бываетъ въ однихъ случаяхъ врожденнымъ, а въ другихъ приобретеннымъ, обыкновенно вслѣдствіе чрезмѣрнаго затягиванія корсета, при-

чемъ привратникъ желудка отбѣсняется внизъ и влѣво. вмѣстѣ съ тѣмъ, pars pylorica большой кривизны отодвигается ниже пупка, и такимъ образомъ можетъ симулироваться расширение желудка. Необходимо, впрочемъ, замѣтить, что это вертикальное положеніе желудка предрасполагаетъ къ развитію гастректазіи,—обстоятельство, на которое въ особенности было обращено вниманіе *Kissmanl* емъ. Распознать вертикальное положеніе желудка возможно лишь въ томъ случаѣ, если при вливаніи воды чрезъ желудочный зондъ удастся посредствомъ перкуссіи точно опредѣлить контуры большой кривизны и доказать, что нижняя часть притупленія представляется въ видѣ относительно узкаго мѣшка (который при обыкновенной формѣ вертикальнаго положенія желудка помѣщается исключительно въ лѣвой половинѣ живота).

Неврозы желудка.

Ученіе о неврозахъ желудка чрезвычайно расширилось въ послѣднее десятилѣтіе. Разсматривая въ настоящее время тѣ основныя положенія, которыя 10 лѣтъ назадъ были указаны въ моемъ руководствѣ, какъ исходныя пункты для уразумѣнія неврозовъ желудка, а въ особенности ту схему, которая тогда была мною предложена для этихъ болѣзней, зависящихъ отъ измѣненной функціи желудочныхъ нервовъ,—1) повышение или пониженіе чувствительности, 2) повышение или пониженіе сократительности и 3) повышение или пониженіе секреторной дѣятельности,—мы видимъ, что для всѣхъ этихъ разстройствъ въ отправленіяхъ желудочныхъ нервовъ установлены теперь спеціальныя картины болѣзни, между тѣмъ какъ въ то время я вынужденъ былъ сказать, что опредѣлить клиническую картину каждаго изъ этихъ неврозовъ, при данномъ состояніи нашихъ свѣдѣній, представляется невозможнымъ. Само собою понятно, что въ такомъ отдѣлѣ патологіи, который еще недавно началъ разрабатываться, многіе вновь открытые факты еще требуютъ подтвержденія; что же касается того, цѣлесообразно ли съ клинической точки зрѣнія расчленять нервныя разстройства желудка на многія отдѣльныя формы, то этотъ вопросъ еще подлежитъ большому спору. Тѣмъ не менѣе, въ вышеприведенной схемѣ былъ предначертанъ путь къ научному изслѣдованію неврозовъ желудка; но только не нужно забывать, что разстройство нервной функціи часто не остается изолированнымъ въ какомъ нибудь опредѣленномъ направленіи, а сопровождается разстройствами и въ другихъ направленіяхъ. *Къ категоріи неврозовъ желудка мы относимъ всѣ тѣ заболѣванія его, при которыхъ было существенно ограничивается разстройствами въ области его нервного аппарата, т. е. функціональными разстройствами этого органа, и при которыхъ въ анатомическомъ отношеніи нельзя обнаружить ничего такого, что противорѣчило бы предположенію объ исключительномъ заболѣваніи нервенной системы.*

Такъ какъ, за исключеніемъ невралгіи желудка или гастралгіи, весьма немногое въ этой области было тогда извѣстно и такъ какъ съ тече-

ніемъ времени я убѣдился, что многія заболѣванія желудка не могутъ быть приурочены къ тѣмъ картинамъ болѣзни, которыя основаны на изученныхъ анатомическихъ измѣненіяхъ, а должны скорѣе считаться нервными расстройствами дѣятельности этого органа, то, признавая необходимымъ выдѣлить ихъ въ томъ видѣ, въ какомъ они представляются въ практикѣ, я избралъ для нихъ названіе «*нервная диспепсія*», въ отличіе отъ всѣхъ остальныхъ болѣзней желудка.

Я сожалью, что названіе это возбудило такъ много споровъ, настоящая причина которыхъ для меня не совсѣмъ понятна. Мнѣ кажется, что главная причина недовольства коренилась въ самомъ словѣ «диспепсія». Подъ этимъ словомъ, согласно его этимологіи, я разумѣю «затрудненное пищевареніе»; но сюда принадлежитъ не одно только расстройство химическихъ процессовъ, совершающихся въ желудкѣ. Явленія диспепсіи, въ томъ видѣ, въ какомъ они представляются у постели больного, служа обильнымъ источникомъ для субъективныхъ жалобъ, имѣютъ большею частью нервный характеръ, напр.: измѣненія аппетита и вкуса, тошнота, рвота, изжога, увеличенное отдѣленіе слюны, душевное угнетеніе, чувство тоски, головная боль, головокруженіе, чувство давленія въ желудочной области и т. п. Нервные пути, чрезъ посредство которыхъ являются эти симптомы, могутъ подвергаться и часто дѣйствительно подвергаются раздраженію со стороны *анатомическихъ измѣненій желудка и вызваннаго ими нарушенія въ химизмъ пищеваренія* (въ этомъ случаѣ дѣло именно и идетъ только о симптомахъ желудочнаго катарра и проч., подобно тому какъ кардіалгія представляетъ *симптомъ* язвы желудка). Однако, упомянутые нервные пути могутъ подвергаться ненормальному раздраженію и при *анатомически нормальномъ* состояніи органа, если они сдѣлались чрезмѣрно возбудимыми, оттого ли, что по какой нибудь причинѣ существуетъ мѣстное повышеніе возбудимости желудочныхъ нервовъ и уже затѣмъ постепенно присоединяется общая нервозность, или же, наоборотъ, оттого, что въ основаніи лежитъ общая нервозность, а мѣстное повышеніе возбудимости желудочныхъ нервовъ составляетъ только одно изъ ея частныхъ проявленій, которое особенно рѣзко бросается въ глаза.—Нижеслѣдующей главѣ было, по моему мнѣнію, необходимо предпослать это вполне ясное, какъ мнѣ кажется, опредѣленіе того, что я разумѣю подъ именемъ нервной диспепсіи и чему я не могу подобрать лучшаго названія.

Нервная диспепсія.

Симптомы состоятъ изъ вышеупомянутыхъ явленій диспепсіи. Что они имѣютъ нервное происхожденіе, на это иногда указываютъ нѣкоторыя побочныя явленія, напр. то, что потеря аппетита существуетъ непостоянно, что отрыжка появляется необыкновенно часто и больные при этомъ нисколько не стѣняются окружающихъ, что рвота, напротивъ того, бываетъ вообще рѣдко, и что больные, когда вниманіе ихъ чѣмъ нибудь отвлечено (когда они поглощены профессиональною работою или находятся въ веселой компаніи и т. п.), не замѣчаютъ своихъ непріятныхъ ощущеній. Въ другое время эти же самыя ощущенія становятся чрезвычайно тягостными, больные поглощены мыслью о своей болѣзни, особенно когда они чрезмѣрно утомляются работою, плохо спятъ и т. д. Характеристично то обстоятельство, что подъ вліяніемъ этихъ при-

чинъ, дѣйствующихъ чрезъ нервную систему, признаки болѣзни обнаруживаются съ большою силою, чѣмъ подъ вліяніемъ настоящихъ погрѣшностей въ діетѣ. Кроме того, и въ другихъ областяхъ нервной системы также появляются разстройства, которыя однако, сравнительно съ явлениями диспепсін, имѣютъ лишь второстепенное значеніе или существуютъ непостоянно. При нервной диспепсін, какъ и при большинствѣ другихъ болѣзней желудка, больные страдаютъ запоромъ.

Діагнозъ или, вѣрнѣе сказать, предположеніе о томъ, что мы имѣемъ предъ собою диспепсію нервного происхожденія, пріобрѣтаетъ твердую почву только тогда, когда произведено *изслѣдованіе желудка посредствомъ зонда*.

Послѣ пробнаго обѣда, желѣзокъ по истеченіи 7-ми часовъ оказывается пустымъ.

Хотя многіе выставляли на видъ, что при несомнѣнно нервномъ характерѣ диспепсін это бываетъ *не всегда*, однако, по моему убѣжденію, простой опытъ съ пробнымъ обѣдомъ долженъ производиться во всѣхъ случаяхъ. Конечно, могутъ встрѣчаться исключенія, т. е. въ промывной жидкости при нервной диспепсін иногда еще черезъ 7 часовъ могутъ оказываться отдѣльные остатки непереваренной пищи; но это возможно въ такой же степени, въ какой возможно и то, что продолжительность пищеваренія иногда оказывается нормальною при анатомическихъ заболѣваніяхъ желудка, при которыхъ она вообще бываетъ увеличена. Но ради подобныхъ исключеній отвергать самое производство опыта съ пробнымъ обѣдомъ для опредѣленія продолжительности желудочнаго пищеваренія, это значило бы отказываться отъ важнѣйшаго и къ тому же въ практическомъ отношеніи наиболѣе удобнаго критерія, по которому можетъ быть опредѣляемо нервное происхожденіе диспепсін. Рѣдкія исключенія, какъ бы то ни было, не могутъ служить опроверженіемъ правила, оказавшагося вѣрнымъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ.

Но этимъ опытомъ, съ котораго всегда нужно начинать, мы не можемъ довольствоваться, а должны послѣ него еще произвести *химическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго*.

При химическомъ изслѣдованіи получаютъ различные результаты: или *нормальное количество соляной кислоты*, или *чрезмѣрное* образованіе ея, или, наконецъ, значительное *уменьшеніе*, которое можетъ дойти почти до полного отсутствія кислоты. Для всѣхъ этихъ формъ нервной диспепсін имѣются примѣры въ практикѣ. Прежде всего я приведу для каждой изъ нихъ по одной исторіи болѣзни:

Случай I. Нервная диспепсія съ нормальнымъ отдѣленіемъ соляной кислоты.

Ученый, 36-ти лѣтъ. До 20-го года жизни былъ совершенно здоровъ, а съ того времени страдаетъ болѣзнию желудка, причемъ симптомы всегда были тѣ же самыя, что и теперь: изжога, чувство давленія и вздутія въ области желудка, непріятный вкусъ во рту и постоянная очень громкая отрыжка, которая нисколько не смущаетъ больного даже въ присутствіи постороннихъ лицъ. Боль въ области желудка, появляющаяся по окончаніи пищеваренія или еще утромъ натощакъ; по временамъ—головокруженіе, головная боль, а особенно чувство давленія въ кожѣ головы и т. д.; запоръ; угнетенное настроеніе духа.

Исследование желудка не обнаруживает ни расширения органа, ни опухоли, ни боли при ощупывании; кроме того, нельзя сказать, чтобы желудочная область была вздута.

Продолжительность пищеварения определялась посредством зонда неоднократно, причем всегда желудок оказывался *пустым* по прошествии 7-ми часовъ, какъ послѣ пробнаго обѣда, такъ и послѣ очень обильнаго употребленія пищи. *Содержаніе соляной кислоты*: 0,15⁰/₀.

Случай II. Нервная диспепсія съ чрезмѣрнымъ образованіемъ соляной кислоты.

Банкиръ, 34-хъ лѣтъ. Въ послѣдніе два года страдаетъ желудочными припадками, которые начинаются съ чувства болѣзненнаго давленія подъ ложечкой. Ощущеніе это почти всегда появлялось въ 11 ч. утра и въ 4¹/₂ ч. пополудни, независимо отъ положенія тѣла; оно ослабѣваетъ, какъ только больной выпьетъ *нѣсколько капель холодной воды*, и появляется *немедленно при всякомъ душевномъ волненіи*. Кроме того — *отсутствіе аппетита*, непріятный вкусъ во рту, тошнота, частая рвота днемъ и ночью. Частыя головныя боли, сердцебіеніе, обильная отрыжка, запоръ.

Исследование желудка: границы нормальны; никакой болѣзненности при давленіи.

Пробный обѣдъ вполне переваривается въ 7 часовъ. *Содержаніе соляной кислоты*: 0,39⁰/₀.

Случай III. Нервная диспепсія съ уменьшеннымъ геср. пре- кращеннымъ образованіемъ соляной кислоты.

Купецъ, 32-хъ лѣтъ отъ роду. Въ теченіе послѣднихъ 7-ми лѣтъ страдаетъ болѣзнию желудка, которая выражается чувствомъ жженія и ползанія мурашекъ въ желудочной области. Горькій солоноватый вкусъ во рту, частая изжога, по временамъ — частая отрыжка послѣ ѣды, непріятныя вкусовые ощущенія («вкусъ сыры»); ни чувства давленія въ области желудка, ни сердцебіенія не существуетъ; *аппетитъ хорошъ*; сильныя головныя боли. Вздутіе живота, урчаніе; консистенція испражнений непостоянна; по временамъ бываетъ запоръ, по временамъ — поносъ.

Исследование желудка: границы нормальны; никакой болѣзненности при давленіи.

Пробный обѣдъ и болѣе значительныя количества пищи всегда вполне перевариваются въ 7 часовъ. *Содержаніе соляной кислоты*: 0,06⁰/₀.

Если не всегда, то, по крайней мѣрѣ, въ значительномъ большинствѣ случаевъ *продолжительность пищеваренія бываетъ нормальной*, какъ въ тѣхъ исторіяхъ болѣзни, которыя сейчасъ были сообщены. Ожидать этого слѣдуетъ, конечно, уже заранее въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *соляная кислота отдѣляется въ нормальномъ количествѣ*, т. е. въ случаяхъ, составляющихъ основной типъ нервной диспепсін, гдѣ, слѣдовательно, нормальный актъ пищеваренія при нормальныхъ химическихъ процессахъ сопровождается субъективными ненормальными ощущеніями вслѣдствіе повышенной возбудимости нервной системы.

При *чрезмѣрномъ образованіи соляной кислоты, зависящемъ отъ нервной системы*, продолжительность желудочнаго пищеваренія, судя по многимъ исторіямъ болѣзни, имѣющимся въ моемъ распоряженіи, можетъ точно также оказаться нормальной, по въ другихъ случаяхъ она бываетъ увеличена, особенно по отношенію къ крахмалистой пищѣ. Поэтому здѣсь необходимо различать, съ одной стороны, случаи чрезмѣрнаго образованія соляной кислоты, сопровождаемые симптомами нервной диспепсін при нормальной продолжительности пищеваренія, а съ другой стороны — такіе случаи, въ которыхъ продолжительность пищеваренія увеличена; кроме того, у нѣкоторыхъ больныхъ признаки нервной диспепсін отступаютъ на задній планъ, и въ желудкѣ даже по

утрачъ до пріема пищи оказываются большія количества желудочнаго сока, содержащаго очень много соляной кислоты. Эти послѣдніе случаи, конечно, уже не принадлежать къ категоріи нервной диспепсін, для которой именно и характеристично то, что болѣзненные явленія особенно резко выступаютъ во время акта пищеваренія. Случаи эти будутъ описаны въ главѣ о секреторныхъ неврозахъ. Для того чтобы мы имѣли право поставить діагнозъ *нервной диспепсін съ чрезмѣрнымъ образованіемъ соляной кислоты*¹⁾, мы должны, согласно понятію о нервной диспепсін, предварительно исключить всѣ тѣ болѣзни (язву желудка и т. д.), которыя, будучи основаны на *анатомическихъ* измѣненіяхъ желудочной стѣнки, точно также сопровождаются увеличеннымъ отдѣленіемъ соляной кислоты.

Послѣднее замѣчаніе относится еще въ особенности къ распознаванію *нервной диспепсін съ уменьшеннымъ или прекращеннымъ отдѣленіемъ соляной кислоты*, такъ какъ недостаточное отдѣленіе ея именно и встрѣчается при исполнѣ опредѣленныхъ анатомическихъ заболѣваній желудка, сопровождаемыхъ самыми рѣзкими явленіями диспепсін (ракъ, хроническій желудочный катарръ и т. п.). Можно было бы думать, что недостаточное отдѣленіе соляной кислоты,—все равно, явилось ли оно результатомъ желудочнаго катарра или возникло въ зависимости отъ нервной системы,—должно имѣть своимъ послѣдствіемъ болшую продолжительность пищеваренія. Однако, опытъ показываетъ, что это теоретическое предположеніе обыкновенно не оправдывается при нервной диспепсін, сопровождаемой недостаточнымъ отдѣленіемъ соляной кислоты. Я видѣлъ болѣе 20 случаевъ такой нервной диспепсін, гдѣ, не смотря на значительно уменьшенное отдѣленіе кислоты, желудокъ по прошествіи нормальнаго срока оказывался пустымъ. Такъ какъ стѣнки желудка при нервной диспепсін анатомически не измѣнены, то и не удивительно, что въ подобныхъ случаяхъ уменьшеннаго отдѣленія соляной кислоты, зависящаго отъ нервной системы, могутъ успѣшно обнаруживать свое дѣйствіе тѣ факторы, которыми достигается компенсація.

Распознаваніе нервной диспепсін существенно *пополняется* этиологическимъ діагнозомъ, который всегда необходимъ, тѣмъ болѣе, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ онъ одинъ только и можетъ дать нашей терапіи опредѣленное направленіе. Прежде всего нужно выяснить, представляетъ ли нервная диспепсія въ данномъ случаѣ болѣзнь болѣе или менѣе самостоятельную, или же она есть только частное проявленіе общей нервозности или такъ называемой неврастеніи. Необходимо также изслѣдовать *мочу*, потому что диспептические явленія при сморщенной почкѣ, по моему мнѣнію, имѣютъ болшую частью *нервный* характеръ и выражаютъ собою медленное урѣмическое отравленіе въ незначительной степени его развитія. Затѣмъ необходимо еще изслѣдовать *селезенку*, такъ какъ мною несомнѣнно было констатировано, что нервная диспепсія можетъ представлять замаскированную перемежающуюся лихорадку; наконецъ, у другихъ больныхъ оказывается хло-

¹⁾ Кто признаетъ въ такихъ случаяхъ чрезмѣрное образованіе кислоты за основное явленіе, отъ котораго уже зависятъ симптомы нервной диспепсін, тотъ можетъ дать этимъ состояніямъ обратное названіе и говорить о «чрезмѣрномъ отдѣленіи соляной кислоты съ симптомами нервной диспепсін». Я упоминаю объ этомъ собственно для того, чтобы предлагаемое мною названіе не подало повода къ спорамъ. Выборъ того или другаго названія мнѣ кажется довольно безразличнымъ, потому что, въ концѣ концовъ, эти нервныя разстройства секреторной дѣятельности вызываются по болшей части тѣми же самыми причинами, какъ и одновременно существующіе симптомы нервной диспепсін.

розъ или истерія. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, гдѣ почвою для нервной диспепсии служатъ инфекціонныя или конституціональныя болѣзни, она выражаетъ собою результатъ вліянія этихъ болѣзней на нервную систему; но при этомъ нервная диспепсія до такой степени выдвигается на первый планъ и получаетъ такую самостоятельность, что ей нужно отвести особое мѣсто въ діагнозѣ (причемъ, конечно, необходимо говорить, что она развилась на почвѣ той или другой изъ вышеупомянутыхъ болѣзней). Источникомъ нервной диспепсии, повидимому, могутъ быть также катарры и язвы желудка, въ томъ именно смыслѣ, что *по излеченіи ихъ* остается на долгое время нѣкоторое ослабленіе и увеличенная возбудимость желудочныхъ нервовъ; въ другихъ случаяхъ раздраженіе этихъ нервовъ происходитъ со стороны половыхъ органовъ, напр. у женщинъ, страдающихъ болѣзнями матки, и т. п. Періодъ развитія половой сферы, какъ я неоднократно убѣждался, можетъ точно также служить поводомъ къ нервной диспепсии, которая съ наступленіемъ половой зрѣлости проходитъ сама собою, между тѣмъ какъ раньше она не уступала никакому лѣченію.

Если теперь спросить себя, въ какую категорію вышеуказанной схемы должна быть отнесена нервная диспепсія, то не можетъ подлежать сомнѣнію, что она представляетъ по преимуществу *чувствительный невроз желудка*. Однако, явленія нервной диспепсии *не абсолютно строго* ограничиваются областью чувствительныхъ нервовъ желудка, но сопровождаются, съ одной стороны, аномаліями секреторной дѣятельности, съ другой стороны — отрыжкой, сильными перистальтическими движеніями, тошнотою и рвотою, короче сказать, — различными явленіями возбужденія въ двигательной сферѣ. Рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ то, что нервные симптомы существуютъ главнымъ образомъ во время акта пищеваренія и остаются *умпренными*, никогда не выступая съ особенною силою въ какомъ нибудь одномъ направленіи.

Въ последнемъ случаѣ дѣло идетъ уже о другихъ нервныхъ болѣзняхъ желудка, именно: при чрезмѣрномъ возбужденіи чувствительной сферы дѣло идетъ о *гастралгіи*, при такомъ же возбужденіи секреторной дѣятельности мы должны говорить о *чрезмѣрномъ отдѣленіи желудочнаго сока гезр. соляной кислоты*, а при особенно сильномъ возбужденіи двигательной сферы мы имѣемъ предъ собою *спазмъ желудка*, обыкновенно сопутствуемый гастралгіей. Еще въ большей степени это *одновременное* раздраженіе чувствительной и двигательной сферы существуетъ при нервной рвотѣ.

Неврозы желудка, обусловливаемые *пониженіемъ чувствительной, двигательной и секреторной дѣятельности желудочныхъ нервовъ*, вообще еще такъ мало извѣстны въ настоящее время, что о точ-

номъ распознаваніи ихъ не можетъ быть рѣчи. Поэтому они будутъ нами описаны въ очень краткихъ словахъ.

Начнемъ съ описанія *гастралгіи*, которая въ числѣ неврозовъ желудка всего раньше стала извѣстна.

Гастралгія.

Жестокая *судорожная боль подъ ложечкой*, появляющаяся въ видѣ *приступовъ*, распространяющаяся отъ мечевиднаго отростка по направлению къ спинѣ, усиливающаяся иногда до чрезвычайной степени (причемъ она бываетъ связана съ чувствомъ приближенія смерти и съ признаками упадка силъ), наступающая совершенно внезапно, безъ всякихъ предвѣстниковъ, или предшествуемая ощущеніемъ давленія въ надчревной области, слюнотеченіемъ и т. п., сопутствуемая иногда такъ наз. истерическимъ шаромъ (*globus hystericus*), чувствомъ необыкновеннаго голода, учащеннымъ позывомъ къ мочеиспусканію и рвотой, до такой степени характеристична, что просмотрѣть самую болѣзнь совершенно невозможно. Однако, гастралгію очень легко можно смѣшать по ошибкѣ съ другими болѣзнями брюшныхъ органовъ, которые точно также сопровождаются жестокими болями, и поэтому при распознаваніи гастралгіи главную роль играетъ дифференціальный діагнозъ, который ставится путемъ исключенія.

Межреберныя невралгіи, локализирующіяся въ области нижнихъ межреберныхъ нервовъ, по ошибкѣ могутъ быть приняты за гастралгію, потому что ощущение боли при такихъ невралгіяхъ ограничивается исключительно надчревною областью. Если при тщательномъ изслѣдованіи обнаружено, что боль сосредоточивается въ брюшныхъ покровахъ, и если въ какомъ нибудь межреберномъ пространствѣ найдены такъ наз. болевые точки, то діагнозъ представляется совершенно яснымъ, въ особенности, когда при электризаціи соотвѣтствующаго межребернаго пространства прекращается боль въ надчревной области.

Труднѣе отличить гастралгію отъ *язвы желудка*, если въ симптомахъ этой послѣдней преобладаетъ кардіалгія. При такихъ условіяхъ въ пользу гастралгіи говорятъ слѣдующія данныя: большіе промежутки между двумя послѣдовательными приступами и явное отсутствіе зависимости между приступами боли и введеніемъ пищи (такъ что больной часто можетъ совершенно безнаказанно употреблять самую неудобоваримую пищу, хотя въ другое время употребленіе горячей или холодной пищи вызываетъ приступъ гастралгіи). Далѣе, въ пользу гастралгіи говоритъ одновременное присутствіе истеріи или другихъ нервныхъ болѣзней и прекращеніе боли при давленіи снаружи или при раздраженіи электрическимъ токомъ во время самаго акта пищеваpенія.

Очень легко можно смѣшать гастралгію съ *желчною коликою*, тѣмъ болѣе, что къ послѣдней можетъ иногда присоединиться сочувственная гастралгія. Болѣзненность печени, желтуха, расширеніе желчнаго пузыря говорятъ прямо въ пользу желчныхъ камней; однако,

эти симптомы, по крайней мѣрѣ послѣдніе два, въ большинствѣ случаевъ желчной колики отсутствуютъ. Съ *кишечною коликою* смѣшать гастралгію довольно трудно. Діагностическія ошибки предотвращаются тѣмъ, что хотя чувство боли при кишечной коликѣ и можетъ иногда локализоваться въ надчревной области, но обыкновенно оно быстро переходитъ съ мѣста на мѣсто, сопровождается вздутіемъ тѣхъ или другихъ частей кишечнаго канала и нерѣдко оканчивается внезапно съ появленіемъ испражненія или съ отхожденіемъ вѣтровъ.

Никогда не слѣдуетъ довольствоваться діагнозомъ гастралгіи, не исключивъ предварительно вышеупомянутыхъ болѣзней и не сдѣлавъ, по крайней мѣрѣ, попытки отыскать причину гастралгіи въ каждомъ данномъ случаѣ. Причиною могутъ быть отчасти ненормальныя раздраженія, дѣйствующія на желудочные нервы либо съ периферіи, либо со стороны центральной нервной системы (въ этомъ послѣднемъ отношеніи должны быть упомянуты такъ наз. *crises gastriques*, которые иногда бывають начальнымъ симптомомъ спинной сухотки), а отчасти ненормальныя состоянія питанія и возбудимости желудочныхъ нервовъ, которыя, какъ напр. при истеріи, неврастеніи, хлорозѣ, подагрѣ и т. п., могутъ служить почвою для появленія гастралгіи. Подробнѣе останавливаться на этиологіи мы здѣсь не можемъ, такъ какъ это не входитъ въ рамки нашей задачи. Одною изъ причинъ гастралгіи служить чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока, которое сейчасъ будетъ нами описано.

Чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока. Чрезмѣрная кислотность желудочнаго содержимаго. Gastroxynsis.

Насколько часто увеличенное отдѣленіе соляной кислоты (*чрезмѣрная кислотность желудочнаго сока*) бываетъ симптомомъ различныхъ болѣзней желудка, настолько же рѣдко, по крайней мѣрѣ по моимъ наблюденіямъ, оно встрѣчается въ видѣ настоящаго секреторнаго невроза. Нервный характеръ чрезмѣрнаго отдѣленія соляной кислоты обнаруживается особенно ясно въ тѣхъ случаяхъ, когда оно появляется въ видѣ *приступовъ* и притомъ даже *независимо отъ акта пищеваренія*, такъ что и при пустомъ желудкѣ все-таки выдѣляются большія количества желудочнаго сока независимо отъ внѣшнихъ раздраженій (*Reichmann*). *Періодическое* чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока (*gastroxynsis*, по *Rossbach'u*) встрѣчается преимущественно у неврастениковъ, а иногда также у табетиковъ. Симптомы болѣзни суть слѣдующіе: рвота, боль въ области желудка, тошнота, изжога, головная боль, жажда; они находятся въ зависимости отъ чрезмѣрнаго отдѣленія соляной кислоты, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ немедленно исчезаютъ послѣ разбавленія чрезмѣрно кислаго желудочнаго содержимаго водою и т. п. Приступы продолжаются отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней.

Въ другихъ случаяхъ чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока геср. соляной кислоты бываетъ болѣе *непрерывное*, причемъ оно появляется или самопроизвольно, или вслѣдствіе какого-нибудь раздраженія, и уже затѣмъ остается, хотя самое раздраженіе прекратилось. О томъ, что по-

добныя состоянія могутъ приводить къ расширенію желудка, мы уже говорили. Картина болѣзни, вѣроятно, еще будетъ со временемъ пополнена, когда наберется большее число наблюденій. Диагнозъ въ рѣзкихъ случаяхъ чрезмѣрнаго отдѣленія желудочнаго сока не представляетъ никакихъ трудностей.

Для того чтобы констатировать это чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока, лучше всего сдѣлать вечеромъ промываніе желудка, которое должно быть продолжаемо до тѣхъ поръ, пока промывная вода станетъ вытекать совершенно прозрачною и будетъ имѣть нейтральную реакцію. Послѣ этого больной не долженъ принимать никакой пищи до другаго утра, и тогда вторично дѣлается промываніе желудка; если при второмъ промываніи оказалось довольно большое количество кислаго желудочнаго сока, то мы вправѣ распознать чрезмѣрное отдѣленіе соляной кислоты, не зависящее отъ раздраженія пищею. Если въ подобномъ случаѣ испытать, какимъ образомъ желудокъ реагируетъ на раздраженіе, производимое пищею, то обыкновенно во время пищеваренія также оказывается чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока, выражающее собою ненормальную возбудимость секреторныхъ нервовъ.

Съ положительностью распознать эту болѣзнь безъ помощи зонда невозможно, но отчасти на нее указываютъ слѣдующіе признаки: изжога, кислая отрыжка и рвота, боль въ области желудка, ослабленіе субъективныхъ симптомовъ при употребленіи щелочей и исключительно мясной пищи, полное перевариваніе мяса по истеченіи нормальнаго срока, болѣшая продолжительность пищеваренія для крахмалистыхъ веществъ, удовлетворительный въ большинствѣ случаевъ аппетитъ, иногда даже чувство сильнѣйшаго голода, увеличенная жажда, признаки начинающагося расширенія желудка и, наконецъ, предшествовавшая язва желудка.

Нервная рвота.

Подъ именемъ *нервной* рвоты мы разумѣмъ такую, которая не обуславливается анатомическими измѣненіями желудочной стѣнки, а происходитъ вслѣдствіе прямого или рефлекторнаго раздраженія нервныхъ путей, управляющихъ актомъ рвоты. Обыкновенно при этомъ слѣдуетъ предполагать, что возбудимость упомянутыхъ нервныхъ путей ненормально повышена.

Чаше всего нервная рвота встрѣчается у *истеричныхъ* и *неврастениковъ*, затѣмъ при самыхъ разнообразныхъ *заболеваніяхъ головного мозга и его оболочекъ*, при *страданіяхъ спиннаго мозга*, отчасти сопутствуемыхъ анатомическими измѣненіями (еще недавно я наблюдалъ одинъ случай спинной сухотки, гдѣ рвота появлялась периодически, не сопровождалась никакими признаками гастралгій и всегда продолжалась по нѣскольку дней), наконецъ—при болѣзняхъ почекъ, матки, печени и т. д.

Распознаваніе нервного характера рвоты основывается главнымъ образомъ на исключеніи анатомическихъ болѣзней желудка, обыкновенно сопровождаемыхъ рвотою, и на констатированіи одной изъ вышеуказанныхъ причинъ нервной рвоты. Для истерической рвоты до нѣкоторой степени характеристична та легкость, съ которою она появляется, затѣмъ самая частота ея появленія, контрастъ между хорошимъ аппетитомъ и упорною рвотою, часто не уступающею никакому лѣченію, и т. п.

Наконецъ, мы должны еще сказать нѣсколько словъ о тѣхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, которыя основаны на *пониженіи* двигательной, чувствительной и секреторной дѣятельности желудка. Состоянія эти вообще мало извѣстны, такъ что положительное

распознаваніе ихъ лишь рѣдко бываетъ возможно. Всего скорѣе еще мы имѣемъ право предположить *уменьшенное или прекращенное отдѣленіе соляной кислоты, зависящее отъ нервной системы*, если обычное раздраженіе пищею не вызываетъ сколько-нибудь замѣтнаго отдѣленія желудочнаго сока, причемъ, конечно, подразумѣвается, что должны быть исключены болѣзни желудка, сопровождаемыя недостаточнымъ отдѣленіемъ соляной кислоты, а въ особенности должна быть исключена атрофія его слизистой оболочки. Диагнозъ пріобрѣтаетъ болѣе твердую почву, если доказано, что у даннаго субъекта существуютъ еще и другіе нервные симптомы или рѣзко выраженные болѣзни нервной системы. Въ другомъ мѣстѣ былъ уже мною описанъ одинъ случай прекращеннаго отдѣленія соляной кислоты у истеричной больной, а теперь я сообщу такой же случай, наблюдавшійся у *табетика*.

Спинная сухотка со всеми ея симптомами у мужчины 44-хъ лѣтъ. Превосходное пищевареніе, полное отсутствіе какихъ либо симптомовъ со стороны желудка, но по временамъ (появляются *приступы* сильной рвоты, всегда предшествуемые болью въ области мочевого пузыря. Въ массахъ, извергнутыхъ рвотою черезъ часъ послѣ завтрака, не найдено *никакихъ слѣдовъ свободной соляной кислоты*.

Обыкновенно это прекращенное отдѣленіе соляной кислоты, зависящее отъ нервной системы, сопутствуется явленіями нервной диспепсіи; въ другихъ случаяхъ преобладаютъ признаки истеріи, или же, какъ у послѣдняго больного, о которомъ мы сейчасъ говорили, существуютъ рѣзкія явленія анатомически вполне опредѣленной болѣзни центральной нервной системы. Подобные случаи прекращеннаго отдѣленія соляной кислоты или уменьшенной возбудимости секреторныхъ нервовъ составляютъ діаметральную противоположность вышеописаннымъ случаямъ чрезмѣрной кислотности желудочнаго содержимаго (ср. также примѣчаніе на стр. 336).

Паретическія состоянія мускулатуры желудка, являющіяся не въ видѣ симптома какого нибудь анатомическаго измѣненія желудочной стѣнки, а въ видѣ чистаго *невроза*, встрѣчаются далеко не рѣдко. Подобная *атонія* желудка играетъ важную роль, какъ причина его расширенія. О тѣхъ признакахъ, на основаніи которыхъ распознается атонія, мы уже подробно говорили по поводу расширенія желудка.

Болѣзни кишекъ.

Острые воспалительные процессы въ кишкахъ.

Острый разлитой (простой) энтеритъ, острый катарръ кишекъ.

Главнымъ діагностическимъ симптомомъ служить *поносъ*. Кашицеобразныя или водянистыя испражненія обыкновенно бываютъ свѣтложелтаго цвѣта, рѣдко окрашены кровью, часто содержатъ слизь. Если испражненія повторяются очень быстро одно за другимъ, то они все болѣе обезцвѣчиваются, очевидно потому, что красяція вещества желчи примѣшиваются въ количествѣ слишкомъ недостаточномъ сравнительно съ объемомъ самыхъ испражнений, которые при этомъ получаютъ сходство съ рисовымъ отваромъ и обыкновенно почти уже не имѣютъ фекальнаго запаха, а скорѣе неопредѣленный, кисловатый. Иногда жидкія испражненія издаютъ гнилостный запахъ и образуютъ обильную пѣну. При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ непереваренныхъ остатковъ пищи, оказываются въ нихъ круглые элементы, многочисленныя кѣтки цилиндриче-

скаго эпителия, иногда разнообразно измѣненныя въ своей формѣ, а иногда только увеличенныя въ объемѣ, съ зернистою протоплазмой и съ ядромъ, то очень явственнымъ, то неявственнымъ, и множество самыхъ различныхъ микроорганизмовъ, именно микрококки, бациллы, дрожжевые грибки, наконецъ — микроорганизмы, окрашивающіеся въ синій цвѣтъ при прибавленіи раствора іода въ іодистомъ калии. По мнѣнію *Nothnagel*'я, которому мы обязаны наилучшими изслѣдованіями нормальныхъ и патологическихъ испражнений, одна изъ формъ этихъ послѣднихъ микроорганизмовъ есть ничто иное какъ *clostridium butyricum* и составляетъ причину маслянокислаго броженія въ кишечномъ каналѣ. Всѣ эти микроорганизмы не имѣютъ особеннаго клиническаго значенія, такъ какъ они встрѣчаются и въ нормальныхъ испражненіяхъ. Столь же мало діагностическаго значенія имѣютъ встрѣчающіеся въ испражненіяхъ кристаллы фосфорнокислой амміакъ-магнезій, холестерина, известковыхъ солей и т. д.

Помимо поноса, этого важнѣйшаго симптома, острый катарръ кишекъ во многихъ случаяхъ обнаруживается еще *коликами*, урчаніемъ въ животѣ (*borborygmi*), частымъ отхожденіемъ вѣтровъ и легкимъ измѣненіемъ аппетита. *Животъ* обыкновенно *вздутъ* вслѣдствіе значительнаго скопленія газовъ; разжиженіе кишечнаго содержимаго обнаруживается при ощупываніи шумомъ урчанія. Вслѣдствіе обильной потери воды чрезъ кишечный каналъ, появляется *сильная жажда* и *уменьшенное выдѣленіе мочи*, которая, благодаря замедленному теченію крови въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ, можетъ содержать бѣлокъ. Иногда также, особенно у дѣтей и стариковъ, наступаютъ признаки коллапса. *Лихорадка* при остромъ катаррѣ кишекъ встрѣчается лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, но можетъ, по моимъ наблюденіямъ, быстро достигнуть значительной высоты (около 40°). Въ такихъ случаяхъ нужно подумать о томъ, что, быть можетъ, мы имѣемъ дѣло съ энтеритомъ инфекціоннаго происхожденія; діагнозъ при этомъ можетъ колебаться между катарромъ кишекъ и брюшнымъ тифомъ, хотя типическое теченіе и неуменшающаяся высота лихорадки, относительное замедленіе пульса и увеличеніе селезенки даютъ возможность распознать брюшной тифъ уже въ первые дни болѣзни, прежде еще чѣмъ появилась розеола, которая не допускаетъ никакихъ сомнѣній. Селезенка при остромъ катаррѣ кишекъ, по моимъ наблюденіямъ, не бываетъ увеличена; но рѣдкія исключенія изъ этого правила, быть можетъ, и встрѣчаются.

Нѣсколько иному представляется картина *острого гастроэнтерита (cholera nostras)* и *острого кишечнаго катарра у маленькихъ дѣтей*, въ первомъ случаѣ — благодаря очень острому характеру и значительному развитію процесса, а во второмъ — благодаря тому, что дѣтскій организмъ реагируетъ на него особенно сильно. Распознаваніе обѣихъ болѣзней, впрочемъ, оказывается легкимъ. При остромъ гастроэнтеритѣ не только кишечный каналъ, но и желудокъ принимаетъ въ болѣзненномъ процессѣ существенное участіе. Кромѣ поноса, въ большинствѣ случаевъ бываетъ также сильная рвота, причемъ извергаемыя ею массы, по удаленіи послѣдней принятой пищи, ста-

новятся такими же водянистыми, какъ кишечныя испражненія. Соответственно очень большой, часто даже громадной потерѣ воды, появляется неутолимая жажда и уменьшается количество мочи, которая при этомъ содержитъ бѣлокъ. Напряженіе кожи все болѣе и болѣе уменьшается, блѣдное или ціанотичное лицо западаетъ, и обнаруживаются явные признаки общаго упадка силъ: пульсъ становится малымъ, даже неощутимымъ, кожа—холодною какъ ледъ, голосъ—очень слабымъ (больной говоритъ шопотомъ), однимъ словомъ, получается картина, имѣющая полное сходство съ азиатскою холерой, тѣмъ болѣе, что появляются также болѣзненные судороги въ мышцахъ, особенно въ мускулатурѣ икры. И дѣйствительно, клинически отличить этотъ острый гастроэнтеритъ отъ азиатской холеры было до послѣдняго времени совершенно невозможно. Но съ тѣхъ поръ какъ *R. Koch* открылъ *запядовидную бактерію* и доказалъ, что она характеристична для азиатской холеры, дифференціальное распознаваніе этихъ двухъ болѣзней получило полную достовѣрность, которая была такъ желательна и необходима. Палочкообразныя бактеріи, открытыя въ испражненіяхъ при гастроэнтеритѣ *Finkler*'омъ и *Prior*'омъ, хотя и представляютъ сходство съ настоящими холерными бактеріями, но отличаются отъ нихъ большею длиною и толщиною, растутъ быстрѣе и притомъ не воронкообразно (въ разводкахъ, полученныхъ посредствомъ укола), а скорѣе мѣшкообразно, и разжижаютъ желатину гораздо быстрѣе, въ сравненіи съ запядовидною бактеріей *Koch*'а.

Картина *острого кишечнаго катарра у дѣтей* только въ незначительныхъ своихъ подробностяхъ отличается отъ остраго энтерита и гастроэнтерита у взрослыхъ. Реакція испражненій обыкновенно кислая, цвѣтъ во многихъ случаяхъ зеленоватый, красящее вещество желчи болѣе или менѣе остается неизмѣненнымъ и легко можетъ быть обнаружено Гмелиновскою реакціей. Упадокъ силъ весьма рѣзко выраженъ, роднички втянуты, анэмія головного мозга обнаруживается значительнымъ учащеніемъ пульса, бредомъ, одышкою, судорогами, въ томъ числѣ сведеніемъ затылка, короче сказать—явленіями «гидроцефалонда». Смѣшать эту болѣзнь съ какою-нибудь другою едва-ли возможно, и развѣ только упомянутыя мозговыя явленія могутъ иногда имитировать менингитъ. О дифференціальному распознаваніи относительно этого послѣдняго пункта мы будемъ подробнѣе говорить въ другомъ мѣстѣ; здѣсь же замѣтимъ только, что въ пользу гидроцефалонда рѣшительно свидѣтельствуютъ предшествовавшій сильный поносъ, втянутые роднички, отсутствіе частичныхъ параличей и отрицательный въ большинствѣ случаевъ результатъ офтальмоскопическаго изслѣдованія (тогда какъ при бугорчатомъ менингитѣ часто оказываются измѣненія въ сослѣдствіи зрительнаго нерва и въ сосудистой оболочкѣ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гидроцефалонда дѣло доходило до тяжелыхъ функціональных расстройствъ зрѣнія, даже до полной слѣпоты.

Если воспалительный процессъ не захватываетъ большую часть кишечника, а *ограничивается отдѣльными его областями*, то это обнаруживается иными картинами болѣзни, распознаваніе которыхъ требуетъ особаго изложенія.

Катарръ, ограничивающійся *двѣнадцатиперстной кишкою*, можетъ быть діагностированъ только на основаніи вызванной имъ катарральной желтухи съ ея симптомами. Но желтуха при катаррѣ двѣнадцатиперстной кишки встрѣчается далеко не всегда, и въ такихъ случаяхъ *распознаваніе невозможно*.

Если при остромъ желудочномъ-катаррѣ появляется рѣзко замѣтная и постоянная чувствительность въ правомъ подреберьи, то мы имѣемъ право предположить распространеніе катарра на двѣнадцатиперстную кишку и должны въ виду этого произвести

изслѣдованіе мочи на присутствіе въ ней желчнаго пигмента; но распознаваніе катарра двѣнадцатиперстной кишки становится возможнымъ только тогда, когда несомнѣнно обнаружались симптомы желтухи.

Острый катарръ *тощей* и *подвздошной* кишки, если онъ не сопровождается катарромъ толстой, представляетъ такъ мало явленій, что положительный діагнозъ невозможенъ. Важнѣйшій симптомъ кишечнаго катарра вообще, т. е. *поносъ, отсутствующій* въ этихъ случаяхъ, такъ какъ пищевая кашка даже при нормальныхъ условіяхъ проходитъ чрезъ тонкую кишку очень быстро (въ теченіе немногихъ часовъ). Возможно, что при катаррѣ, ограничивающемся тонкою кишкою, пищевая кашка проходитъ чрезъ нее еще нѣсколько быстрѣе, благодаря усиленной перистальтикѣ, но для кишечныхъ испражненій это довольно безразлично, если только каловыя массы имѣютъ, какъ при нормальныхъ условіяхъ, достаточно времени къ тому, чтобы сгуститься въ толстой кишкѣ, а это бываетъ несомнѣнно, коль скоро кишечный катарръ ограничивается исключительно тонкою кишкою. Если въ виду этого нисколько не удивительно, что при катаррѣ, ограничивающемся тощею и подвздошною кишкою, испражненія не учащены, то, съ другой стороны, слѣдуетъ ожидать, что *составъ кала* будетъ *иной*, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Слизь, отдѣляющаяся въ *воспаленной тонкой кишкѣ*, очень тѣсно смѣшивается въ толстой кишкѣ съ каловыми массами, которыя здѣсь подвергаются сгущенію, и хотя присутствіе ея при макроскопическомъ осмотрѣ не можетъ быть обнаружено, однако при микроскопическомъ изслѣдованіи плотныхъ или кашцеобразныхъ испражненій оказываются небольшіе комочки слизи.

На это обстоятельство впервые обратилъ вниманіе *Nothnagel*. Къ сожалѣнію, этотъ дифференціально-діагностическій признакъ не можетъ въ практикѣ играть особенной роли, потому что консистенція испражненій совсѣмъ не указываетъ на существующее заболѣваніе кишекъ и не подаетъ повода къ микроскопическому изслѣдованію. Къ производству же такого изслѣдованія можетъ возникнуть поводъ развѣ только тогда, когда при отсутствіи поноса существуютъ колики и урчаніе въ животѣ, которыя, по крайней мѣрѣ, указываютъ на возможность того, что мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ кишекъ.

То же самое относится и къ тѣмъ случаямъ, когда *катарромъ одновременно поражены тонкая кишка и верхніе отдѣлы толстой*. И здѣсь также кишечныя испражненія тѣсно смѣшаны со слизью, но собственно поноса не существуетъ.

Болѣе надежныя точки опоры для распознаванія имѣются въ томъ случаѣ, *когда при катаррѣ тонкой кишки одновременно поражена вся толстая кишка или, по крайней мѣрѣ, когда послѣдняя представляетъ по временамъ усиленную перистальтику*, такъ что ускоренное передвиженіе содержимаго тонкой кишки чрезъ толстую даетъ возможность констатировать патологическое свойство испражненій, обусловленное катарромъ тонкой кишки. Вышеупомянутымъ

признакомъ, именно тѣсною примѣсью слизи къ каловымъ массамъ, мы, конечно, не можемъ здѣсь воспользоваться, такъ какъ испражненія имѣютъ жидкую консистенцію; но за то при изслѣдованіи испражнений относительно *присутствія въ нихъ неизмѣннаго желчнаго пигмента* и относительно *примѣшанныхъ къ нимъ составныхъ частей пищи* мы получаемъ нѣкоторыя діагностическія указанія.

Въ здоровомъ кишечникѣ *желчный пигментъ* можетъ быть обнаруженъ (посредствомъ Гmeliновской реакціи) только до Баугиніевой за- слонки, а въ нижележащихъ частяхъ кишечнаго канала желчь оказы- вается разложившеюся. Слѣдовательно, если въ жидкихъ испражненіяхъ получается явственная реакція на желчный пигментъ, то это указываетъ на то, что перистальтика усилена и въ толстой кишкѣ, или что послѣд- няя поражена катарромъ. Но получить такую явственную реакцію въ фильтратѣ жидкихъ испражнений рѣдко удается. Всего скорѣе еще она можетъ быть получена въ жидкихъ испражненіяхъ у грудныхъ дѣтей; впрочемъ, я убѣдился, что иногда она получается и у взрослыхъ больныхъ.

Nothnagel, въ свое время, нашелъ, что *желчный пигментъ содержится преимуще- ственно въ слизистыхъ массахъ*, въ которыхъ реакція часто и даетъ поэтому по- ложительный результатъ, между тѣмъ какъ въ водянистой жидкости она лишь рѣдко бываетъ ясно выражена. Желчный пигментъ содержится также въ эпителиальныхъ и круглыхъ клеткахъ, примѣшанныхъ къ испражненіямъ.

На томъ же основаніи, какъ и неизмѣненную желчь, мы находимъ въ испражненіяхъ при катаррѣ тонкой кишки и одновременномъ катаррѣ толстой или одновременномъ усиленіи ея перистальтики *непереваренныя хорошо сохранившіяся составныя части пищи* (*«lienteria»*), т. е. при микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются *многочисленныя мышечныя волокна, хорошо сохранившіяся крахмальныя зерна, наконецъ — большія количества жира*, хотя больной и не употреблялъ очень жирной пищи.

Я вполне соглашаюсь съ *Nothnagel* емъ относительно того, что обильное коли- чество жира въ испражненіяхъ не имѣетъ большаго практическаго значенія для локализованія болѣзни кишечнаго канала, такъ какъ расстройство въ отдѣленіи желчи и панкреатическаго сока могутъ тоже уменьшать всасываніе жира, и что даже присутствіе многочисленныхъ мышечныхъ волоконъ и крахмальныхъ зеренъ можетъ считаться діагностическимъ признакомъ катарра тонкой кишки не иначе, какъ съ извѣстными ограниченіями, т. е., что оно пріобрѣтаетъ важное значеніе только тогда, когда въ данномъ случаѣ отсутствуютъ другія причины (лихорадка, желудочные ка- тарры и т. д.), могущія препятствовать перевариванію этихъ составныхъ частей пищи, и когда существуютъ, съ другой стороны, опредѣленные симптомы, прямо ука- зывающіе на катарръ кишечника.

Если острый катарръ ограничивается *толстою кишкою*, то сим- томы его будутъ различны, смотря по тому, локализуется ли онъ исклю- чительно въ верхнихъ или нижнихъ ея частяхъ. Соотвѣтственно локали- заціи болѣзни, мы можемъ здѣсь различать: воспаленіе слѣпой кишки (*typhlitis*), воспаленіе ободочной (*colitis*) и воспаленіе прямой кишки (*proctitis*).

Typhlitis. Самый выдающійся симптомъ есть *боль въ правой подвздошной впадинѣ*, усиливающаяся при давленіи снаружи. Обыкновенно въ то же время существуютъ потеря аппетита и тошнота, или рвота, которая иногда усиливается до степени *каловой рвоты*, такъ что является картина суженія кишокъ. Въмѣстѣ съ тѣмъ обыкновенно существуетъ *лихорадка*, которая падаетъ и поднимается съ ослабленіемъ и усиленіемъ воспалительнаго процесса. *Испраженія* обыкновенно задержаны, причемъ самое накопленіе каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ могло послужить толчкомъ къ ея воспаленію, или же оно явилось результатомъ воспаленія, благодаря тому, что въ воспаленномъ мѣстѣ уменьшена сократительность кишечной мускулатуры.

При *изслѣдованіи живота* мы находимъ болѣе или менѣе значительный *метеоризмъ*, зависящій отъ накопленія газовъ позади воспаленной кишки, въ которой *перистальтическія движенія встрѣчаютъ препятствіе*. Въ области слѣпой кишки почти всегда явственно прощупывается болѣзненная *твердоватая опухоль*, которая при перкуссии даетъ притупленный или тупо-тимпаническій звукъ. Увеличенная резистенція существуетъ во все продолженіе болѣзни, а если тифлитъ протекаетъ не очень быстро, то въ большинствѣ случаевъ она остается еще на долгое время послѣ полного опорожненія слѣпой кишки, какъ признакъ воспалительной инфильтраціи кишечной стѣнки, а результатомъ этого могутъ быть продолжительные запоры и постоянные рецидивы болѣзни.

Распознаваніе тифлита обыкновенно оказывается легкимъ; но при этомъ часто бываетъ трудно рѣшить, *существуетъ ли, наряду съ тифлитомъ, воспаление червеобразнаго отростка или воспаление брюшиннаго покрова слѣпой кишки (perityphlitis), или воспаление окружающей ее соединительной ткани (paratyphlitis)*, и доказать, по крайней мѣрѣ, который изъ этихъ воспалительныхъ процессовъ преобладаетъ въ данномъ случаѣ.

Воспаленіе червеобразнаго отростка. Если червеобразный отростокъ воспаленъ самъ по себѣ, то *не существуетъ метеоризма* и притупленія звука въ области слѣпой кишки, а также *не бываетъ каловой рвоты*; кромѣ того, при ощупываніи оказывается, что болѣзненность и опухоль, если послѣдняя можетъ быть констатирована, находятся обыкновенно ближе къ срединной линіи, по направленію Пупартовой связки, хотя иногда онѣ могутъ находиться и въ другихъ мѣстахъ правой подчревной области, такъ какъ положеніе червеобразнаго отростка у различныхъ людей бываетъ весьма неодинаковымъ.

Perityphlitis. На первый планъ здѣсь выступаютъ явленія перитонита, именно жестокая боль, усиливающаяся при ощупываніи, и притупленіе перкуторнаго звука, причемъ самая перкуссия очень болѣзненна; въ то же время можетъ быть боль при мочеиспусканіи, рвота можетъ сдѣлаться очень сильною, и иногда появляются признаки упадка силъ. По окончаніи воспалительнаго процесса, часто еще въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, прощупывается плотный экссудатъ.

Paratyphlitis. Если болѣзнь развилась не вслѣдствіе тифлита, а вслѣдствіе первичнаго воспаленія соединительной ткани вокруг почекъ или тазовыхъ органовъ, или вслѣдствіе воспаленія чресленной мышцы и т. д., то опухоль покрыта спереди

слѣпою кишкою, содержащею воздухъ, и, слѣдовательно, простушивается въ глубинѣ, а при легкой перкуссiи получается надъ нею тимпаническій звукъ. Боль распространяется въ сосѣднія части, преимущественно въ правую нижнюю конечность; сгибаніе бедра особенно болѣзненно, а иногда больные жалуются также на ослабленіе этой конечности и на ощущаемыя въ ней парѣстезіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется отекъ правой нижней конечности вслѣдствіе прижатія наружной подвздошной вены. При этомъ можетъ быть затруднено мочеиспусканіе (dysuria), и гной можетъ прорваться въ мочевой пузырь, въ прямую кишку, во влагалище и т. д.

Отличить эти состоянія одно отъ другаго обыкновенно оказывается невозможнымъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ они существуютъ рядомъ; въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вполне достаточно опредѣлить, которая именно форма воспаленія преобладаетъ надъ остальными.

Болѣе важное значеніе имѣетъ дифференціальныи діагнозъ между тифлитомъ, протекающимъ при явленіяхъ суженія кишекъ, и другими болѣзнями, которыми суженіе можетъ быть обусловлено. О распознаваніи этихъ послѣднихъ болѣзней мы еще будемъ подробно говорить въ другомъ мѣстѣ, а здѣсь мы только замѣтимъ, что *вынѣдреніе кишекъ* чаще всего встрѣчается именно въ области *слѣпой* кишки и точно также начинается коликами и рвотою, но, въ противоположность тифлиту и другимъ формамъ суженія кишекъ, оно сопровождается *кровянисто-слизистымъ поносомъ* и представляетъ при ощупываніи *гладкую цилиндрическую опухоль*.

Другія опухоли и уплотненія въ правой подвздошной области, именно—опухоли почекъ, блуждающая почка, конгестивные абсцессы при костоѣдѣ позвонковъ и т. п., не имѣютъ значенія для дифференціального діагноза, если не существуетъ особенныхъ осложненій, такъ какъ при этомъ отсутствуютъ разстройства въ актѣ испражненія и не бываетъ воспалительныхъ явленій со стороны кишечника. Последнее обстоятельство даетъ также возможность легко отличить воспаленіе слѣпой кишки отъ простаго воспаленія чресленной мышцы и отъ опухолей ретроперитонеальныхъ лимфатическихъ желѣзъ. При ракъ слѣпой кишки точно также отсутствуютъ симптомы воспаленія кишечника, но опухоль растетъ весьма медленно, консистенція ея очень плотна, поверхность часто представляется бугристою.

Colitis acuta. Если воспаленіе не ограничивается исключительно самыми верхними частями ободочной кишки, то оно характеризуется *жидкими испражненіями*. Въ послѣднихъ оказываются болѣе или менѣе значительныя количества слизи, которая, однако, въ противоположность тѣмъ случаямъ, гдѣ одновременно существуетъ катарръ тонкой кишки, не заключаетъ въ себѣ *неразложившагося желчнаго пигмента*. Въ жидкихъ испражненіяхъ *отсутствуютъ* также окрашенныя желчью эпителиальныя и круглыя кѣтки, а равнымъ образомъ они не содержатъ мышечныхъ волоконъ въ особенно большомъ количествѣ. Наряду съ этими свойствами испражненій, діагностическое значеніе еще имѣютъ *болѣзненные ощущенія вдоль ободочной кишки* и *шумъ урчанія*, производимый жидкостью и газами въ *лѣстахъ, соответствующихъ направленію ободочной кишки*,

причемъ этотъ шумъ бываетъ замѣтенъ какъ для ошупыванія, такъ и для выслушванія.

Proctitis. При воспаленіи прямой кишки существуютъ *тенезмы*, предшествуемые коликами въ лѣвой подчревной области. Сфинктеръ задняго прохода судорожно сокращенъ, мочевой пузырь опорожняется неправильно, актъ испражненія чрезвычайно болѣзненъ, и при этомъ извергаются только небольшія количества кровянистой слизи. Стѣнка кишки во время испражненія можетъ выпячиваться наружу въ видѣ темнокраснаго валика. Если извергаются каловыя массы, то онѣ бываютъ покрыты слизью и кровью. Распознаваніе въ присутствіи этихъ симптомовъ не представляетъ никакихъ трудностей.

Непосредственное изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ и зеркаломъ, доставляющее при хронической формѣ проктита наилучшія данныя для распознаванія, оказывается при остромъ проктитѣ совершенно излишнимъ, а при болѣе сильныхъ степеняхъ этой болѣзни—невыполнимымъ, такъ какъ судорожное сокращеніе сфинктера и чрезвычайно жестокія боли обыкновенно дѣлаютъ невозможнымъ даже изслѣдованіе пальцемъ; если же оно оказалось возможнымъ, то при ошупываніи мы находимъ слизистую оболочку горячею и опухшею.

Кромѣ обыкновенной формы остраго воспаленія, въ кишечномъ каналѣ встрѣчаются еще воспаленія *флегмонозное* и *дифтеритическое*. Первое представляетъ исключительно патолого-анатомическій интересъ, а второе, т. е. дифтеритическое воспаление кишекъ, иногда бываетъ доступно распознаванію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не существуетъ, правда, никакихъ симптомовъ, но за то въ другихъ извергаются большія количества слизи и гноя, отчасти въ видѣ бѣлыхъ доскутѣевъ, съ примѣсью крови и съ омертвѣвшими кусками слизистой оболочки, совершенно такъ же, какъ и при инфекціонной дизентеріи. Испражненіе сопровождается тенезмами и сильными коликами, но при не-дизентерической формѣ дифтерита кишекъ эти субъективныя явленія въ большинствѣ случаевъ совершенно отступаютъ на задній планъ, такъ какъ она обыкновенно развивается въ теченіи конституціональных болѣзней (ракъ, Брайтова болѣзни, диабетъ и т. д.) или при инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, септицемія, родильная горячка), причемъ основная болѣзнь, по своей интенсивности, совершенно маскируетъ заболѣваніе кишечника, которое, въ сравненіи съ нею, играетъ второстепенную роль.

Хроническій катарръ кишекъ.

Между тѣмъ какъ при остромъ катаррѣ кишекъ чаще всего бываетъ поносъ, при хроническомъ катаррѣ преобладаетъ *запоръ* или, по крайней мѣрѣ, существуетъ чередованіе поноса съ запоромъ и вообще замѣчается неправильность въ актѣ испражненія.

Причиною запора должно считаться обусловленное хроническимъ катарромъ ослабленіе энергіи кишечной мускулатуры (по аналогіи съ ослабленіемъ мышцъ въ другихъ хронически воспаленныхъ органахъ) и ослабленіе дѣятельности кишечныхъ нервовъ, именно автоматической дѣятельности нервнаго аппарата кишекъ (*Nothnagel*). Если запоръ чередуется съ поносомъ, иногда сопровождаемымъ коликами, то, по моему мнѣнію, это должно быть объяснено такимъ образомъ, что при продолжительномъ запорѣ и гнилостномъ разложеніи кишечнаго содержимаго первыя аппараты кишекъ подвергаются болѣе сильному раздраженію, которое имѣетъ своимъ послѣдствіемъ усиленную перистальтику. Въ пользу этого говорить и тотъ фактъ,

что лѣчение подобныхъ больныхъ постояннымъ употребленіемъ не-раздражающихъ слабительныхъ даетъ наилучшіе терапевтическіе результаты; но, съ другой стороны, жидкія испражненія могутъ наступать вслѣдствіе случайнаго болѣе сильнаго раздраженія воспаленной слизистой оболочки кишекъ, именно вслѣдствіе погрѣшности въ діетѣ и т. д.

Болѣе вѣрныя точки опоры, чѣмъ самая консистенція испражнений, даетъ для распознаванія хроническаго кишечнаго катарра и для локализованія его въ тѣхъ или другихъ частяхъ кишечника *изслѣдованіе испражнений относительно присутствія въ нихъ ненормальныхъ составныхъ частей*. Важнѣйшая изъ этихъ составныхъ частей есть *слизь*. Она почти никогда не отсутствуетъ при хроническомъ катаррѣ и, во всякомъ случаѣ, ее всегда можно найти, если слѣдить за испражненіями въ теченіе долгаго времени; присутствіе ея въ испражненіяхъ обыкновенно разрѣшаетъ подробности относительно діагноза. Если извергается *чистая слизь*, то это указываетъ на катарръ *прямой кишки*, если же она *окружаетъ снаружи каловыя массы*, то катарръ находится или въ *прямой кишкѣ*, или нѣсколько выше, но не далѣе поперечной части *ободочной кишки*.

Само собою разумѣется, что это суть только общія правила, что, напр., при воспаленіи, локализирующемся еще выше, можетъ точно также извергаться довольно чистая слизь, если нижніе отдѣлы ободочной кишки содержатъ немного каловыхъ массъ, и что, наоборотъ, примѣсь слизи можетъ временно отсутствовать, несмотря на катарръ прямой и ободочной кишки, если слизь не захватывается каловыми массами при ихъ прохожденіи, и т. п.

Если, помимо слизи, замѣчаемой при осмотрѣ невооруженнымъ глазомъ, мы находимъ при микроскопическомъ изслѣдованіи плотныхъ или кашицеобразныхъ испражнений, что они тѣсно смѣшаны съ частицами слизи, то это указываетъ, какъ мы уже говорили, на то, что въ катаррѣ принимаютъ участіе верхніе отдѣлы толстой кишки и *тонкая кишка*.

Иногда въ испражненіяхъ встрѣчаются стекловидные комочки, похожіе на лягушечью икру или на разбухшія саговыя зерна и состоящіе повидимому изъ слизи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они имѣютъ дѣйствительно такой составъ, и я часто убѣждался въ этомъ съ полною положительностью путемъ микроскопическаго изслѣдованія; кромѣ того, *Kitagawa* въ моей лабораторіи доказалъ также путемъ химическаго изслѣдованія, что эти комочки иногда состоятъ изъ слизи. Но еще чаще они бываютъ растительнаго происхожденія. Иногда въ одномъ и томъ же испражненіи оказываются комочки того и другаго рода. Болѣе важное значеніе для діагноза имѣютъ описанныя впервые *Nothnagel* емъ «*желтыя слизистыя зерна*», именно небольшіе, величиною до маковаго зерна, желтые или желтобурые мягкіе комочки, которые, скопляясь въ болѣе значительномъ количествѣ, могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ то, что испражненіе пронизано бурожелтыми крапинками. Цвѣтъ описываемыхъ комочковъ за-

висить отъ неразложившагося желчнаго пигмента, и этимъ самымъ обнаруживается ихъ происхожденіе изъ тонкой кишки. Объ этомъ же свидѣтельствуеъ желчная окраска слизи, извергаемой въ видѣ сплошныхъ кусковъ. Перистальтика въ толстой кишкѣ, конечно, предполагается въ такихъ случаяхъ усиленную, такъ что слизь, окрашенная желчью, извергается настолько быстро, что желчный пигментъ не имѣлъ времени разложиться. На этомъ основаніи желтая окраска слизи при *хроническомъ* катаррѣ встрѣчается *рѣдко*, даже тогда, когда въ катаррѣ одновременно принимаетъ участіе тонкая кишка. То же самое относится и къ клѣткамъ цилиндрическаго эпителия, окрашеннымъ въ желтый цвѣтъ. Но за то именно при хроническомъ катаррѣ встрѣчается другое измѣненіе цилиндрическаго эпителия, точно также открытое *Nothnagel* емъ, такъ наз. «*глыбчатое превращеніе*», при которомъ эпителиальныя клѣтки становятся веретенообразными, гомогенными, незаключающими ядра, уменьшенными въ объемѣ. Измѣненные такимъ образомъ эпителиальныя клѣтки встрѣчаются преимущественно въ слизи, покрывающей плотные комки кала, и причиною этого превращенія ихъ, вѣроятно, служить особаго рода высыханіе. *Круглыя клѣтки* рѣдко встрѣчаются въ большихъ количествахъ, главнымъ образомъ только тогда, когда дѣло идетъ о воспаленіи прямой кишки, причемъ слизь можетъ быть смѣшана съ бѣльшимъ или меньшимъ количествомъ гноя.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *катарра толстой кишки* извергаются болѣе значительныя сплошныя бѣловатыя *цилиндрическія массы*. По временамъ, часто почти ежедневно, эти перепонки при сильныхъ коликахъ извергаются въ болѣе значительномъ количествѣ («*слизистая колика*»). По моимъ наблюденіямъ несомнѣнно, что перепонки эти могутъ появляться при *хроническомъ катаррѣ кишекъ*, о чемъ свидѣтельствуеъ также одновременное присутствіе въ нихъ эпителиальныхъ (отчасти подвергшихся глыбчатому превращенію) и круглыхъ клѣтокъ.

Химическій составъ этихъ перепонокъ не всегда бываетъ одинаковъ. Въ однихъ случаяхъ онѣ состоятъ несомнѣнно главнымъ образомъ изъ муцина, тогда какъ въ другихъ случаяхъ химическое изслѣдованіе обнаруживаетъ только слѣды муцина, и перепонки состоятъ преимущественно изъ *альбуминоиднаго* вещества, какъ это доказано изслѣдованіями, произведенными въ моей лабораторіи.

Что вышеописанныя перепонки встрѣчаются при нѣкоторыхъ формахъ воспаленія кишекъ, это доказано съ полною достовѣрностью; но нельзя отрицать и того, что онѣ могутъ находиться въ связи съ *нервными болѣзнями*. Почти во всѣхъ случаяхъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, больные одновременно страдали истеріей, и всевозможныя лѣкарства, даже при употребленіи ихъ по цѣлымъ мѣсяцамъ, оказались неэффективными. Основываясь на довольно большомъ числѣ наблюдавшихся мною случаевъ, я не могу не прійти къ убѣжденію, что при этой болѣзни кишекъ, сопровождаемой появленіемъ перепонокъ, нѣкоторую роль играетъ

секреторный невроз. Отделяющиеся при этомъ массы секрета, вѣроятно, накапливаются въ частяхъ толстой кишки, остававшихся долгое время недѣйственными или судорожно сократившихся, принимаютъ форму цилиндрическихъ шнурковъ въ продольныхъ складкахъ внутренней поверхности кишечника и затѣмъ обыкновенно при сильныхъ перистальтическихъ движеніяхъ извергаются наружу. *Marchand* впервые предложилъ это объясненіе, которое, по моему мнѣнію, вполне справедливо.

При поверхностномъ осмотрѣ испражнений возможно *смѣшать* эти перепонки съ растительными образованиями (напр. со стебельками спаржи, расщепившимися на отдѣльные волокна), со сгустками свернувшегося молока ²⁵⁾ и т. п. Но ошибка немедленно выясняется при болѣе тщательномъ, а особенно микроскопическомъ изслѣдованіи перепонокъ.

Кромѣ измѣненнаго свойства испражнений, всѣ остальные симптомы хроническаго катарра кишечника имѣютъ весьма малое значеніе для діагноза, такъ какъ они отчасти встрѣчаются непостоянно, а отчасти могутъ зависѣть отъ многихъ другихъ причинъ.

Сюда относятся метеоризмъ, урчаніе въ животѣ, недостаточное отхожденіе вѣтровъ, сердцебиеніе, послѣдовательная диспепсія и душевное угнетеніе, которое при хроническомъ воспаленіи кишечника существуетъ почти во всѣхъ случаяхъ. *Общее питаніе* также страдаетъ при продолжительныхъ катаррахъ кишечника. Особенно рѣзко это бываетъ замѣтно при *хроническомъ кишечномъ катаррѣ у дѣтей въ первые годы жизни* («*paedatrophia*»). Испраженія въ такихъ случаяхъ иногда содержатъ *обильныя количества жира*. Больныя дѣти, чрезвычайно исхудалыя, обыкновенно страдаютъ въ то же время англійскою болѣзью или бугорчаткой. При болѣе продолжительномъ катаррѣ кишечника у дѣтей легко можетъ наступить атрофія железъ и мускулатуры кишечника.

У взрослыхъ *атрофія слизистой оболочки кишечника* тоже бываетъ частымъ послѣдствіемъ острыхъ и хроническихъ катарровъ. Атрофія захватываетъ преимущественно кишечныя железы, которыя могутъ совершенно исчезнуть; однако, она распространяется также, хотя и въ меньшей степени, на другія составныя части кишечной стѣнки, особенно—на мышечный слой. Атрофія можетъ локализоваться и въ тонкой, и въ толстой кишкѣ, но преимущественно она встрѣчается въ слѣпой кишкѣ и въ прилегающихъ областяхъ подвздошной и восходящей части ободочной.

Клиническое распознаваніе атрофіи кишечника, по *Nothnagel*'ю, спеціально занимавшемуся изученіемъ этого вопроса, оказывается невозможнымъ, когда дѣло идетъ объ ограниченной атрофіи слѣпой кишки и самой нижней части подвздошной, потому что болѣзнь въ подобныхъ случаяхъ протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ. Иное дѣло, когда атрофія захватываетъ болѣе значительное протяженіе слизистой оболочки въ толстой или тонкой кишкѣ. Прежде всего, что касается атрофіи слизистой оболочки *толстой кишки*, то, соотвѣтственно фیزیологическому отправленію этого отдѣла кишечника, она обнаруживается недостаточнымъ всасываніемъ воды и отсутствіемъ

²⁵⁾ Мнѣ не разъ приходилось видѣть, какъ больные смѣшивали такого рода перепонки съ глистами. Въ послѣднее время во Франціи появилось нѣсколько работъ по вопросу о такъ называемомъ «*entérite mucoso-membraneuse*», при которомъ именно происходитъ отхожденіе такого рода слизисто-фибринозныхъ перепонокъ. Однажды я наблюдалъ отхожденіе большого числа такихъ перепонокъ, довольно прочныхъ и очень длинныхъ, у больной, выздоравливавшей послѣ остраго воспаленія брюшины и лѣченной опіемъ.

Прим. М. А.

образованія слизи. Испражненія поэтому представляются кашцеобразными, не содержащими слизи; однако, признаки эти для діагноза еще недостаточны, такъ какъ простое усиленіе перистальтики при здоровомъ состояніи кишечника можетъ вызвать тотъ же самый эффектъ, а съ другой стороны, испражненія могутъ содержать примѣсь слизи, не смотря на существующую атрофію, если сосѣднія части кишечника поражены катарромъ. Атрофія, захватывающая по преимуществу слизистую оболочку *тонкой кишки*, характеризуется недостаточнымъ всасываніемъ составныхъ частей пищи; при этомъ у одержимыхъ ею больныхъ развивается глубокая кахексія (у дѣтей *tabes* или *phthisis mesaraica*). Но съ полною увѣренностью относить эти состоянія на счетъ атрофіи кишечника мы не имѣемъ права: атрофія представляется *врожденною* развѣ только тогда, когда симптомы предшествовавшаго катарра тонкой кишки уже въ данное время прекратились, а существующая кахексія не можетъ быть объяснена другими причинами. Но обстоятельства эти, дѣлающія возможнымъ вѣроятное распознаваніе атрофіи, рѣдко встрѣчаются въ полной совокупности, и вообще, по моему мнѣнію, атрофія кишечника въ настоящее время основательно изучена болѣе съ анатомической, чѣмъ съ клиннко-діагностической точки зрѣнія.

Язвы кишечника.

Распознаваніе кишечныхъ язвъ лишь рѣдко бываетъ возможно съ желательною точностью. *Язвы кишечника въ значительномъ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ всякихъ симптомовъ*; по крайней мѣрѣ, тѣ характеристичныя будто-бы явленія, которыя имъ приписываются, напр. поносъ, боли, присутствіе крови и гноя въ испражненіяхъ, при критическомъ разборѣ ихъ діагностическаго значенія, оказываются недостаточно надежными для того, чтобы служить твердымъ основаніемъ для діагноза.

Нѣкоторые симптомы, напр. поносъ съ выдѣленіемъ слизистыхъ комочковъ, представляющихъ сходство съ саговыми зернами, считались въ теченіе долгаго времени патогностическими для кишечныхъ язвъ, потому что діагнозъ, поставленный при такихъ обстоятельствахъ у чахоточныхъ больныхъ, подтверждался при анатомическомъ вскрытіи; но кишечныя язвы при вскрытіи трупа оказывались бы даже и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ при жизни больного совсѣмъ не было поноса, т. е. діагнозъ кишечныхъ язвъ въ этихъ случаяхъ могъ бы быть поставленъ съ совершенно такою же степенью вѣроятія, просто потому, что при давно существующей бугорчаткѣ эти язвы вообще почти никогда не отсутствуютъ.

Если безпристрастно разобрать діагностическое значеніе отдѣльныхъ симптомовъ, наблюдаемыхъ при кишечныхъ язвахъ, съ цѣлью опредѣлить, возможно ли, хотя бы съ приблизительною точностью, распознавать кишечныя язвы по тѣмъ явленіямъ, которыми онѣ обыкновенно сопровождаются, то мы получимъ результатъ мало утѣшительный.

Прежде всего, что касается *поноса*, то мои собственныя наблюденія, какъ и наблюденія другихъ авторовъ, несомнѣнно доказываютъ, что онъ можетъ отсутствовать даже при обширномъ распространеніи кишечныхъ язвъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что обширные язвенные процессы могутъ непосредственно подавать поводъ къ поносу, такъ какъ раздраженіе нервовъ, обнаженныхъ процессомъ изъязвленія, производитъ усиленную перистальтику, а вмѣстѣ съ тѣмъ

ограничивается всасываніе жидкости. Однако, эти соображенія, въ виду сказаннаго нами по поводу кишечнаго катарра, никоимъ образомъ не могутъ относиться къ язвамъ въ тонкой кишкѣ и въ самыхъ верхнихъ частяхъ толстой. Иное дѣло при язвахъ въ прямой кишкѣ и нижней половинѣ ободочной; здѣсь изъязвленіе должно было бы обязательно вызывать поносъ. Это и бываетъ на самомъ дѣлѣ, но лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ, тогда какъ въ другихъ поносъ отсутствуетъ, потому что хронически протекающія язвы, какъ и въ другихъ мѣстахъ тѣла, становятся невосприимчивыми къ болѣе слабымъ раздраженіямъ, а одновременный катарръ кишекъ, тоже благоприятствующій появленію поноса, бываетъ иногда весьма незначителенъ или иногда имѣетъ до такой степени хроническое теченіе, что въ результатъ опять-таки получается уменьшеніе восприимчивости нервныхъ аппаратовъ кишечнаго канала къ дѣйствующимъ на нихъ раздраженіямъ.

Нѣсколько болѣе важными для распознаванія кишечныхъ язвъ представляются *свойства испражнений*. Въ этомъ отношеніи примѣсь крови, гноя и обрывковъ ткани справедливо считается важнымъ діагностическимъ признакомъ.

Кровь можетъ примѣшиваться къ испраженіямъ не только при кишечныхъ язвахъ, но и при другихъ самыхъ различныхъ патологическихъ процессахъ, именно — при травматическихъ поврежденіяхъ, венозныхъ застояхъ, геморроидальныхъ узлахъ, кишечныхъ катаррахъ, новообразованіяхъ, эмболіяхъ брыжжечной артеріи, наконецъ — при Верльгофовой и другихъ общихъ болѣзняхъ, сопровождаемымъ склонностью къ кровотечениямъ.

Всего легче могутъ подавать поводъ къ ошибочному діагнозу тѣ кровотечения, которыя происходятъ изъ расширенныхъ венъ слизистой оболочки прямой кишки при отсутствіи наружныхъ геморроидальныхъ узловъ; однако, изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ и зеркаломъ обыкновенно очень скоро выясняетъ діагнозъ. Простой энтеритъ, не основанный на отравленіи, а въ особенности — хроническій катарръ кишекъ, лишь весьма рѣдко сопровождается кровавыми испраженіями, такъ что дифференціально-діагностическія разсужденія по поводу простаго кишечнаго катарра обыкновенно имѣютъ своимъ исходнымъ пунктомъ скорѣе теоретическія, чѣмъ практическія соображенія. Впрочемъ, то же самое въ большей или меньшей степени относится и къ другимъ вышеуказаннымъ причинамъ кишечнаго кровотечения, такъ какъ, во-первыхъ, большинство этихъ болѣзней сопровождаются, помимо кровотечения, столь характерными клиническими явленіями, что смѣшать ихъ по ошибкѣ съ кишечными язвами довольно трудно, а во-вторыхъ, кишечныя язвы образуются при вполне опредѣленныхъ этиологическихъ условіяхъ — при брюшномъ тифѣ, бугорчаткѣ и т. д.

Если въ какомъ нибудь случаѣ констатировано одно изъ причинныхъ условій, часто ведущихъ къ изъязвленію кишекъ, то наступленіе кишечныхъ кровотеченій является весьма важнымъ для діагноза событіемъ, которое сильно говоритъ въ пользу существующихъ кишечныхъ язвъ.

Ожидать присутствія гноя въ испраженіяхъ можно только тогда, когда язвы находятся въ толстой кишкѣ, особенно въ нижнихъ ея частяхъ. Но такъ какъ изъязвленія вообще

чаще встрѣчаются въ тонкой кишкѣ, а отдѣляемый гной въ этомъ мѣстѣ быстро смывается, то присутствіе его въ испражненіяхъ не имѣетъ большаго практическаго значенія, т. е. *при отсутствіи гноя не исключается возможность язвеннаго процесса въ кишкахъ*. Небольшіе комочки гноя въ испражненіяхъ могутъ, впрочемъ, появляться иногда при язвахъ, ограничивающихся исключительно тонкою кишкою. Но присутствіе гноя въ испражненіяхъ теряетъ нѣкоторую долю своего патогностическаго значенія для діагноза кишечныхъ язвъ еще и потому, что гной въ испражненіяхъ встрѣчается и при другихъ болѣзняхъ кишечнаго канала (при ракѣ кишекъ и при простомъ не-карциноматозномъ воспаленіи прямой кишки). Во всякомъ случаѣ, появленіе гноя въ испражненіяхъ представляетъ симптомъ не безразличный для діагноза кишечныхъ язвъ, такъ какъ при изъязвленіяхъ кишечника этотъ симптомъ встрѣчается относительно часто.

Чистая, не-гнойная *слизь* въ испражненіяхъ, напротивъ того, не имѣетъ для разсматриваемой болѣзни никакого діагностическаго значенія, и только комочки слизи, похожіе на разбухшія саговыя зерна, составляютъ для нѣкоторыхъ авторовъ признакъ фолликулярнаго изъязвленія. Однако, даже въ случаяхъ, въ которыхъ эти комочки дѣйствительно состоятъ изъ слизи, а не имѣютъ, какъ обыкновенно, растительнаго происхожденія, еще подлежитъ большому спору, представляютъ ли они, такъ сказать, слизистые слѣпки фолликулярныхъ язвъ, потому что, съ одной стороны, эти небольшія слизистыя массы въ испражненіяхъ встрѣчаются и при простомъ катаррѣ кишечника, а съ другой стороны, въ случаяхъ фолликулярнаго изъязвленія, окончившихся смертію, они не оказываются на поверхности язвъ при анатомическомъ вскрытіи (*Kitagawa*).

Несомнѣнно болѣе характеристичными для кишечныхъ язвъ представляются *обрывки ткани* въ испражненіяхъ. Но они встрѣчаются такъ рѣдко, что мы почти никогда не имѣемъ случая воспользоваться этимъ признакомъ для распознаванія язвъ въ кишечномъ каналѣ.

Всѣ остальные явленія, будто бы говорящія въ пользу кишечныхъ язвъ, представляются для распознаванія ихъ довольно *безразличными*; сюда принадлежатъ, напр., боль въ животѣ, *лихорадка* и т. п. Боль имѣетъ нѣкоторое значеніе лишь въ томъ случаѣ, если она существуетъ *на самомъ ограниченномъ пространствѣ*, если она находится постоянно въ одномъ и томъ же мѣстѣ и усиливается при давленіи. При такихъ обстоятельствахъ можно принимать эту боль въ соображеніе для постановки діагноза, если анамнезъ и остальные симптомы свидѣтельствуютъ о присутствіи язвы; но никогда такая боль не должна служить для діагноза единственнымъ исходнымъ пунктомъ. Мнѣ уже пришлось однажды видѣть случай, гдѣ боль, ограничивавшаяся исключительно flexura coli sinistra, была вообще единственнымъ симптомомъ болѣзни, которая черезъ нѣсколько дней окончилась смертію, а затѣмъ самое тщательное патолого-анатомическое изслѣдованіе живота и остальнаго тѣла не выяснило ни причины боли, ни причины самой болѣзни, которая привела къ смерти. Но этимъ самымъ, конечно, я не думаю отрицать, что кишечныя язвы *могутъ* вызывать болѣзненные ощущенія. Мало того, при нѣкоторыхъ формахъ изъязвленія кишекъ эти боли имѣютъ даже типическій характеръ, зависящій именно отъ мѣстоположенія язвы; такъ напр., *язвы двенадцатиперстной кишки* обнаруживаются *кардіаліями*, язвы прямой кишки—болѣзненными *тenezмами*.

Если изъязвление проникаетъ въ глубину и захватываетъ *брюшину*, то къ кишечной язвѣ, представлявшей до тѣхъ поръ сравнительно легкіе симптомы или протекавшей совершенно скрытно, присоединяется ограниченный перитонитъ съ болѣе сильными болями и иногда нѣкоторымъ притупленіемъ звука въ соответствующемъ мѣстѣ, съ склонностью ко рвотѣ и т. п., или общій перитонитъ, обыкновенно съ прободеніемъ кишки и выступленіемъ воздуха въ полость брюшины. Если язвы находятся въ такихъ мѣстахъ кишечника, которыя не имѣютъ брюшиннаго покрова, следовательно—въ задней стѣнкѣ нисходящей и нижней поперечной части двѣнадцатиперстной или восходящей или нисходящей части ободочной кишки, то онѣ могутъ прорваться чрезъ кишечную стѣнку, не вызывая заболѣванія брюшины; въ этихъ случаяхъ является нагноеніе клетчатки вокругъ почекъ и т. д., а иногда могутъ образоваться конгестивные абсцессы въ паховой области и въ другихъ мѣстахъ.

Нѣкоторыя формы кишечныхъ язвъ имѣютъ типическое теченіе, до такой степени уклоняющееся отъ вышеописанной общей клинической картины, что, въ интересахъ діагностики, я долженъ поговорить о нихъ отдѣльно, по крайней мѣрѣ въ краткихъ словахъ. *Язва двѣнадцатиперстной кишки* можетъ, правда, протекать совершенно скрытно, по аналогіи съ нѣкоторыми случаями язвы желудка, но обыкновенно она, все-таки, обнаруживается явленіями диспепсій, чувствомъ давленія или сильною болью въ надчревной области, обыкновенно по правую сторону привратника, и эта боль усиливается послѣ приема пищи и при давленіи снаружи. Къ этому присоединяется рвота, особенно если наступило послѣдовательное расширение желудка; иногда также рвота бываетъ кровавою. Но обыкновенно кровь извергается только испражненіями, которыя при этомъ бываютъ жидкими и имѣютъ черный цвѣтъ; подобныя кровотеченія могутъ привести къ смерти, а иногда также смерть можетъ наступить вслѣдствіе прободенія язвы, съ воспаленіемъ брюшины. *Язва двѣнадцатиперстной кишки никогда не можетъ быть съ положительностью отличена отъ язвы желудка.* Съ теоретической точки зрѣнія, язва двѣнадцатиперстной кишки, конечно, должна была бы характеризоваться присутствіемъ желтухи и тѣмъ обстоятельствомъ, что боли послѣ введенія пищи появляются гораздо позднѣе, нежели при язвѣ желудка.

Діагностическое значеніе, быть можетъ, имѣетъ тотъ недавно открытый фактъ, что при язвѣ желудка, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, количество свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ оказывается увеличеннымъ, и поэтому *въ сомнительномъ случаѣ отсутствіе чрезмѣрной кислотности желудочнаго сока могло бы свидѣтельствовать въ пользу язвы двѣнадцатиперстной кишки.* Недавно я наблюдалъ одинъ случай язвы двѣнадцатиперстной кишки, который говорить въ пользу этого предположенія (было найдено 0,16% соляной кислоты). Но *единичный случай* ничего не доказываетъ; кромѣ того, и при язвѣ желудка иногда встрѣчается уменьшенная кислотность желудочнаго содержимаго, и, наконецъ, самая теорія, одинаково объясняющая возникновеніе язвы двѣнадцатиперстной кишки и язвы желудка пептическимъ дѣйствіемъ кислаго или чрезмѣрно кислаго желудочнаго сока, не допускаетъ въ этомъ отношеніи никакого діагностическаго различія между обоими болѣзнями.

Предполагать язву двенадцатиперстной кишки мы имѣемъ право въ томъ случаѣ, если кровь извергается только низомъ, если рвота и сильная кардіалгія появляются рѣдко, и если боль постоянно ограничивается правымъ подреберьемъ и не наступаетъ непосредственно послѣ введенія нищи, хотя и при язве желудка этотъ послѣдній признакъ существуетъ непостоянно.

Изъязвленіе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, если оно вообще доступно распознаванію, протекаетъ при симптомахъ тифлита и перитифлита, которые уже были нами описаны. Слѣдовательно, намъ остается только рѣшить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, возможно ли отличить тифлитъ, перитифлитъ и паратифлитъ, вызванные другими причинами, отъ такой формы тѣхъ же болѣзней, которая сопровождается изъязвленіемъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка. *Относительно слѣпой кишки этотъ вопросъ не можетъ быть разрѣшенъ*, и только *прободеніе* ея несомнѣнно доказываетъ присутствіе язвы. Если исходнымъ пунктомъ тяжелыхъ явленій въ подвздошно-наховой области служить *червеобразный отростокъ*, то всегда слѣдуетъ предполагать въ немъ изъязвленіе, такъ какъ воспаленіе его безъ образованія язвъ составляетъ во всякомъ случаѣ чрезвычайную рѣдкость, а съ другой стороны, изъязвленіе червеобразнаго отростка вслѣдствіе нахожденія въ немъ инородныхъ тѣлъ, каловыхъ камней и т. д. есть самая обычная причина тяжелыхъ воспалительныхъ процессовъ въ области слѣпой кишки. Изъязвленіе червеобразнаго отростка должно быть предполагаемо особенно тогда, когда болѣзнь появилась *внезапно* у такого субъекта, который до тѣхъ поръ былъ совершенно здоровъ, когда она не предшествовалась накопленіемъ каловыхъ массъ, кишечными коликами и чувствительностью правой подвздошно-наховой области, когда опухоль появилась не съ самаго начала, въ противоположность тифлиту, при которомъ она существуетъ уже съ перваго дня вслѣдствіе накопленія каловыхъ массъ, или когда опухоль вообще очень мала или даже совсѣмъ отсутствуетъ. Наконецъ, въ пользу изъязвленія червеобразнаго отростка говоритъ отсутствіе признаковъ суженія кишекъ, въ томъ числѣ также отсутствіе метеоризма.

Изъ всего вышесказаннаго достаточно очевидно, *до какой степени трудно поставить діагнозъ кишечныхъ язвъ на основаніи объективныхъ симптомовъ болѣзни*. Діагнозъ получаетъ болѣшую достовѣрность, если приняты въ соображеніе *этіологическія* условія образованія язвъ въ кишечномъ каналѣ. Поэтому никогда не слѣдуетъ ограничиваться пост новкою вѣроятнаго діагноза на основаніи существующихъ симптомовъ, не попытавшись предварительно отыскать причину изъязвленія въ данномъ случаѣ. Только при такомъ условіи діагнозъ получаетъ болѣе твердую почву. Съ этіологической точки зрѣнія можно различать слѣдующія формы: язвы катарральныя, — язвы, образовавшіяся вслѣдствіе давленія, — язвы пептические и, наконецъ,

инфекционные (тифозные, бугорчатые, дизентерические, сифилитические, карбункулезные).

Прежде всего, при этиологическом дифференциальном диагнозе необходимо выделить категорию пептических и некоторых инфекционных язв, что обыкновенно бывает нетрудно. *Язва двенадцатиперстной кишки*, служащая прототипом для всех других пептических язв, представляет клинические явления, до такой степени уклоняющиеся от симптоматиологии остальных язв кишечника, что смешать ее с другими кишечными язвами невозможно, если она вообще доступна распознаванию. Другая форма кишечных язв, которая, по моему мнению, точно также принадлежит к категории пептических изъязвлений, именно такъ наз. *эмболическая язва*, т. е. омертвление и изъязвление самых ограниченных участков кишечной стенки вследствие эмболии мелких артериальных ветвей, лишь чрезвычайно редко имеет значение для дифференциального диагноза. Предполагать подобную язву мы можем в том случае, если в течении эндокардита или септико-пиемии наблюдаются обширные эмболии в органах вообще и если симптомы кишечной язвы появились внезапно без всяких предвестников или вследствие за кишечным кровотечением. Из числа *инфекционных* язв кишечника *тифозные* и *карбункулезные язвы* никогда не бывают объектом специального распознавания.

Этого не бывает даже при *внутреннем карбункуле*, при котором яд сибирской язвы локализуется единственно в слизистой оболочке пищеварительного канала, такъ какъ и здѣсь явления общей инфекции совершенно отодвигают на задний планъ тѣ симптомы, которые могли-бы указывать на присутствие кишечных язв. Только тогда, когда при кровавых испражнениях оказываются черные кровоподтеки в слизистой оболочке рта, какъ мнѣ пришлось это видѣть в нескольких случаях сибирской язвы, но особенно в одномъ чистомъ случаѣ внутренней карбункулы, диагноз карбункулезной язвы в кишечномъ каналѣ представляется вѣроятнымъ, а полную достоверность онъ получаетъ в томъ случаѣ, если в крови найдены характеристическія сибиреязвенныя палочки.

При остальныхъ инфекционныхъ язвахъ кишечника, именно при язвахъ *бугорчатыхъ* и *сифилитическихъ*, заболѣваніе кишечнаго канала можетъ быть выдвинуто на первый планъ в такой степени, что язвы эти становятся специальнымъ объектомъ распознаванія, а при *дизентерическихъ* язвахъ это бываетъ всегда. Прежде всего, что касается *бугорчатыхъ язвъ кишечника*, то в значительномъ большинствѣ случаевъ онѣ бываютъ частнымъ проявленіемъ общей бугорчатки, т. е. представляютъ послѣдовательную локализацию инфекционной болѣзни, начавшейся предварительно в легкихъ. Однако, встрѣчаются также случаи *первичной бугорчатки кишечника*, въ особенности у дѣтей, такъ что диагностика бугорчатыхъ язвъ кишечника пріобрѣтаетъ еще болѣшую важность. Для распознаванія бугорчатого свойства кишечныхъ язвъ имѣютъ значеніе слѣдующія обстоятель-

ства: постоянная высокая лихорадка, значительное истощеніе силъ, наследственное предрасположеніе и, наконецъ, — въ качествѣ самаго достовѣрнаго симптома, — присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ испражненіяхъ. Если бугорчатые палочки въ испражненіяхъ найдены у такого больного, у котораго присутствіе кишечныхъ язвъ уже и безъ того представляется вѣроятнымъ, то діагнозъ не подлежитъ сомнѣнію, въ особенности, когда вопросъ идетъ о первичной бугорчаткѣ кишекъ безъ одновременнаго пораженія легкихъ. Если же при этомъ, какъ обыкновенно, констатируется бугорчатое заболѣваніе легкихъ, то присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ испражненіяхъ уже не имѣетъ такого большого патогностическаго значенія, потому что онѣ могли попасть въ кишечный каналъ вмѣстѣ съ проглоченною мокротою, причемъ кишечныхъ язвъ можетъ и не оказаться. У дѣтей, страдающихъ бугорчаткою кишекъ, т. е. одною изъ формъ такъ наз. *tabes mesaraica*, иногда прощупываются чрезъ брюшные покровы бугорчато-инфильтрированныя брыжжеечныя железы, и въ такомъ случаѣ это обстоятельство можетъ служить однимъ изъ основаній для діагноза. Если рубцеваніе бугорчатыхъ опоясывающихъ язвъ въ кишечномъ каналѣ происходитъ въ болѣе значительныхъ размѣрахъ, то результатомъ могутъ явиться перегибы и суженія кишечника, съ ихъ послѣдовательными симптомами.

Дизентерическимъ язвамъ, помимо общихъ признаковъ изъязвленія кишечника, спеціально свойственны еще слѣдующіе симптомы: тенезмы, частыя испражненія и въ особенности характерный видъ испражнений, которыя становятся все болѣе и болѣе слизистыми или слизисто-гнойными и кровянистыми, а также содержать вышеупомянутые комочки, похожіе на саговья зерна; въ позднѣйшія стадіи болѣзни извергаемая слизь становится очень богата безцвѣтными кровяными тѣльцами, т. е. приобретаетъ чисто-гнойный видъ. Небольшіе обрывки ткани въ испражненіяхъ также встрѣчаются при обыкновенной дизентеріи, а при гангренозной формѣ, при которой испражненія представляются черновато-бурыми вслѣдствіе разложенія красящаго вещества крови и издають въ то же время отвратительный запахъ, они содержатъ болѣе значительные омертвѣвшіе обрывки кишечныхъ стѣнокъ. При *химическомъ* изслѣдованіи испражнений мы находимъ, кромѣ муцина, поразительно большое количество бѣлка, а при микроскопическомъ изслѣдованіи — безцвѣтныя и красныя кровяныя тѣльца, эпителиальныя клѣтки кишечника, иногда также отпавшія частицы кишечной стѣнки и безчисленное множество грибковъ. Распознаваніе болѣзни никогда не представляетъ трудностей, если въ данное время существуетъ эпидемическая дизентерія. Если же такой эпидеміи въ данное время не существуетъ, то единичные случаи дизентеріи не могутъ быть отличены отъ дифтеритическаго воспаленія кишекъ, не обусловленнаго дизентеріей, при которомъ испражненія представляютъ тѣ же самыя свойства. Если дизентерія становится хроническою, то могутъ по цѣлымъ

мѣсяцамъ извергаться гнойныя кровавыя испражненія, и при такихъ условіяхъ возможно смѣшать дизентерію съ сифилитическими язвами кишечника, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

Сифилисъ кишекъ представляетъ клиническій интересъ только тогда, когда онъ локализуется въ прямой кишкѣ; сифилитическія язвы въ ободочной и подвздошной кишкѣ встрѣчаются рѣдко, и съ положительностью распознать ихъ происхожденіе невозможно, но за то язвы въ прямой кишкѣ представляютъ извѣстнаго рода особенности, которыми характеризуется ихъ сифилитическое происхожденіе. Язвы эти возникаютъ отчасти изъ первичнаго затвердѣнія и слизистыхъ папулъ, а отчасти изъ гуммозныхъ узловъ, которые, начавшись въ подслизистой ткани, подвергаются распаденію и образуютъ синузозныя язвы, подрывающія слизистую оболочку. Послѣдовательное сморщиваніе образовавшихся рубцовъ приводитъ къ суженію кишки, которое отчасти характерично для сифилитическихъ язвъ и можетъ быть найдено при изслѣдованіи пальцемъ. Но суженіе это можетъ образоваться и въ такихъ случаяхъ, когда въ слизистой оболочкѣ прямой кишки локализуется первичное сифилитическое затвердѣніе. Кромѣ первичнаго затвердѣнія, встрѣчаются широкія кондиломы въ заднемъ проходѣ, а иногда также я находилъ здѣсь острыя кондиломы. Вмѣстѣ съ тѣмъ существуютъ тенезмы, обильныя выдѣленія гнойно-кровянистой жидкости, выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки и т. п. Само собою разумѣется, что, помимо вышеописаннаго вида самыхъ язвъ и помимо суженія кишки, діагнозъ еще основывается на признакахъ сифилитическаго зараженія, представляемыхъ другими органами.

Гораздо болѣе затруднительно распознаваніе *катарралныхъ* язвъ, къ числу которыхъ я отношу также фолликулярныя язвы, потому что онѣ образуются путемъ набуханія и омертвѣнія солитарныхъ фолликуловъ при кишечныхъ катаррахъ. Язвы эти локализуются преимущественно въ ободочной кишкѣ. Онѣ обнаруживаются вышеописанными симптомами кишечныхъ язвъ вообще, т. е. присутствіемъ крови, слизи и гноя въ испражненіяхъ. Діагнозъ фолликулярныхъ язвъ можетъ быть поставленъ съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ лишь въ томъ случаѣ, если выдѣленіе крови и гноя наступаетъ при хроническомъ продолжительномъ катаррѣ толстой кишки, не уступающемъ никакому лѣченію. И здѣсь также весьма обыкновенно встрѣчаются въ испражненіяхъ небольшіе комочки, похожіе на саговья зерна и отчасти, по крайней мѣрѣ, дѣйствительно состоящіе изъ слизи.

Наконецъ, язвы *травматическія* и образовавшіяся вслѣдствіе давленія могутъ быть только предполагаемы съ болѣшимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, именно въ томъ случаѣ, когда больной, прежде чѣмъ у него обнаружилия симптомы кишечныхъ язвъ, проглотилъ какое нибудь инородное тѣло, напр. плодовую косточку, иголку, кусокъ кости и т. п., или когда предшествовала продолжительная задержка каловыхъ массъ.

Ракъ кишекъ.

Помимо карциномы прямой кишки, распознаваніе рака кишекъ всегда бываетъ сопряжено съ большими трудностями, такъ какъ, во-первыхъ, симптомы болѣзни не особенно рѣзки, а, во-вторыхъ, самыя различныя опухоли брюшной полости могутъ симулировать ракъ кишекъ и подавать поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ.

Кахексія и боль, свойственныя раку кишекъ наравнѣ со всякими другими карциномами, конечно, не могутъ служить къ его специальному распознаванію. Определенное направленіе диагнозу даютъ только измѣненныя свойства испражнений и прощупываемая въ животѣ опухоль.

Такъ какъ въ этомъ послѣднемъ отношеніи, а равно и въ нѣкоторыхъ другихъ, карциномы прямой кишки представляютъ картину совершенно отличную отъ раковыхъ опухолей въ остальныхъ частяхъ кишечника, то съ практической точки зрѣнія болѣе цѣлесообразно описывать ракъ прямой кишки отдѣльно отъ рака кишекъ вообще. Поэтому мы будемъ сначала говорить о распознаваніи рака кишекъ, оставляя пока въ сторонѣ ракъ прямой кишки.

Ракъ кишекъ, въ большинствѣ случаевъ развивающійся кольцеобразно, имѣетъ своимъ ближайшимъ послѣдствіемъ накопленіе кала и газовъ надъ суженнымъ мѣстомъ, т. е. представляетъ картину *суженія кишекъ*, распознаваніе котораго будетъ изложено въ особой главѣ. Обычнымъ результатомъ суженія кишекъ, обусловленнаго раковою опухолью, бываетъ упорный запоръ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ постоянное раздраженіе вызываетъ поносъ, продолжающійся по цѣлымъ мѣсяцамъ, какъ мнѣ пришлось это видѣть однажды при ракѣ слѣпой кишки. Форма каловыхъ массъ иногда бываетъ тесьмообразною или имѣетъ сходство съ овечьимъ каломъ, благодаря тому, что чрезъ суженное мѣсто могутъ проходить только сплюснутыя и небольшія частицы кала. Но это свойство испражнений встрѣчается и при другихъ обстоятельствахъ, такъ что оно имѣетъ діагностическое значеніе лишь въ томъ случаѣ, если каловыя массы даже временно никогда не представляютъ нормальной формы. Кромѣ этого измѣненія формы каловыхъ массъ, наблюдается (помимо примѣси слизи, обусловленной сопутствующимъ кишечнымъ катарромъ, и т. д.) еще одно измѣненіе въ свойствахъ кала, болѣе характеристичное для рака кишекъ, а именно *ихорозный зловонный запахъ испражнений, которыя въ то же время могутъ содержать кровь и гной, а въ рѣдкихъ случаяхъ—даже отдѣлившіяся частицы раковой опухоли*. Я наблюдалъ два случая рака ободочной кишки, гдѣ нѣсколько разъ кряду извергались куски опухоли, величиною въ лѣсной орѣхъ.

Очевидно, что послѣдовательныя явленія должны быть различны, смотря по тому, въ какой части кишечника находится раковая опухоль, суживающая просвѣтъ кишечнаго канала. *Ракъ двенадцатиперстной кишки* долженъ, конечно, вызывать вообще симптомы рака привратника, т. е. кардіалгію, рвоту, диспепсію, расширеніе желудка и полное западеніе живота, благодаря отсутствію сколько нибудь замѣтнаго образованія

кала. Въ противоположность этому, *чѣмъ ниже въ кишечномъ каналѣ помѣщается раковая опухоль*, тѣмъ сильнѣе животъ будетъ растянутъ каловыми массами и газами и тѣмъ болѣе будутъ обнаруживаться въ своемъ неизмѣненномъ видѣ вышеупомянутыя ненормальныя составныя части испражнений, какъ-то кровь, гной, ихоръ и т. д.

Симптомы, являющіеся результатомъ *прободенія карциноматозной кишки*, бываютъ весьма различны, но иногда все-таки они имѣютъ рѣшающее значеніе для распознаванія карциномы и для опредѣленія ея локализациі; сюда относятся: рвота чистымъ каломъ или, по крайней мѣрѣ, массами, имѣющими каловой запахъ, — при ракѣ поперечной части ободочной кишки, вскрывшемся въ желудокъ, или выдѣленіе мочи, смѣшанной съ каловыми массами и кишечными газами, — при сообщеніи кишки съ мочевымъ пузыремъ, и т. п.

Но самую важную роль въ распознаваніи кишечнаго рака играетъ прощупываемая *опухоль*. Если отсутствуетъ этотъ наиболѣе объективный изъ всѣхъ симптомовъ, то и распознаваніе невозможно, такъ какъ случаи, обнаруживающіеся единственно явленіями кахексін, тупую болью въ животѣ, метеоризмомъ, неправильностью испражнений, выдѣленіемъ крови, гноя и ихора, *не допускаютъ точнаго діагноза*, хотя послѣдняя особенность испражнений (если при этомъ могутъ быть исключены дизентерическія язвы) специально указываетъ на присутствіе кишечнаго рака. Твердую почву діагнозъ пріобрѣтаетъ только тогда, когда констатирована *опухоль* въ животѣ.

Опухоль прощупывается твердою, нѣсколько неровною, круглою или продолговато-овальною, иногда пульсирующею, если она лежитъ на большихъ сосудахъ брюшной полости, а при выстукиваніи получается притупленно-тимпаническій звукъ.

Но, съ другой стороны, когда констатирована опухоль, является новое затрудненіе, именно въ разрѣшеніи вопроса о томъ, какому органу брюшной полости она принадлежитъ. Было бы ошибочно думать, будто бы признаки суженія кишечника при прощупываемой опухоли свидѣлствуютъ о несомнѣнномъ присутствіи кишечнаго рака: въ этомъ отношеніи едва ли нужно указывать на то, что самыя различныя опухоли брюшной полости, коль скоро онѣ при своемъ ростѣ производятъ давленіе на кишечный каналъ, могутъ точно также вызывать признаки суженія кишечника. Поэтому, когда существуетъ опухоль, доступная ощупыванію, намъ остается единственный исходъ — прибѣгнуть къ дифференціальной діагностикѣ, чтобы путемъ исключенія другихъ опухолей брюшной полости несомнѣнно доказать присутствіе рака въ кишкахъ.

Такъ какъ большинство отдѣловъ кишечника обладаютъ значительною подвижностью, благодаря своей длинной брыжжейкѣ, и такъ какъ вслѣдствіе этого кишечныя петли, наполненныя газами и каловыми массами, могутъ ложиться одна на другую, то *для рака кишечника до нѣкоторой степени характеристична измѣнчивость положенія опухоли*, не-

одинаковая явственность, съ которою она прощупывается въ различное время, и значительная подвижность ея при изслѣдованіи. Это относится къ карциномамъ верхней горизонтальной части двѣнадцатиперстной кишки, затѣмъ—къ карциномамъ тонкой кишки, поперечной части ободочной и ея лѣвой кривизны (*flexura sigmoidea*), тогда какъ остальные части кишечника покрыты брюшиною не со всѣхъ сторонъ и сращены болѣе или менѣе плотно съ сосѣднею клѣтчаткою, а поэтому оказываются довольно неподвижными. Такимъ образомъ *при значительной подвижности опухоли* всегда слѣдуетъ предполагать ракъ кишки, если въ пользу его говорятъ и остальные симптомы, въ особенности измѣненныя свойства испражнений, и *если могутъ быть исключены другія подвижныя опухоли брюшной полости.* Въ послѣднемъ отношеніи имѣютъ значеніе для дифференціального діагноза прежде всего карциномы привратника. Отличить такую карциному отъ рака двѣнадцатиперстной кишки бываетъ иногда очень трудно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ я знаю по собственному опыту, даже невозможно. Желтуха и нормальная реакція на соляную кислоту въ желудочномъ сокѣ говорятъ въ пользу рака двѣнадцатиперстной кишки; но и въ послѣднемъ случаѣ оба эти симптома могутъ отсутствовать, а при карциномѣ привратника они могутъ существовать въ видѣ исключенія. Кромѣ того, раковая опухоль привратника иногда опускается далеко внизъ и бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько подвижна, что можетъ быть перемѣщаема въ брюшной области по самымъ различнымъ направленіямъ, представляя такимъ образомъ сходство съ карциною тонкой кишки. Однако, сильно выраженные явленія диспепсін, а въ особенности результаты изслѣдованія зондомъ, отсутствіе реакціи на соляную кислоту въ желудочномъ сокѣ и расширеніе желудка говорятъ прямо въ пользу карциномы привратника. Затѣмъ для дифференціального діагноза еще имѣетъ значеніе *корсетная печень*, но при ощупываніи контуровъ нижняго края печени всегда легко удастся доказать, что корсетная доля состоитъ въ связи съ печенью. Нѣкоторое значеніе для дифференціального діагноза имѣютъ *подвижная селезенка* и *подвижная почка*, форма которыхъ, однако, бываетъ обыкновенно до такой степени характеристичною, что смѣшать эту аномалію съ карциною кишки было бы непозволительно, тѣмъ болѣе, что перкуссія, при частомъ изслѣдованіи, постоянно даетъ тимпаническій звукъ въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ нормальному положенію почки или селезенки.

Гораздо труднѣе отличить ракъ кишки отъ *каловыхъ опухолей*. Ошибки здѣсь встрѣчаются тѣмъ легче, что при карциномѣ кишки, именно въ частяхъ, лежащихъ надъ нею, обыкновенно также существуетъ болѣе или менѣе значительное скопленіе каловыхъ массъ. Старыя оплотнѣвшія каловыя массы представляютъ при ощупываніи полное сходство съ карциною; однако, и онѣ также легко сдавливаются между пальцами, а еще

болѣе это относится къ каловымъ массамъ свѣжаго происхожденія; наконецъ, при ощупываніи онѣ представляются болѣе мягкими, тѣстообразными.

Однако, при этихъ манипуляціяхъ во время ощупыванія никогда не слѣдуетъ дѣйствовать слишкомъ грубо и не нужно забывать, что хотя бы опухоль несомнѣнно зависѣла отъ каловыхъ массъ, но часть ея все-таки можетъ быть карциноматознаго происхожденія. Обыкновенно всѣ сомнѣнія насчетъ діагноза въ этомъ случаѣ могутъ быть устранены слабительными средствами и высокими клистирами. Но я долженъ замѣтить, что, по моимъ наблюденіямъ, даже въ томъ случаѣ, когда послѣ употребленія слабительныхъ кишечный каналъ сдѣлался проходимымъ, а опухоль не исчезла, можетъ все-таки существовать простая каловая опухоль, такъ какъ центральная часть ея могла быть размягчена дѣйствіемъ слабительныхъ, а въ углубленіяхъ кишечной стѣнки могли по прежнему остаться плотныя каловыя массы. Чѣмъ чаще врачу приходится ощупывать каловыя опухоли, тѣмъ болѣшую опытность приобретаетъ онъ въ этомъ отношеніи, и вообще я советую пользоваться всякимъ представляющимся случаемъ къ тому, чтобы приобрести необходимый навыкъ въ ощупываніи каловыхъ опухолей.

Если раковая опухоль мало подвижна или совсѣмъ неподвижна, то возникаетъ вопросъ — находится ли она въ нижней части двѣнадцатиперстной кишки, или въ слѣпой кишкѣ, или въ восходящей или нисходящей части ободочной (о другихъ частяхъ кишечника здѣсь можетъ идти рѣчь лишь въ томъ случаѣ, если находящаяся въ нихъ раковая опухоль срослась съ брюшными органами, имѣющими болѣе неподвижное положеніе); кромѣ того, съ кишечнымъ ракомъ можно по ошибкѣ смѣшать накопленіе каловыхъ массъ въ этихъ неподвижныхъ частяхъ кишечника, ракъ почекъ, опухоль брыжжеечныхъ железъ, инкапсулированный экссудатъ брюшины или опухоль яичника.

Опухоли почекъ и брыжжеечныхъ железъ ¹⁾ развиваются *позади* кишечника, и только при значительной величинѣ своей онѣ прощупываются непосредственно подъ брюшными покровами. При своемъ дальнѣйшемъ ростѣ онѣ оттѣсняютъ кишки въ стороны, насколько позволяетъ ихъ подвижность; при этомъ восходящая или нисходящая часть ободочной кишки остается спереди и сбоку почечной опухоли, въ видѣ тѣснообразной полосы, дающей при перкуссии тимпаническій звукъ. Симптомы суженія кишечника отсутствуютъ, по моимъ наблюденіямъ, даже при весьма значительномъ развитіи такихъ опухолей, въ противоположность раку кишечника, при которомъ всегда наступаютъ эти симптомы, какъ только опухоль приняла болѣе значительные размѣры. Особенно сильно можетъ колебаться дифференціальный діагнозъ между инкапсулированнымъ экссудатомъ брюшины и ракомъ кишечника, а всего скорѣе этотъ послѣдній можетъ симулироваться остатками перитифлита. Если предшествовавшій ходъ развитія опухоли неизвѣстенъ, если мы имѣемъ дѣло съ субъектомъ пожилаго возраста и если экссудатъ брюшины принялъ

¹⁾ Подробности относительно распознаванія опухолей отдѣльныхъ органовъ живота см. въ соответствующихъ главахъ этой книги, въ которыхъ оно специально изложено.

уже твердую консистенцію, то *діагнозъ совершенно невозможенъ*, за исключеніемъ развѣ того случая, когда присутствіе крови въ испражненіяхъ и дальнѣйшее увеличеніе твердой опухоли безъ одновременныхъ признаковъ свѣжаго воспаленія позволяютъ съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ заключить о присутствіи рака въ кишкахъ. Иногда діагнозъ выясняется прикладываніемъ припарокъ, причемъ хроническіе экссудаты обыкновенно исчезаютъ, а раковыя опухоли быстро увеличиваются въ объемѣ. Небольшія *опухоли яичниковъ* иногда также могутъ подавать поводъ къ ошибочному діагнозу; но шарообразная форма опухоли яичника, ея низкое мѣстоположеніе и доказанная связь ея съ половымъ аппаратомъ всего лучше гарантируютъ отъ подобныхъ ошибокъ.

Вопросъ о томъ, *какой именно части кишечника принадлежитъ болѣе или менѣе неподвижная опухоль*, обыкновенно разрѣшается легко. Опредѣленіе локализациі опухоли существенно облегчается *вливаніемъ воды или введеніемъ газовъ въ кишечный каналъ*, при одновременномъ осмотрѣ и постукиваніи живота, причемъ констатируется, до какого мѣста можетъ быть произведено искусственное наполненіе кишечника.

Въ заключеніе, я не могу не упомянуть о томъ, что нѣкоторое сходство съ карциномою нерѣдко имѣютъ *инфильтраціи ограниченныхъ частей кишечной стѣнки, образовавшіяся вслѣдствіе хроническаго воспаленія*. Такія инфильтраціи въ области flexurae sigmoideae особенно часто представляли для меня діагностическія затрудненія. Гладкая, вытянутая въ длину, равномерно плотная опухоль свидѣтельствуетъ прямо въ пользу инфильтраціи, развившейся вслѣдствіе хроническаго воспаленія; чѣмъ чаще намъ приходится ощупывать такія инфильтраціи (а по моимъ наблюденіямъ онѣ встрѣчаются нерѣдко), тѣмъ болѣе мы привыкаемъ вѣрно опредѣлять ихъ происхожденіе въ зависимости отъ воспалительныхъ утолщеній кишечной стѣнки.

Если ракъ *кишекъ*, отъ двѣнадцатиперстной до flexura sigmoidea, часто представляетъ, какъ это видно изъ вышесказаннаго, довольно большія трудности для распознаванія, за то *ракъ прямой кишки* распознается, къ счастью, очень легко. Простаго изслѣдованія пальцемъ почти всегда бываетъ достаточно, чтобы съ положительностью констатировать присутствіе рака въ прямой кишкѣ. Очень рѣдко, по моимъ наблюденіямъ, опухоль сидитъ въ ней такъ высоко, что недоступна для пальца; въ такихъ случаяхъ распознаваніе еще оказывается возможнымъ, если освѣтить прямую кишку посредствомъ болѣе длиннаго зеркала, или ввести въ нее руку при хлороформномъ наркозѣ. Первоначально, когда раковая опухоль находится еще въ ранней стадіи своего развитія, прощупываются въ стѣнкѣ прямой кишки небольшіе твердые узлы, надъ которыми слизистая оболочка не можетъ быть передвигаема замѣтнымъ образомъ; въ послѣдствіи прямая кишка превращается въ твердую неподатливую трубку, воронкообразно суживающуюся по направленію вверху, а въ другихъ случаяхъ при изслѣдованіи пальцемъ мы наталкиваемся на кругловатую, по направленію книзу заостряющуюся

опухоль, которая имѣетъ большое сходство съ влагалищною частью матки. Опухоль въ большинствѣ случаевъ очень тверда, имѣетъ неровную поверхность и притомъ изъязвлена, такъ что палецъ при изслѣдованіи загрязняется кровью и ихоромъ.

Изслѣдованіе пальцемъ обязательно должно быть произведено въ томъ случаѣ, когда больной жалуется на боль въ нижней части прямой кишки при испражненіи, на тенезмы, на выдѣленіе по временамъ крови и слизи безъ выходженія каловыхъ массъ, на боль въ крестцѣ и на *геморроидальныя шишки*. Последнія образуются по той причинѣ, что затрудненъ оттокъ венозной крови изъ стѣнки прямой кишки, частью вслѣдствіе давленія самой опухоли, частью же вслѣдствіе давленія каловыхъ массъ, накопившихся надъ суженнымъ мѣстомъ. *Геморроидальныя шишки при ракѣ прямой кишки существуютъ почти всегда*, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ остальные симптомы еще мало выражены. Поэтому я давно уже придерживаюсь правила—изслѣдовать прямую кишку относительно присутствія въ ней раковой опухоли у *каждаго больного, у котораго существуютъ наружныя геморроидальныя шишки*, и такимъ образомъ мнѣ случалось очень часто находить ракъ прямой кишки, который до тѣхъ поръ не обнаруживался никакими симптомами. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ поводомъ къ изслѣдованію прямой кишки бываетъ *сидящія невралгія (ischias)*, учащенный позывъ къ мочеиспусканію и т. п. Изслѣдованіе это точно также необходимо, когда дѣло идетъ о сомнительномъ или несомнѣнно существующемъ *ракѣ печени*. Первичный ракъ прямой кишки въ подобныхъ случаяхъ, какъ я убѣдился еще недавно на одномъ весьма рѣзкомъ примѣрѣ, можетъ иногда имѣть такую малую величину, что не обнаруживается *никакими симптомами*, а вмѣстѣ съ тѣмъ вторичный ракъ печени можетъ принять такой громадный объемъ и такъ сильно господствовать надъ всею картиною болѣзни, что изслѣдованіе прямой кишки легко упускается изъ виду.

Когда въ прямой кишкѣ констатирована опухоль, то нужно еще рѣшить, есть ли это опухоль доброкачественная или раковая. Но вообще этотъ вопросъ представляетъ болѣе теоретическій, чѣмъ практическій интересъ, потому что опухоль прямой кишки, имѣющая твердоватую консистенцію, почти всегда бываетъ карциноматознаго свойства (хотя въ рѣдкихъ случаяхъ здѣсь наблюдаются также міомы, лимомы и проч.). Отъ мягкихъ полиповъ прямой кишки, сидящихъ въ большинствѣ случаевъ непосредственно надъ заднимъ проходомъ, отличить раковую опухоль бываетъ легко. Полипы встрѣчаются преимущественно у дѣтей, сопровождаются поносомъ, съ выдѣленіемъ крови и слизи, и во время испражненія часто выступаютъ изъ задняго прохода или даже отпадаютъ и извергаются цѣликомъ.

Если опухоль, найденная при изслѣдованіи прямой кишки, не представляетъ обычныхъ признаковъ карциномы, то въ такомъ случаѣ необходимо вырѣзать небольшой кусокъ опухоли и, подвергнувъ его микроскопическому изслѣдованію, опредѣлить характеръ новообразованія.

Въ заключеніе мы должны еще замѣтить, что въ прямой кишкѣ раковыя опухоли встрѣчаются относительно часто и что различные отдѣлы кишечника, чѣмъ дальше внизъ, тѣмъ чаще поражаются карциомою: на долю тонкихъ кишекъ приходится едва 5%, на долю слѣпой и ободочной — около 15%, а на долю прямой кишки — не менѣе 80% всѣхъ вообще

случаевъ кишечнаго рака,—обстоятельство, имѣющее для діагноза важное значеніе.

Съуженіе и полное закрытіе кишекъ. Enterostenosis. Ileus.

Лишь при немногихъ болѣзняхъ распознаваніе требуетъ со стороны врача такого всесторонняго обсужденія и сопряжено для него, можно сказать, съ такими волненіями, какъ при *сѣуженіи кишекъ*, о которомъ мы будемъ говорить въ настоящей главѣ. Смотри по тому, какой поставленъ діагнозъ, врачъ долженъ немедленно предпринять или отвергнуть опасную для жизни, но за то иногда единственно спасительную для нея операцію, упущеніе которой, съ одной стороны, и ненужное производство которой, съ другой, иногда бываетъ причиною смерти больного. Затрудненіе представляетъ не вопросъ о томъ, существуетъ ли у больного сѣуженіе кишекъ: симптомы такъ характеристичны и въ большинствѣ случаевъ такъ очевидны, что относительно самаго присутствія этой болѣзни никакихъ сомнѣній не остается. Обыкновенно вопросъ идетъ только о мѣстѣ сѣуженія кишекъ, о самомъ свойствѣ его и, наконецъ, о присоединившихся осложненіяхъ, которыя составляютъ показаніе или противопоказаніе къ производству операціи.

Первою задачею всегда остается *опредѣленіе того, что дѣйствительно у больного существуетъ сѣуженіе кишекъ*. Смотри по степени сѣуженія, картина болѣзни представляется различною—отъ незначительнаго препятствія для опорожненія кала до чрезвычайно тяжелыхъ и опасныхъ симптомовъ полнаго закрытія кишекъ. *Задержка кала* наступаетъ внезапно или же подготавливается медленно, такъ что предварительно испражненія становятся все болѣе и болѣе рѣдкими.

Испражненія при этомъ могутъ еще задолго представляться *сплюснутыми* или въ видѣ мелкихъ шариковъ (*«на подобіе овечью кала»*). Но особеннаго діагностическаго значенія эта форма каловыхъ массъ, по моимъ наблюденіямъ, не имѣетъ, такъ какъ она можетъ встрѣчаться и безъ сѣуженія кишекъ, причемъ она обуславливается, очевидно, періодическими болѣе сильными сокращеніями кишечника, но происходящими на ограниченномъ небольшомъ пространствѣ кишечной трубки, а въ рѣдкихъ случаяхъ—быстро чередующимся разслабленіемъ и сокращеніемъ заднепроходнаго сфинктера.

Препятствіе для поступательнаго движенія кишечнаго содержимаго имѣетъ своимъ послѣдствіемъ то, что позади сѣуженнаго мѣста накапливаются газы и каловыя массы; такимъ образомъ животъ оказывается вздутымъ, либо повсюду, либо въ отдѣльныхъ мѣстахъ. Если плотными каловыми массами наполнена толстая кишка, то петли ея, въ видѣ толстыхъ твердыхъ валиковъ, часто весьма значительно выпячиваются въ сравненіи съ остальными мѣстами живота, и содержимое ихъ прощупывается въ видѣ неподатливой массы, твердой какъ камень, а иногда въ видѣ напряженно эластической опухоли, отличающейся отъ новообразованія уже тѣмъ, что валики значительно вытянуты въ длину и по своей

формѣ имѣютъ полное сходство съ большими участками кишечника. Само собою понятно, что части кишечнаго канала, наполненныя каловыми массами, даютъ при перкуссiи тупой звукъ. Въ то же время больной ощущаетъ сильный страхъ и жалуется на жестокия боли въ животѣ. При наружномъ осмотрѣ мы видимъ *чрезвычайно сильныя перистальтическія движенія*, которыми кишечный каналъ пытается преодолѣть препятствіе, а при выслушиваніи мы находимъ, что жидкое содержимое и газы кишечника позади накопившихся въ немъ каловыхъ массъ передвигаются съ громкимъ шумомъ въ разныя стороны, между тѣмъ какъ *отхожденіе вѣтровъ чрезъ прямую кишку наружу не имѣетъ мѣста*. Если существуетъ полное закрытіе кишекъ, то присоединяются явленія, величайшая опасность которыхъ очевидна даже для непосвященнаго, — такъ наз. «*miserere*»: крайнее вздутіе живота, упадокъ силъ, охлажденіе и ціанозъ конечностей, малый пульсъ, наконецъ — *рвота*, которою сначала выводится содержимое желудка, а впослѣдствіи извергаются массы, имѣющія *внѣшній видъ и запахъ кала*, потому что во время акта рвоты содержимое кишечника присасывается въ желудокъ. *Выдѣленіе мочи уменьшено*, и тѣмъ въ большей степени, чѣмъ выше находится мѣсто закрытія кишекъ. *Содержаніе индикана въ мочѣ* при закрытіи тонкой кишки значительно увеличено, а при закрытіи толстой не увеличено. Но оба эти измѣненія мочи, имѣющія значеніе для распознаванія мѣста закрытія кишекъ, только въ общихъ чертахъ происходятъ согласно вышеупомянутымъ правиламъ, и особенно не слѣдуетъ забывать, что *перитонитъ*, присоединившійся къ суженію кишекъ, можетъ точно также увеличить содержаніе индикана въ мочѣ. Отъ перитонита можетъ зависѣть и *альбуминурия*; но послѣдняя бываетъ также симптомомъ одного энтеростеноза безъ перитонита, если вслѣдствіе shock'a понизилось кровяное давленіе, причемъ уменьшается количество мочи и въ ней появляется бѣлокъ.

Вышеописанная картина суженія гесп. полного закрытія кишекъ до такой степени характерна, что распознаваніе самаго энтеростеноза представляетъ затрудненія лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ. *Острыя отравленія*, сопровождаемая рвотою и упадкомъ силъ, — *желчная, почечная* и простая *кишечная колика*, такъ наз. симптомы ущемленія *подвижной почки* могутъ, правда, по первому взгляду представлять сходство съ закрытіемъ кишекъ, но сходство это ограничивается только нѣкоторыми явленіями, именно упадкомъ силъ, рвотой, ануріей и болью въ животѣ, а при ближайшемъ разсмотрѣніи и тщательномъ анализѣ симптомовъ во всей ихъ совокупности діагностическая ошибка здѣсь едва ли возможна. Скорѣе подобная ошибка можетъ случиться при *остромъ тифлитѣ*, такъ какъ и при немъ уже съ самаго начала существуютъ боль, рвота, запоръ и прощупываемая опухоль; однако, мѣстоположеніе послѣдней и симптомы прижатія,

зависяшіе отъ паратифлита (которымъ тифлитъ обыкновенно сопровождается), направляютъ діагнозъ на вѣрный путь. Что тифлитъ можетъ въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи привести къ полной непроходимости кишекъ и что такимъ образомъ къ нему можетъ присоединиться *ileus* со всѣми своими симптомами, это само собою понятно. Картина *перитонита* точно также представляетъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ сходство съ картиною закрытія кишекъ: упадокъ силъ, вздутіе и болѣзненность живота, рвота существуютъ въ обоихъ случаяхъ; запоръ и увеличенное содержаніе индикана въ мочѣ тоже встрѣчаются при перитонитѣ весьма обыкновенно. Однако, боль при мочеиспусканіи, притупленіе звука въ боковыхъ частяхъ живота, лихорадка и почти постоянное при перитонитѣ отсутствіе каловой рвоты свидѣлствуютъ въ пользу воспаленія брюшины. Но, конечно, не слѣдуетъ забывать, что къ закрытію кишекъ весьма обыкновенно присоединяется послѣдовательный перитонитъ и что такимъ образомъ симптомы обѣихъ болѣзней могутъ существовать рядомъ.

Врачъ никогда не долженъ довольствоваться общимъ діагнозомъ суженія кишекъ, а всегда долженъ еще опредѣлить, *гдѣ именно* въ кишечномъ каналѣ находится это суженіе и *чѣмъ* оно обусловлено, такъ какъ отъ того или другаго рѣшенія обоихъ этихъ вопросовъ весьма существенно зависятъ показанія къ терапевтическому вмѣшательству.

Что касается того *мѣста*, гдѣ лежитъ препятствіе для прохожденія кишечнаго содержимаго, то *въ каждомъ данномъ случаѣ необходимо прежде всего изслѣдовать различныя грыжевыя ворота, чтобы опредѣлить, существуетъ ли гдѣ нибудь ущемленная грыжа или нѣтъ*. Горе тому врачу, который пренебрегъ этимъ важнымъ правиломъ и сдѣлалъ такимъ образомъ упущеніе, весьма тяжкое по своимъ послѣдствіямъ! Если всѣ грыжевыя ворота оказались свободными, то нужно изслѣдовать *прямую кишку*, а у женщинъ также *влагалище*. При *изслѣдованіи per vaginam* (въ особенности—при такъ наз. соединенномъ изслѣдованіи) могутъ быть обнаружены измѣненія въ положеніи и величинѣ матки, опухоли яичниковъ и т. п. причины, суживающія просвѣтъ кишечника, а при *изслѣдованіи per rectum*—новообразованія въ прямой кишкѣ, опухоли мочевого пузыря или предстательной железы, или опухоли, вдающіяся въ полость таза. Иногда въ прямой кишкѣ удастся прощупать внѣдрившуюся часть кишечника, а иногда послѣдняя даже оказывается выпавшею изъ задняго прохода. Впрочемъ, для діагноза имѣетъ значеніе не только положительный результатъ изслѣдованія, но даже и то, что прямая кишка, насколько въ нее проходитъ палецъ, была найдена совершенно пустою. Наконецъ, повторнымъ вливаніемъ воды въ прямую кишку при одновременномъ выстукиваніи нижнихъ частей кишечника можно опредѣлить, постоянно-ли эти послѣднія быстро наполняются

вливаемой водою, т. е. находятся ли онѣ *ниже* суженнаго мѣста. Если изслѣдованіе однимъ пальцемъ дало отрицательный результатъ, то можно еще изслѣдовать прямую кишку нѣсколькими пальцами одновременно, или всею рукою, при хлороформномъ наркозѣ.

Если указаннымъ путемъ не удалось открыть причину суженія resp. полного закрытія кишекъ, то необходимо произвести самое тщательное изслѣдованіе *живота*. Особенное значеніе здѣсь имѣетъ результатъ наружнаго осмотра, а именно—степень метеоризма и *большее развитіе его въ определенныхъ областяхъ живота*; но нѣкоторое значеніе для діагноза имѣетъ также результатъ выстукиванія и констатированная при выслушиваніи болѣе или менѣе постоянная локализція урчанія въ опредѣленныхъ частяхъ кишечника. Большое значеніе имѣютъ свойства мочи и тѣхъ массъ, которыя извергаются рвотою, а именно, выдѣляется ли моча въ скудномъ или приблизительно нормальномъ количествѣ, уменьшено ли въ ней содержаніе индикана или же оно значительно увеличено, извергается ли рвотою содержимое желудка, развѣ только окрашенное желчью, или же извергаются каловыя массы. Наконецъ, нужно попытаться посредствомъ вливанія въ прямую кишку раствора поваренной соли вызвать испражненіе (обыкновенно эта мѣра представляется необходимою на первомъ планѣ даже съ терапевтической точки зрѣнія) и обратить при этомъ особенное вниманіе на самыя свойства испражненія, т. е. оказалось ли оно относительно обильнымъ и выдѣлились ли сплошныя каловыя массы, въ каковомъ случаѣ, если картина суженія кишекъ осталась неизмѣнною, мы имѣемъ право заключить, что причина суженія находится въ верхнихъ частяхъ кишечника.

Если *метеоризмъ значителенъ и распространяется совершенно равномерно по всему животу*, если въ то же время ясно прощупываются большія толстыя каловыя массы, дающія при перкуссии тупой звукъ и не измѣняющія своего объема послѣ выпрыскиванія воды въ прямую кишку, если рвотою извергаются каловыя массы, если содержаніе индикана въ мочѣ не увеличено, то слѣдуетъ предполагать *закрытіе самыхъ нижнихъ частей ободочной кишки*, въ особенности, когда упадокъ силъ представляется умѣреннымъ, какъ это бываетъ обыкновенно при закрытіи ободочной кишки, вообще наступающемъ менѣе быстро, и когда соотвѣтственно этому отдѣленіе мочи не особенно уменьшено.

Если же метеоризмъ незначителенъ и ограничивается только надчревною областью, если желудокъ расширенъ, тогда какъ нижнія и боковыя части живота представляются втянутыми, если степень метеоризма измѣняется послѣ рвоты, если клистирами выводятся значительныя количества кала, а между тѣмъ картина полного закрытія кишекъ послѣ этого остается безъ измѣненія, если рвотою извергаются не каловыя массы, а только жидкость, имѣющая грязный цвѣтъ, то можно предполагать *за-*

крытіе двенадцатиперстной или тощей кишки. При этомъ существуетъ рѣзкій упадокъ силъ и анурія, такъ какъ закрытіе самыхъ верхнихъ частей кишечника обыкновенно наступаетъ быстро и протекаетъ въ тяжелой формѣ. Моча можетъ содержать увеличенное количество индикана.

Середину между этими двумя формами занимаетъ *суженіе или закрытіе подвздошной и слпной кишки.* Метеоризмъ сосредоточивается въ средней части живота, между тѣмъ какъ ободочная кишка менѣе вздута, а въ концѣ концовъ верхня части кишечника, когда онѣ подверглись болѣе сильному расширенію, совершенно прикрываютъ ободочную кишку, и метеоризмъ оказывается равномерно распространеннымъ по всему животу. Массы, извергаемыя рвотою, имѣютъ фекальный видъ: упадокъ силъ и анурія не долго заставляютъ себя ждать.

На основаніи вышеуказанныхъ признаковъ можно съ нѣкоторою достовѣрностью опредѣлить мѣсто закрытія кишекъ, по крайней мѣрѣ — въ началѣ болѣзни.

Впослѣдствіи, какъ мы уже сказали, характеристическіе симптомы сглаживаются. Очень недостовернымъ, иногда даже совершенно невозможнымъ становится этотъ мѣстный діагнозъ, если присоединилось *воспаленіе брюшины*, которое во всѣхъ отношеніяхъ затрудняетъ изслѣдованіе; кромѣ того, вслѣдствіе воспаленія брюшины метеоризмъ становится болѣе распространеннымъ, количество мочи уменьшается, содержаніе въ ней индикана увеличивается и упадокъ силъ становится все болѣе и болѣе рѣзкимъ.

Когда мы составили себѣ понятіе о вѣроятномъ мѣстѣ суженія кишекъ, то необходимо затѣмъ опредѣлить самое *свойство препятствія*. Обыкновенно этотъ вопросъ бываетъ еще болѣе труднымъ для разрѣшенія, чѣмъ вопросъ о мѣстѣ закрытія кишекъ. Во многихъ случаяхъ бываетъ вообще возможенъ только вѣроятный или предположительный діагнозъ.

Діагнозъ становится достовернымъ, если при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку или чрезъ влагалище найдена причина суженія кишекъ, если, напримѣръ, обнаружена опухоль въ половыхъ органахъ, въ тазу или въ прямой кишкѣ, или же, если въ послѣдней удалось прощупать *внѣдрившуюся часть кишечника* или *скопленіе твердыхъ каловыхъ массъ*, причемъ въ нижележащихъ частяхъ прямой кишки изслѣдующій палецъ нигдѣ не встрѣчаетъ препятствія или суженія. Значительное скопленіе каловыхъ массъ чаще всего наблюдается у стариковъ. Ущемленная наружная грыжа въ большинствѣ случаевъ, конечно, очень легко открывается при тщательномъ изслѣдованіи.

Если въ прямой кишкѣ, во влагалищѣ и въ различныхъ грыжевыхъ воротахъ не прощупывается ничего такого, что могло бы быть признано причиною суженія, то необходимо произвести изслѣдованіе живота, чтобы опредѣлить, нѣтъ ли съ этой стороны какихъ-нибудь данныхъ, которые могли бы способствовать выясненію діагноза.

Если въ животѣ констатирована *опухоль*, то для діагноза это имѣетъ большое значеніе. Однако, не слѣдуетъ забывать, что каловыя массы, накопившіяся позади опухоли, могутъ представляться при ощупываніи весьма похожими на новообразованіе, закрывающее просвѣтъ кишечника. Подозрительнымъ въ смыслѣ новообразованія должно считаться, если закрытію кишечника при существующей въ животѣ опухоли предшествовала продолжительная кахексія и если найдено опуханіе периферическихъ лимфатическихъ железъ; діагнозъ пріобрѣтаетъ полную достовѣрность, если вмѣстѣ съ испражненіями выходятъ куски новообразованія, какъ это наблюдалось въ рѣдкихъ случаяхъ ¹⁾. Вообще, на свойства испражнений всегда слѣдуетъ обращать большое вниманіе, потому что иногда вмѣстѣ съ каловыми массами выходятъ куски *кишечныхъ камней* или *желчные камни*, и въ такомъ случаѣ эти инородныя тѣла могутъ съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ считаться причиною закрытія кишечника, тѣмъ болѣе, если симптомы энтеростеноза присоединились непосредственно къ сильному приступу желчной колики, сопровождаемому желтухой, если прощупывается наполненный камнями желчный пузырь или твердая каменистая масса въ кишечникѣ и если симптомы суженія кишечника быстро прекратились послѣ отхожденія значительнаго числа желчныхъ камней или одного большого конкремента.

Изъ числа опухолей, прощупываемыхъ чрезъ брюшныя покровы, *внѣдреніе кишечника* нерѣдко бываетъ доступно точному распознаванію, не только благодаря своеобразной формѣ самой опухоли, но и потому, что здѣсь появляются симптомы, которыхъ не бываетъ при другихъ видахъ закрытія кишечника.

Внѣдреніе кишечника, чаще всего наблюдаемое у дѣтей и представляющее обыкновенно выпячиваніе подвздошной и слѣпой кишки въ ободочную, начинается въ большинствѣ случаевъ сильными коликами, рвотою и поносомъ, причемъ испражненія бываютъ кровянисто-слизистыми, благодаря венозному застою, вслѣдствіе котораго опухаетъ внѣдрившаяся часть кишечника; задній проходъ нерѣдко бываетъ парализованъ, т. е. постоянно остается открытымъ. Внѣдреніе кишечника обнаруживается прощупываемою *колбасовидною* ²⁾ опухолью (обыкновенно — въ поперечной части ободочной кишки), которая въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни можетъ передвигаться все ниже и ниже, а въ концѣ концовъ опуститься въ прямую кишку, гдѣ она прощупывается пальцемъ. Иногда также внѣдрившаяся часть кишечника становится гангренозною и извергается вмѣстѣ съ испражненіями. При *острой* формѣ внѣдренія кишечника эта группа симптомовъ можетъ, однако, отсутствовать, причемъ послѣднія изъ вышеупомянутыхъ

¹⁾ Относительно подробностей распознаванія кишечнаго рака мы должны сослаться на предыдущую главу.

²⁾ Если внѣдреніе обусловлено новообразованіемъ кишечника, то опухоль можетъ представлять не типическую колбасовидную, а какую нибудь другую форму.

явленій не наступаютъ вовсе, и болѣзнь обыкновенно очень скоро оканчивается смертью при явленіяхъ полнаго закрытія кишекъ. Для дифференціального діагноза важное значеніе имѣть прежде всего *цилиндрическая* форма опухоли и *кровянисто-слизистый* поносъ, который при другихъ видахъ суженія кишекъ почти никогда не встрѣчается, развѣ только при заворотахъ около оси и при образованіи узловъ въ области *Plexurae sigmoideae*.

Эти завороты, узлы и внутреннія ущемленія кишекъ представляютъ для распознаванія наибольшія трудности. Предполагать одну изъ этихъ причинъ закрытія кишекъ мы имѣемъ право въ томъ случаѣ, если существуютъ симптомы, которые на нее сколько-нибудь указываютъ, и если могутъ быть исключены всѣ другія причины энтеростеноза. Этимъ случаямъ свойственно *острое теченіе болѣзни*, съ значительнымъ упадкомъ силъ и т. п., а также и то, что *здоровье даннаго субъекта до наступленія болѣзни не представляло особенныхъ разстройствъ*. Но о сколько-нибудь точной дифференціальной діагностикѣ заворотовъ, образованія узловъ и внутреннего ущемленія кишекъ не можетъ быть рѣчи.

Дошныя связки, въ качествѣ анатомической причины внутренняго ущемленія, могутъ быть предполагаемы въ такихъ случаяхъ, когда больной раньше перенесъ воспаленіе брюшины, или у женщинъ, у которыхъ неоднократно бывали трудные роды, и т. п.

Изъ внутреннихъ грыжъ всего скорѣе еще доступны распознаванію *диафрагматическія грыжи*, образующіяся обыкновенно послѣ тяжелыхъ травматическихъ поврежденій, хотя по статистикѣ *Leichtenstern'a* вѣрный діагнозъ былъ поставленъ не болѣе какъ въ 2⁰/₀ общаго числа случаевъ. При этомъ соответствующая половина грудной клѣтки представлялась выпяченною, дыхательныя экскурсіи на той же сторонѣ были уменьшены, голосовое дрожаніе уничтожено, дыхательный шумъ имѣлъ металлическій тембръ, однимъ словомъ, существовали симптомы такіе же, какъ при скопленіи воздуха въ полости плевры. Но, помимо существующихъ иногда симптомовъ суженія кишекъ, здѣсь бываютъ еще нѣкоторыя явленія, прямо свидѣтельствующія въ пользу диафрагматической грыжи: измѣненія перкуторнаго звука, который, смотря по положенію и содержимому кишекъ, находящимся въ полости грудной клѣтки, становится иногда тимпаническимъ, а иногда тупымъ, затѣмъ—отсутствіе постоянного превращенія тупаго звука въ ясный и яснаго въ тупой при различныхъ положеніяхъ тѣла, наконецъ—металлически звучащіе кишечные шумы, производимые перистальтическими движеніями и относительно которыхъ не трудно доказать, что они распространяются также въ другія части кишечника, находящіяся въ полости живота.

Отъ пневмоторакса и диафрагматической грыжи очень легко отличается смѣщеніе растянутаго желудка въ легочную часть грудной клѣтки (при оттѣсненной кверху, но неповрежденной грудобрюшной преградѣ). Если посредствомъ зонда вливать воду въ желудокъ и затѣмъ выпускать ее обратно, а въ то же время слѣдить за наступающими при этомъ измѣненіями перкуторнаго звука, то немедленно выясняется истинное положеніе дѣла.

Заходить въ дифференціальной діагностикѣ за тѣ предѣлы, которые сейчасъ были указаны, представляется, по моему мнѣнію, не осо-

бенно возможнымъ и даже неразумнымъ, такъ какъ болѣе тонкіе «предположительные диагнозы» на счетъ анатомической причины закрытія кишекъ оказываются, конечно, въ значительномъ большинствѣ случаевъ невѣрными и поэтому не имѣютъ никакой цѣны.

Нервные болезни кишекъ.

Значительная часть болезней кишечнаго канала, какъ и желудка, несомнѣнно имѣетъ нервное происхожденіе, т. е. при различныхъ болезняхъ кишечника дѣло идетъ о такихъ патологическихъ состояніяхъ, которыя могутъ быть сведены исключительно къ расстройствамъ отравленій его нервовъ и при которыхъ въ анатомическомъ отношеніи нельзя найти ничего такого, что противорѣчило-бы предположенію объ исключительномъ заболѣваніи его нервной системы. Но отдѣльныя формы нервныхъ болезней кишечника еще не могутъ быть разграничены между собою такъ рѣзко, какъ это удалось въ послѣднее время по отношенію къ нервнымъ болезнямъ желудка. Расстройства отравленій кишечныхъ нервовъ могутъ быть естественно подраздѣлены на слѣдующія 3 категоріи:

- 1) *Повышеніе или пониженіе сократительности.*
- 2) *Повышеніе или пониженіе чувствительности.*
- 3) *Повышеніе или пониженіе секреторной дѣятельности.*

Для всѣхъ трехъ категорій можно найти въ патологіи кишечнаго канала соотвѣтствующіе случаи или, по крайней мѣрѣ, нѣкоторыя указанія на то, что данная форма нервнаго расстройства кишекъ, вѣроятно, встрѣчается въ дѣйствительности.

Для того чтобы невроты кишекъ были болѣе понятны, мы должны вкратцѣ изложить нормальное вліяніе нервовъ на движенія кишечника.

Plexus myentericus есть тотъ автоматическій центръ, отъ котораго существующимъ образомъ зависятъ движенія кишекъ. Возбужденіе его, вызывающее кишечную перистальтику, производится прежде всего малымъ содержаніемъ кислорода и обильнымъ содержаніемъ углекислоты въ крови, далѣе—непосредственными раздраженіями, дѣйствующими на кишечную стѣнку, а въ томъ числѣ и продуктами разложенія кишечнаго содержимаго (въ особенности—кислотами). Если раздраженіе дѣйствуетъ очень долго и съ большою силою, то является истощеніе кишечныхъ нервовъ, т. е. парезъ кишекъ съ уничтоженіемъ перистальтики, причемъ парализованная мускулатура уже не оказываетъ кишечнымъ газамъ никакого противодѣйствія, и появляется вздутіе кишекъ (метеоризмъ). Изъ периферическихъ нервовъ *блуждающій нервъ* дѣйствуетъ на движенія кишечнаго канала въ смыслѣ усиленія перистальтики, между тѣмъ какъ *чревный нервъ* (n. splanchnicus) оказывается нервомъ *задерживающимъ*, т. е. раздраженіе его прекращаетъ движенія кишекъ, если кровь не сдѣлалась венозною, въ какомъ случаѣ задерживающія волокна чрева нерва перестаютъ функционировать. Чревный нервъ представляетъ въ то же время *сосудодвигательный нервъ* кишекъ, причемъ раздраженіе его суживаетъ, а перерѣзка расширяетъ кишечные сосуды.

Двигательные невроты кишек.

Существуютъ такіа болѣзненные состоянія кишечнаго канала, при которыхъ *усиленіе перистальтики зависитъ исключительно отъ нервной системы*. Причина можетъ заключаться или въ томъ, что ненормальное содержимое кишекъ, не вызывая воспаленія, непосредственно производитъ механическое раздраженіе нервныхъ аппаратовъ кишечника, или же въ химическомъ раздраженіи (отравленіи) кишечныхъ нервовъ. Другою причиною можетъ быть то, что нервы вообще и кишечные въ частности сдѣлались вслѣдствіе неврастеніи или истеріи болѣе возбудимыми и очень легко реагируютъ усиленіемъ перистальтики на такіа слабыя раздраженія, которыя при нормальныхъ условіяхъ не могли бы вызвать подобнаго эффекта. Въ діагностическомъ отношеніи для такого «*нервнаго поноса*» характерно то, что въ первомъ случаѣ, при ненормальныхъ раздраженіяхъ, дѣйствующихъ на нервы кишечной стѣнки, поносъ быстро проходитъ, и жидкія испражненія не представляютъ такихъ ненормальныхъ примѣсей, которыя, какъ напр. кровь, болѣе значительныя количества слизи и т. п., указывали бы на анатомическія измѣненія кишечной стѣнки. Во второмъ же случаѣ, гдѣ можетъ быть предполагается увеличенная возбудимость кишечныхъ нервовъ, поносъ находится въ зависимости отъ психическихъ впечатлѣній, и со стороны кишечнаго канала можетъ вызываться головокруженіе или въ картинѣ болѣзни могутъ существовать другіе нервные симптомы. Поносъ, вызванный психическими вліяніями, проходитъ съ такою же быстротою, съ какою онъ появился, и это прямо доказываетъ, что слизистая оболочка въ подобныхъ случаяхъ не можетъ быть измѣнена.

При обсужденіи того, можно ли по числу испражненій въ какомъ нибудь отдѣльномъ случаѣ заключить объ усиленіи перистальтики, не слѣдуетъ забывать, что число это у здороваго человѣка колеблется въ широкихъ предѣлахъ, т. е., что у одного человѣка бываетъ при нормальныхъ условіяхъ по 2 и даже по 3 испражненія ежедневно, а у другаго—только по одному испражненію черезъ каждые 2—3 дня. Поэтому у людей второй категоріи, у которыхъ вялая перистальтика есть явленіе обычное и постоянное, иногда должно быть признано уже ненормальнымъ, если испражненія при наступившей общей нервозности начали появляться по одному разу ежедневно, и это обстоятельство у подобныхъ субъектовъ можетъ быть уже выраженіемъ патологически повышенной возбудимости кишечныхъ нервовъ.

Въ категорію нервныхъ поносовъ должны быть также включены нѣкоторые случаи *поноса у дѣтей*, а особенно—при *прорѣзываніи зубовъ*, если при этомъ нельзя констатировать никакой діететической погрѣшности или другой причины, въ виду которой представлялось бы вѣроятнымъ, что прорѣзываніе зубовъ осложнено катарромъ кишекъ. Постоянное повтореніе поноса при каждомъ прорѣзываніи зубовъ особенно говоритъ въ пользу его рефлекторно-нервнаго происхожденія.

Между взрослыми *истеричные* субъекты несомнѣнно предрасположены къ нервному поносу, который появляется у нихъ въ періодъ болѣе сильнаго возбужденія, а съ наступленіемъ болѣе спокойнаго періода быстро прекращается.

У табетиковъ тоже могутъ появляться обильные неуправляемые поносы, несомненно имѣющіе «нервное» происхожденіе. Въ видѣ примѣра я могу привести слѣдующій случай изъ моей практики:

Железнодорожный рабочій, 34-хъ лѣтъ. Характернѣйшіе симптомы спинной сухотки, съ частыми желудочными приступами («crises gastriques»: сильныя судорожныя боли въ области желудка, тошнота, рвота и т. д.). Назначены впрыскиванія сулемы. На 10-й день лѣченія появился сильный желудочный приступъ (жестокая гастралгія при хорошемъ аппетитѣ и нормальномъ пищевареніи), продолжавшійся на этотъ разъ не менѣе 10-ти дней. На 11-й день появился обильный неуправляемый поносъ, причемъ испражненія повторялись отъ 10 до 40 разъ въ сутки и были совершенно водянистыми, безъ малѣйшей примеси слизи. Всевозможныя вяжущія средства, танинъ, опій, нафталинъ и др. не оказывали никакого дѣйствія; поносъ продолжался около 3-хъ недѣль и вызвалъ въ это время чрезвычайный упадокъ питанія, а затѣмъ прекратился самъ собою.

Въ *прямой кишкѣ*, соотвѣтственно спеціальнымъ особенностямъ мускулатуры и иннерваціи этой части кишечника, патологическое повышение сократительности обнаруживается другими явленіями, существенно уклоняющимися отъ вышеописанныхъ. Каловыя массы, вступая въ прямую кишку, возбуждаютъ ея чувствительные нервы, а вмѣстѣ съ тѣмъ вызываютъ рефлекторное возбужденіе сфинктеровъ, которое передается чрезъ *centrum anospinale* поясничной части спиннаго мозга. Но упомянутый рефлексъ предотвращается задерживающими волокнами, которыя могутъ иннервироваться со стороны большаго мозга и, слѣдовательно, подчинены волѣ (проводники этого задерживающаго аппарата направляются къ поясничной части спиннаго мозга, вѣроятно, отъ зрительныхъ бугровъ чрезъ ножку большаго мозга), такъ что каловыя массы при своемъ выступленіи чрезъ задній проходъ не вызываютъ рефлекторнаго замыканія сфинктера. Кромѣ того, наружный сфинктеръ задняго прохода, въ качествѣ произвольной мышцы, непосредственно иннервируется со стороны большаго мозга. Поэтому усиленное раздраженіе или повышенная возбудимость двигательныхъ или чувствительныхъ нервовъ прямой кишки (но также и ослабленіе или прекращеніе иннерваціи задерживающаго аппарата) будетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ *судорожное замыканіе задняго прохода*, и мы должны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, по крайней мѣрѣ, попытаться выяснитъ, какіе именно нервные пути играютъ главную роль въ судорожномъ сокращеніи сфинктера.

Сравнительно чаще, чѣмъ нервное усиленіе перистальтики, встрѣчается нервное *ослабленіе ея*, т. е. *запоръ съ его послѣдствіями, въ томъ числѣ со вздутіемъ живота накопившимися въ кишкахъ газами (атонія кишекъ)*. Чаще всего эта болѣзнь наблюдается у истеричныхъ субъектовъ. Жидкость, находящаяся во вздутыхъ кишкахъ, иногда съ громкимъ шумомъ передвигается назадъ и впередъ. Послѣ отхожденія газовъ, обыкновенно не имѣющихъ никакого запаха, метеоризмъ можетъ исчезнуть съ такою же быстротою, съ какою онъ появился. Упорный запоръ встрѣчается также при болѣзняхъ центральной нервной

системы, т. е. спиннаго и головнаго мозга, а въ особенности при базиллярномъ менингитѣ. Судя по тому, что было нами сказано о вліяніи, производимомъ кровью на *plexus myentericus* при уменьшенномъ содержаніи въ ней кислорода, *венозный застой*, сопровождаемый накопленіемъ углекислоты въ крови, долженъ былъ бы имѣть своимъ послѣдствіемъ усиленіе перистальтики, т. е. нервный поносъ. Въ дѣйствительности, однако, наблюдается обратное, и это очень понятно, такъ какъ физиологическими опытами доказано, что *продолжительный* застой крови въ сосудахъ кишечника влечетъ за собою истощеніе возбудимости кишечныхъ нервовъ, т. е. парезъ кишекъ. Этимъ объясняются хроническіе запоры при некомпенсированныхъ порокахъ сердца, при эмфиземѣ и т. д. *Непривычная пища* можетъ также вызвать нервный запоръ вслѣдствіе того, что она производитъ слишкомъ малое раздраженіе нервныхъ аппаратовъ кишечной стѣнки. Мы видимъ это у людей, употребляющихъ слишкомъ однообразную пищу, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ постепенно притупляется возбудимость нервовъ кишечной стѣнки. Такимъ же образомъ должно быть объясняемо дѣйствіе нѣкоторыхъ вкусовыхъ и лѣкарственныхъ веществъ.

Для нервного запора, помимо вышеупомянутыхъ этиологическихъ условій, характеристично то, что онъ иногда проходитъ совершенно неожиданно и что при немъ отсутствуютъ въ испражненіяхъ ненормальныя примѣси, а особенно—примѣсь слизи, которая при хроническомъ кишечномъ катаррѣ, сопровождаемомъ обыкновенно запоромъ, всегда рано или поздно можетъ быть обнаружена макроскопическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Параличъ двигательныхъ нервовъ *прямой кишки* встрѣчается нерѣдко. Вслѣдствіе недостаточнаго замыканія сфинктеровъ, больные не могутъ долго удерживать испражненія, и должны немедленно удовлетворять позыву на низъ, какъ только онъ появился; при болѣе сильныхъ степеняхъ паралича, гдѣ совершенно уничтожено вліяніе воли на наружный заднепроходный сфинктеръ, задній проходъ постоянно открытъ, и испражненія выдѣляются произвольно. Это бываетъ главнымъ образомъ при болѣзняхъ спиннаго мозга; но и при разстройствахъ въ дѣятельности головнаго мозга также встрѣчаются произвольныя испражненія.

Чувствительные неврозы кишекъ.

Спокойныя движенія кишекъ обыкновенно не ощущаются, и только болѣе энергичное или судорожное сокращеніе кишечной мускулатуры обнаруживается болѣзненными ощущеніями, болѣе или менѣе сильными (*кишечная колика*). Чувствительнымъ нервомъ кишекъ, какъ извѣстно изъ физиологіи, служитъ чревный нервъ. Обыкновенно раздраженіе чувствительныхъ волоконъ бываетъ связано съ сокращеніемъ кишечной мускулатуры, т. е. колика и судорожное сокращеніе существуютъ одновременно, и эти два невроза чувствительной и двигательной сферы не могутъ быть разсматриваемы отдѣльно другъ отъ друга.

Чрезвычайная реакція чувствительныхъ нервовъ кишечника выражается сильными, обыкновенно *щемящими* болями въ животѣ, иногда до такой степени жестокими, что больной лежитъ скорчившись всѣмъ тѣломъ, съ холодными конечностями и малымъ пульсомъ. Брюшные покровы въ однихъ случаяхъ втянуты, если наступило обширное судорожное сокращеніе кишечной стѣнки, а въ другихъ случаяхъ, напротивъ того, выпячены. Мускулатура брюшной стѣнки обыкновенно также принимаетъ участіе въ судорожныхъ сокращеніяхъ, что выражается твердостью и напряженностью брюшныхъ покрововъ. Невралгическій характеръ колики доказывается отчасти ея періодическимъ появленіемъ и внезапнымъ прекращеніемъ, а отчасти ея этиологіей. Въ отдѣльномъ случаѣ констатируются или совершенно ненормальныя свойства раздраженія, дѣйствующаго на кишечную стѣнку, или ненормальное состояніе возбудимости самыхъ нервовъ кишечника, или то и другое одновременно. Въ числѣ причинъ первой категоріи должны быть названы кишечныя глисты, инородныя тѣла (желчные камни и т. д.), каловыя массы и накопленіе газовъ, растягивающихъ кишечную стѣнку до появленія жестокой боли, которая съ отхожденіемъ газовъ исчезаетъ. Частою причиною ненормальнаго раздраженія бываетъ еще *простуда* кожи, а въ особенности свинцовое отравленіе, рѣдко—подагра и т. п. Ненормальное состояніе нервовъ кишечника, ненормальное повышеніе ихъ возбудимости, какъ причина колики, можетъ быть предполагаема при истеріи, при кишечной коликѣ, сопутствующей болѣзнямъ спиннаго мозга, при «рефлекторной» коликѣ, сопровождающей болѣзни печени, почекъ, матки, яичниковъ и т. д.

Распознаваніе колики основывается на довольно рѣзкихъ симптомахъ самой болѣзни, на ея этиологическихъ условіяхъ и на томъ, что могутъ быть исключены патолого-анатомическія измѣненія брюшныхъ органовъ, точно также сопровождаемая коликой. Прежде всего должны быть исключены тѣ боли въ животѣ, которыми сопровождаются *воспалительные или язвенные процессы*, а это не можетъ быть особенно трудно послѣ того, что было нами сказано о распознаваніи упомянутыхъ болѣзней. Вѣрно то, что колика при давленіи на животъ часто облегчается, тогда какъ боль, зависящая отъ воспалительныхъ измѣненій и язвенныхъ процессовъ въ кишечномъ каналѣ, обыкновенно при давленіи усиливается; но этотъ дифференціально-діагностическій признакъ нерѣдко оказывается несостоятельнымъ въ обоихъ направленіяхъ. Напротивъ того, никогда боль не облегчается наружнымъ давленіемъ при *перитонитѣ*, относительно котораго можетъ возникнуть вопросъ при постановкѣ дифференціальнаго діагноза, въ особенности, если колика сопутствуется метеоризмомъ. Отъ ошибочнаго смѣшиванія съ *желчною* и *почечною коликою* предохраняетъ преимущественная локализція боли въ мѣстахъ ея происхожденія при этихъ болѣзняхъ, а также всѣ остальные симптомы, о которыхъ мы здѣсь подробно не можемъ говорить.

Когда поставленъ діагнозъ чисто-первой колики, то остается затѣмъ еще опредѣлить, какая *спеціальная форма энтералгии* существуетъ въ данномъ случаѣ. Если дѣло началось рвотою и болью въ надчревной области, то должна быть предполагаема *colica ab ingestis*, и необходимо въ этомъ отношеніи изслѣдовать массы, извергаемыя рвотою. Если появленію колики предшествовалъ запоръ, если прощупываются накопившіяся каловыя массы, то должна быть предполагаема *colica stercoralis*, въ осо-

бениности, когда симптомы колики прекращаются съ отхожденіемъ накопившихся каловыхъ массъ, и т. д. Colica hysterica обыкновенно легко можетъ быть узнана, въ виду всѣхъ остальныхъ явленій, представляемыхъ истеричными больными, въ виду одновременныхъ судорогъ и проч. Иногда, помимо колики, существуетъ у истеричныхъ больныхъ гиперестезія брюшной стѣнки, такъ что можетъ возникнуть вопросъ о начинающемся перитонитѣ. Но діагностическія ошибки въ такихъ случаяхъ предотвращаются тѣмъ обстоятельствомъ, что давленіе на кожу, поднятую въ складку, вызываетъ очень сильную боль, а при глубокомъ давленіи болѣзненность оказывается не большею, чѣмъ при давленіи поверхностномъ.

Изъ предыдущаго достаточно очевидно, до какой степени важно при распознаваніи колики всегда обращать самое тщательное вниманіе на этиологію каждаго даннаго случая. Для примѣра мы можемъ указать на весьма тяжкую по своимъ послѣдствіямъ діагностическую ошибку, которая можетъ случиться, если врачъ, констатировавъ явленія чисто нервной колики, не обратилъ вниманія на возможность свинцоваго отравленія, хотя картина этой болѣзни—втянутые и напряженные брюшные покровы, уменьшенное отдѣленіе мочи, твердый рѣдкій пульсъ, синевато-сѣрая кайма на десѣпо краямъ зубовъ (параличей въ этой стадіи обыкновенно еще не существуетъ)—представляется до такой степени характеристичною, что просмотрѣть свинцовую колику почти всегда бываетъ равносильно грубой діагностической ошибкѣ.

Какая именно часть кишечнаго канала поражена коликою, нельзя съ положительностью опредѣлить; но, съ другой стороны, этотъ вопросъ представляется важнымъ болѣе въ теоретическомъ, чѣмъ въ практическомъ отношеніи. Одни только *чувствительные невроты прямой кишки*, подобно двигательнымъ неврозамъ этой же части кишечнаго канала, представляютъ такую рѣзкую картину, отличающуюся отъ остальныхъ формъ колики, что спеціальное распознаваніе ихъ оказывается возможнымъ. Боль локализуется въ самой нижней части живота и въ крестцовой области и сопровождается сильнымъ позывомъ на низъ, т. е. сильнымъ чувствомъ напиранія въ прямой кишкѣ. При этомъ дѣло идетъ о невралгіи вѣтвей гѣморроидальнаго сплетенія, распредѣляющихся въ самой нижней части прямой кишки. Болѣзнь встрѣчается преимущественно у гѣморроидальныхъ субъектовъ и у нервныхъ женщинъ. Слабые намеки на невралгію прямой кишки весьма обыкновенно существуютъ и у табетиковъ; если постоянно въ этомъ отношеніи спрашивать больныхъ, страдающихъ спинною сухоткою, то они обыкновенно жалуются на чувство напиранія въ прямой кишкѣ, на то, что «въ задній проходъ какъ будто вставленъ клинъ», и т. п. Если боль въ прямой кишкѣ усиливается, то она распространяется также въ промежность и въ половые органы.

Пониженіе чувствительности кишечныхъ нервовъ, судя а priori, встрѣчается несомнѣнно, но для діагноза оно не доступно, такъ какъ кишечные нервы при нормальныхъ условіяхъ не даютъ сознательныхъ ощущеній. Одни только чувствительные нервы прямой кишки составляютъ исключеніе изъ этого правила, такъ что ихъ параличъ доступенъ распознаванію.

При возбужденіи чувствительныхъ нервовъ прямой кишки вступающими въ нее

каловыми массами появляется позывъ къ испражненію, а вмѣстѣ съ тѣмъ уже упомянутое нами возбужденіе заднепроходнаго сфинктера.

При нѣкоторыхъ болѣзняхъ, преимущественно—спиннаго мозга, этотъ позывъ къ испражненію уничтожается вслѣдствіе *анестезіи прямой кишки*, такъ что больные не ощущаютъ позыва на низъ и не чувствуютъ выходненія каловыхъ массъ изъ задняго прохода. При болѣе значительныхъ степеняхъ анестезіи не происходитъ также рефлекторнаго замыканія сфинктера; если вмѣстѣ съ тѣмъ уничтожены произвольныя сокращенія наружнаго сфинктера, то являются произвольныя испражненія, которыя замѣчаются больнымъ только тогда, когда появился запахъ кала или когда онъ увидалъ загрязненіе ногъ, постели и т. д.

Секреторные невроты кишекъ.

Въ области болѣзней желудка секреторные невроты, какъ извѣстно, получили большое значеніе. Возможно, что и аномаліи отдѣленія кишечнаго сока, зависящія отъ нервной системы, играютъ въ патологии кишечника такую же самостоятельную роль. Нѣкоторые нервные поносы, а въ особенности—водянистыя испражненія у истеричныхъ больныхъ, быть можетъ, основаны на такомъ увеличенномъ отдѣленіи кишечнаго сока; съ другой стороны, нервный запоръ, по крайней мѣрѣ отчасти, долженъ быть объясненъ уменьшеннымъ отдѣленіемъ кишечнаго сока, наступившимъ подъ вліяніемъ нервной системы. Будущее покажетъ, насколько мы вправѣ дѣлать подобное предположеніе при этихъ болѣзненныхъ состояніяхъ. Вліяніе нервовъ на отдѣленіе кишечнаго сока представляется вѣроятнымъ по аналогіи съ другими отдѣленіями, точно также подчиненными вліянію нервной системы, и въ пользу этого говорятъ еще нѣкоторыя фізіологическія данныя, напр. увеличенное отдѣленіе кишечнаго сока послѣ впрыскиванія пилокарпина, который оказываетъ подобное дѣйствіе и на другіе секреторные нервы.

Присутствіе въ испражненіяхъ слизистыхъ цилиндровъ у истеричныхъ больныхъ отчасти тоже бываетъ, вѣроятно, не результатомъ кишечнаго катарра, а зависитъ, какъ мы уже сказали, отъ секреторнаго невроза въ толстой кишкѣ.

Кишечныя глисты. Helminthiasis.

Точное *распознаваніе кишечныхъ глистъ*—ленточныхъ (*taenia solium* и *mediocanellata*, *bothriocephalus latus*) и круглыхъ (*ascaris lumbricoides*, *oxyuris vermicularis*, *trichocephalus dispar*, *anchylostomum duodenale*)—основывается исключительно на *непосредственномъ нахожденіи этихъ паразитовъ или ихъ яицъ въ содержимомъ кишечнаго канала*, а это легко и съ полною точностью можетъ быть достигнуто макроскопическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ испражнений. Описаніе этихъ паразитовъ и ихъ яицъ не входитъ въ нашу задачу. Кишечныя глисты или совсѣмъ не вызываютъ никакихъ симптомовъ, или послѣдніе настолько неопредѣленны, что никогда не могутъ служить исключительнымъ основаніемъ для діагноза. Но ради полноты мы должны замѣтить, что подозрѣніе относительно ленточной глисты иногда возбуждается неправильностью испражненія, жалобами больнаго на чувство давленія и боли въ животѣ, а въ особенности общими явленіями, именно: необыкновеннымъ аппетитомъ, слюнотеченіемъ, головокруженіемъ, судорогами и т. д. ²⁶⁾ То же самое относится и къ круглымъ глистамъ.

²⁶⁾ Кромѣ названныхъ припадковъ при глистной болѣзни должны быть еще упомянуты слѣдующіе: слабость, головныя боли, урчаніе въ кишкахъ; иногда появляется ощущеніе какъ-бы клубка въ кишкахъ, который поднимается кверху въ надчревную область и выше. Разстройства въ отправленіи кишекъ почти постоянно бываютъ; особенно часто наблюдается безпричинный поносъ, обыкновенно предшествуемый болями въ животѣ.

Въ діагностическомъ отношеніи очень важное значеніе имѣетъ *глубокая анемія* ²⁷⁾, вызываемая присутствіемъ глисты *anchylostoma* въ двѣнадцатиперстной и тонкой кишкѣ вслѣдствіе того, что глиста плотно присасывается къ слизистой оболочкѣ и извлекаетъ кровь изъ ея сосудовъ. Поэтому при разборѣ случаевъ очень сильнаго, какъ будто «самостоятельнаго» общаго малокровія всегда нужно помнить, что причиною его можетъ быть *anchylostoma*, такъ какъ область географическаго распространенія этой болѣзни оказалась гораздо болѣе обширною, чѣмъ думали прежде, когда существовало мнѣніе, что это есть эндемическая болѣзнь, встрѣчаемая только на Востокъ и преимущественно въ Египтѣ. Послѣ того какъ эта болѣзнь сдѣлалась болѣе извѣстною, благодаря большому числу случаевъ, наблюдавшихся у рабочихъ при прорытіи Сель-Готардскаго туннеля, она стала изрѣдка наблюдаться и въ Германіи, преимущественно у рабочихъ на кирпичныхъ заводахъ.

Распознаваніе болѣзней мочевыхъ органовъ.

Важнѣйшимъ симптомомъ для распознаванія болѣзней мочевыхъ органовъ служатъ *свойства мочи*, а особенно *присутствіе въ ней бѣлка*. Такъ какъ для діагноста обязательно правило — изслѣдовать на бѣлокъ мочу каждого больного, чѣмъ бы онъ ни страдалъ, то просмотрѣть альбуминурію не легко, и поэтому лучше принимать ее за исходный пунктъ при распознаваніи болѣзней мочевыхъ органовъ.

Бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается такъ часто, даже при отсутствіи заболѣванія почечной ткани, что изложенію діагностики отдѣльных болѣзней мочевыхъ органовъ необходимо предпослать краткій очеркъ клиническаго значенія альбуминурии вообще.

Прежде всего, альбуминурія, какъ впервые было доказано мною, можетъ встрѣчаться и при нормальномъ состояніи почекъ («физиологическая» альбуминурія). *Диагнозъ этой физиологической альбуминурии* часто бываетъ затруднителенъ и всегда долженъ ставиться съ осторожностью. Рѣшать вопросъ о томъ, можетъ ли быть признана кон-

Здѣсь, въ Петербургѣ и вообще въ Прибалтійскомъ краѣ, наиболѣе часто встрѣчается заболѣваніе широкимъ лентецомъ (*botryoscephalus latus*). Зараженіе происходитъ, по моимъ наблюденіямъ, наиболѣе часто отъ принятія въ пищу свѣжей красной икры (по большей части отъ щуки) или сырой геср. неполнѣ проваренной или прожаренной щуки. Какъ извѣстно, въ икрѣ и мясѣ щуки были находимы финны широкаго лентца. Распознаваніе этой глисты посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія испражнений крайне легко и всегда удается.

Гораздо рѣже встрѣчается зараженіе глистою *taenia mediocanellata* отъ сырой или непрожаренной говядины. Распознаваніе нерѣдко удается очень легко поставить, такъ какъ членики этой глисты обладаютъ способностью выползати изъ задняго прохода во время сна или даже во время бодрствованія, о чемъ больные обыкновенно и сообщаютъ категорично, если задать имъ вопросъ по этому пункту. Наиболѣе рѣдка глиста, здѣсь встрѣчающаяся, — это *taenia solium*, зараженіе которою происходитъ отъ принятія въ пищу финнозной ветчины. Распознается она главнымъ образомъ по характернымъ признакамъ выходящихъ съ испражнениями члениковъ или нерѣдко и по яйцамъ въ испражненіяхъ.

²⁷⁾ Малокровіе въ большей или меньшей степени развивается при всѣхъ трехъ вышеназванныхъ глистахъ. Наиболѣе сильное и наиболѣе тяжкое малокровіе (иногда злокачественное малокровіе) развивается при широкомъ лентецѣ; затѣмъ простое малокровіе наблюдается часто и при *taenia mediocanellata* и рѣдко при *taenia solium*.

Прим. М. А.

статированная альбуминурия на физиологическое явление, приходится врачу, во-первых, у таких больных, у которых присутствие белка в моче не может быть объяснено свойствами данной болезни, и, во-вторых, у здоровых людей, когда они обращаются на консультацию по поводу предположительного заболевания (брак, или после излечения производится для определения годности как в военной службе, или по случаю того, что они желают застраховать свою жизнь, и т. п. Для того чтобы мог быть поставлен определенный диагноз, должны отсутствовать все симптомы тех болезней, которые сопровождаются альбуминурией, а в особенности — симптомы заболеваний почек, и притом не только поражения или функциональное отклонение в высокой и слабой степени, но даже гипертрофия сердца и признаки увеличенного напряжения в артериальной системе. Кроме того, мочевой осадок должен содержать только весьма небольшое число цилиндрических цилиндров. Но и при вышеозначенных условиях диагноз физиологической альбуминурии должен ставиться с большою осторожностью, так как гипертрофия сердца, напряженность пульса и цилиндры в моче могут существовать и при некоторых формах нефрита или в известных стадиях его развития. Если моча содержит белок в относительно большом количестве, напр. 0.1% или еще больше, то мы всегда имеем право заподозрить скрытый нефрит, который в таких случаях может обнаружиться одним альбуминурией, при отсутствии каких других симптомов. Диагноз подтверждается только после продолжительного наблюдения, если за это время, не говоря уже о более резких признаках нефрита, сердце не увеличивается в размерах, не обнаруживается ни гипертрофия сердца, ни частоты стечания, или постоянного присутствия цилиндров в моче и увеличенного напряжения пульса.

Второй вопрос, подлежащий разъяснению, состоит в том, *есть ли альбуминурия в данном случае побочный симптом какойнибудь другой болезни, или же она играет первостепенную роль, т. е. обусловлена анатомическим повреждением почек.* В качестве *побочного явления*, альбуминурия встречается при общем малокровии, лейкомии, сильном поносе, холере, синичной волне, в первоначальном моче новорожденного и т. д., и во всех этих случаях она является результатом уменьшенного притока артериальной крови в Мальпигиевы клубочки и их капилляры. Альбуминурия подобного же происхождения, т. е. вызванная общим понижением кровообращения, повышенное давление в мочеточнике и уменьшенную скорость течения крови в Мальпигиевских клубочках, может также встречаться при многих болезнях нервной системы, напр. при болезнях головного и спинного мозга, при кровоизлиянии в головной мозг, при менингите, энцефалите, столбняке и т. д.

Еще нередко чаще альбуминурия встречается во время *побочного явления* при заболеваниях болезней, сопровождаемых *сильною истощенностью*; здесь она зависит частью от наступающего при этих болезнях ослабления сердечной деятельности, частью же от инфекции, непосредственно производящей раздражение почек и нарушающей их отправления.

Во большинстве вышеупомянутых случаев болезнь можно уже с первого взгляда отличить от альбуминурии, как нечто *побочное* в картине болезни, тем более, что отсутствуют все остальные признаки страдания почек — пороки, гипертрофия сердца и т. д. Сравнительно труднее разобраться в тех случаях, когда болезнь при истощении альбуминурия есть *последствие истощения крови в артериальной системе*, а именно в почечных венах, потому что одновременно с тем, как и при заболеваниях почек, здесь существует гипертрофия сердца и водянка (хотя и обусловленная иными причинами). Поэтому извлечения из количества и качества мочи, наступающие при венном возмущении, были описаны авторами с виду особые заболевания под именем «застойной почки». Хотя с теоретической точки зрения это не оправдывается, во все-таки практические и в особенности дифференциально-диагностиче-

скія соображенія требуютъ того, чтобы застойная почка была описана отдѣльно и противопоставлена различнымъ формамъ заболѣванія почекъ.

Въ заключеніе мы должны еще замѣтить, что, помимо сывороточнаго бѣлка, происходящаго изъ крови, присутствіе *гноя* въ изслѣдуемой мочѣ также даетъ обыкновенную реакцію на бѣлокъ. Однако, въ большинствѣ подобныхъ случаевъ количество бѣлка въ мочѣ бываетъ лишь весьма незначительнымъ, если одновременно съ выдѣленіемъ гноя не существуетъ и альбуминурія, зависящая отъ другихъ причинъ. Если содержаніе бѣлка не превышаетъ по объему $\frac{1}{10}$ того количества мочи, которое было взято для изслѣдованія, то обыкновенно мы вправѣ отнести это исключительно на счетъ присутствія гноя. Въ послѣднемъ случаѣ мочевой осадокъ всегда содержитъ *значительное* количество гнойныхъ тѣлецъ. Но важнѣйшую въ этомъ отношеніи точку опоры для діагноза всегда доставляетъ изслѣдованіе мочевого осадка на присутствіе въ немъ цилиндровъ, появленіе которыхъ рѣшительно говоритъ въ пользу того, что выдѣленіе бѣлка отчасти обусловлено также расстройствами кровообращенія или тканевыми измѣненіями въ почкахъ. Съ другой же стороны, присутствіе *очень небольшого числа* гнойныхъ клѣтокъ и цилиндровъ не даетъ права заключить, что существуетъ рунгіа, такъ какъ безцвѣтныя кровяныя тѣльца въ мочѣ при воспаленіяхъ почекъ составляютъ обычное явленіе.

Что, помимо сывороточнаго бѣлка, выдѣляются мочею еще и другія бѣлковыя вещества, это доказано несомнѣнно; однако, на присутствіи въ ней глобулина, пептоновъ, геміальбумоза и др. бѣлковыхъ веществъ основывать положительные діагностическіе выводы о какой-нибудь опредѣленной болѣзни мочевыхъ органовъ до сихъ поръ еще невозможно.

Болѣзни почекъ.

Застойная гиперемія почекъ, застойная почка.

Распознаваніе застойной почки и отличіе ея отъ нефритовъ обыкновенно удастся легко и въ практическомъ отношеніи представляется чрезвычайно важнымъ, такъ какъ отъ вѣрнаго діагноза единственно зависятъ предсказаніе и лѣченіе. Симптомы застоя крови въ почкахъ чрезвычайно характеристичны, и самое возникновеніе ихъ настолько выяснено экспериментальными изслѣдованіями, что помощію цѣлесообразныхъ терапевтическихъ мѣръ, основанныхъ на физиологическомъ опытѣ, обыкновенно удастся по произволу измѣнить и въ большинствѣ случаевъ даже совсѣмъ устранить послѣдствія застоя крови въ почкахъ.

Если неволнѣ перевязать почечную вену, то немедленно уменьшается количество мочи, и въ ней появляется бѣлокъ. Оба эти явленія объясняются *уменьшеніемъ скорости теченія крови въ клубочкахъ* и наступающимъ вслѣдствіе этого ослабленіемъ дѣятельности ихъ эпителія. Кромѣ того, болѣзни, при которыхъ появляется застой крови въ почечныхъ венахъ, почти всегда бываютъ связаны съ ослабленіемъ дѣятельности сердца. Слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ, рядомъ съ уменьшенною скоростью теченія крови, существуетъ еще *пониженное давленіе крови* въ сосудахъ клубочковъ, такъ что и съ этой стороны становится понятнымъ уменьшеніе количества мочи. Я думаю, что пониженіе кровянаго давленія при этихъ патологическихъ условіяхъ играетъ еще болѣшую роль, чѣмъ расстройство отправленій эпителія клубочковъ вслѣдствіе недостаточнаго притока кислорода, такъ какъ выдѣленіе плотныхъ составныхъ частей

мочи чрезъ эпителиальныя клетки извитыхъ мочевыхъ канальцевъ не уменьшается въ соответствующей степени даже при продолжительномъ застоѣ крови.

Моча при застойной гипереміи почекъ дѣйствительно представляетъ такія свойства, которыя вполне согласуются съ вышеупомянутыми экспериментальными фактами. *Суточное количество мочи уменьшено* (до 1000 куб. сант. и еще ниже), *цвѣтъ ея—темнокрасный, удѣльный вѣсъ значительно увеличенъ*, такъ какъ количество воды уменьшается гораздо сильнѣе, чѣмъ количество плотныхъ составныхъ частей въ мочѣ; соли, въ особенности —мочекислыя, образуютъ въ остывшей мочѣ красноватый осадокъ. Моча содержитъ *бѣлокъ и цилиндры*. Послѣдніе представляются въ видѣ простыхъ *гліалиновыхъ* цилиндровъ, до тѣхъ поръ, пока рядомъ съ застоемъ крови не развились воспалительные процессы. За исключеніемъ весьма немногочисленныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ осадкѣ, моча при застойной почкѣ почти никогда *не содержитъ крови*, даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ застой достигаетъ крайней степени; если же при несомнѣнно существующемъ застоѣ обнаружена въ мочѣ примѣсь крови, то это почти всегда указываетъ на осложненіе присоединившимся нефритомъ или гѣморрагическимъ инфарктомъ.

Выдѣленіе мочевины и др. плотныхъ составныхъ частей мочи существенно не измѣнено; *уремія, въ видѣ послѣдствія простаго застоя, не наблюдается*. Содержаніе бѣлка въ мочѣ всегда бываетъ умѣреннымъ, особенно по сравненію съ незначительнымъ количествомъ мочи при застойной почкѣ. Болѣе важное значеніе, чѣмъ это относительно умѣренное количество бѣлка, имѣетъ для діагноза то обстоятельство, что *содержаніе бѣлка въ мочѣ сильно колеблется, смотря по состоянію сердечной дѣятельности въ каждый данный моментъ, такъ какъ самая альбуминурія зависитъ здѣсь именно отъ ослабленной дѣятельности сердца*. Усиленіе сердечной дѣятельности возбуждающими средствами, особенно —наперсточною травою, часто уже въ самое короткое время, въ какихъ нибудь нѣсколько дней, приводитъ къ тому, что бѣлокъ совершенно исчезаетъ изъ мочи. Это составляетъ наиболѣе характерную особенность застойной почки, но достигнуть такого исчезновенія бѣлка изъ мочи удается не всегда, и въ такомъ случаѣ для постановки діагноза необходимо руководствоваться остальными болѣзненными явленіями, существующими у даннаго больного.

Прежде всего нужно обратить вниманіе на свойства *водянки*. Въ случаяхъ, въ которыхъ дѣло идетъ о застоѣ крови, развившемся въ почкахъ вслѣдствіе некомпенсированной болѣзни сердца или легкихъ, водянка всегда начинается съ *нижнихъ конечностей* и бываетъ здѣсь болѣе стаціонарною, чѣмъ при нефритѣ, хотя и при немъ дѣйствіе тяжести очень часто играетъ роль въ локализациі отека. Затѣмъ

само собою разумѣется, что необходимо произвести тщательное изслѣдованіе *сердца и легких* и обратить вниманіе на качество пульса. Если найдена эмфизема легких или констатированы шумы въ сердцѣ, то это уже напередъ говоритъ въ пользу застойной почки. Если же оказалась простая гипертрофія сердца безъ порока клапановъ и эмфиземы легкихъ, то вообще это свидѣтельствуетъ больше въ пользу нефрита. Однако, идиопатическая гипертрофія сердца въ позднѣйшихъ стадіяхъ своего развитія также приводитъ къ застою крови; то же самое относится къ компенсирующей гипертрофіи сердца при нефритѣ, но въ послѣднемъ случаѣ увеличенное напряженіе пульса всегда остается замѣтнымъ въ сравненіи съ малымъ неправильнымъ пульсомъ при идиопатически гипертрофированномъ сердцѣ, дѣятельность котораго ослабѣла. Въ періодѣ ослабленія дѣятельности гипертрофированнаго сердца при нефритѣ иногда также появляется сильный систолическій случайный шумъ, который можетъ подать поводъ къ невѣрнымъ заключеніямъ, именно къ тому, что будетъ предположенъ въ почкахъ застой крови вслѣдствіе порока двустворчатого клапана.

Діагнозъ застойной почки подтверждается, если одновременно констатированы другія явленія застоя, именно—ціанозъ лица, представляющій рѣзкій контрастъ съ чрезвычайно блѣдностью больныхъ нефритомъ, а въ особенности—твердая, увеличенная, легко прощупываемая печень.

Если упомянутыя явленія застоя исчезаютъ по принятіи соответственныхъ терапевтическихъ мѣръ, повлекшихъ за собою повышеніе кровяного давленія, если при этомъ увеличивается количество мочи и уменьшается ея удѣльный вѣсъ, если моча становится прозрачною и менѣе темною, а между тѣмъ альбуминурія продолжается, хотя бы и въ меньшей степени, то діагнозъ простой застойной почки долженъ ставиться съ большею осторожностью. Въ подобныхъ случаяхъ рядомъ съ застоемъ существуетъ нефритъ, который можетъ быть или случайнымъ осложненіемъ, или послѣдствіемъ застоя крови, но не въ томъ смыслѣ, чтобы нефритъ представлялъ усиленіе застоя, а скорѣе въ томъ, что продолжительная гиперемія создаетъ въ почкахъ, какъ и въ другихъ органахъ, предрасположеніе къ воспаленію. Если подумать о томъ, что чрезъ почки здороваго человѣка ежедневно проходятъ многія раздражающія вещества, не вызывая въ нихъ воспаленія, то станетъ понятно, что въ случаяхъ, гдѣ почечная ткань подъ вліяніемъ пассивной гипереміи питается менѣе удовлетворительно и сдѣлалась болѣе возбудимою, раздраженія эти оказываются достаточными, чтобы въ томъ или другомъ случаѣ послѣдовательно вызвать нефритъ. Слушиваніе и жировое перерожденіе эпителиальныхъ кѣлокъ и атрофія клубочковъ, констатированныя въ случаяхъ продолжительнаго застоя, несомнѣнно зависятъ главнымъ образомъ отъ разстройства артеріальнаго кровообращенія и должны быть считаемы послѣдствіями регрессивнаго перерожденія. Однако, рядомъ съ этими измѣненіями часто встрѣчается около сосудовъ въ интерстиціальной ткани мозгового и коркового вещества почекъ кѣлочная инфильтрація, которая указываетъ на то, что въ застойной почкѣ могутъ развиваться и воспалительные процессы. Впрочемъ, *послѣдствіе хроническій нефритъ* въ рѣзкой степени развитія при застойной почкѣ встрѣчается, по моимъ наблюденіямъ, далеко не часто; клинически онъ характеризуется, какъ мы уже замѣтили, тѣмъ, что альбуминурія не вполне исчезаетъ по устраненіи другихъ явленій застоя и что рядомъ съ гиалиновыми цилиндрами появляются въ мочѣ эпителиальныя кѣлки и жирно-перерожденные эпителиальныя цилиндры.

Холерная почка. Почка беременных.

Середину между измѣненіями почекъ, вызванными, съ одной стороны, расстройствами кровообращенія, а съ другой — воспалительными процессами, занимаютъ тѣ болѣзни почекъ, которыя появляются въ теченіи *беременности* и при *холерѣ*. Обѣимъ болѣзнямъ свойственны уменьшеніе количества мочи, повышеніе ея удѣльнаго вѣса, альбуминурія, выдѣленіе гіалиновыхъ цилиндровъ съ жирно-перерожденными эпителиальными клѣтками и сильное расстройство нервной системы, которое во время беременности выражается эклампсией, а при холерѣ извѣстно подъ именемъ холерного тифоида. Какъ бы ни былъ важенъ съ точки зрѣнія патологіи вопросъ о происхожденіи этихъ измѣненій въ почкахъ, но для діагностики онъ представляетъ мало интереса, такъ какъ распознаваніе, въ виду явной этиологіи подобныхъ случаевъ, никогда не представляетъ затрудненій. Діагностическій интересъ могутъ представлять развѣ только нѣкоторыя данныя, имѣющія значеніе для предсказанія въ отдѣльномъ случаѣ: чѣмъ болѣе свойства мочи во время *беременности* приближаются къ свойствамъ ея при нефритѣ, слѣдовательно, чѣмъ болѣе падаетъ ея удѣльный вѣсъ, чѣмъ болѣе замѣтною становится примѣсь крови, чѣмъ болѣе увеличивается количество метаморфозированныхъ цилиндровъ, тѣмъ менѣе мы имѣемъ право объяснять водянку и альбуминурію исключительно расстройствами кровообращенія и застоемъ крови въ венахъ брюшной полости, и мы должны здѣсь скорѣе предполагать воспалительныя измѣненія въ почкахъ. Водянка въ этомъ случаѣ уже не ограничивается исключительно или преимущественно нижними конечностями, а распространяется быстро на верхнія части тѣла или даже появляется въ нихъ раньше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. При измѣненіи почекъ, наступающемъ въ теченіи *холеры*, предсказаніе опредѣляется преимущественно ослабленіемъ сердечной дѣятельности и остановкою мочеотдѣленія: если эти два симптома прекратились, то можно рассчитывать на благополучный исходъ, тѣмъ болѣе, что при холерѣ осложненіе застойной почки хроническимъ нефритомъ встрѣчается, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко.

Разлитой нефритъ. Брайтова болѣзнь.

По примѣру *Cohnheim'a*, мы подраздѣляемъ съ клинической точки зрѣнія различныя формы нефрита только на двѣ главныя группы — на *нефриты острые* и *хроническіе*, смотря по тому, протекаетъ ли болѣзнь быстро или медленно. Изъ второй группы должна быть выдѣлена, въ качествѣ особой формы хроническаго нефрита, «*сморщенная почка*», при которой процессъ воспалительнаго сморщиванія обнаруживается съ самаго начала и болѣзнь имѣетъ чрезвычайно хроническое теченіе. Что же касается той формы хроническаго нефрита, которая протекаетъ не въ такой степени медленно и при которой анатомическія измѣненія почекъ, по крайней мѣрѣ вначалѣ, захватываютъ интерстиціальную ткань въ менѣе сильной степени, чѣмъ

эпителиальные элементы («паренхиматозный» нефритъ), то она можетъ быть еще подраздѣлена на двѣ разновидности, соотвѣтствующія болѣе раннему и болѣе позднему періоду болѣзни; вторая разновидность, соотвѣтствующая болѣе позднему періоду, характеризуется процессами сморщиванія въ интерстиціальной ткани, такъ что здѣсь можно говорить о «*хроничеcко сморщенной почкѣ*». Поэтому я подраздѣляю различныя формы нефрита слѣдующимъ образомъ:

I. острый нефритъ;

II. хроническіе нефриты:

1) *хроническій нефритъ* въ тѣсномъ смыслѣ (подострый нефритъ);

разновидность: *хроничеcко сморщенная почка*;

2) *сморщенная почка* въ тѣсномъ смыслѣ.

Въ послѣдніе 10 лѣтъ, придерживаясь этой классификаціи, я убѣдился, что она всего болѣе соотвѣтствуетъ клиническимъ требованіямъ и представляетъ наименѣе трудностей для распознаванія отдѣльныхъ формъ нефрита.

Острый нефритъ.

Симптомы остраго нефрита настолько характерны, что смѣшать эту болѣзнь съ какою нибудь другою едва ли возможно. Какъ при другихъ болѣзняхъ почекъ, точно также и здѣсь самымъ характернымъ симптомомъ оказываются *свойства мочи*. *Количество ея незначительно*, а иногда отдѣленіе ея даже совсѣмъ прекращается. Причину этого составляютъ отчасти уменьшенная скорость теченія крови и пониженное давленіе въ сосудахъ клубочковъ, вызванныя воспалительнымъ процессомъ, а отчасти набуханіе и слущиваніе эпителія клубочковъ, который въ выдѣленіи воды почками играетъ первостепенную роль. *Удѣльный вѣсъ мочи* значительно увеличенъ, а впослѣдствіи онъ падаетъ, когда отдѣленіе мочи опять становится болѣе обильнымъ. Удѣльный вѣсъ мочи зависитъ здѣсь, какъ и всегда, отъ количества находящихся въ ней плотныхъ составныхъ частей, а главнымъ образомъ — *мочевины*. *Процентное содержаніе мочевины при остромъ нефритѣ дѣйствительно оказывается увеличеннымъ, но абсолютное количество ея значительно уменьшено*. до $\frac{1}{6}$ нормальной цифры или еще ниже. Количество *фосфатовъ* и *хлоридовъ* точно также значительно *уменьшено*.

Моча всегда содержитъ *бѣлокъ* и притомъ въ довольно значительномъ количествѣ ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{0}{10}$). Альбуминурия, по наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, можетъ временно совсѣмъ отсутствовать. Последнее обстоятельство представляется, по меньшей мѣрѣ, очень страннымъ, такъ какъ не-удовлетворительное питаніе и ненормальная проницаемость сосудныхъ стѣнокъ, обусловленныя воспалительнымъ процессомъ, должны имѣть своимъ послѣд-ствиемъ болѣе легкое прохожденіе бѣлка.

Если же, тѣмъ не менѣе, въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ (я самъ никогда еще такого случая не наблюдалъ) выдѣляется при остромъ нефритѣ моча, не содержащая бѣлка, то это можетъ быть объяснено только такимъ образомъ, что пораженныя части почекъ по временамъ совершенно прекращаютъ выдѣленіе мочи, которое происходитъ тогда исключительно въ частяхъ почечной ткани, остающихся еще здоровыми.

Особенно важны измѣненія въ *цвѣтѣ* и *прозрачности* мочи. Цвѣтъ можетъ колебаться отъ *блѣдно-красноватаго* до *черновато-краснаго*; моча всегда представляется *мутною*. Красный цвѣтъ зависитъ отъ присутствія *крови*, примѣшанной въ большемъ или меньшемъ количествѣ, а мутность—отъ обильнаго содержанія плотныхъ составныхъ частей, которыя не могутъ раствориться въ очень маломъ количествѣ мочи. Спустя нѣкоторое время эти плотныя составныя части опускаются на дно сосуда, образуя болѣе или менѣе значительный *осадокъ*. При изслѣдованіи мочевого осадка мы находимъ красныя и безцвѣтныя кровяныя тѣльца, которыя, скучиваясь вмѣстѣ, могутъ образовать «*кровяные цилиндры*» (появленіе въ мочѣ этихъ составныхъ частей крови есть простой результатъ воспаленія почечныхъ сосудовъ); наряду съ кровяными тѣльцами, встрѣчаются въ осадкѣ мочекислыя соли, отпавшія эпителиальныя клѣтки мочевыхъ канальцевъ и, что особенно важно, *мочевые цилиндры*: кромѣ уже упомянутыхъ кровяныхъ цилиндровъ, мы находимъ въ большемъ или меньшемъ числѣ цилиндры *гіалиновые*, *метаморфозированные*, а также *чисто-эпителиальные*. Послѣдніе составляютъ вѣрный признакъ локализациі воспаленія въ мочевыхъ канальцахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ уже заранѣе можно съ извѣстнымъ вѣроятіемъ ожидать наступленія нефрита, напр. при скарлатинѣ, удастся иногда обнаружить въ мочѣ присутствіе кровяныхъ тѣлецъ и цилиндровъ еще за нѣсколько дней до появленія альбуминуриі.

На основаніи вышеописанныхъ свойствъ мочи мы можемъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій поставить діагнозъ остраго нефрита, если измѣненія эти найдены *во всей своей совокупности*, что бываетъ, впрочемъ, не всегда.

Всѣ же остальные симптомы нефрита, напр. *боль*, *учащенный позывъ къ мочеиспусканію* и *лихорадка*, имѣютъ для діагноза второстепенное значеніе, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ симптомы эти бываютъ, правда, очень ясно выражены и выступаютъ на первый планъ, но за то въ другихъ они совершенно отсутствуютъ. Лихорадка обыкновенно зависитъ отъ основной болѣзни, вызвавшей нефритъ, напр. отъ пневмоніи, скарлатины, септицеміи и т. д. Но и при этихъ условіяхъ лихорадка наблюдается рѣдко, такъ какъ нефритъ развивается уже до послѣдней стадіи лихорадочныхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ то время, когда заразное вещество выдѣляется изъ организма чрезъ почки, оказывая на нихъ токсическое дѣйствіе. Однако, по моимъ наблюденіямъ, несомнѣнно встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ появленіе нефрита, хотя и существуетъ лихорадка, не предшествовалось инфекціонною болѣзнію. Но это бываетъ очень рѣдко; въ значительномъ же большинствѣ случаевъ острый нефритъ протекаетъ *безлихорадочно*; напр. въ теченіи 10 лѣтъ я не видалъ ни одного случая лихорадочнаго нефрита, а въ прошедшемъ году мнѣ пришлось наблюдать цѣлый рядъ подобныхъ больныхъ.

Послѣ измѣненій мочи, самымъ важнымъ и наиболѣе частымъ симптомомъ остраго нефрита оказывается *водянка* подкожной клѣтчатки и серозныхъ оболочекъ; но она встрѣчается далеко не постоянно. Такъ какъ въ возникновеніи ея навѣрно играетъ важную роль не только

уменьшенное выдѣленіе мочи, но и состояніе сосудныхъ стѣнъ, особенно — въ кожѣ, то и становится понятно, что водянка, собственно говоря, достигаетъ *значительной* степени только при остромъ нефритѣ, развившемся вследствие простуды или послѣ скарлатины, между тѣмъ какъ при нефритѣ, развивающемся вследствие другихъ инфекционныхъ болѣзней, она почти всегда отсутствуетъ или, по крайней мѣрѣ, бываетъ менѣе значительною. Основываясь на долготѣнныхъ наблюденіяхъ у постели больного, я долженъ съ клинической точки зрѣнія особенно выставить на видъ этотъ фактъ, которымъ подтверждаются высказанные впервые Cohnheim'омъ теоретическіе взгляды по вопросу о происхожденіи водянки. *Для подкожнаго отека при остромъ нефритѣ до нѣкоторой степени характерично то, что онъ часто мѣняетъ свое мѣсто и что онъ не развивается всего раньше и всего сильнѣе на нижнихъ конечностяхъ, какъ при застойной почкѣ. Чѣмъ болѣе уменьшено количество мочи, тѣмъ болѣе значительной степени обыкновенно достигаетъ отекъ, и наоборотъ.*

Гипертрофія лѣваго желудочка, играющая столь важную роль при хроническомъ нефритѣ, какъ въ самомъ теченіи болѣзни, такъ и относительно ея распознаванія, почти всегда отсутствуетъ при остромъ нефритѣ.

Но и при остромъ нефритѣ, хотя и очень рѣдко, также можетъ встрѣчаться гипертрофія сердца, о чемъ свидѣлствуетъ слѣдующій случай, который мнѣ пришлось недавно наблюдать:

Портной К., 16-ти лѣтъ, до тѣхъ поръ здоровый, заболѣлъ 12-го декабря затрудненіемъ глотанія; при поступленіи его въ госпиталь, 26-го декабря, констатирована лихорадка (38°,5) и фолликулярная ангина. Сердце при изслѣдованіи найдено нормальнымъ; моча не содержитъ бѣлка. На слѣдующій день прекратилась лихорадка и исчезла припухлость миндалевидныхъ железъ, такъ что 31-го декабря больной казался уже выздоровѣвшимъ. 1-го января больной замѣтилъ, что моча сдѣлалась болѣе темною: она содержала много бѣлка и крови, а въ осадкѣ найдены многочисленные гіалиновые и малочисленные эпителиальные цилиндры. Суточное количество мочи 700 куб. сант. Лицо нѣсколько отечно, а въ другихъ мѣстахъ нигдѣ отека не существуетъ. 5-го января: сердечный толчекъ усиленъ, прощупывается въ 4-мъ и 5-мъ межреберныхъ пространствахъ, по сосковой линіи. Пульсъ правиленъ, на ощупь не напряженъ; однако, сфигмографическая кривая, полученная 7-го января, представляетъ едва замѣтное дикротическое колебаніе, причемъ первое катакритическое возвышеніе отодвинуто ближе къ вершинкѣ пульсовой волны. Сильныя головныя боли, значительное помраченіе чувствительности, затрудненіе дыханія (легкія найдены здоровыми), наклонность ко рвотѣ. Диагнозъ: начинающаяся уремія. Назначены подкожныя впрыскиванія Coffein. patrosalicyl. (0,1 грам. pro dosi). Мѣсто сердечнаго толчка въ 5-мъ межреберномъ пространствѣ отмѣчено записомъ 9-го января. На другой день сердечный толчекъ найденъ несомненно болѣе сильнымъ, чѣмъ наканунѣ, и перешедшимъ за отмѣченное мѣсто, такъ что онъ прощупывается приблизительно на разстояніи поперечнаго пальца кнаружи отъ сосковой линіи; звуки сердца чисты. 11-го января: правая граница сердечной тупости перешла, хотя и незначительно, за лѣвый край грудины. Моча отдѣляется въ обильномъ количествѣ; уремическія явленія исчезли. Затѣмъ началось

прогрессивное улучшение, такъ что 6-го февраля моча содержала только слѣды бѣлка; но свойства ея по временамъ колебались, а именно въ ней иногда опять появлялась небольшая примѣсь крови (въ послѣдній разъ—14-го марта). 27-го марта больной, по настоящему своему желанію, выписался изъ госпиталя. *Сердечный толчекъ все еще прощупывался кнаружи отъ сосковой линіи*, моча еще содержала слѣды бѣлка, пульсъ существенно измѣнился въ сравненіи съ прежнимъ, диокротическое колебаніе сдѣлалось явственнымъ.

Приведенный случай заслуживаетъ особеннаго вниманія въ виду того, что при поступленіи больного въ госпиталь моча не содержала крови и сердце было нормально, что *острый нефритъ наблюдался съ перваго дня своего появленія, а спустя 1—1½ недели была съ положительностью констатирована быстро развивающаяся гипертрофія сердца.*

Насколько рѣдко при остромъ нефритѣ встрѣчается такое быстрое развитіе гипертрофіи сердца, настолько же часто, по моимъ наблюденіямъ, констатируется при немъ измѣненіе пульса, которое, какъ можно думать, кладетъ начало развивающейся впоследствии гипертрофіи сердца (но обыкновенно не наступающей при остромъ нефритѣ, благодаря его малой продолжительности). Мы говоримъ именно объ *увеличенномъ напряженіи сосудной стѣнки*, которое, хотя и не можетъ быть констатировано простымъ ощупываніемъ пульса, но за то констатируется помощію сфигмографа. Если у каждаго больного острымъ нефритомъ производить сфигмографическое изслѣдованіе пульса, то лишь въ рѣдкихъ случаяхъ не будетъ при этомъ оказываться, что диокротическое колебаніе уменьшено, что колебанія, зависящія отъ эластичности стѣнокъ сосуда, выражены сильнѣе обыкновеннаго, что катокротическое возвышеніе отодвинуто ближе къ верхушкѣ пульсовой волны и т. д. Но мы не должны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ ожидать подобныхъ измѣненій пульса въ полной степени ихъ развитія, а должны считать безразличными даже слабые намеки на эти измѣненія, представляющіяся въ теоретическомъ отношеніи чрезвычайно важными.

Что касается остальныхъ симптомовъ, наблюдаемыхъ при остромъ нефритѣ, то почти всѣ они являются результатомъ задержки веществъ, подлежащихъ выдѣленію. Сюда я отношу гастрическія разстройства, именно *отсутствіе аппетита, тошноту, рвоту* (иногда *въ самомъ началѣ болзни* также наблюдается рвота, имѣющая, однако, рефлекторное происхожденіе), затѣмъ—*поносъ, зудъ кожи и головныя боли*. Если эти симптомы усиливаются, и, наконецъ, появляются эпилептиформные судорожные приступы съ коматознымъ состояніемъ, то мы имѣемъ предъ собою полную картину «уреміи» въ обыкновенномъ смыслѣ этого слова. Подробности относительно распознаванія уреміи будутъ сообщены въ главѣ о хроническомъ нефритѣ.

Распознаваніе остраго нефрита, въ виду вышесказаннаго, никогда не встрѣчаетъ серьезныхъ затрудненій, особенно, если еще принять во вниманіе этиологическія условія острой Брайтовой болзни: сильную простуду, отравленія (чаще всего чрезъ кожу,

при наружномъ употребленіи шпаяскихъ мухъ, пирогалловой кислоты, нафтола, и др.), а преимущественно—инфекціонныя болѣзни, изъ которыхъ пневмонія, тифъ, перемежающаяся лихорадка, дифтеритъ (впрочемъ, даже и простая ангина, какъ я могу это подтвердить собственными наблюденіями), затѣмъ корь, натуральная и вѣтряная оспа и, наконецъ, какъ извѣстно, скарлатина чаще всего приводятъ къ острому нефриту. Какъ въ эпидеміи дифтерита, такъ и въ эпидеміи скарлатины были наблюдаемы случаи, гдѣ нефритъ обнаруживался безъ обычныхъ проявленій болѣзни въ зѣвъ гезр. безъ сыпи и поэтому долженъ былъ считаться результатомъ необычнаго дѣйствія дифтеритной гезр. скарлатинной инфекціи, ограничивавшагося исключительно почками.

Труднѣе распознаются *обостренія хроническаго нефрита*, встрѣчающіяся очень часто, гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно полагаютъ. Если такое обостреніе появляется у человѣка, который, страдая хроническимъ нефритомъ, не находился до тѣхъ поръ подъ наблюденіемъ, то очень легко, какъ это доказывается вскрытіями, можетъ быть поставленъ невѣрный діагнозъ, т. е. иногда въ подобныхъ случаяхъ ошибочно распознается простой острый нефритъ. Этой ошибки легко можно избѣгнуть, если тщательно обращать вниманіе на анамнезъ и на нѣкоторыя особенности мочи. Что касается анамнеза, то мы не находимъ въ немъ определенной причины для существующаго въ данное время остраго нефрита (который обнаруживается быстрымъ развитіемъ водянки, гематуріей и т. п.); больной, напротивъ того, заявляетъ, что уже задолго онъ страдалъ общимъ изнеможеніемъ, блѣдностью, скоропреходящими отеками подкожной кѣтчатки, головными болями и гастрическими явленіями. Кроме того, въ случаяхъ, въ которыхъ острый нефритъ является осложненіемъ хроническаго, моча хотя и представляется скудною по количеству, мутною, кровянистою, но все-таки количество ея относительно болѣе велико, чѣмъ при первичномъ остромъ нефритѣ, а удѣльный вѣсъ относительно менѣе великъ; въ осадкѣ, наряду съ чисто-эпителиальными цилиндрами, встрѣчаются эпителиальныя кѣтки въ сильной степени жироваго перерожденія и большое число метаморфозированныхъ цилиндровъ; иногда также оказываются значительная гипертрофія сердца и *retinitis albuminurica*, слѣдовательно—такія явленія, для развитія которыхъ почти всегда требуется болѣе долгое время и которыя поэтому прямо указываютъ на давно уже существующій хроническій нефритъ.

Такъ какъ острый нефритъ, съ одной стороны, развивается въ теченіи лихорадочныхъ инфекціонныхъ болѣзней, а съ другой стороны онъ иногда, хотя и рѣдко, самъ по себѣ сопровождается лихорадкою, то можетъ возникнуть вопросъ, *есть-ли альбуминурія, сопутствующая лихорадкѣ, такъ называемая «лихорадочная» альбуминурія, или же она должна быть приписана существующему у больного острому нефриту*. Вообще, предполагать въ такихъ случаяхъ острый нефритъ слѣдуетъ только тогда, когда альбуминурія уже просуществовала нѣсколько дней и когда она достигаетъ болѣе значительной степени, т. е. когда въ мочѣ не только по временамъ появляются ничтожныя слѣды бѣлка, затѣмъ когда въ ней существуетъ примѣсъ крови и когда при микроскопическомъ изслѣдованіи мочеваго осадка, наряду съ гіалиновыми цилиндрами, найдены также эпителиальныя. *Водянка* при остромъ нефритѣ, развивающемся въ теченіи лихорадочныхъ инфекціонныхъ болѣзней, если оставить въ сторонѣ скарлатину, встрѣчается слишкомъ рѣдко для того, чтобы отсутствіе ея могло быть принимаемо въ соображеніе при дифференціальномъ діагнозѣ. Хотя и по моимъ наблюденіямъ эти діагностическія правила представляются полезными въ практикѣ, но я долженъ тѣмъ не менѣе выставить на видъ, что съ точки зрѣнія теоретической патологіи, по крайней мѣрѣ—по моему мнѣнію, нельзя строго отдѣлять лихорадочную альбуминурію отъ остраго нефрита. Такъ какъ «лихорадочная» альбуминурія при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ встрѣчается неодинаково часто, такъ какъ появленіе ея далеко не всегда совпадаетъ съ періодомъ наивысшаго развитія лихо-

радки и такъ какъ, судя, между прочимъ, и по тому, что я наблюдалъ при экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ, выдѣленіе инфекціоннаго вещества чрезъ почки должно быть признано несомнѣннымъ, то альбуминурія при лихорадкѣ навѣрно представляетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ ничто иное, какъ признакъ раздраженія почечной ткани и въ частности сосудистыхъ петель ядовитымъ веществомъ лихорадочной инфекціонной болѣзни. Если лихорадочная альбуминурія была только результатомъ разстройствъ кровообращенія, вызванныхъ въ почечной ткани ослабленіемъ дѣятельности сердца вслѣдствіе лихорадочной болѣзни, то терапевтическія мѣры, направленные противъ лихорадки и слабости сердца, должны были бы оказывать на степень альбуминурии и на ея теченіе гораздо болѣе рѣзкое вліяніе, чѣмъ это бываетъ въ дѣйствительности. Если раздраженіе почекъ инфекціоннымъ ядомъ достигаетъ большей степени, то обнаруживается полная картина острого нефрита.

Соотвѣтственно этому, при анатомическомъ вскрытіи въ такихъ случаяхъ, гдѣ больные при жизни представляли простую «лихорадочную» альбуминурію, мы и находимъ мутное набуханіе эпителия, а у больныхъ, умершихъ отъ скарлатины, даже слущиваніе эпителия Мальпигіевыхъ капсулъ и разсѣяныя инфильтраціи въ интерстиціальной ткани почекъ.

При скарлатинѣ особенно часто развивается одна форма острого нефрита, которая носитъ названіе *«glomerulo-nephritis»* и которая характеризуется тѣмъ, что интерстиціальная ткань и эпителий совершенно не измѣнены, а Мальпигіевы клубочки, напротивъ того, представляютъ глубокія измѣненія. Отличать такой гломеруло-нефритъ отъ обыкновенной острой Брайтовой болѣзни можно было бы на основаніи формы цилиндровъ, которые никогда здѣсь не должны представляться въ видѣ неизмѣненныхъ эпителиальныхъ цилиндровъ, т. е. въ видѣ сплошной цѣпи хорошо сохранившихся эпителиальныхъ клѣтокъ; но практическаго значенія эти діагнозы не имѣютъ. Присутствіе эпителиальныхъ цилиндровъ могло бы еще имѣть значеніе для діагноза въ отрицательномъ смыслѣ, такъ какъ оно доказываетъ, что воспалительный процессъ, во всякомъ случаѣ, вышелъ за предѣлы клубочковъ и привелъ къ слущиванію эпителия въ мочевыхъ канальцахъ.

Хроническій нефритъ, хроническая Брайтова болѣзнь.

Хроническій нефритъ въ тѣсномъ смыслѣ слова, подгострый нефритъ («большая бѣлая почка»).

При обыкновенной формѣ хроническаго нефрита (въ раннихъ стадіяхъ его развитія) *суточное количество мочи* нѣсколько уменьшено противъ нормы и составляетъ около 1 литра; моча имѣетъ *грязно-желтый цвѣтъ* или *похожа на мясные помои* и представляется *мутною* вслѣдствіе взвѣшенныхъ въ ней мочекислыхъ солей и форменныхъ элементовъ, опускающихся спустя нѣкоторое время на дно сосуда. При изслѣдованіи *осадка* мы находимъ безцвѣтныя кровяныя тѣльца, отчасти жирно-перерожденные, затѣмъ — красныя кровяныя тѣльца, жирно-перерожденный почечный эпителий и многочисленные мочевые цилиндры самой разнообразной формы, отчасти гіалиновые и эпителиальные, а отчасти темнозернистые, восковидно блестящіе, метаморфозированные. Поверхность цилиндровъ покрыта жировыми зернышками, блуждающими клѣтками, мочекислыми солями и микрококками. *Удельный вѣсъ* мочи нѣсколько увеличенъ или нормаленъ. Важнѣйшимъ измѣненіемъ мочи ока-

зывается присутствіе въ ней *бѣлка*, который обыкновенно ночью или вообще во время покоя выделяется въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ днемъ или послѣ движеній. Количество выделяемаго бѣлка весьма различно (0,5 — 1,0%), и обыкновенно оно бываетъ тѣмъ менѣе значительнымъ, чѣмъ болѣе развивается сморщиваніе воспаленнаго органа. *Обыкновенно также въ мочѣ можетъ быть обнаружено присутствіе крови*, не только подъ микроскопомъ, но и при химическомъ изслѣдованіи (всего проще — по способу *Almens'a*).

Нормальныя *плотныя составныя части* мочи при хроническомъ нефритѣ выделяются въ ненормальномъ количествѣ. Вообще, количество выделяемой мочевины бываетъ уменьшено сравнительно съ количествомъ ея у здороваго человѣка; но это бываетъ не всегда, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ она выделяется въ нормальномъ количествѣ. То же самое относится вообще и къ другимъ составнымъ частямъ мочи, именно — къ мочевой кислотѣ и неорганическимъ солямъ. Во всякомъ случаѣ, ожидать уменьшеннаго выдѣленія плотныхъ составныхъ частей мочи слѣдуетъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ дольше уже существуетъ хроническій нефритъ и чѣмъ болѣе значительной степени достигаетъ процессъ сморщиванія интерстиціальной ткани.

Послѣ измѣненій мочи, важнѣйшимъ симптомомъ хроническаго нефрита представляется *водянка*. При той формѣ нефрита, о которой мы теперь говоримъ (анатомическимъ субстратомъ которой служить такъ называемая «большая бѣлая почка»), водянка бываетъ особенно значительною и существуетъ какъ въ подкожной клѣтчаткѣ, такъ и въ полостяхъ тѣла. Нижнія конечности и мошонка также представляются опухшими. Лицо блѣдно, отеочно.

Насколько можно судить по клиническимъ и новѣйшимъ экспериментальнымъ изслѣдованіямъ, отекъ зависитъ отъ *различныхъ* причинъ: съ одной стороны — отъ гидрэміи, обусловленной потерей бѣлка, а съ другой стороны — отъ задержки воды вслѣдствіе уменьшеннаго выдѣленія мочи, если уменьшеніе это не уравнивается соответственнымъ усиленіемъ другихъ выдѣленій. Слѣдовательно, при распознаваніи водянки необходимо въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ прежде всего обращать вниманіе на эти два условія. Но признавать ихъ единственными причинами отека во всѣхъ случаяхъ нефрита было бы несправедливо, такъ какъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ несомнѣнно играетъ нѣкоторую роль механическое условіе, именно — затрудненное кровообращеніе, причемъ компенсаторное усиленіе сердечной дѣятельности происходитъ въ недостаточной степени или по временамъ парализуется. Это послѣднее условіе должно быть принимаемо во вниманіе при обсужденіи интенсивности водянки, если она увеличивается съ ослабленіемъ дѣятельности сердца и если постоянно преобладаетъ отекъ нижнихъ конечностей.

Особенное вниманіе при распознаваніи хроническаго нефрита необходимо обращать на изслѣдованіе *сердца и пульса*.

Сфигмографическая кривая пульса, какъ мы уже замѣтили по поводу остраго нефрита, иногда очень ясно представляетъ признаки увеличеннаго напряженія сосудовъ. Самая вѣроятная причина этого, по моему мнѣнію, заключается въ непосред-

ственномъ раздраженіи сосудныхъ стѣнокъ или сосудо двигательнаго центра, которое производится измѣненнымъ составомъ крови и наступившимъ вслѣдствіе этого повышеніемъ давленія въ сосудистой системѣ. Сердечная мышца, благодаря повышенному давленію въ сосудахъ, должна работать усиленно и рано или поздно гипертрофироваться. Разовьется ли гипертрофія уже очень рано или только впоследствии, это зависитъ, какъ мнѣ кажется, отъ различныхъ условій: напр. оттого, реагируетъ ли нервная система на химическое раздраженіе достаточно быстро, далѣе—оттого, постоянно ли предъявляются сердцу усиленные требованія, или же, наряду съ періодами возбужденія сердечной дѣятельности, бываютъ и такіе, когда выдѣленіе составныхъ частей мочи временно опять увеличивается и когда этимъ самымъ устраняется причина къ повышенію кровянаго давленія, и т. п.

Можно признать за общее правило, что, *чѣмъ дольше существуетъ болѣзнь почекъ, тѣмъ вѣрнѣе слѣдуетъ ожидать гипертрофіи сердца, и наоборотъ*, хотя бываютъ исключенія изъ этого правила въ ту и другую сторону.

При сморщенной почкѣ, имѣющей весьма хроническое теченіе, гипертрофія сердца развивается сравнительно чаще, между прочимъ, потому, что общее питаніе разстроено въ меньшей степени, чѣмъ при большой бѣлой почкѣ, при которой гипертрофія сердца вообще рѣдко бываетъ ясно выражена и становится болѣе значительною только впоследствии, когда интерстиціальное воспаленіе достигаетъ большаго развитія.

Какъ при остромъ нефритѣ, точно также и при хроническомъ существуетъ склонность къ воспаленію серозныхъ и слизистыхъ оболочекъ, именно—къ бронхіальному катарру, плевриту, перикардиту, пневмоніи и т. д.

Гастрическія явленія (отсутствіе аппетита, рвота, поносъ) при хроническомъ нефритѣ встрѣчаются, но рѣже, чѣмъ при сморщенной почкѣ. Они должны считаться *нервными* урэмическими симптомами въ обширномъ смыслѣ слова, хотя наступленію ихъ могутъ иногда отчасти способствовать воспалительныя состоянія слизистой оболочки желудка и кишечника. Несомнѣнно урэмическое происхожденіе имѣютъ судороги, головныя боли и т. д., однимъ словомъ—тѣ симптомы, совокупность которыхъ составляетъ классическую картину вполне развитой урэміи.

Распознаваніе урэміи во многихъ случаяхъ оказывается легкимъ; но иногда вѣрное отличіе ея отъ другихъ болѣзней составляетъ одну изъ труднѣйшихъ задачъ діагностики.

Симптомы вполне развитаго приступа урэміи, именно—рвота, судороги и коматозное состояніе, до такой степени характеристичны, что смѣшать эту болѣзнь съ какою нибудь другою, казалось-бы, не легко. Но такъ какъ въ виду новѣйшихъ опытовъ *Fleischer*'а стало вѣроятно, что причиною урэмического приступа служитъ очень сильное внезапное раздраженіе сосудо двигательнаго центра задержанными въ крови составными частями мочи и анэмія головного мозга, обусловленная спазмомъ сосудовъ, то очевидно, что такую же картину должна вообще представлять внезапная анэмія головного мозга, хотя бы она развилась вслѣдствіе другихъ причинъ. Отъ діагностической ошибки можетъ избавить

только изслѣдованіе мочи, которая при не-урѣмической острой анеміи головного мозга хотя и можетъ содержать бѣлокъ вслѣдствіе пониженія давленія во всей аортной системѣ, но бѣлокъ появляется только временно, а во всякомъ случаѣ мочевой осадокъ не содержитъ крови, эпителиальныхъ и метаморфозированныхъ цилиндровъ и т. д.

Но урѣмія не всегда появляется въ полной степени развитія. Она можетъ обнаруживаться ограниченными симптомами раздраженія нервной системы: въ качествѣ признаковъ урѣміи были наблюдаемы сокращенія отдѣльныхъ мышечныхъ группъ на одной половинѣ тѣла и даже настоящіе гемиплегіи. Амаурозъ также можетъ быть единственнымъ симптомомъ урѣмического отравленія, и такимъ же симптомомъ можетъ быть коматозное состояніе безъ своего обычнаго спутника, т. е. безъ судорогъ. Вслѣдствіе всего этого картина урѣміи получаетъ характеръ весьма непостоянный, измѣнчивый, и діагнозъ становится тѣмъ менѣе достовѣрнымъ, что и количество мочи далеко не всегда служитъ показателемъ наступленія урѣміи. Хотя появленіе урѣміи обыкновенно совпадаетъ съ значительно уменьшеннымъ выдѣленіемъ мочи, но иногда урѣмія обнаруживается безъ существеннаго уменьшенія количества мочи и мочевины, а съ другой стороны она можетъ не наступить, не смотря на продолжительную анурию. Если ко всему этому еще присовокупить, что медленно развивающаяся урѣмія обнаруживается лишь самыми ничтожными явлениями со стороны нервной системы, напр. зудомъ кожи, головными болями, легкимъ помраченіемъ сознанія, головокруженіемъ, тошнотою и т. п., то станетъ достаточно ясно, до какой степени иногда бываетъ трудно съ положительностью распознать урѣмическое отравленіе. Главное діагностическое правило состоитъ въ томъ, что *у больныхъ нефритомъ нервныя явленія должны быть обясняемы урѣмическимъ отравленіемъ крови только тогда, когда съ положительностью могутъ быть исключены все другія причины, отъ которыхъ эти явленія могли бы зависеть*. Такое распознаваніе, дѣлаемое путемъ исключенія, часто оказывало мнѣ большія услуги въ сомнительныхъ случаяхъ, и оно тѣмъ болѣе необходимо, что въ теченіи болѣзней почекъ иногда развиваются въ центральной нервной системѣ анатомическія измѣненія, которыя, какъ напр. мозговья кровоизліянія и менингитъ, могутъ по своимъ симптомамъ представлять сходство съ урѣміей. Діагнозъ въ такихъ случаяхъ часто можетъ быть поставленъ только съ извѣстною степенью вѣроятія.

Ограниченные судороги, а въ особенности ограниченные параличи, хотя и могутъ въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаться при неосложненной урѣміи, но вообще рѣшительно говорятъ въ пользу анатомическихъ измѣненій центральной нервной системы, тѣмъ болѣе, когда эти симптомы держатся довольно долгое время, а не имѣютъ мимолетнаго характера, какъ при урѣміи. Нерѣдко возникаютъ сомнѣнія относительно дифференціального діагноза между урѣміей и менингитомъ, причемъ предполагается, что послѣдній осложненъ воспаленіемъ почекъ. Изолированные параличи черепныхъ нервовъ,

судорожное сведение затылка, втягивание живота и т. п. симптомы говорят, конечно, въ пользу менингита; но бывают случаи, гдѣ менингитъ не обнаруживается никакими мѣстными симптомами, и тогда дифференціальный діагнозъ оказывается совершенно невозможнымъ.

Наконецъ, *отравленія и тяжелыя инфекціонныя болѣзни* также могутъ подавать поводъ къ діагностической ошибкѣ, потому что урэмія, какъ было въ послѣднее время выставлено на видъ *Rosenstein*'омъ и какъ я самъ могу подтвердить на основаніи личнаго опыта, тоже иногда сопровождается лихорадкою. Главнымъ образомъ дѣло идетъ здѣсь о тяжелыхъ случаяхъ просовидной бугорчатки, брюшного тифа и неясной по своему происхожденію септико-піеміи, если болѣзни эти сопровождаются альбуминурией *resp.* инфекціоннымъ нефритомъ. Для меня, по крайней мѣрѣ, эти болѣзни часто бывали источникомъ серьезныхъ затрудненій относительно дифференціального діагноза. Сравнительно всего легче можетъ быть исключена *просовидная бугорчатка*, какъ какъ въ картинѣ болѣзни, по крайней мѣрѣ обыкновенно, преобладаютъ симптомы со стороны легкихъ, съ признаками воспалительнаго раздраженія плевры и сердечной сорочки. Гораздо труднѣе бываетъ иногда отличить урэмию отъ *брюшного тифа*. Однако, увеличенная селезенка, розеола, относительное замедленіе пульса и характерное теченіе лихорадки рѣшаютъ вопросъ въ пользу тифа, между тѣмъ какъ при урэміи лихорадка, если въ отдѣльномъ случаѣ она и существуетъ, остается умеренною и не имѣетъ типичнаго теченія, свойственнаго брюшному тифу, а селезенка обыкновенно бываетъ не увеличена и частота пульса не подчиняется опредѣленному правилу. Наконецъ, въ пользу *септико-піеміи* говорятъ многочисленные воспалительныя гнѣзда, констатируемыя при объективномъ изслѣдованіи, въ особенности—пустулезныя или пемфигинозныя сыпи, эндокардитъ и воспаленія суставовъ, затѣмъ—перебегающійся типъ лихорадки, сопровождаемой ознобами, и результаты офтальмоскопическаго изслѣдованія (кровоизліянія въ сѣтчаткѣ, иногда съ бѣлымъ пятномъ посерединѣ).

Въ заключеніе необходимо замѣтить, что поводомъ къ грубой діагностической ошибкѣ можетъ быть отравленіе, въ особенности *опіемъ* или *спиртомъ*. Вопросъ разрѣшается анамнезомъ, свойствами мочи, приливами крови вслѣдствіе возбужденія сосудистыхъ нервовъ, веселымъ характеромъ бреда при спиртномъ отравленіи и т. п. Наконецъ, во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ не должно быть упускаемо изъ виду офтальмоскопическое изслѣдованіе, которое при нефритѣ весьма обыкновенно обнаруживаетъ альбуминурическое воспаленіе сѣтчатки и этимъ самымъ доставляетъ важный симптомъ, свидѣтельствующій въ пользу урэміи.

Вторично-сморщенная почка.

Отъ вышеописанной картины хроническаго нефрита уклоняется въ различныхъ отношеніяхъ картина *вторично-сморщенной почки*, такъ что отличить послѣднюю отъ большой бѣлой почки обыкновенно бываетъ очень легко.

Прежде всего, *количество мочи* болѣе значительно, чѣмъ при большой бѣлой почкѣ; оно остается приблизительно нормальнымъ или бываетъ нѣсколько выше нормы, между тѣмъ какъ удѣльный вѣсъ уменьшенъ (около 1015—1010). *Моча хотя и выделяется въ относительно обильномъ количествѣ, но оказывается еще нѣсколько мутною, содержитъ примѣсь крови и даетъ осадокъ*, въ которомъ находятся безцвѣтныя, но также и *красныя* кровяныя тѣльца, эпите-

ліальныя клітки и все еще довольно многочисленные цилиндры, въ ихъ различныхъ формахъ. Содержаніе бѣлка въ мочѣ болѣе значительно, чѣмъ при первично-сморщенной почкѣ. Подкожный отекъ при вторично-сморщенной почкѣ существуетъ всегда, хотя и въ умѣренной степени (на лицѣ, конечностяхъ и т. д.); въ полостяхъ тѣла точно также накапливается водяночная жидкость. Появленіе симптомовъ уреміи составляетъ правило, воспаленіе сѣтчатки встрѣчается весьма обыкновенно, а гипертрофія сердца — почти во всѣхъ случаяхъ.

Первично-сморщенная («зернистая») почка.

Эта форма хроническаго нефрита характеризуется своимъ чрезвычайно медленнымъ развитіемъ.

Количество мочи весьма значительно (3—4 литра и болѣе). Во многихъ случаяхъ учащенный позывъ къ мочеиспусканію и усиленная жажда впервые обращаютъ вниманіе на существующую болѣзнь. Главную причину этой поліуріи составляетъ гипертрофія сердца, которая здѣсь развивается почти всегда; съ ослабленіемъ сердечной дѣятельности уменьшается и количество мочи.

Однако, чрезмѣрное выдѣленіе мочи не можетъ быть объяснено исключительно гипертрофіею лѣваго желудочка. Напротивъ того, важную роль, по моему мнѣнію ¹⁾, играютъ также анатомическія измѣненія въ самой почкѣ (главнымъ образомъ — уничтоженіе большаго числа волосныхъ сосудовъ въ корковомъ веществѣ, причемъ повышается кровяное давленіе и увеличивается скорость теченія крови въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ, оставшихся еще здоровыми); возможно, что нѣкоторое значеніе имѣетъ также уменьшенное всасываніе воды въ мозговомъ веществѣ почекъ (*Ribbert*).

Удельный вѣсъ мочи бываетъ *низкій* (1005—1010) даже тогда, когда количество ея временно уменьшается; *цвѣтъ* блѣдный, зеленовато-желтый; при этомъ моча *прозрачна* или представляетъ ничтожное помутнѣніе и *не даетъ осадка*. Только спустя болѣе долгое время, при отстаиваніи мочи, получается незначительный осадокъ, въ которомъ могутъ быть найдены весьма малочисленные цилиндры, главнымъ образомъ — гіалиновые, широкіе и узкіе, затѣмъ — отдѣльныя клітки почечнаго эпителія и безцвѣтныя кровяныя тѣльца. Содержаніе *бѣлка* незначительно и увеличивается только тогда, когда уменьшается количество мочи; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бѣлокъ будто бы по временамъ *совершенно исчезаетъ*, особенно — въ ночной мочѣ; подтвердить этотъ фактъ, заявленный нѣкоторыми врачами, достойными полнаго довѣрія, я не могу на основаніи личнаго опыта, такъ какъ до сихъ поръ у меня не было случая, гдѣ бѣлокъ въ какое бы то ни было время отсутствовалъ бы *совершенно*, и мнѣ всегда удавалось съ помощію болѣе точныхъ реакцій находить весьма явственныя слѣды бѣлка. Что касается

¹⁾ Подробности относительно этого см.: *Salkowski* и *Leube*, «Die Lehre vom Harn», p. 317.

количества плотных составных частей, то, не смотря на обильное выделение мочи, замѣчается въ почкахъ явная склонность къ *уменьшенному выделенію мочевины, мочевой и фосфорной кислоты, хлоридовъ и амміачныхъ солей*. Но количество этихъ составныхъ частей, вообще уменьшенное, по временамъ увеличивается, и особенно во время уремическихъ приступовъ оно иногда представляетъ значительныя колебанія.

Водянка, въ противоположность другимъ формамъ нефрита, *всегда бываетъ незначительна или совсѣмъ отсутствуетъ*, до тѣхъ поръ, пока продолжается обильное выделение мочи и пока гипертрофированное сердце сохраняетъ достаточную энергію. Если же въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни падаетъ дѣятельность сердца, то и количество мочи уменьшается, а вмѣстѣ съ тѣмъ, появляется отекъ, ограничивающійся преимущественно нижними конечностями и находящійся въ зависимости отъ застоя крови.

Гипертрофія сердца существуетъ почти всегда и можетъ быть обнаружена физическимъ изслѣдованіемъ. На степень развитія этой гипертрофіи и на большую или меньшую удовлетворительность производимой ею компенсаціи необходимо обращать вниманіе во все продолженіе болѣзни, хотя бы уже потому, что предсказаніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣляется преимущественно степенью развитія гипертрофіи сердца въ данный моментъ. *Пульсъ* обыкновенно бываетъ твердый, напряженный, и всякое измѣненіе въ его силѣ и ритмѣ вообще служить вѣрнымъ признакомъ предстоящаго ослабленія компенсаціи со стороны гипертрофированнаго сердца, указывая на возможность появленія сердечной астмы и уремическихъ приступовъ.

При *офтальмоскопическомъ изслѣдованіи* обыкновенно оказываются характерные признаки такъ наз. *альбуминурическаго воспаления сѣтчатки (retinitis albuminurica)*, которое бываетъ иногда даже самымъ первымъ проявленіемъ болѣзни, т. е. обнаруживается прежде еще, чѣмъ могутъ быть съ положительностью констатированы измѣненія мочи. Ни при какой другой формѣ нефрита это воспаленіе сѣтчатки не встрѣчается такъ часто, какъ при сморщенной почкѣ.

Диспепсія наблюдается очень часто; иногда она оказывается именно тѣмъ симптомомъ, вслѣдствіе котораго больной обратился къ врачу. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ она, по моему мнѣнію, бываетъ послѣдствіемъ уремія и имѣетъ нервное происхожденіе, что доказывается результатомъ пробнаго обѣда. *Головные боли* и другія нервныя явленія, напр. головокруженіе, зудъ кожи и т. п., имѣютъ точно также уремическое происхожденіе. Я долженъ вообще посоветовать, чтобы при головныхъ боляхъ всегда производилось изслѣдованіе мочи даже въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ имѣютъ явно перемежающійся характеръ. При соблюденіи этого правила мы избавляемъ себя отъ упрековъ впо-

слѣдствіи, такъ какъ головная боль, казавшаяся вполнѣ невинною, получаетъ весьма важное діагностическое и прогностическое значеніе, если въ мочѣ найденъ бѣлокъ. При сморщенной почкѣ весьма обычное явленіе именно и составляетъ *хроническая* урэмія, которая обнаруживается лишь самыми ничтожными симптомами, а затѣмъ внезапно можетъ наступить такое значительное ослабленіе сердечной дѣятельности, или можетъ быть вызвано другою причиною такое обильное накопленіе въ крови составныхъ частей мочи, что суммирование раздраженій вызываетъ сильный урэмическій приступъ, т. е. вмѣсто скрытной урэміи является урэмія острая, въ полномъ своемъ развитіи.

Смерть можетъ наступить, помимо урэміи, вслѣдствіе серозной пневмоніи или также вслѣдствіе *мозгового кровоизліянія*, которое вообще во многихъ случаяхъ объяснено своимъ происхожденіемъ сморщенной почкѣ. Поэтому при всякой апоплексіи моча должна быть изслѣдуема на бѣлокъ (если больной находится въ коматозномъ состояніи, то нужно выпустить мочу катетеромъ); однако, не должно забывать, что альбуминурия при мозговомъ кровоизліяніи встрѣчается и безъ нефрита, обусловливаясь единственно нарушеніемъ кровообращенія, происшедшимъ вслѣдствіе заболѣванія головного мозга. Присутствіе широкихъ гіалиновыхъ цилиндровъ и жирно-перерожденныхъ клѣтокъ почечнаго эпителія въ мочевомъ осадкѣ, низкій удѣльный вѣсъ мочи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленіе отека дозволяютъ при такихъ условіяхъ опредѣлить, что причиною мозгового кровоизліянія служитъ сморщенная почка. Но иногда приходится оставлять открытымъ вопросъ о томъ, существуетъ ли въ данномъ случаѣ, наряду съ апоплексіей, сморщенная почка, и только впослѣдствіи становится ясно, была-ли альбуминурия вызвана апоплексіей, или, наоборотъ, апоплексія была своимъ происхожденіемъ обязана зернистой атрофіи почекъ, которая до тѣхъ поръ не обнаруживалась никакими симптомами.

Изъ *этіологіи* хроническаго нефрита лишь рѣдко удается извлечь какія нибудь данныя для подкрѣпленія діагноза. Напр. присутствіе сморщенной почки уже заранѣе представляется вѣроятнымъ, если, наряду съ заболѣваніемъ почекъ, существуетъ подагра, или свинцовое отравленіе, или сифилисъ въ позднемъ періодѣ развитія, между тѣмъ какъ послѣ болотной лихорадки и легочной чахотки чаще всего констатируется «большая бѣлая почка». Понятно, однако, что подобнаго рода діагностическія соображенія не имѣютъ никакой цѣны сравнительно съ результатами объективнаго изслѣдованія мочи и т. д.

Амилоидное перерожденіе почекъ. Амилоидная почка.

Распознаваніе *амилоидной почки*, по моимъ наблюденіямъ, всегда бываетъ затруднительно, потому что измѣненія мочи далеко не такъ характеристичны, какъ при нефритѣ.

Уже самое *количество* мочи бываетъ весьма неодинаковымъ, представляясь въ однихъ случаяхъ нормальнымъ, въ другихъ увеличеннымъ или уменьшеннымъ, а иногда оно попеременно то увеличивается, то уменьшается.

Важное значеніе имѣютъ прежде всего тѣ случаи, гдѣ при анатомическомъ вскрытіи находили совершенно чистое амилоидное перерожденіе почекъ, т. е. перерожденіе сосудовъ безъ измѣненій эпителія и интерстиціальной ткани. Подобные случаи были въ послѣднее время наблюдаемы *Rosenstein*'омъ, который находилъ при этомъ, осо-

бенно при амилоидномъ перерожденіи сосудовъ мозгового вещества, *увеличенное выделение мочи*; въ то же время она имѣла низкій удѣльный вѣсъ и блѣдный цвѣтъ. *Wagner* и др. авторы, напротивъ того, наблюдали и при чистомъ амилоидномъ перерожденіи почекъ уменьшенное выделение мочи, а особенно къ концу жизни.

Удѣльный вѣсъ, точно также измѣнчивый, бываетъ вообще уменьшенъ; моча имѣетъ свѣтло-желтый цвѣтъ и, что, по моему мнѣнію, особенно важно, представляется *прозрачною*, такъ что осадокъ обыкновенно получается съ трудомъ. Онъ не содержитъ цилиндровъ, но иногда количество ихъ оказывается даже значительнымъ, причемъ встрѣчаются именно гіалиновые и жирно-перерожденные цилиндры, а наряду съ ними также безцвѣтные кровяныя тѣльца. Очень рѣдко встрѣчались цилиндры, дававшіе амилоидную реакцію; но я лично никогда ихъ не видалъ.

Содержаніе *бѣлка* весьма неодинаково, иногда незначительное, а иногда очень обильное; въ нѣкоторыхъ случаяхъ альбуминурия совсѣмъ отсутствовала, не смотря на несомнѣнное амилоидное перерождение почечныхъ сосудовъ. Но, разумѣется, здѣсь могутъ имѣть цѣну только такія наблюденія, гдѣ изслѣдованія мочи, повторявшіяся въ теченіе долгаго времени, постоянно давали одинъ и тотъ же результатъ. Примѣромъ постоянного отсутствія бѣлка въ мочѣ у такого больного, у котораго впродолженіе многихъ мѣсяцевъ ожидалось амилоидное перерождение почекъ, можетъ служить слѣдующій случай, наблюдавшійся въ моей клиникѣ:

7-лѣтній мальчикъ поступилъ въ клинику 18-го апрѣля 1885 г., умеръ 16-го іюля 1886 г. *Spondylitis tuberculosa* въ поясничной части позвоночника; *компрессионный міэлитъ*. При поступленіи больного въ клинику, печень и селезенка имѣли нормальную величину, моча не содержала бѣлка. Въ срединѣ января 1886 г. прорвался въ лѣвомъ паху конгестивный абсцессъ, и появился поносъ. Затѣмъ къ маю 1886 г. образовалось *твердое гладкое опуханіе печени*, съ острымъ краемъ и глубокою междольчатою вырѣзкою; брюшной водянки не было, селезенка не прощупывалась. Такъ какъ въ виду этиологіи, въ виду консистенціи, величины и гладкости печени мы должны были распознать амилоидное перерождение этого органа, то мы со дня на день и ожидали амилоиднаго перерожденія почекъ, т. е. появленія бѣлка въ мочѣ. Но ежедневныя изслѣдованія мочи, если не считать 10-ти дней въ апрѣлѣ 1885 г., когда при реакціи на бѣлокъ получалось ничтожное помутнѣніе, давали *вполнѣ отрицательный результатъ*, и даже въ послѣдніе мѣсяцы жизни больного моча положительно не содержала *никакихъ слѣдовъ бѣлка*.

При *анатомическомъ вскрытіи*, помимо бугорчатой костоѣды позвоночника и помимо міэлита, мы нашли *амилоидное перерожденіе Мальпигиевыхъ тѣлецъ селезенки* (размѣры органа 10, $5\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$ сант.) и громадную *амилоидную печень* (вѣсъ 1400 гр.); *почки увеличены и блѣдны, корковое вещество болѣе блѣдно, чѣмъ мозговое вещество*; амилоидная реакція даетъ повидимому отрицательный результатъ. Но при *микроскопическомъ изслѣдованіи* получился результатъ несомнѣнно положительный, а именно оказалось амилоидное перерожденіе клубочковъ и приводящихъ сосудовъ.

Можно было бы думать, что при амилоидномъ перерожденіи клубочковъ моча должна *обязательно* содержать бѣлокъ, а при исключительномъ перерожденіи сосудовъ мозгового вещества онъ *долженъ* въ ней отсутствовать. Въ дѣйствительности, однако, это не оправдывается: альбуминурия иногда отсутствуетъ даже при значительномъ амилоидномъ перерожденіи клубочковъ; возможно, что въ послѣднемъ случаѣ амилоид-

ное перерожденіе еще не достигло такой степени развитія, чтобы стѣнка клубочковъ сдѣлалась проницаемой для бѣлка; возможно также (и это доказано новѣйшими изслѣдованіями *Hanzemann'a*), что вначалѣ перерождаются только сосудистыя петли, тогда какъ покрывающій ихъ эпителий остается еще совершенно неизмѣненнымъ.

Вообще, случаи амилоидной почки безъ альбуминуріи составляютъ исключеніе, а обыкновенно наблюдается даже *обильное* выдѣленіе бѣлка; кромѣ сывороточнаго альбумина, моча еще содержитъ глобулинъ, какъ и при разлитомъ нефритѣ. *Изслѣдованія объмѣна веществъ* при амилоидной почкѣ, именно—относительно вліянія ея на *количество отдѣльных составныхъ частей мочи*, имѣютъ мало значенія, такъ какъ самое заболѣваніе почекъ составляетъ здѣсь только частное проявленіе тяжелой конституціональной болѣзни; но вѣрно, повидимому, то, что *амилоидное перерожденіе почекъ не препятствуетъ выдѣленію веществъ, входящихъ въ составъ мочи*. Съ этимъ согласуется тотъ фактъ, что при чистомъ амилоидномъ перерожденіи почекъ, вѣроятно, *никогда не бываетъ урѣмій* и точно также *отсутствуетъ гипертрофія сердца*. Иное дѣло, когда амилоидное перерожденіе сопровождается процессами сморщиванія почечной ткани: если процессы эти преобладаютъ, то въ концѣ концовъ развивается гипертрофія сердца и могутъ появиться урѣмическіе симптомы. При этомъ сочетаніи обѣихъ болѣзней наблюдалось также воспаленіе сѣтчатки.

Поставить положительный діагнозъ амилоидной почки по однимъ только измѣненіямъ мочи, въ виду вышесказаннаго, *невозможно*; но въ большинствѣ случаевъ все-таки удастся вѣрно распознать эту болѣзнь, если обратить вниманіе на сопутствующія явленія. Въ большинствѣ случаевъ существуетъ *подкожный отекъ и полостная водянка*, часто даже въ очень сильной степени развитія; но въ другихъ случаяхъ не оказывается никакихъ слѣдовъ водянки. Обыкновенно, какъ это и понятно, констатируется также весьма значительная *анемія* и *кахексія*. Но болѣе важное значеніе, чѣмъ всѣ эти симптомы, имѣетъ для діагноза одновременное *амилоидное перерожденіе печени и селезенки*. Такъ какъ почки лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ оказывались единственнымъ органомъ, представлявшимъ амилоидное перерожденіе, а въ 60% всѣхъ случаевъ амилоиднаго перерожденія вообще оно констатировалось одновременно въ печени, селезенкѣ и почкахъ, то само собою очевидно, что это обобщеніе амилоиднаго процесса въ органахъ тѣла имѣетъ для діагноза важное значеніе, тѣмъ болѣе, что амилоидное перерожденіе селезенки и печени распознается вообще очень легко. Упорный *поносъ*, составляющій послѣдствіе амилоиднаго перерожденія кишечной стѣнки, можетъ точно также направить діагнозъ на вѣрный путь, хотя иногда поносъ зависитъ и отъ другихъ причинъ, а особенно отъ бугорчатаго воспаленія кишокъ.

Наконецъ, *первостепенное рѣшающее значеніе для діагноза*

имѣетъ этиологія. Чихотка съ процессами изъязвленія въ легкихъ и въ кишечникѣ, *нагноенія въ костяхъ* (продолжительныя нагноенія вообще) и *застарѣлый сифилисъ* составляютъ главнѣйшіе три источника амилоиднаго перерожденія вообще и амилоидной почки въ частности. Всѣ же остальные (впрочемъ, несомнѣнно констатированныя) причины амилоиднаго перерожденія, напр., ракъ, упорная перемежающаяся лихорадка и т. п., составляютъ сравнительно съ предыдущими причинами чрезвычайную рѣдкость; въ нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ нельзя было вообще открыть никакого источника для амилоиднаго перерожденія. Не смотря на все это, слѣдуетъ держаться правила — распознавать амилоидное перерожденіе почекъ только тогда, *когда печень и селезенка (или, по крайней мѣрѣ, одинъ изъ этихъ органовъ, въ особенности селезенка) оказываются увеличенными и твердыми, т. е. представляютъ симптомы амилоиднаго перерожденія, когда при этомъ давно уже существуетъ чихотка, нагноеніе или сифилисъ, когда моча содержитъ бѣлокъ и представляетъ вышеупомянутыя свойства относительно удѣльнаго вѣса и т. д., а въ особенности, когда, не смотря на большое содержаніе бѣлка, она оказывается поразительно прозрачною, бѣдною и не даетъ осадка.*

Амилоидное перерожденіе, повидимому, встрѣчается въ опредѣленныхъ мѣстностяхъ рѣдко, а въ другихъ чаще. Только такимъ образомъ я и могу себѣ объяснить, что въ Вюрцбургѣ, напр., не смотря на чрезвычайное множество больныхъ чихоткою и бугорчатыми страданіями костей, попадаютъ въ теченіе года на секціонный столъ весьма немногіе случаи амилоиднаго перерожденія.

Такъ какъ вопросъ о дифференціальномъ діагнозѣ между амилоиднымъ перерожденіемъ практикѣ очень часто, то я прилагаю здѣсь систематическое сравнительное сопоставленіе болѣзней

Схема для дифференціального распознаванія

| | | Застойная почка. | Острый нефритъ. |
|----------------------------|--|--|--|
| <i>Этіологія.</i> | | болѣзнь сердца и легкихъ, тромбозъ v. renal. или v. cav. inf. | сильная простуда, острое отравленіе (шпанскими мухами и т. п.), острые инфекціонныя болѣзни (скарлатина, пневмонія, тифъ, дифтеритъ, септицемія и т. д.) |
| <i>Свойства мочи:</i> | <i>количество</i> | скудное | скудное |
| | <i>цвѣтъ</i> | темно-красный | блѣдно-красный или темно-красный, мутный |
| | <i>удѣльный вѣсъ</i> | высокій | высокій |
| | <i>примѣсь крови</i> | отсутствуетъ (помимо единичныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ) | обильная |
| | <i>количество бѣлка</i> | умѣренное, измѣнчивое | обильное |
| | <i>осадокъ (цилиндры и т. д.)</i> | умѣренный мочекислыя соли, гіалиновые цилиндры, единичныя красныя кровяныя тѣльца | обильный безцвѣтныя и красныя кровяныя тѣльца, кровяные цилиндры, эпителиальныя цилиндры (вѣ стоящіе и метаморфозированныя), мочекислыя соли |
| | <i>количество плотныхъ составныхъ частей</i> | приблизительно нормальное; процентное содержаніе мочевины увеличено, абсолютное—не увеличено | значительно уменьшенное выделеніе мочевины, хлоридовъ и фосфатовъ |
| <i>Гипертрофія сердца:</i> | | обусловлена основною болѣзною | почти всегда <i>отсутствуетъ</i> |
| <i>Водянка:</i> | | особенно на нижнихъ конечностяхъ, болѣе стаціонарная, обусловлена основною болѣзною. | весьма значительная, мѣняющая свое мѣсто (рѣдко совсѣмъ отсутствуетъ) |
| <i>Уремія:</i> | | отсутствуетъ | встрѣчается часто, особенно при скарлатинозномъ и простудномъ нефритѣ |
| <i>Побочныя явленія:</i> | | общіе признаки застоя крови (застойная гиперемія печени и т. д.) | симптомы инфекціонныхъ болѣзней и отравленій |
| <i>Причина смерти:</i> | | упадокъ дѣятельности сердца, образованіе инфарктовъ и т. д. | уремія или воспаленіе внутреннихъ органовъ, отекъ легкихъ, серьезная пневмонія |

нѣмъ почекъ, застойною почкою и различными формами нефрита возникаетъ въ влѣніе характерныхъ симптомовъ, которыми отличаются вышеописанныя разлитыя бо-
почекъ.

наванія разлитыхъ болѣзней почекъ.

| Хроническій нефритъ. | | | Амилоидная почка. |
|--|---|---|--|
| Большая бѣлая почка. | Вторично-сморщенная почка. | Хрон. нефр., разв. медл. съ сам. нач.: «перв.-сморщ.почка» | |
| острый нефритъ (скарлатина и т. д.), медленно дѣйствующая простуда (сырая квартира и проч.), перемежающаяся лихорадка, пороки сердца, чахотка. | | подагра, свинцов. отравл., злоупотреблен. спиртн. напитк., піэлитъ (мочевые камн.), сифилисъ. | нагноен. (особ. — костоѣда), легоч. чахот., сифилисъ (въ особен. для амилоид-сморщен. почки); рѣдко: малярія, ракъ, язвы стопы и т. п. |
| нѣсколько уменьшенное (около 1 метра) | обильное или, по крайней мѣрѣ, нормальное | очень обильное | въ больш. случ. приблиз. нормальное, измѣнчив. |
| похожій на мясные помой, мутный | довольно свѣтлый | свѣтлый, блѣдный | блѣдно-желтый, <i>свѣтлый</i> |
| нѣсколько увеличенный или нормальный | незначительно уменьшенный | низкій | нормальный, или <i>уменьшенный</i> |
| обыкновенно существуетъ | обыкновенно незначительная | красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ больш. случ. не бываетъ совсѣмъ | <i>отсутствуетъ</i> |
| обильное | довольно обильное | скудное | обыкновенно обильное, но иногда бѣлокъ совсѣмъ отсутствуетъ |
| бильный блѣднѣе и красныя кровяныя тѣльца, цилиндры всѣхъ видовъ, въ особенности — жирно-перерожденн. | довольно обильный многочислен. цилиндры всѣхъ видовъ | очень скудный преимущественно гіалиновые цилиндры (узкіе и широкіе) | обыкновенно совсѣмъ отсутствуетъ; гіалиновые и жирно-перерожденные, весьма малочисленные цилиндры, безцвѣтныя кровяныя тѣльца |
| уменьшенное | значительно уменьшенное | значительно уменьшенное | нормальное, если оно не уменьш. вслѣдств. ухудш. общ. пит. или вслѣдств. образ. уратовъ и т. д. |
| иногда существуетъ | обыкновенно существуетъ | почти всегда существуетъ | отсутствуетъ, за исключен. амилоидной сморщенной почки |
| весьма значительная; полостная водянка | умѣренная, въ видѣ подкожнаго отека и полостной водянки | обыкновен. отсутствуетъ, но затѣмъ появляется при несостоят. сердца | обыкновенно весьма значительная |
| встрѣчается довольно часто | встрѣчается часто | встрѣчается очень часто | отсутствуетъ, за исключеніемъ амилоидной сморщенной почки |
| сильная блѣдность кожи, воспаленіе сѣтчатки, бронхитъ и т. д., воспаленія внутреннихъ органовъ | | | симптомы основной болѣзни (см. этиологію); воспаленіе сѣтчатки отсутствуетъ |
| рѣмья или, сравнительно чаще, воспаленіе внутр. органовъ | урѣмья, мозговое кровоизліяніе, несостоятельность сердца, воспаленіе внутреннихъ органовъ | | основная болѣзнь, истощеніе, кахексія. |

Гнойный нефритъ, септический и піэміческий нефритъ, піело-нефритъ, абсцессъ почки.

Воспалительные процессы, о которыхъ мы теперь будемъ говорить и которые могутъ быть объяснены *занесеніемъ бактерій и особенно микрококковъ* *нагноенія въ почечную ткань*, либо чрезъ кровеносные сосуды, либо чрезъ мочевые каналцы, представляются, въ противоположность вышеописаннымъ формамъ нефрита, не разлитыми, а ограничиваются отдѣльными участками почечной ткани, причемъ другія части ея сохраняютъ способность функционировать. Этимъ-то обстоятельствомъ и объясняется прежде всего тотъ фактъ, что въ такихъ случаяхъ никогда дѣло не доходитъ до полной анурии, обусловливаемой прекращеніемъ дѣятельности почекъ, а равно и то, что моча иногда можетъ совсѣмъ не содержать ненормальныхъ составныхъ частей. Но послѣднее бываетъ довольно рѣдко; обыкновенно же мы находимъ большую или меньшую примѣсь *гноя* и очень часто громадное количество *бактерій* (въ мочѣ свѣжевыпущенной). Содержаніе *бѣлка* при всѣхъ этихъ процессахъ бываетъ незначительно и какъ-разъ соотвѣтствуетъ альбуминурии, сопровождающей лихорадочную инфекціонную болѣзнь, или количеству гноя, примѣшаннаго къ мочѣ. *Цилиндры въ мочевомъ осадкѣ обыкновенно совсѣмъ отсутствуютъ*, но иногда они встрѣчаются въ немъ и служатъ признакомъ того, что воспалительный процессъ захватилъ клубочки и сосѣдніе мочевые каналцы. Если эти части почечной ткани поражены на большемъ пространствѣ, то и содержаніе бѣлка оказывается болѣе значительнымъ, чѣмъ это могло бы соотвѣтствовать количеству гноя, примѣшаннаго къ мочѣ. *Кровь* въ мочѣ при гнилостно-гнойной формѣ нефрита почти никогда не встрѣчается. Но при травматическомъ гнойномъ нефритѣ, а особенно при гнойномъ воспаленіи почекъ, вызванномъ мочевыми камнями, всегда существуетъ и гематурия.

Внезапное появленіе въ мочѣ большихъ количествъ гноя указываетъ на пребоденіе почечнаго абсцесса въ почечную лоханку, или также на то, что изъ мочеточника внезапно вышла закупоривавшая его гнойная пробка, позади которой накопилась моча, смѣшанная съ гноемъ (это составляетъ одну изъ причинъ гидронефроза). Впрочемъ, однократное или повторное изверженіе мочою большихъ количествъ гноя можетъ быть также обусловлено тѣмъ, что въ мочевые пути вскрылся перинефритическій абсцессъ, или же абсцессъ, находящійся по сосѣдству съ мочеточникомъ или мочевымъ пузыремъ.

Если при гнойномъ нефритѣ отпадаютъ *куски почечной ткани*, то они могутъ оказаться въ мочѣ. Диагнозъ этимъ самымъ получаетъ полную достовѣрность, причемъ предполагается, что микроскопическое изслѣдованіе упомянутыхъ кусочковъ ткани обнаружило въ нихъ мочевые каналцы и т. д. Однако, это составляетъ большую рѣдкость, а

въ громадномъ большинствѣ случаевъ намъ не приходится основывать діагнозъ на микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ ткани, найденныхъ въ мочѣ.

Реакція мочи, содержащей примѣсь гноя, бываетъ *вначалѣ кислая*, а въ послѣдствіи, при щелочномъ разложеніи, она становится *щелочною*, особенно въ такихъ случаяхъ, когда рядомъ съ гнойнымъ нефритомъ существуетъ хроническій гнойный циститъ.

Если къ *пнэлиту* присоединяется *per contiguitatem* воспаленіе почекъ вслѣдствіе того, что микрококки нагноенія проникаютъ изъ сосочковъ въ прямые мочевые каналыцы и, распространяясь все дальше и дальше по направленію къ поверхности почки, вызываютъ гнойное воспаленіе въ мочевыхъ каналыцахъ и интерстиціальной ткани, то въ мочѣ оказываются не только *гнойныя тѣльца* и происходящія изъ почечной лоханки *эпителиальныя клѣтки*, обыкновенно расположенныя на *подобіе черепицы*, но также (хотя и рѣдко) *мочевые цилиндры*. Такъ какъ клубочки находятся въ серединѣ гнойниковъ и такъ какъ эпителий погибаетъ путемъ омертвѣнія, то а priori слѣдовало бы ожидать, что въ мочѣ часто будутъ встрѣчаться цилиндры; однако, не должно забывать, что мочевые каналыцы закупориваются гноемъ и омертвѣвшимъ эпителиемъ, препятствуя этимъ самымъ оттоку мочи изъ пораженныхъ участковъ, гдѣ она именно и содержитъ бѣлокъ и цилиндры. Если же эта закупорка мочевыхъ каналыцевъ существуетъ не повсюду, то мы дѣйствительно находимъ въ мочѣ цилиндры и большее количество бѣлка, чѣмъ это могло бы соответствовать примѣси гноя, и тогда нефритъ, присоединившійся къ пнэлиту, оказывается доступнымъ для распознаванія.

Изъ вышесказаннаго очевидно, что свойства мочи при гнойномъ нефритѣ, въ противоположность разлитымъ нефритамъ, допускаютъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ весьма ненадежное заключеніе относительно діагноза. Въ виду этого является вопросъ, не представляютъ ли остальные симптомы рассматриваемой болѣзни болѣе вѣрныхъ точекъ опоры для ея распознаванія. *Высокая лихорадка съ потрясающими ознобами* свидѣтельствуетъ о процессѣ нагноенія въ какой либо части тѣла и прямо указываетъ на заболѣваніе мочевыхъ путей какъ на причину лихорадки перемежающагося типа, если въ мочѣ появилась примѣсь гноя. Діагнозъ пріобрѣтаетъ бѣольшую достовѣрность, если область почекъ болѣзнена самопроизвольно и при давленіи, а особенно, если въ названной области появилась *зыблящаяся опухоль*, прощупываемая сзади или чрезъ брюшные покровы (но для этого требуется образованіе громаднаго абсцесса).

Эту болѣзнь можно смѣшвать съ паранефритическими абсцессами, или съ конгестивными абсцессами, происходящими отъ позвоночника, тѣмъ болѣе, что и они, подобно абсцессамъ почекъ, могутъ внезапно прорываться въ мочевые пути, причемъ въ мочѣ появляется гной. Чѣмъ болѣе ограничено скопленіе гноя, тѣмъ болѣе это въ

сомнительномъ случаѣ говорить въ пользу абсцесса почекъ, особенно, если не существуетъ отека въ поясничной области, т. е., если образованіе абсцесса ограничивается почкою внутри ея капсулы и если моча съ самаго начала содержитъ примѣсь гноя и крови, а въ то же время не существуетъ никакой болѣзненности и никакого искривленія позвоночника. Когда мы опредѣлили, что зыблящаяся опухоль находится *въ почкѣ*, то возникаетъ еще вопросъ, не имѣемъ ли мы предъ собою *почечный абсцессъ*, или же *гидронефрозъ*, или *эхинококкъ почки*; но мы считаемъ болѣе удобнымъ рассмотреть этотъ вопросъ дифференціального діагноза при изложеніи діагностики послѣднихъ двухъ болѣзней. Сравнительно небольшое діагностическое значеніе имѣть *паралегія нижнихъ конечностей*, которая наблюдалась именно при абсцессѣ почекъ и была предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій; она считается отчасти рефлекторнымъ параличемъ, а отчасти послѣдствіемъ восходящаго неврита.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется сухость языка и слизистой оболочки рта, рвота, сильное помраченіе сознанія и общее изнеможеніе, причѣмъ состояніе это, хотя и имѣетъ отдаленное сходство съ картиною уремій, но отличается отъ нея постояннымъ отсутствіемъ судорогъ, водянки и воспаления сѣтчатой оболочки. Иногда коматозное состояніе, подобно тому какъ при сахарномъ диабетѣ, сопровождается диспноэтическимъ дыханіемъ (*Senator*). Состояніе это уже раньше было описано *Treitz'омъ* и *Jaksch'емъ* подъ названіемъ «*аммоніеміи*» и объяснялось этими авторами въ томъ смыслѣ, что оно есть продуктъ самоотравленія амміакомъ, образующимся при разложеніи мочи. Самоотравленіе въ такихъ случаяхъ существуетъ несомнѣнно; однако, мы считаемъ болѣе правильнымъ говорить здѣсь не объ отравленіи именно амміакомъ, а вообще объ *отравленіи ядовитыми веществами, которыя образуются при разложеніи мочи или находящаяся въ ней гноя*.

Если въ какомъ нибудь случаѣ найдены вышеозначенныя явленія, то мы вправѣ поставить діагнозъ гнойнаго нефрита, и тѣмъ съ болѣею увѣренностью, чѣмъ большее число этихъ явленій одновременно имѣются у даннаго больного. Я считаю полезнымъ еще разъ перечислить эти симптомы, расположивъ ихъ въ порядкѣ убывающаго діагностическаго значенія: *присутствіе въ мочѣ кусковъ почечной ткани, наряду съ примѣсью гноя, а иногда и крови (редко — мочевыхъ цилиндровъ), — ограниченная, зыблящаяся въ глубинѣ опухоль (гнойный мѣшокъ) въ области почекъ, безъ отека сусудныхъ тканей, — прободеніе въ почечную лоханку и временное появленіе въ мочѣ большихъ количествъ гноя, — лихорадка съ потрясающими ознобами, — самоотравленіе ядовитыми веществами, образовавшимися при разложеніи мочи и гноя, — паралегія нижнихъ конечностей, — боль въ области почекъ, щелочная реакція мочи*.

Но и тамъ, гдѣ одновременно существуютъ многія изъ вышеназванныхъ явленій, необходимо держаться правила, что діагнозъ гнойнаго нефрита не долженъ ставиться съ полною увѣренностью, если раньше не была тщательно рассмотрѣна и взвѣшена этиологія даннаго случая. Дѣло въ томъ, что діагнозъ пріобрѣтаетъ твердую почву только тогда, когда констатирована причина, которою обусловлено предполагаемое нагноеніе въ почкахъ; если же мы признали въ данномъ случаѣ «самопроизвольное» нагноеніе почечной ткани, то уже напередъ можно думать, что діагнозъ окажется невѣрнымъ.

Поводомъ къ нагноенію въ почкахъ чаще всего служатъ: *циститъ* (преимущественно триппернаго происхожденія), *гипертрофія предстательной железы*, *стриктура мочеиспускательнаго канала* и *болезни спиннаго мозга*, сопровождаемыя торпиднымъ состояніемъ мочеваго пузыря. Бактеріи, вызывающія воспаленіе и нагноеніе, проникаютъ при этихъ условіяхъ въ мочевые пути изъ окружающей среды (чаще всего заносятся непосредственно катетеромъ) и постепенно переходятъ вверхъ, противоположно направленію мочевой струи, въ особенности, когда истеченіе мочи встрѣчаетъ препятствіе. Нѣсколько иначе должно быть объясняемо происхожденіе гнойнаго нефрита при *образованіи конкрементовъ въ почечной лоханкѣ* (pyelitis calculosa) и при *травматическихъ поврежденіяхъ почек*. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ происходитъ мѣстное омертвѣніе почечной ткани и нѣкоторыхъ участковъ слизистой оболочки, то этимъ самымъ создается удобная почва для микроорганизмовъ, заносимыхъ чрезъ кровеносные сосуды. Такое же занесеніе микроорганизмовъ и ихъ продуктовъ въ почечную ткань чрезъ посредство сосудовъ происходитъ несомнѣнно въ тѣхъ случаяхъ, когда гнойный нефритъ развивается въ теченіи *септико-піеміи*. Наконецъ, при распознаваніи гнойнаго нефрита необходимо также выяснить, *гдѣ ли нагноеніе въ сосѣднихъ тканяхъ*, напр. въ почечной капсулѣ, чрезденной мышцѣ, въ брюшинѣ или ретроперитонеальной соединительной ткани, *которое перешло на почку per contiguitatem*.

Послѣ всего вышесказаннаго очевидно, что діагнозъ гнойнаго нефрита почти всегда бываетъ труденъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ ставится съ тою осторожностью, какъ это сейчасъ было объяснено. Если въ почкѣ накопилось болѣе значительное количество гноя, то діагнозъ становится болѣе легкимъ, но въ этомъ случаѣ является вопросъ, имѣемъ ли мы предъ собою абсцессъ въ самой почкѣ или только *накопленіе гноя въ почечной лоханкѣ*, а этотъ вопросъ обыкновенно не можетъ быть разрѣшенъ, если въ видѣ исключенія не найдены мочевые цилиндры или даже частицы почечной ткани, прямо указывающія на абсцессъ почки. Въ пользу такого абсцесса говорило бы и то обстоятельство, еслибы зыбленіе въ данномъ случаѣ ощущалось менѣе ясно со стороны брюшныхъ покрововъ, чѣмъ сзади со стороны почки. Но для того чтобы можно было воспользоваться этимъ дифференціально-діагностическимъ признакомъ и на основаніи его предположить абсцессъ въ почкѣ, долженъ быть предварительно исключенъ абсцессъ, развившійся вслѣдствіе паранефрита. Діагностика паранефритическаго абсцесса требуетъ нѣсколько болѣе подробнаго изложенія, такъ что я долженъ ей посвятить особую главу.

Паранефритъ.

Паранефритъ характеризуется болью, сосредоточивающеюся въ поясничной области или распространяющеюся въ сосѣднія части, — лихорадкою перемежающагося типа, — присутствіемъ опухоли въ поясничной области, — *подкожнымъ отекомъ въ соответствующемъ мѣстѣ и въ ближайшемъ сосѣдствѣ*, — глубокимъ зыбленіемъ, — иногда также болью при сокращеніяхъ чрезденной мышцы, — прободеніемъ абсцесса въ брюшину, кишечный каналъ, бронхи и т. д. (если гною не доставленъ выходъ наружу путемъ хирургической операціи) и *совершенно нор-*

малыми свойствами мочи, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда гной прорывается въ почечную лоханку (при этомъ моча, по крайней мѣрѣ, не содержала гноя раньше въ теченіе долгаго времени), или же, когда паранефритъ, какъ это бываетъ нерѣдко, присоединяется послѣдовательнымъ образомъ къ піелиту и піелонефриту.

Распознаваніе, если приняты въ соображеніе вышеуказанные симптомы, не представляетъ особенныхъ трудностей, по крайней мѣрѣ—въ большинствѣ случаевъ. Отличить паранефритическій абсцессъ отъ *почечнаго абсцесса* легко удастся, если принять въ соображеніе, что при паранефритѣ появляется болѣе *разлитая* инфильтрація въ области почки и болѣе обширный отекъ наружныхъ покрововъ, что при немъ часто образуются конгестивные абсцессы въ нижележащихъ мѣстахъ и что моча, за исключеніемъ вышеупомянутыхъ весьма рѣдкихъ случаевъ, представляетъ нормальныя свойства. Подобно нагноеніямъ самой почки, могутъ быть смѣшиваемы съ паранефритомъ абсцессы въ сосѣднихъ органахъ, главнымъ образомъ—въ *чресленной мышцѣ*, тѣмъ болѣе, что затрудненіе сокращеній этой мышцы наблюдается и при паранефритѣ. Однако, затрудненіе это при паранефритическомъ абсцессѣ никогда не обнаруживается съ самаго начала и не выступаетъ такъ сильно на первый планъ, какъ при абсцессѣ чресленной мышцы, при которомъ вдобавокъ чувство боли и прощупываемая опухоль сосредоточиваются по направленію этой мышцы. Далѣе, паранефритъ можетъ симулироваться *накопленіемъ каловыхъ массъ въ кишкахъ и абсцессомъ, образовавшимся вслѣдствіе паратифлита*; однако, въ послѣднемъ случаѣ мѣстоположеніе абсцесса до такой степени отличается отъ мѣстоположенія его при паранефритѣ, что смѣшать между собою эти двѣ болѣзни едва ли возможно. Такая ошибка скорѣе представляется возможною впослѣдствіи, если гной при паранефритѣ опустился въ паховую область. Въ этихъ случаяхъ исходный пунктъ абсцесса можетъ быть опредѣленъ только самымъ *ходомъ развитія болѣзни*, результатомъ, получившимся послѣ опорожненія кишечника, и т. д.

Если остаются сомнѣнія относительно того, существуетъ ли *гной* въ глубинѣ, то необходимо сдѣлать пробный проколъ.

Геморрагическій инфарктъ въ почкахъ.

Геморрагическій инфарктъ въ почкѣ возникаетъ уже извѣстнымъ намъ образомъ при порокахъ клапановъ путемъ занесенія эмболической пробки изъ сердца, или при атероматозномъ перерожденіи артерій и т. д. Травматическія поврежденія повидимому тоже могутъ вслѣдствіе разрыва почечныхъ артерій подавать поводъ къ образованію инфаркта. *Если у больного, у котораго имѣется одинъ изъ этихъ источниковъ для эмболіи, внезапно появились гематурія, сама*

по себѣ или съ чувствомъ боли въ почечной области, и если эти симптомы спустя короткое время исчезли совершенно, то мы имѣемъ право поставить діагнозъ геморрагическаго инфаркта въ почки. Но въ значительномъ большинствѣ случаевъ эта эмболія почечныхъ артерій, наступающая довольно часто (о чемъ свидѣлствуютъ анатомическія вскрытія), не обнаруживается при жизни больного рѣшительно никакими симптомами.

Случай геморрагическаго инфаркта, распознаннаго при жизни больного, весьма немногочисленны; мнѣ удалось только въ одномъ единственномъ случаѣ, лѣтъ 10 тому назадъ, распознать геморрагическій инфарктъ при жизни больного, страдавшаго порокомъ клапановъ, и діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ трупа. Къ сожалѣнію, относительно этого случая у меня не сохранилось подробныхъ замѣтокъ; но въ другомъ случаѣ симптомы были до такой степени рѣзки, что діагнозъ можетъ считаться неподлежащимъ сомнѣнію, не смотря на благопріятный исходъ болѣзни.

17-лѣтній столяръ, поступившій въ клинику 9-го февраля, представляетъ симптомы остраго эндокардита (недостаточность аортальныхъ клапановъ), появившагося въ теченіи сочленовнаго ревматизма. Моча содержитъ бѣлокъ и крови; область лѣвой почки весьма чувствительна къ давленію; отековъ не существуетъ. Кровь совершенно исчезла изъ мочи черезъ два дня, а бѣлокъ—черезъ 6 дней. 6-го марта больной жаловался на чувство стѣсненія въ груди и на головныя боли, причемъ появилось незначительное повышеніе температуры (при измѣреніи въ подмышечной впадинѣ 6-го марта 37° 8, 7-го 37° 9, 8-го 38° 5, 9-го 38° 0, а 10-го марта температура опять стала нормальной); въ ночь, представлявшей до тѣхъ поръ совершенно нормальной, опять появились 7-го марта кровь и бѣлокъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ область лѣвой почки снова сдѣлалась чувствительною къ давленію. Моча на этотъ разъ содержала кровь и бѣлокъ въ продолженіе 7-ми дней; затѣмъ она опять сдѣлалась нормальной, и въ то же время область лѣвой почки стала нечувствительна къ давленію. Потрясающихъ ознобовъ не было ни въ первомъ, ни во второмъ приступѣ.

Я думаю, что въ этомъ случаѣ имѣлось полное основаніе поставить діагнозъ геморрагическаго инфаркта въ почки; по крайней мѣрѣ, всякое другое объясненіе гематурии и альбуминурии, внезапно появившихся при остромъ эндокардитѣ вмѣстѣ съ чувствомъ боли въ области почки и затѣмъ быстро опять исчезнувшихъ, представляется, по моему мнѣнію, несравненно менѣе вѣроятнымъ, чѣмъ объясненіе эмболиею почечной артерій.

Бугорчатка почек. Nephrophthisis.

Бугорчатка почек встрѣчается въ двухъ существенно различныхъ формахъ: 1) въ формѣ *послѣдовательной просовидной метастатической бугорчатки*, которая представляетъ частное проявленіе той же болѣзни, значительно распространенной въ тѣлѣ вообще, и которая недоступна распознаванію, потому что не обнаруживается никакими клиническими симптомами, и 2) въ формѣ *первичной бугорчатки почек*. Во второмъ случаѣ, наряду съ сырими узелками, образуются вслѣдствіе ихъ сліянія между собою и вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія инфильтраціи болѣе обширныя узлы, подвергающіеся творожистому перерожденію, такъ что почечная ткань постепенно разрушается, и въ ней образуются вслѣдствіе размягченія большія полости, мѣстами сообщающіяся съ почечною лоханкою, которая точно также подверглась бугорчатому перерожденію. Эта форма бугорчатки почек обнаруживается весьма рѣзкими клиническими явленіями и доступна распознаванію. Она сопровождается бугорчаткою мочеточниковъ и мочевого пузыря, и почти всегда при этомъ еще оказывается творо-

жисто-бугорчатое перерожденіе предстательной железы, яичка и его придатка, сѣмянныхъ пузырьковъ, яичниковъ и Фаллопиевыхъ трубъ, такъ что болѣзнь вполне справедливо носить названіе *бугорчатки мочеполовыхъ органовъ*. Какимъ образомъ происходитъ занесеніе бугорчатого яда, это еще не вполне выяснено; однако, можно думать, что оно происходитъ не только изнутри, путемъ эмболии кровеносныхъ сосудовъ, но и снаружи, т. е. изъ предстательной железы и мочевого пузыря.

Для діагноза важнѣйшимъ симптомомъ представляются *специфическія измѣненія мочи*. Она бываетъ въ большинствѣ случаевъ *мутною*, имѣетъ *кислую* реакцію, содержитъ *блочки* и всегда даетъ *осадокъ*, состоящій изъ *крови, эпителиальныхъ клетокъ* (рѣдко — мочевыхъ цилиндровъ), *гноя* и *распада*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ осадокъ содержитъ *обрывки соединительной ткани и эластическія волокна*. Если въ мочевомъ осадкѣ констатированы эти послѣдніе двѣ составныя части, то вполне доказано, что произошло болѣе глубокое разрушеніе мочеточника, почечной лоханки или самой почечной паренхимы, а въ частности — ея интерстиціальной ткани и находящихся въ ней сосудовъ. Но *бугорчатый* характеръ заболѣванія нисколько не доказывается присутствіемъ въ мочѣ этихъ составныхъ частей, такъ какъ онѣ должны въ ней иногда появляться при всякомъ болѣе сильномъ разрушеніи названныхъ тканей, происшедшемъ вслѣдствіе нагноенія или же вслѣдствіе творожистаго перерожденія, которое въ почкахъ повидимому встрѣчается и безъ одновременной бугорчатки. *Напротивъ того, присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ творожистыхъ массахъ распада или вообще въ мочевомъ осадкѣ у такихъ больныхъ, у которыхъ можно подозревать чахоточное пораженіе почекъ* (именно въ виду находенія въ мочѣ гноя, крови и распада), *составляетъ безусловно вѣрный діагностическій признакъ бугорчатого заболѣванія почекъ*.

Открыть присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ мочевомъ осадкѣ обыкновенно бываетъ не трудно. Онѣ были здѣсь найдены впервые мною въ одномъ случаѣ первичной бугорчатки почекъ (очень скоро послѣ того какъ стало извѣстно открытіе, сдѣланное Косч'омъ), а затѣмъ констатированы многими другими изслѣдователями при помощи того же метода, которымъ мы пользуемся для находенія бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ. На основаніи этого признака можно съ полною увѣренностью поставить діагнозъ бугорчатой чахотки почекъ. Правда, съ тѣхъ поръ сообщены случаи обширно распространенной просовидной бугорчатки, въ которыхъ моча содержала весьма немногочисленныя бугорчатые палочки, а при анатомическомъ вскрытіи нельзя было обнаружить бугорчатого заболѣванія мочеполовыхъ органовъ. Однако, это составляетъ величайшую рѣдкость въ сравненіи съ громаднымъ множествомъ тѣхъ случаевъ, гдѣ моча *совсѣмъ не содержитъ* бугорчатыхъ палочекъ, не смотря на очевидно обширное распространеніе бугорчатки въ органахъ тѣла; къ тому же моча въ упомянутыхъ случаяхъ не содержитъ, наряду съ бугорчатыми палочками, ни гноя, ни другихъ ненормальныхъ составныхъ частей, какія бываютъ при бугорчатой чахоткѣ почекъ. Поэтому присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ мочевомъ осадкѣ сохраняетъ свое важное значеніе для діагноза бугорчатки почекъ, *если въ мочѣ при повторномъ ея изслѣдованіи обнаружено, кромѣ бугорчатыхъ палочекъ, присутствіе гноя и рас-*

пада. Если многократныя микроскопическія изслѣдованія мочевого осадка на бугорчатые палочки даютъ отрицательный результатъ, то можно еще, по примѣру *Damsch'a*, привить выдѣленный мочею гной въ переднюю глазную камеру кролика: если на 3-ей недѣль появились узелки въ радужной оболочкѣ, то этимъ самымъ доказанъ бугорчатый характеръ заболѣванія мочеполовыхъ органовъ.

Въ сравненіи съ этимъ наиболѣе положительнымъ признакомъ бугорчатой чахотки почекъ, всѣ остальные симптомы, напр. боль въ почечной области и т. п., имѣютъ для діагноза гораздо меньшее значеніе. Однако, діагнозъ существенно подкрѣпляется, если, наряду съ упомянутыми измѣненіями мочи, констатированы признаки, указывающіе на бугорчатый характеръ заболѣванія почекъ. Особенно важно, если найдено въ то же время *затверднѣніе и творожистое перерожденіе яичка*, а главнымъ образомъ его *придатка и предстательной железы* у мужчинъ, или *яичниковъ и Фаллопиевыхъ трубъ* у женщинъ, и поэтому ни въ одномъ случаѣ, подозрительномъ въ отношеніи почечной чахотки, не должно быть упускаемо изъ виду тщательное изслѣдованіе означенныхъ органовъ (въ особенности—изслѣдованіе чрезъ влагалище). *Лихорадка*, хотя бы и незначительная, существуетъ во всѣхъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ—по временамъ; обильные поты и диспепсія, а также бугорчатый заболѣванія суставовъ и бугорчатый менингитъ, осложняютъ бугорчатку мочеполовыхъ органовъ въ позднѣйшія стадіи ея развитія. *Легочная бугорчатка* иногда также констатируется при бугорчато-творожистомъ перерожденіи мочевыхъ органовъ, и обыкновенно она бываетъ здѣсь вторичнаго происхожденія; однако, существуютъ и такіе случаи, гдѣ заболѣваніе легкихъ есть явленіе первичное, а бугорчатая чахотка почекъ представляетъ уже послѣдовательную локализацию бугорчатого яда.

Иногда діагнозъ затрудняется или становится невозможнымъ вслѣдствіе того, что моча временно или постоянно не содержитъ ненормальныхъ составныхъ частей. Это можетъ оказаться тогда, когда бугорчатые инфильтраты въ началѣ развитія болѣзни еще не подверглись распаденію, или же, когда мочеточникъ больной почки временно закупоренъ творожистыми массами, такъ что характерно измѣненная моча этой почки не можетъ выходить наружу, а другая почка, пощаженная бугорчатымъ процессомъ, выдѣляетъ нормальную мочу. Въ подобныхъ случаяхъ позади закупореннаго мѣста образуется гидронефротическое расширеніе просвѣта мочевыхъ путей.

Опухоли почек.

Распознаваніе почечныхъ опухолей бываетъ почти всегда сопряжено съ нѣкоторыми трудностями и во всѣхъ случаяхъ требуетъ систематическаго производства изслѣдованія и тщательнаго взвѣшиванія дифференціально-діагностическихъ признаковъ. Почечная опухоль, болѣе или менѣе обширная, имѣетъ различную величину и различное протяженіе, смотря по тому, развилась ли она первоначально изъ верхней или нижней части почки. Если опухоль развивается изъ *верхнихъ* частей правой или лѣвой почки, то сначала выпячивается правое или лѣвое подреберье, а впоследствии—подвздошная область той же стороны. Если же исходнымъ

пунктомъ почечной опухоли служить *нижняя* половина мочки, то уже съ самаго начала вынычивается подвздошная область. Въ виду мѣстоположенія почечныхъ опухолей можно было бы ожидать, что онѣ будутъ распространяться главнымъ образомъ по направленію назадъ. Въ дѣйствительности, однако, опухоль растетъ гораздо больше по направленію кпереди, такъ какъ сзади поясничныя мышцы оказываютъ ей большее противодействіе, чѣмъ лежащія спереди мягкія кишки, которыя легко оттѣсняются въ стороны растущею почечною опухолью. Но при распознаваніи почечныхъ опухолей всегда слѣдуетъ твердо помнить, что онѣ растутъ *сзади напередъ* и оттѣсняютъ при этомъ всѣ подвижные органы брюшной полости (главнымъ образомъ—кишки) по направленію кпереди или въ сторону.

Отъ этого оттѣсненія почечною опухолью до нѣкоторой степени изъяты въ подвздошной области восходящая и нисходящая части ободочной кишки, которыя, не имѣя брюшиннаго покрова въ задней трети своей периферіи, плотно соединены чрезъ посредство клѣтчатки съ квадратною поясничною мышцею (*m. quadratus lumborum*) и съ соотвѣтствующею пѣчкою. Вслѣдствіе этого, при увеличеніи почки впередъ и назадъ, восходящая и нисходящая части ободочной кишки болѣе или менѣе сохраняютъ относительно ея свое естественное положеніе, т. е. лишь весьма немного оттѣсняются въ сторону и кпереди, именно такимъ образомъ, что *восходящая* ободочная кишка направляется по поверхности опухоли *справа и снизу влѣво и вверхъ*, а *нисходящая*—*слѣва снаружи и сверху вправо внутрь и внизъ*. Причиной этого неодинаковаго положенія *обѣихъ частей ободочной кишки* служитъ, какъ я думаю, естественное направленіе *каловыхъ массъ при ихъ поступательномъ движеніи въ кишечникъ*, а особенно—въ *обѣихъ кривизнахъ ободочной кишки*, изъ которыхъ правая оттѣсняется болѣе внутрь, а лѣвая—болѣе кнаружи. Такъ какъ кишка, направляющаяся косвенно по поверхности опухоли, заключая въ себѣ газы или будучи искусственно наполнена ими чрезъ задній проходъ, даетъ при перкуссіи тимпаническій звукъ, въ противоположность абсолютно тупому звуку самой опухоли, то вышеуказанное положеніе кишки относительно поверхности опухоли пріобрѣтаетъ важное діагностическое значеніе, хотя необходимо замѣтить, что при почечныхъ опухоляхъ иногда встрѣчаются отклоненія отъ этого обычнаго положенія ободочной кишки.

Относительно печени и селезенки почечная опухоль расположена такимъ образомъ, что *между* нею и однимъ изъ этихъ двухъ органовъ брюшной полости находится самая верхняя часть ободочной кишки ил. соотвѣтствующая *flexura coli*; при этомъ можно пройти пальцами между опухолью и печенью resp. селезенкою и прощупать подъ однимъ изъ послѣднихъ двухъ органовъ верхній край опухоли, который загибается спереди назадъ.

Важное правило для диагностики опухолей брюшной полости вообще и почечных въ частности, котораго никогда не слѣдовало бы упускать изъ виду, состоитъ еще въ томъ, что необходимо *прощупать опухоль не только спереди, но и по направленію сзади напередъ, при одновременномъ изслѣдованіи обѣими руками*. Опухоли почек при такомъ способѣ изслѣдованія прощупываются болѣе явственно въ поясничной области и на большемъ протяженіи напирать по направленію къ рукѣ, производящей ощупываніе сзади, чѣмъ это бываетъ при опухоляхъ другихъ органовъ брюшной полости.

Существуетъ распространенное мнѣніе, что *почечныя опухоли неподвижны при дыханіи*, такъ какъ онѣ будто бы не могутъ слѣдовать за движеніями грудобрюшной преграды. Въ общемъ, это мнѣніе, конечно, вполне справедливо; но такъ какъ почка при нормальныхъ условіяхъ соприкасается съ нижнею поверхностью печени resp. селезенки, то почечнымъ опухолямъ неизбѣжно должно сообщаться, по крайней мѣрѣ въ незначительной степени, перемѣщеніе этихъ органовъ брюшной полости, производимое опусканіемъ грудобрюшной преграды.

При *ощупываніи* почечныхъ опухолей онѣ могутъ быть *перемѣщаемы* только тогда, когда дѣло идетъ о перерожденной подвижной почкѣ; но въ этихъ случаяхъ распознаваніе обыкновенно наталкивается на непреодолимые трудности, такъ какъ здѣсь отсутствуютъ главнѣйшіе признаки, служащіе къ опредѣленію того, что опухоль принадлежитъ почкѣ.

Почка при нормальныхъ условіяхъ помѣщается на передней вѣтви 12-го груднаго нерва, а также на вѣтвяхъ поясничнаго сплетенія, распредѣляющихся въ брюшной стѣнкѣ; поэтому и не удивительно, что при увеличеніи объема почки появляются въ брюшной стѣнкѣ *невралгическія боли*, распространяющіяся иногда на бедра и на половые органы. Эти болѣзненные мѣста, имѣющія для себя *анатомическое* основаніе, представляются важными въ діагностическомъ отношеніи, хотя вообще въ другихъ случаяхъ мы должны мало придавать значенія болямъ, локализирующимся, по заявленію больного, въ опредѣленныхъ внутреннихъ органахъ.

Опухоли печени отличаются отъ почечныхъ опухолей главнымъ образомъ тѣмъ, что онѣ врастаютъ также по направленію кверху въ грудную полость, захватываютъ обыкновенно лѣвую долю печени вмѣстѣ съ правою, сильно выпячиваютъ сверху по направленію кнаружи нижнія ребра на правой сторонѣ, причемъ поверхность опухоли подъ реберною дугою оказывается непосредственнымъ продолженіемъ окружности грудной клѣтки, между тѣмъ какъ почечныя опухоли развѣ только при очень большой своей величинѣ производятъ незначительное выпячиваніе грудной клѣтки и къ тому же весьма постепенно по направленію снизу вверхъ, а при ощупываніи опухоли всегда удастся, хотя бы и не

вполнѣ ясно, констатировать, что верхушка ея подѣ краемъ печени загнѣбается спереди назадъ. Затѣмъ при опухоляхъ печени почти всегда явственно прощупывается болѣе или менѣе заостренный нижній край, который можетъ быть преслѣженъ въ естественномъ его направленіи; при глубокомъ вдыханіи край печени почти всегда надвигается на пальцы врача, производящаго изслѣдованіе, а смѣщеніе опухоли книзу бываетъ обыкновенно явственное и весьма значительное.

Опухоли селезенки, конечно, не такъ легко могутъ быть смѣшиваемы съ почечными опухолями. Даже при значительныхъ размѣрахъ онѣ все еще сохраняютъ нормальную форму селезенки; продольный діаметръ опухоли направленъ отъ пупка къ аксиллярной линіи, а передній конецъ ея явственно прощупывается въ видѣ заостренной верхушки. Опухоль легко можетъ быть обхвачена сбоку, очень подвижна при дыханіи и помѣщается *надъ* ободочною кишкою. Относительно всего остальнаго я долженъ сослаться на тѣ діагностическія правила, которыя были указаны по поводу распознаванія рака печени и опухолей селезенки (см. стр. 243 и 269).

Кромѣ опухолей печени и селезенки, для дифференціального распознаванія почечныхъ опухолей имѣютъ еще въ практикѣ нѣкоторое значеніе *опухоли яичниковъ и увеличеніе ретроперитонеальныхъ железъ*, между тѣмъ какъ кишечныя опухоли, въ виду специально свойственныхъ имъ симптомовъ, о которыхъ мы уже говорили, едва ли могутъ быть когда нибудь смѣшиваемы съ опухолями почекъ. *Опухоли яичниковъ* отличаются отъ почечныхъ опухолей тѣмъ, что при своемъ развитіи онѣ вырастаютъ изъ полости таза, что при изслѣдованіи чрезъ влагалище онѣ оказываются находящимися въ связи съ половымъ аппаратомъ и что онѣ оттѣсняютъ кишечныя петли по направленію *назадъ*, такъ что именно сзади, въ области почки и по сосѣдству съ нею, получается при перкуссіи ясный тимпаническій звукъ. Напротивъ того, отличить почечную опухоль отъ большого *новообразованія, имѣющаго своимъ исходнымъ пунктомъ ретроперитонеальныя железы*, бываетъ очень трудно, а въ большинствѣ случаевъ даже невозможно, такъ какъ ростъ этихъ опухолей долженъ имѣть своимъ послѣдствіемъ совершенно такое же смѣщеніе органовъ, какое производится почечными опухолями, причемъ кишки оттѣснены впередъ, нисходящая или восходящая часть ободочной кишки помѣщается впереди опухоли въ видѣ полосы, дающей при постукиваніи тимпаническій звукъ, а самая опухоль неподвижна. Однако, существуютъ нѣкоторыя точки опоры для отличія опухолей ретроперитонеальныхъ железъ отъ почечныхъ опухолей. Прежде всего, моча при этихъ послѣднихъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, представляетъ нѣкоторыя измѣненія, обыкновенно — *примѣсь крови*; однако, не слѣдуетъ забывать, что моча при почечныхъ опухоляхъ можетъ во все продолженіе болѣзни оставаться нормальною, а съ другой

стороны, она может представлять измѣненія и при опухоляхъ ретроперитонеальныхъ железъ, если опухоли эти сдавливаютъ мочеточникъ и почечные сосуды. Болѣе важно для дифференціального діагноза то обстоятельство, что почечныя опухоли, даже имѣющія большіе размѣры, всегда лежатъ болѣе сбоку отъ позвоночника, чѣмъ опухоли ретроперитонеальныхъ железъ.

Когда на основаніи вышеуказанныхъ признаковъ опредѣлено, что опухоль принадлежитъ почкѣ, то уже затѣмъ только возникаетъ вопросъ, съ какого рода опухолью мы имѣемъ дѣло, и обыкновенно разрѣшеніе этого вопроса оказывается болѣе легкимъ, чѣмъ опредѣленіе того, что опухоль именно принадлежитъ почкѣ. Для діагноза здѣсь имѣютъ значеніе почечныя кисты, гидронефрозъ, эхинококкъ, раковыя и саркоматозныя опухоли почки, о которыхъ мы еще будемъ подробно говорить въ послѣдующихъ главахъ, между тѣмъ какъ остальные новообразования, встрѣчающіяся въ почкахъ, напр. аденомы, фибромы, миксомы, сифиломы, липомы и др., представляютъ только патолого-анатомическій, а не клиническій интересъ.

Для иллюстраціи вышеуказанныхъ діагностическихъ правилъ можетъ служить исторія слѣдующаго случая (*саркома правой почки*), наблюдавшагося недавно въ нашемъ госпиталѣ и представлявшаго относительно распознаванія нѣкоторыя трудности.

Поденница П., 54-хъ лѣтъ отъ роду, была до послѣднихъ 8-ми мѣсяцевъ вполне здорова, а въ то время заболѣла (какъ она полагаетъ) гематуріей, которая, однако, быстро прекратилась; моча съ тѣхъ поръ, а особенно въ теченіе 3-хъ-мѣсячнаго пребыванія больной въ госпиталѣ, оставалась совершенно нормальной. За мѣсяць до поступленія въ клинику больная ощущала боль въ верхнемъ плечѣ около плечеваго сустава при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ. Другихъ симптомовъ не было, за исключеніемъ наклонности къ запору.

При изслѣдованіи найдено: плохое питаніе, атрофія подкожнаго жира, а на верхнемъ концѣ лѣвой плечевой кости—чувствительность и твердая припухлость, которая постепенно увеличивалась; за мѣсяць передъ смертію образовался въ этомъ мѣстѣ произвольный переломъ. Опуханія железъ не было, ни на шеѣ, ни въ паховой области. Всѣ органы нормальны. *Изслѣдованіе живота:* Въ правой боковой области брюшной стѣнки видна глазомъ и констатируется при ощупываніи опухоль, величиною съ небольшую дытскую головку. Подъ реберною дугою начинается опухоль, твердая какъ камень, верхній конецъ которой не совсѣмъ ясно можетъ быть обхваченъ рукою; по направленію вправо опухоль доходитъ до боковаго края живота, по направленію влѣво—до срединной линіи, а внизъ она опускается на поперечный палецъ подъ пупкомъ. *Поразительно то, что опухоль прощупывается въ глубинѣ сквозь болѣе мягкую ткань, а сбоку она прощупывается въ видѣ твердой опухоли, лежащей непосредственно подъ брюшными покровами.* При болѣе тщательномъ изслѣдованіи оказывается, что упомянутая болѣе мягкая ткань можетъ быть нѣсколько приподнята въ видѣ заостреннаго лоскута отъ глубже лежащей опухоли и что этотъ лоскутъ опускается въ формѣ треугольника до нижней трети живота, а по направленію къ срединной линіи переходитъ въ нижній край печени. При перкуссии получается надъ опухолью абсолютно тупой звукъ; въ первый мѣсяць пребыванія больной въ клиникѣ иногда получался надъ правою боковою частью опухоли тимпаническій звукъ, но наполнить какую нибудь часть кишечника, лежащую впереди опухоли, посредствомъ вдуванія воздуха въ прямую кишку было невозможно. Твердая

опухоль неподвижна при дыханіи, но при ощупываніи она можетъ быть нѣсколько смѣщена сзади напередъ, причемъ мягкой лоскутъ, лежащій надъ опухолью, не принимаетъ въ этомъ перемѣщеніи ея никакого участія. После тщательнаго обсужденія можно было распознать *опухоль правой почки*, такъ какъ опухоль непосредственно прощупывалась въ области этой почки и была неподвижна при дыханіи, а верхній контуръ ея могъ быть обхваченъ подъ реберною дугою по направленію спереди назадъ. Странно было то, что кишка, и именно восходящая часть ободочной, не помѣщалась впереди опухоли, что сбоку этой последней только въ теченіе нѣкотораго времени получался при перкуссии тимпаническій звукъ и что моча во все продолженіе болѣзни не представляла никакихъ измѣненій. Опухоль яичника могла быть исключена, такъ какъ по направленію внизъ она не доходила до области, соответствующей яичнику, опухоль печени—на томъ основаніи, что хотя она и переходила въ печеночную тупость, сохранивъшую по направленію кверху приблизительно нормальныя границы, но была совершенно неподвижна при дыханіи, опухоль кишки могла быть исключена потому, что не наблюдалось никакого препятствія для прохожденія кишечнаго содержимаго; наконецъ, опухоль ретроперитонеальныхъ железъ представлялась по меньшей мѣрѣ невѣроятною въ сравненіи съ почечною опухолью, такъ какъ опухоль не выступала за срединную линію, а скорѣе прощупывалась исключительно сбоку и сзади, въ области правой почки. Помѣщавшійся надъ опухолью заостренный мягкой лоскутъ, въ виду его треугольной формы и въ виду непосредственнаго перехода его въ заостренный край печени, могъ представлять *только измѣненную въ своей формѣ печень* и притомъ едва-ли что-нибудь иное, какъ корсетную долю печени, съ корсетною бороздою, чрезъ которую можно было прощупать верхній край опухоли и обхватить его подъ реберною дугою по направленію спереди назадъ.

Поэтому былъ поставленъ слѣдующій *діагнозъ*: *опухоль правой почки, прикрытая корсетною печенью; метастазъ въ лѣвой плечевой кости*. Больная умерла при явленіяхъ малярии. При *анатомическомъ вскрытіи* найдено слѣдующее: *саркоматозная опухоль правой почки; смѣщеніе правой доли печени (корсетная печень), которая расположена надъ почечною опухолью*, прикрываетъ ее спереди и оставляетъ ее свободно только у боковаго края корсетной доли; восходящая часть ободочной кишки оттѣснена внизъ, такъ что впереди опухоли не лежитъ никакая часть кишечника; въ средней своей трети восходящая часть ободочной кишки загнута въ лѣвую сторону и помѣщается подъ почечною опухолью, прилегая къ ея нижнему краю. Метастазы въ ретроперитонеальныхъ железахъ и въ лѣвой плечевой кости, съ переломомъ ея.

Кистовидныя опухоли почекъ—настоящія кисты, гидронефрозъ и эхинококкъ.

Всѣмъ этимъ опухолямъ, т. е. настоящимъ кистамъ, гидронефрозу и эхинококку свойственна мягкая зыблящаяся консистенція.

Кисты почекъ.

Настоящія *кисты* лишь въ видѣ исключенія достигаютъ такихъ значительныхъ размѣровъ, что становятся доступны для распознаванія (мелкія кисты, образующіяся изъ расширенныхъ мочевыхъ канальцевъ и помѣщающіяся особенно въ корковомъ веществѣ, встрѣчаются при хроническомъ нефритѣ очень часто). Но иногда кисты могутъ достигать величины дѣтской головки. Онѣ встрѣчаются или въ *одной* почкѣ, или въ *обѣихъ* одновременно. Иногда онѣ оказываются у взрослыхъ людей, но обыкновенно дѣло идетъ о маленькихъ дѣтяхъ, у которыхъ кистовидное измѣненіе почекъ бываетъ врожденнымъ, а при болѣе значительномъ своемъ развитіи въ почкахъ плода оно можетъ оказаться препятствіемъ для родового акта.

Распознаваніе возможно только въ случаяхъ значительнаго развитія кисты и всего скорѣе—тогда, когда дѣло идетъ о *врожденной* формѣ. При этомъ, какъ извѣстно изъ опыта, оказываются еще и другія аномаліи развитія: головная водянка, недостаточное развитіе конечностей, аномаліи мочевого пузыря и т. д. Моча въ большинствѣ случаевъ содержитъ бѣлокъ и кровь, такъ какъ кистовидное перерожденіе почекъ обыкновенно бываетъ осложнено или даже обусловлено нефритомъ. Однако, моча можетъ представляться нормальною во все продолженіе болѣзни. Очевидно, что діагнозъ, если вообще прощупывается зыблящаяся опухоль, можетъ колебаться только между кистою и гидронефрозомъ или эхинококкомъ, о распознаваніи которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

Гидронефрозъ.

Если впереди почечной лоханки существуетъ препятствіе къ оттоку мочи, то вслѣдствіе продолжающагося отдѣленія мочи происходитъ накопленіе ея позади этого препятствія, а вмѣстѣ съ тѣмъ расширеніе соотвѣтствующей части мочевыхъ путей. Слѣдовательно, накапливающаяся моча производитъ растяженіе одной только почечной лоханки, или почечной лоханки вмѣстѣ съ нѣкоторою частью мочеточника, или, наконецъ, растяженіе мочевого пузыря вмѣстѣ съ обоими мочеточниками и обѣими почечными лоханками, смотря по тому, помѣщается ли упомянутое препятствіе выше или ниже. Такъ какъ моча, накапливающаяся въ почечной лоханкѣ, оказываетъ давленіе на почечную ткань, которая при этомъ атрофируется, то отдѣленіе мочи въ скоромъ времени прекращается совершенно, и изъ слизистой оболочки почечной лоханки выдѣляется въ гидронефротическій мѣшокъ одна только слизь и серозная жидкость, или также гной, если присоединилось воспаленіе. До тѣхъ поръ пока опухоль не приняла болѣе значительныхъ размѣровъ, гидронефрозъ недоступенъ распознаванію. Но даже и тогда, когда удастся прощупать опухоль, заключающую въ себѣ жидкость, распознаваніе обыкновенно представляетъ большія трудности, а особенно легко гидронефрозъ можетъ быть смѣшанъ по ошибкѣ съ кистою яичника.

Прежде всего необходимо установить, что опухоль дѣйствительно принадлежитъ почкѣ; въ этомъ отношеніи мы должны руководствоваться всѣми вышеуказанными особенностями почечныхъ опухолей, а главное—*положеніемъ кишки (именно восходящей и нисходящей части ободочной кишки) относительно опухоли.* Гидронефротическая опухоль, помѣщаясь позади брюшины, отдѣняется кишки впереди, а киста яичника, напротивъ того, отдѣняется ихъ сзади; однако, необходимо замѣтить, что и при кистахъ яичниковъ иногда между опухолью и брюшною стѣнкою оказывались кишечныя петли, подобно тому, какъ при почечныхъ опухоляхъ. *Подвижность опухоли* имѣетъ для діагноза важное значеніе въ томъ смыслѣ, что *кисты яичниковъ, по крайней мѣрѣ не слишкомъ большія, обыкновенно могутъ быть*

весьма замѣтнымъ образомъ передвигаемы при ощупываніи, а гидронефротическій мѣшокъ оказывается неподвижнымъ. Однако, не слѣдуетъ забывать, что это не относится къ тѣмъ случаямъ, довольно частымъ, гдѣ гидронефрозъ образуется въ подвижной почкѣ вследствие того, что она отчасти подверглась скручиванію (*Landau*). Въ этихъ случаяхъ, помимо подвижности опухоли, гидронефрозъ отличается еще однимъ характернымъ симптомомъ, а именно тѣмъ, что мѣшокъ попеременно опорожняется и опять наполняется, въ зависимости отъ поочереднаго раскручиванія и новаго скручиванія почки («перемежающійся» гидронефрозъ).

Далѣе, въ пользу гидронефроза и противъ кисты яичника говоритъ тотъ признакъ, что гидронефротическій мѣшокъ, соответственно исходному пункту своего развитія, прощупывается болѣе явственно въ почечной области (особенно—при одновременномъ изслѣдованіи обѣими руками), а киста яичника, лежащая рядомъ съ маткою, должна во всякомъ случаѣ особенно хорошо прощупываться изъ влагалища. Кромѣ того, въ послѣднемъ случаѣ иногда прощупываются придатки матки, переходящія на опухоль, а при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку удается прощупать ножку кисты яичника.

Если этихъ дифференціально-діагностическихъ признаковъ оказалось недостаточно, то необходимо произвести изслѣдованіе подъ хлороформомъ (введя всю руку въ прямую кишку), чтобы такимъ образомъ лучше ощупать контуры опухоли и опредѣлить исходный пунктъ ея развитія. Если же и при этомъ способѣ изслѣдованія мы не пришли къ цѣли, то остается еще сдѣлать *пробный проколъ*, къ которому, однако, не слѣдовало бы прибѣгать безъ настоящей необходимости, такъ какъ шансы хирургической операціи при кистѣ яичника ухудшаются, если вслѣдъ за пробнымъ проколомъ наступило нагноеніе кисты, а избѣгнуть этого часто бываетъ невозможно.

Жидкость, получаемая при проколѣ тонкимъ троакаромъ, въ значительномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ при кистѣ яичника существенно инныя свойства, чѣмъ при гидронефрозѣ. Жидкость, происходящая изъ кисты яичника, обыкновенно представляется вязкою, коллоидною, имѣетъ высокій удѣльный вѣсъ (около 1020), содержитъ бѣлокъ въ значительномъ количествѣ, содержитъ также метальбуминъ и паральбуминъ, а въ осадкѣ оказываются клетки цилиндрическаго эпителия, имѣющія нормальный видъ или коллоидно измѣненныя. Напротивъ того, жидкость, происходящая изъ гидронефротическаго мѣшка, представляетъ въ осадкѣ слоисто расположенныя клетки, мостовиднаго эпителия почечной лоханки, имѣетъ низкій удѣльный вѣсъ, бываетъ коллоидною лишь въ рѣдкихъ случаяхъ и содержитъ, помимо бѣлка, составныя части мочи въ большомъ количествѣ, именно: мочевины, мочевую кислоту и т. д. Однако, химическій составъ жидкости ни въ какомъ случаѣ не можетъ считаться патогностическимъ признакомъ той или другой изъ двухъ болѣзней, о которыхъ мы теперь говоримъ. Съ одной стороны, если гидронефрозъ уже просуществовалъ довольно долгое время, то въ содержимомъ гидронефротическаго мѣшка все болѣе и болѣе исчезаютъ характеристическія составныя части мочи, такъ что иногда присутствіе мочевины и мочевой кислоты уже не можетъ быть въ немъ обнаружено; съ другой стороны, значи-

тельные количества мочевины встрѣчаются и въ содержимомъ кисты яичника. Метальбуминъ и паральбуминъ, присутствіе которыхъ считалось характеристичнымъ для кисты яичника, оказывались иногда и въ жидкости, происходившей изъ гидронефротического мѣшка. Изъ всего этого мы видимъ, что на результатъ пробнаго прокола вообще не слѣдуетъ возлагать слишкомъ большихъ надеждъ по отношенію къ дифференціальному діагнозу.

Иногда діагнозъ уже сразу направляется въ опредѣленную сторону, благодаря тому обстоятельству, что при кистахъ яичника по временамъ наступаютъ разстройства менструаціи, опуханіе груди и выдѣленіе молока, а при гидронефрозѣ, напротивъ того, встрѣчаются разстройства въ отдѣленіи мочи.

Въ этомъ последнемъ отношеніи необходимо замѣтить, что можетъ наступить полная *анурія*, если препятствіе къ оттоку мочи простираетъ свое дѣйствіе на обѣ стороны, т. е. на оба мочеточника. Если препятствіе существуетъ только въ одномъ мочеточникѣ, то можетъ не быть никакого измѣненія въ количествѣ мочи, такъ какъ здоровая почка своею викарною дѣятельностью вполне вознаграждаетъ прекращенную дѣятельность больной почки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ *переменяющееся* наполненіе и опорожненіе гидронефротического мѣшка, именно тогда, когда просвѣтъ мочеточника загражденъ препятствіемъ въ видѣ клапана, который по временамъ раскрывается съзади напередъ вслѣдствіе усиленнаго давленія застаивающейся мочи; то же самое, какъ мы уже сказали, бываетъ тогда, когда при подвижной почкѣ образуется гидронефрозъ вслѣдствіе скручиванія мочеточника, который затѣмъ снова раскручивается, такъ что моча опять выходитъ безпрепятственно. Если причиною гидронефроза служатъ почечные камни, или ракъ почекъ, піелонефритъ, воспаленіе или ракъ мочевого пузыря, то по временамъ или постоянно выдѣляется моча, *содержащая примѣсь мочи, а иногда и крови*.

Гидронефрозъ можетъ по ошибкѣ смѣшиваться не только съ кистами яичниковъ, но также съ *брюшной водянкою, почечнымъ абсцессомъ, эхинококкомъ* и настоящими *кистами почекъ*. Что касается *брюшной водянки*, то колебанія относительно діагноза возможны, собственно говоря, только тогда, когда дѣло идетъ о гидронефрозѣ, существующемъ одновременно на обѣихъ сторонахъ. Но даже и въ этомъ случаѣ дифференціальный діагнозъ оказывается легкимъ въ виду значительной подвижности асцитической жидкости. Кромѣ того, притупленіе перкуторнаго звука въ боковыхъ частяхъ живота, обусловленное брюшною водянкою, обыкновенно исчезаетъ вполне и очень быстро при положеніи больного на томъ или другомъ боку, тогда какъ притупленіе, обусловленное гидронефрозомъ, остается при этомъ безъ перемѣны.

Нѣсколько труднѣе отличить гидронефрозъ отъ *ограниченнаго перитонеальнаго выпота*; однако, помимо анамнеза, болѣе въ животѣ и т. д., ограниченный жидкій выпотъ въ полости брюшины всегда имѣетъ болѣе разлитыя и неправильныя границы, чѣмъ гидронефротическій мѣшокъ, границы котораго очень рѣзки; кромѣ того, при ограниченныхъ экссудатахъ брюшины, въ противоположность гидронефрозу, удается въ большинствѣ случаевъ посредствомъ сильной перкуссіи получить тимпанический звукъ кишекъ, лежащихъ позади экссудата. Отъ *почечнаго абсцесса*, о которомъ мы уже подробно говорили и которому наравнѣ съ

гидронефрозомъ свойственна зыблящаяся опухоль, гидронефрозъ отличается тѣмъ, что при абсцессѣ существуетъ лихорадка, сопровождаемая ознобами, а въ этиологіи даннаго случая обязательно должны быть опредѣленные указанія на возможность нагноенія, если мы желаемъ, чтобы діагнозъ абсцесса имѣлъ подъ собою твердую почву. Настоящія *почечныя кисты* не могутъ быть отличены отъ гидронефроза. Если зыблящаяся почечная опухоль найдена у новорожденнаго, а особенно, если зыбленіе при этомъ прорывается только сзади въ поясничной области, то, конечно, всего скорѣе можно предполагать настоящую кисту; однако, не слѣдуетъ забывать, что у новорожденныхъ точно также можетъ образоваться гидронефрозъ вслѣдствіе прирожденной аномаліи мочеточниковъ, а съ другой стороны, и при настоящей кистѣ можетъ образоваться расширение почечной лоханки; при такихъ условіяхъ само собою понятно, что дифференціальный діагнозъ совершенно невозможенъ. Наконецъ, спрашивается, существуютъ ли какіе нибудь дифференціально-діагностическіе признаки, по которымъ можно было бы отличать гидронефрозъ отъ *эхинококка въ почкахъ*. Ссылаясь въ этомъ отношеніи на нижеслѣдующую главу, я долженъ здѣсь же замѣтить, что эхинококкъ, собственно говоря, становится доступнымъ распознаванію только тогда, когда въ мочѣ появляются пузыри эхинококка, и что въ этомъ даже случаѣ діагнозъ требуетъ осторожности, такъ какъ пузыри могли прорваться въ мочевые пути изъ какого либо другаго мѣста. Если, прійдя къ тому заключенію, что въ данномъ случаѣ существуетъ кистовидная опухоль почки, мы рѣшили произвести пробный проколъ, то изслѣдованіе полученной при этомъ жидкости устраняетъ всякое сомнѣніе относительно діагноза, коль скоро оказалось, что она не содержитъ бѣлка, и коль скоро въ ней найдены слоистые куски пузыря или крючки эхинококка.

При распознаваніи гидронефроза нужно строго держаться того правила, что, діагнозъ никогда не долженъ ставиться съ полною увѣренностью, если въ этиологіи не существуетъ опредѣленныхъ причинъ для развитія гидронефроза; къ числу этихъ причинъ относятся: мочевые камни, піелитъ, излѣченный перитонитъ, подвижная почка, опухоли брюшной полости, которыя, соотвѣтственно своему положенію, могутъ сдавливать мочеточникъ, а въ особенности—раковыя опухоли мочевого пузыря, которыя закрываютъ выходное отверстіе того или другаго мочеточника. Обоюдусторонній гидронефрозъ образуется отчасти подъ вліяніемъ вышеуказанныхъ этиологическихъ условій, если при этомъ случайно закрыты оба мочеточника, а отчасти—подъ вліяніемъ такихъ причинъ, при которыхъ препятствіе къ истеченію мочи, если оно вообще существуетъ, *всегда* распространяется на оба мочеточника; къ числу причинъ этой второй категоріи относятся: выпаденіе матки, искривленіе ея взадъ, разлитое опуханіе стѣнки мочевого пузыря съ образованіемъ въ ней мѣстныхъ расширеній въ видѣ пазухъ, гипертрофія предстательной железы и стриктура мочеиспускательнаго канала. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ самый тщательный анамнезъ и самое тщательное изслѣдованіе не даютъ *никакихъ* точекъ опоры для объясненія причины гидронефроза, а иногда даже анатомическое вскрытіе оставляетъ этотъ вопросъ неразрѣннымъ.

Эхинококк почки.

О распознаваніи эхинококка въ почкѣ можетъ быть рѣчь только тогда, когда онъ образуетъ большую напряженную зыблящуюся опухоль. Но это бываетъ едва въ $\frac{1}{2}$ общаго числа случаевъ, и даже тамъ, гдѣ прощупывается болѣе значительная кистовидная опухоль, распознаваніе обыкновенно еще представляетъ большія трудности. Дѣло въ томъ, что опухоль сама по себѣ не имѣетъ характерныхъ особенностей: гидатидное дрожаніе, считавшееся когда-то патогностическимъ признакомъ, отсутствуетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ эхинококка, а съ другой стороны, оно можетъ встрѣчаться и при кистовидныхъ опухоляхъ иного происхожденія. Если, руководствуясь вышеизложенными правилами, мы констатировали, что зыблящаяся опухоль есть *кистовидная опухоль почки*, то діагнозъ эхинококка иногда можетъ быть поставленъ 1) при самопроизвольномъ вскрытіи пузыря эхинококка въ желудокъ, въ кишечный каналъ или также въ бронхи (причемъ содержимое пузыря извергается рвотою, испражнениями или мокротою), но чаще всего — въ почечную лоханку, причемъ содержимое пузыря извергается мочою; 2) на основаніи результата, полученнаго при пробномъ проколѣ. Жидкость, полученная при проколѣ, оказывается *совершенно прозрачною какъ вода*, имѣетъ щелочную реакцію и, что особенно бросается въ глаза, *совсѣмъ не содержитъ бѣлка* или содержитъ его въ очень маломъ количествѣ; менѣе важное значеніе имѣетъ присутствіе въ этой жидкости янтарной кислоты, инозита, восстанавливающаго вещества и большаго количества поваренной соли. Діагнозъ пріобрѣтаетъ полную достовѣрность, если въ осадкѣ этой жидкости найдены *крючки, головки эхинококка* и *слоистые куски его пузыря*. Иногда, помимо этихъ характерныхъ элементовъ эхинококка, содержимое кисты оказывается еще кровянистымъ или гнойнымъ.

Если содержимое мѣшка опорожнилось въ *мочевые пути*, то пузыри эхинококка при своемъ прохожденіи вызываютъ приступъ почечной колики, и отдѣльныя части ихъ могутъ закрыть просвѣтъ мочеиспускательнаго канала; въ заключеніе, самопроизвольно или при искусственномъ пособіи, выдѣляется прозрачная или молочно-мутная или также кровянисто-окрашенная моча, которая въ большинствѣ случаевъ содержитъ бѣлокъ и характеристическіе форменные элементы эхинококка. При микроскопическомъ изслѣдованіи, помимо крючковъ и обрывковъ пузыря эхинококка, встрѣчаются гнойныя и кровяныя тѣльца, кристаллы фосфорнокислой амміакъ-магнезій и др. составныя части, имѣющія для діагноза второстепенное значеніе. Важно рѣшить вопросъ, *уменьшилась ли* прощупываемая кистовидная опухоль по выдѣленіи мочи, содержащей вышеупомянутыя составныя части. Однако, быстрое уменьшеніе опухоли никоимъ образомъ еще не доказываетъ присутствія эхинококка въ почкѣ, такъ какъ само собою понятно, что явленіе это можетъ зависѣть отъ прободенія эхинококка въ мочевые пути изъ какого нибудь сосѣдняго органа. Впрочемъ, послѣ перфорации, вмѣсто ожидаемаго уменьшенія, можетъ наступить даже *увеличеніе* зыблящейся опухоли, если закупорка мочеточника выходящими составными частями эхинококка обра-

зуетъ острый гидронефрозъ, а вслѣдствіе этого зыблящаяся почечная опухоль увеличивается въ объемъ.

Въ заключеніе необходимо еще замѣтить, что и здѣсь, какъ при другихъ кистовидныхъ опухоляхъ почки, *неподвижность опухоли* имѣетъ немаловажное значеніе для отличія эхинококка отъ другихъ кистъ въ брюшной полости, а особенно — отъ кисты яичника. Однако, встрѣчаются исключенія изъ этого правила, такъ какъ очевидно, что почка можетъ мало по малу сдѣлаться подвижною вслѣдствіе дальнѣйшаго роста эхинококковой опухоли и увеличенія ея тяжести, или что эхинококкъ могъ развиваться въ почкѣ, которая уже раньше сдѣлалась подвижною. Дифференціальный діагнозъ при такихъ обстоятельствахъ можетъ оказаться чрезвычайно труднымъ.

Сплошныя опухоли почекъ. Ракъ саркома.

Изъ сплошныхъ опухолей почекъ имѣютъ діагностическое значеніе только саркома и карцинома, тогда какъ остальные новообразованія въ этомъ органѣ, именно — фибромы, липомы, миеомы, гуммозныя опухоли и пр., представляютъ только патолого-анатомическій, а не клинический интересъ.

Ракъ почки.

Ракъ почки — болѣзнь вообще довольно рѣдкая — въ нѣкоторыхъ случаяхъ не обнаруживается при жизни больного никакими симптомами, особенно, когда дѣло идетъ о вторичномъ ракѣ. Но въ другихъ случаяхъ образуется такая объемистая опухоль, которая уже не можетъ остаться незамѣченною при ощупываніи живота и которая своею неподвижностью, своимъ положеніемъ относительно печени и селезенки, а главное относительно кишки, своимъ ростомъ по направленію сзади напередъ, короче сказать — всѣми вышеописанными признаками характеризуется какъ почечная опухоль. Въ противоположность кистовиднымъ опухолямъ почки, которыя сейчасъ были нами описаны, ракъ почки имѣетъ *твердую* консистенцію, но иногда она въ *отдельныхъ* мѣстахъ оказывается *мягкою* вслѣдствіе жироваго перерожденія раковыхъ узловъ или даже *зыблящеюся* вслѣдствіе кровоизліяній въ ткань опухоли, богатую сосудами. Поверхность раково-перерожденной почки представляется въ однихъ случаяхъ болѣе гладкою, въ другихъ — замѣтно бугристою, смотря по мѣстоположенію и распространенію раковыхъ узловъ.

Кромѣ этого важнѣйшаго симптома, т. е. прощупываемой опухоли, которая одна только и даетъ возможность распознать ракъ почки, уже на второмъ планѣ имѣютъ значеніе для діагноза особенныя измѣненія мочи, которыя нерѣдко, правда, совсѣмъ отсутствуютъ, но за то дѣ-

лаютъ діагнозъ болѣе достовѣрнымъ, если они въ данномъ случаѣ существуютъ. Такъ какъ карцинома почки отличается отъ другихъ карциномъ значительнымъ обиліемъ тонкостѣнныхъ сосудовъ, то, помимо уже упомянутыхъ кровоизліяній въ самую ткань опухоли, происходитъ еще изліяніе крови въ почечную лоханку. а вмѣстѣ съ тѣмъ появляется *периодическая гематурія*, либо въ началѣ болѣзни, либо, сравнительно чаще, въ дальнѣйшемъ ея теченіи.

Гематурія наступаетъ самопроизвольно, а иногда также вслѣдствіе травматическихъ вліяній, дѣйствующихъ на почечную опухоль. Въ промежуткѣ между приступами гематурии моча можетъ представляться совершенно нормальной, т. е. свободною отъ всякой примѣси крови и бѣлка. Мало того, отдѣленіе мочи изъ больной почки можетъ даже совсѣмъ прекратиться, если разрастающаяся масса опухоли закрываетъ верхнее отверстіе мочеточника, причемъ можетъ еще образоваться послѣдовательный гидронефрозъ. Гнойныя тѣльца и слоисто расположенныя клѣтки мостовиднаго эпителия встрѣчаются въ мочевомъ осадкѣ лишь тогда, когда раковая опухоль имѣетъ свой исходный пунктъ въ почечной лоханкѣ, или когда слизистая оболочка этой послѣдней гесп. мочеточниковъ поражена въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Это послѣдовательное заболѣваніе слизистой оболочки легко возможно потому, что ракъ почки имѣетъ явную склонность распространяться въ сторону меньшаго сопротивленія, т. е. въ мочевыдѣлительные пути. Въ такихъ случаяхъ наступаютъ не только симптомы піелита и гематурии, но иногда еще *отпадаютъ частицы раковой опухоли, которыя могутъ появляться въ мочѣ*; этотъ послѣдній признакъ съ теоретической точки зрѣнія представляется вполне возможнымъ, но въ практикѣ ²⁸⁾ до сихъ поръ никогда еще не приходилось воспользоваться имъ, какъ патогностическимъ симптомомъ для распознаванія рака почки.

Раковая опухоль можетъ распространяться не только въ мочевые пути, но также въ почечныя вены и, попадая въ концѣ концовъ въ нижнюю полую вену, вызвать *метастазы въ легкиxъ*; послѣдовательные метастазы встрѣчаются и въ другихъ органахъ. Вслѣдствіе давленія опухоли на подвздошную вену можетъ появиться *отекъ одной нижней конечности*, а вслѣдствіе давленія на сосѣдніе нервы — *боль въ нижнихъ межреберныхъ пространствахъ и въ бедрахъ*. Дальнѣйшее распространеніе почечнаго рака на кости позвоночника и въ позвоночный каналъ можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ *паралегію*, которая сопровождается сильнѣйшими болями.

Немаловажнымъ діагностическимъ симптомомъ почечнаго рака, а въ особенности—его злокачественнаго характера, представляется *кахеція*, развивающаяся въ теченіи этой болѣзни. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ общее состояніе организма необыкновенно долго остается довольно удовлетворительнымъ.

²⁸⁾ Въ настоящее время изъ своей практики я могу указать уже три случая рака почекъ, въ которыхъ при тщательномъ изслѣдованіи мочевого осадка мнѣ удавалось получать такіе микроскопическіе препараты, на основаніи которыхъ предположительный діагнозъ рака почки дѣлался почти несомнѣннымъ. Чтобы получить доказательные препараты, надо изслѣдовать мочу часто и отыскивать въ ея осадкѣ мельчайшіе хлопья, гесп. обрывки ткани и ихъ изслѣдовать. Иногда эти хлопья представляютъ сплошные конгломераты раковыхъ клѣтокъ, нерѣдко расположенныхъ въ видѣ гнѣздъ или полосъ.

О томъ, что ракъ почки можетъ по ошибкѣ смѣшиваться съ другими опухолями брюшной полости, и о томъ, какимъ образомъ всего скорѣе могутъ быть предотвращены такіа ошибки, мы уже подробно говорили по поводу дифференціального распознаванія почечныхъ опухолей вообще. Здѣсь же мы должны только замѣтить, что дифференціальное распознаваніе почечнаго рака представляетъ почти во всѣхъ случаяхъ значительныя трудности и что особенно часто онъ смѣшивался по ошибкѣ съ опухолью яичника. Рѣшающее значеніе для отличія опухолей почекъ отъ опухолей яичника имѣетъ подвижность этихъ послѣднихъ (лишь рѣдко карцинома случайно оказывается въ подвижной почкѣ), развитіе ихъ изъ полости таза (ракъ почки развивается со стороны поясничной области), связь ихъ съ маткою и существующія при нихъ разстройства менструаціи, тогда какъ періодическая гематурія дѣлаетъ вѣроятною карциному почки. Въ противоположность раку другихъ органовъ, ракъ почки встрѣчается не только у людей пожилаго возраста, но также у дѣтей, и притомъ сравнительно нерѣдко.

Саркома почки.

Саркома, подобно раку, можетъ развиваться въ почкахъ либо вторично, либо первично (послѣднее преимущественно бываетъ у дѣтей, такъ что изъ всѣхъ извѣстныхъ по настоящее время случаевъ первичной саркомы почекъ болѣе 50% наблюдались у дѣтей въ возрастѣ до 10 лѣтъ). Саркоматозному перерожденію почти всегда подвергалась только одна почка. Опухоль, увеличивающаяся до значительныхъ размѣровъ, бываетъ въ большинствѣ случаевъ мягкой, а вслѣдствіе ограниченныхъ гнѣздъ размягченія—даже зыблящеюся, и имѣетъ неровную поверхность. Вопросъ о томъ, представляетъ ли опухоль раковое или саркоматозное новообразование (другаго вопроса не можетъ и быть съ точки зрѣнія практической діагностики), разрѣшается, по крайней мѣрѣ, съ болѣшимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, такъ какъ молодой возрастъ больного, отсутствіе гематуріи и относительно малое разстройство общаго состоянія уже напередъ говорятъ въ пользу саркомы. Однако, эти отличительные признаки, какъ видно изъ вышеописаннаго случая саркомы почки, могутъ оказаться несостоятельными, а съ другой стороны, упомянутые симптомы, свидѣтельствующіе вообще въ пользу саркоматозной опухоли, встрѣчаются и при карциномѣ. Поэтому діагнозъ остается сомнительнымъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ сдѣланъ пробный проколъ и пока микроскопическое изслѣдованіе полученныхъ при этомъ частицъ опухоли не докажетъ съ полною положительностію, что она имѣетъ саркоматозный характеръ. Впрочемъ, для пробнаго прокола не слѣдуетъ избирать самыя мягкія мѣста опухоли, такъ какъ при этомъ получается одна только жидкость или до такой степени измѣненная жирно-перерожденная ткань, что діагнозъ не можетъ быть поставленъ по результату микроскопическаго изслѣдованія.

Если существуетъ первичная саркома кожи или другихъ частей тѣла, доступныхъ непосредственному изслѣдованію, то появленіе сплошной почечной опухоли въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, разумѣется, говорить прямо въ пользу того, что послѣдняя опухоль также имѣетъ саркоматозное свойство. Однако, появленіе вторичной саркомы въ почкахъ можетъ не обнаруживаться рѣшительно никакими симптомами, въ чемъ я убѣдился еще недавно на одномъ случаѣ, наблюдавшемся въ нашей клиникѣ, въ которомъ, не смотря на образованіе многочисленныхъ вторичныхъ саркоматозныхъ

узловъ, не было ни увеличенія объема почекъ, ни какихъ либо измѣненій мочи, которыя указывали бы на вторичную саркому въ этомъ органѣ.

Дифференціальный діагнозъ между саркомою и карциномою вообще не имѣетъ никакой цѣны до тѣхъ поръ, пока не произведено микроскопическое изслѣдованіе самой ткани новообразованія, полученной посредствомъ пробнаго прокола.

То же самое относится къ *аденомъ почекъ*, которая въ послѣднее время встрѣчалась довольно часто; тѣсная генетическая связь этой опухоли съ образованіемъ карциномы уже сама по себѣ не допускаетъ даже никакихъ попытокъ дифференціального распознаванія при жизни больного.

Почечные камни. Образование конкрементовъ въ почкахъ и въ мочеточникахъ. Nephrolithiasis.

Смотря по величинѣ конкрементовъ, найденныхъ въ почкахъ и мочеточникахъ, мы различаемъ *почечный песокъ, мелкій или крупный*, и *почечные камни*. Всѣмъ этимъ конкрементамъ свойственна та особенность, впервые открытая *Ebstein'*омъ, что они не представляютъ продуктовъ простаго осажденія камнеобразующихъ веществъ (солей и т. д.), но что по раствореніи послѣднихъ получается органическій осадокъ, иногда концентрически-слоистый, а иногда болѣе неправильный, въ которомъ помѣщаются камнеобразующія вещества.

Рѣдко почечные камни не обнаруживаются никакими симптомами; обыкновенно же больные жалуются на *боли* въ почечной области, распространяющіяся по направленію книзу въ мочевой пузырь и въ бедра, усиливающіяся особенно при движеніяхъ, связанныхъ съ сотрясеніемъ всего тѣла (верховая ѣзда и т. д.), и, напротивъ того, облегчающіяся при опредѣленныхъ положеніяхъ тѣла, умышленно избираемыхъ самимъ больнымъ. По временамъ, съ болѣшими или меньшими промежутками, выдѣляются значительныя количества мелкаго песку или нѣсколько болѣе крупнаго, въ видѣ отдѣльныхъ кусковъ, величиною отъ маковаго зерна до чечевицы, которые осаждаются уже въ *свѣжесвыпущенной* мочѣ. При этомъ моча содержитъ весьма незначительную или обильную, иногда періодически появляющуюся примѣсь крови, а при воспалительномъ раздраженіи почечной лоханки — гнойныя тѣльца, слизь и отпавшія клѣтки мостовиднаго эпителия, часто имѣющія слоистое расположеніе, однимъ словомъ, она представляетъ особенности, характерныя для пиелита. *Реакція* мочи почти всегда бываетъ *кислая*. Если мелкіе конкременты встрѣчаютъ препятствіе при своемъ прохожденіи чрезъ мочеточникъ, или же, если просвѣтъ его закупорился однимъ болѣе объемистымъ камнемъ, то обнаруживается классическая картина *почечной колики*: чрезвычайно жестокая, рвущая боль въ почечной области, распространяющаяся вдоль мочеточника въ мочевой пузырь и въ наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала; боль эта можетъ распространяться и въ другія мѣста, особенно въ яичко, но всего сильнѣе она сосредоточивается въ области мочевыхъ путей. При этомъ существуетъ безпрестанный позывъ къ мочеиспусканію, и, однако, обыкновенно выходятъ лишь нѣсколько

капель концентрированной, въ большинствѣ случаевъ кровавистой мочи, дающей обильный осадокъ. Изъ общихъ явленій наблюдаются чувство страха, холодный потъ, осунувшіяся черты лица, рвота, малый пульсъ и потрясающіе ознобы. Приступъ оканчивается по вступленіи камня въ мочевой пузырь, или по изверженіи камня мочью, или по возвращеніи его изъ верхняго отверстія мочеточника въ почечную лоханку.

По отхожденіи камня наступаетъ обильное выдѣленіе мочи, т. е. выдѣляется именно та моча, которая въ большомъ количествѣ накопилась позади закупоривавшаго камня и произвела временное расширеніе мочеточника гезр. острый гидронефрозъ. Въ другихъ случаяхъ, особенно неблагоприятныхъ, это закрытіе мочевыхъ путей камнями влечетъ за собою *урэмію*, именно тогда, когда поражены обѣ почки и закрыты оба мочеточника, или когда у больного имѣется только одна почка и когда единственнаый мочеточникъ закупоривается камнемъ. Естественнымъ послѣдствіемъ такого положенія дѣла является полная анурія, которая должна рано или поздно повлечь за собою *урэмію*, хотя въ исключительныхъ случаяхъ, какъ это несомѣнно констатировано, она можетъ продолжаться цѣлыми недѣлями безъ наступленія *урэміи*. Къ числу исключеній относится и то, что анурія появляется иногда вслѣдъ за приступомъ колики при закрытіи *одного* мочеточника, если другая, здоровая почка, мочеточникъ которой не закрытъ, совершенно прекращаетъ на время свою дѣятельность (вѣроятно, вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія чревнаго нерва, представляющаго сосудодвигательный нервъ почки). Другое послѣдствіе закупорки мочеточника камнями, именно—разрывъ мочеточника, съ послѣдовательнымъ воспаленіемъ брюшины, съ прободеніемъ камня въ кишечный каналъ или чрезъ кожу и т. д., встрѣчается очень рѣдко (я видѣлъ всего *одинъ* случай, гдѣ мочевой камень прорвался чрезъ кожу).

Хотя на основаніи вышеописанныхъ симптомовъ и возможно съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ заключить о присутствіи почечныхъ камней, однако *вполнѣ положительный* діагнозъ на основаніи этихъ симптомовъ не можетъ быть поставленъ, потому что почечная колика можетъ вызываться и другими инородными тѣлами, напр. кровавыми сгустками, образовавшимися въ мочеточникѣ и извергаемыми затѣмъ въ видѣ червеобразныхъ шнурковъ, или пузырями эхинококка и т. п., при прохожденіи ихъ чрезъ мочеточникъ. Твердую почву пріобрѣтаетъ діагнозъ только тогда, *когда въ мочѣ найдены конкременты*. Если таковые не были найдены еще до наступленія почечной колики, то иногда можетъ возникнуть вопросъ, дѣйствительно ли мы имѣемъ дѣло съ приступомъ почечной колики. Узнать эту послѣднюю почти всегда бываетъ легко по мѣстоположенію и распространенію боли, даже въ томъ случаѣ, когда приступъ сопровождается рвотою. Діагнозъ становится болѣе затруднительнымъ, если камни вообще не обнаруживаются почечной коликой, а исключительно гастрическими симптомами (рвотою и кардіалгією), появившимися вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія нервовъ. Въ подобныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть выясненъ только изслѣдованіемъ *мочи относительно присутствія въ ней конкрементовъ*.

Свѣжевыпущенной мочѣ даютъ предварительно отстояться, а затѣмъ помощію стеклянной пипетки берутъ самую нижнюю часть образовавшагося въ рюмкѣ осадка для дальнѣйшаго изслѣдованія. При этомъ обыкновенно уже царапающій или скре-

бушій шумъ, производимый осадкомъ на стѣнкахъ рюмки и пипетки, указываетъ на то, что дѣло идетъ о твердыхъ тѣлахъ съ острыми краями. Присутствіе камней въ мочѣ вполне очевидно, если чрезъ мочеиспускательный каналъ прошли болѣе значительные конкременты. На микроскопическомъ препаратѣ, если болѣзнь просуществовала долгое время вслѣдствіе присоединившагося піелита, мы находимъ, помимо образующихъ почечный песокъ характеристичныхъ кристалловъ мочевоѣ кислоты, щавелевокислой извести и цистина, — эпителиальныя кѣтки, гнойныя и кровяныя тѣльца. Для опредѣленія состава большихъ конкрементовъ, необходимо приготовить гладкіе распилы и произвести точное химическое изслѣдованіе.

Здѣсь мы можемъ только въ общемъ замѣтить слѣдующее: *Камни, состоящіе изъ мочевоѣ кислоты* (конкременты наиболѣе частые), представляются твердыми, имѣютъ гладкую или также слегка бугристую поверхность и желто-бурый или красно-бурый цвѣтъ. *Камни, состоящіе изъ щавелевокислой извести*, очень тверды, имѣютъ буроватый или даже черный цвѣтъ и обыкновенно представляютъ шероховатую бородавчатую поверхность («камни въ формѣ тутовой ягоды»). *Камни, состоящіе изъ фосфатовъ*, въ большинствѣ случаевъ изъ фосфорнокислой извести и фосфорнокислой амміакъ-магнезіи, представляются относительно мягкими, имѣютъ бѣлый или глинистый цвѣтъ и песчано шероховатую, часто блестящую поверхность. Обыкновенно камень состоитъ не исключительно изъ одного химическаго вещества: напр., ядро можетъ состоять изъ мочевоѣ кислоты, а периферическіе слои — изъ щавелевокислой извести, или наоборотъ; фосфорнокислыя соли чаще всего образуютъ только периферическіе слои камня. Впрочемъ, вѣрное заключеніе относительно состава камня можетъ быть сдѣлано единственно по результату химическаго и микроскопическаго изслѣдованія, а особенно это справедливо по отношенію рѣдкихъ камней, состоящихъ изъ цистина и ксантина. Побочною составною частью камней нерѣдко оказывалась углекислая известь.

Ошибочное смѣшиваніе съ другими болѣзненными состояніями случается часто, если діагнозъ поставленъ на основаніи отдѣльныхъ симптомовъ каменной болѣзни почекъ, на основаніи гематуріи, почечной колики или явленій піелита, безъ того чтобы въ мочѣ были найдены конкременты. Во всякомъ случаѣ, нужно держаться того правила, что нахожденіе конкрементовъ въ мочѣ для точнаго діагноза абсолютно необходимо и что при отсутствіи ихъ лучше всего оставлять діагнозъ подъ сомнѣніемъ. Если не придерживаться этого правила, то могутъ случаться грубыя діагностическія ошибки, т. е. можно смѣшать почечные камни съ бугорчаткою почекъ, паранефритическими абсцессами, гастралгіей, поясничной невралгіей и т. п. Но и тогда, когда въ мочѣ найдены конкременты, все еще возможна діагностическая ошибка, оттого ли, что въ мочевые пути необычнымъ образомъ вскрылись желчныя камни, которые затѣмъ были выведены мочою, или же оттого, что у больного существуютъ не почечные камни, а камни мочевоѣ пузыря. Въ послѣднемъ случаѣ всѣ субъективные симптомы и боли сосредоточиваются, правда, въ области мочевоѣ пузыря, а особенно въ области его шейки, но иногда боль распространяется также въ область почекъ. При разрѣшеніи вопроса, имѣемъ ли мы дѣло съ почечными камнями или же съ камнями мочевоѣ пузыря, важно то, что при камняхъ, образовавшихся первично въ мочевоѣ пузырьѣ, боль въ почечной области, если и существуетъ, не ограничивается

одной только стороною и не предшествуетъ симптомамъ со стороны мочевого пузыря. *Реакція* мочи, обыкновенно бывающая щелочною при болѣе продолжительномъ циститѣ, не имѣетъ діагностическаго значенія, такъ какъ моча можетъ сдѣлаться щелочною и при *пелитѣ*, зависящемъ отъ присутствія камней (*pyelitis calculosa*). Но главнѣйшимъ способомъ для разрѣшенія этого вопроса, конечно, служитъ непосредственное изслѣдованіе мочевого пузыря помощію зонда.

Иногда по поводу предполагаемаго вылушенія почки возникаетъ вопросъ, существуютъ ли камни только въ одной почкѣ или въ *обѣихъ*. По моему мнѣнію, *этотъ вопросъ никогда не можетъ быть рѣшенъ съ полною достоверностію*, потому что, хотя бы всѣ симптомы и указывали на изолированное заболѣваніе *одной* почки, все-таки не исключена возможность присутствія конкрементовъ и въ другой почкѣ, такъ какъ образованіе ихъ можетъ въ исключительныхъ случаяхъ не обнаруживаться *никакими симптомами*.

Аномаліи въ формѣ и положеніи почекъ.

Ограниченная или разлитая гипертрофія почекъ доступна распознаванію только тогда, когда почка подвижна, причемъ удается прощупать чрезъ брюшные покровы въ первомъ случаѣ ограниченное выпячиваніе на поверхности почки, а во второмъ—увеличеніе всей почки, имѣющей гладкую поверхность. Если мы желаемъ поставить этотъ діагнозъ, то должны наблюдать больного въ теченіе долгаго времени, чтобы удостовѣриться, что эта въ общемъ весьма рѣдкая аномалія объема почекъ не симулируется новообразованиемъ въ почечной ткани. Анамнезъ также иногда даетъ нѣкоторую точку опоры для діагноза, такъ какъ предшествовавшая эмболія можетъ вызвать ограниченную гипертрофію, сахарный діабетъ—разлитую гипертрофію обѣихъ почекъ, а закрытіе мочеточника одной почки камнями и т. п. можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ разлитую гипертрофію другой почки. Мнѣ самому пришлось наблюдать у постели больного гипертрофію одной и обѣихъ (подвижныхъ) почекъ въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ этиологія не представляла рѣшительно никакихъ данныхъ для объясненія причины этихъ аномалій.

Иногда также оказывалось возможнымъ распознать сліяніе обѣихъ почекъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ или такъ наз. *подковообразную почку* благодаря тому, что почки, измѣненныя такимъ образомъ въ своей формѣ, обыкновенно занимали вмѣстѣ съ тѣмъ ненормальное положеніе, опускались внизъ (иногда до малаго таза) и, помѣщаясь впереди позвоночника, могли быть прощупаны чрезъ тонкіе брюшные покровы въ видѣ опухоли, которая пульсировала по причинѣ своего сосѣдства съ брюшною аортою.

Наконецъ, *врожденное отсутствіе одной почки* бываетъ доступно распознаванію, если въ области одной почки рядомъ съ позвоночникомъ постоянно получается тимпаническій звукъ, если въ области другой почки границы тупаго звука оказываются нормальными и если при повторномъ изслѣдованіи доказано, что нигдѣ не прощупывается подвижной почки. Присутствіе этой аномаліи обращаетъ на себя вниманіе отчасти случайно при постукиваніи почечной области, предпринятомъ по другому поводу, а отчасти въ такихъ случаяхъ, когда ущемленіе почечнаго камня въ мочеточникѣ одной стороны сопровождается болями, ясно локализованными по его направленію, а между тѣмъ къ закрытію мочеточника присоединяется полная анурія, или даже

уремія ¹⁾). Функциональныхъ разстройствъ это отсутствіе одной почки не вызываетъ такъ какъ существующая единственная почка гипертрофируется и вполне справляется съ отдѣленіемъ мочи.

Подвижная или блуждающая почка. *Ren mobilis*.

Гораздо большее значеніе имѣетъ въ практикѣ *подвижная почка*, которая въ послѣднее время обратила на себя особенное вниманіе, такъ что, по моимъ наблюденіямъ и по свидѣтельству другихъ авторовъ, эта аномалія можетъ считаться явленіемъ довольно частымъ. Распознаваніе подвижной почки почти всегда оказывается легкимъ, если изслѣдованіе производится при расслабленномъ состояніи брюшныхъ покрововъ, и притомъ обѣими руками, такъ чтобы одна рука со стороны поясничной области производила давленіе сзади напередъ по направленію къ другой рукѣ, ощупывающей или слегка разминающей брюшные покровы спереди назадъ. При этомъ прощупывается овальная, гладкая, упруго-твердая опухоль, имѣющая величину и форму почки и обыкновенно нѣсколько чувствительная къ болѣе сильному давленію. Подвижность почки гораздо чаще констатируется на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой; при дыханіи подвижная почка не смѣщается, но при ощупываніи она можетъ быть болѣе или менѣе далеко передвигаема пальцами въ разныя стороны. Если давать больному различныя положенія тѣла, то вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется и положеніе опухоли; именно, въ колѣнно-локтевомъ положеніи она приближается къ передней брюшной стѣнкѣ, тогда какъ въ положеніи на спинѣ она отклоняется назадъ, а при значительной подвижности можетъ быть вправлена въ свое нормальное мѣсто. Выстукиваніе подвижной почки не даетъ для діагноза никакого результата; но для діагноза безусловно необходимо, чтобы почечная область соотвѣтственной стороны, по крайней мѣрѣ при болѣе частомъ изслѣдованіи, по временамъ давала при перкуссии ясный тимпаническій звукъ.

Ошибочное смѣшиваніе съ другими опухолями брюшной полости, имѣющими приблизительно величину почки, случается нерѣдко, особенно когда произведено только однократное изслѣдованіе и когда существуетъ смѣщеніе не обѣихъ почекъ, а только одной (какъ это и бываетъ обыкновенно). Чрезвычайно большую подвижность могутъ въ особенности представлять опухоли привратника желудка. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ карцинома привратника, имѣвшая величину почки и представлявшаяся на ощупь совершенно гладкою, могла быть съ величайшею легкостью перемѣщена изъ правой пупочной области въ лѣвое подреберье и даже нѣсколько вдвинута подъ реберную дугу. Въ этомъ случаѣ, именно благодаря необыкновенной подвижности и гладкости опухоли, возможность существованія карциномы привратника допускалась уже на третьемъ планѣ; но послѣ пробнаго разрѣза было выяснено истинное положеніе дѣла, и затѣмъ произведено вылуценіе карциномы привратника, съ благопріятнымъ исходомъ. Ошибочное смѣшиваніе опухолей привратника съ подвижною почкою представляется тѣмъ болѣе возможнымъ, что послѣдовательное явленіе, вызываемое этими

¹⁾ Что анурія можетъ также встрѣчаться при закрытіи одного мочеточника, не смотря на существованіе обѣихъ почекъ, объ этомъ мы уже говорили по поводу распознаванія почечныхъ камней (см. стр. 426).

опухолью, именно расширеніе желудка, въ позднѣйшее время допускалось и при подвижной почкѣ, въ силу производимаго ею давленія. Но, по моимъ наблюденіямъ, объяснять дѣйствіемъ подвижной почки встрѣчавшееся при ней расширеніе желудка мы не имѣемъ никакого права. Ошибочное смѣшиваніе подвижной почки съ опухолью привратника можетъ быть предотвращено, если обращать вниманіе на существующее при нихъ расширеніе желудка (съ измѣненіемъ количества соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ), на притупленіе звука, сохраненное въ области обѣихъ почекъ, на отношеніе этихъ опухолей къ контурамъ желудка, наполненнаго или опорожненнаго посредствомъ желудочнаго зонда, а также и на самую опухоль, которая при подвижной почкѣ должна въ точности представлять форму этого органа. То же самое относится и къ дифференціальному распознаванію подвижной почки отъ *опухолей желчнаго пузыря*, которыя къ тому же, отходя отъ нижняго края печени, не могутъ быть обхвачены пальцами сверху.

Нѣсколько труднѣе по первому взгляду отличить подвижную почку отъ *подвижной селезенки*. Однако, діагностическая ошибка, еслибы таковая была сдѣлана, очень скоро обнаруживается выстукиваніемъ селезеночной области, которое при блуждающей селезенкѣ дѣстъ тимпаническій звукъ, а также и тѣмъ обстоятельствомъ, что опухоль не имѣетъ бобовидной формы. Необходимо, впрочемъ, замѣтить, что одновременно могутъ быть подвижны оба органа, т. е. селезенка и лѣвая почка, какъ мнѣ удалось еще недавно съ положительностью констатировать при жизни больного въ одномъ случаѣ (діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ трупа).

Смѣшиваніе съ другими опухолями брюшной полости не легко возможно, если имѣть въ виду вышеупомянутыя особенности подвижной почки. Наконецъ, блуждающая почка часто еще представляетъ явленія, специально ей свойственныя. Хотя чувство тяжести, растяженія и незначительной боли въ животѣ слишкомъ неопредѣленно для того, чтобы можно было безъ дальнѣйшихъ разсужденій пользоваться имъ какъ діагностическимъ признакомъ, однако діагнозъ нѣсколько подтверждается уже тѣмъ обстоятельствомъ, что всякія болѣе сильныя движенія тѣла—взда верхомъ и въ экипажѣ, танцы и т. д.—очень рѣзко усиливаютъ эти субъективныя явленія. Но особенно важно то, что по временамъ обнаруживаются такъ наз. «явленія ущемленія»: упадокъ силъ, жестокія боли, склонность ко рвотѣ, ознобы и расстройства въ отдѣленіи мочи именно весьма значительное уменьшеніе ея количества, причемъ иногда образуется острый, скоропреходящій гидронефрозъ. Явленія эти, какъ мнѣ кажется, въ большинствѣ случаевъ всего естественнѣе могутъ быть объяснены временнымъ скручиваніемъ мочеточниковъ и почечныхъ сосудовъ, происходящимъ вслѣдствіе болѣе значительныхъ перемѣщеній подвижной почки. Въ рѣдкихъ случаяхъ мнѣ казалось также, что источникомъ этихъ явленій ущемленія были скоропреходящія воспаленія частей, лежащихъ по сосѣдству съ подвижною почкою. Что касается остальныхъ явленій (напр. гематуріи), приводимыхъ въ числѣ послѣдствій подвижной почки, то, по моимъ наблюденіямъ, зависимость ихъ отъ этой аномаліи въ положеніи почки представляется чрезвычайно сомнительною. Въ рѣдкихъ случаяхъ подвижная почка становится мѣстомъ развитія раковой опухоли и конкрементовъ, о чемъ мы уже подробно говорили въ соответствующихъ главахъ.

Болѣзни мочевого пузыря.

Катарръ мочевого пузыря. Воспаленіе мочевого пузыря. Cystitis.

Воспаленіе мочевого пузыря (циститъ) обыкновенно обнаруживается такими рѣзкими симптомами, что распознаваніе не представляетъ затрудненій. Важное значеніе для діагноза имѣютъ прежде всего мѣстные симптомы, между тѣмъ какъ существующія иногда общія явленія, напр.

лихорадка, отсутствіе аппетита, рвота и т. п., не имѣютъ для него никакого значенія. Мѣстныя явленія при *остромъ* циститѣ бываютъ иныя, чѣмъ при хроническомъ: въ первомъ случаѣ преобладаютъ судороги и боли въ области мочевого пузыря и въ окружающихъ частяхъ, тогда какъ при хроническомъ циститѣ эти симптомы выражены очень слабо, а существуетъ главнымъ образомъ только учащенный позывъ къ мочеиспусканію.

Катетеризація очень болѣзненна, особенно когда воспалена шейка мочевого пузыря. Впрочемъ, вѣрную точку опоры для распознаванія острого и хроническаго цистита даютъ только *измѣненныя свойства мочи*. При *остромъ катаррѣ* моча выдѣляется въ скудномъ количествѣ, представляется мутною, имѣетъ кислую реакцію и въ большинствѣ случаевъ темно-красный кровянистый цвѣтъ. Осадокъ, обыкновенно обильный, содержитъ иногда мелкіе кровяные сгустки и слизистые комочки, но во всякомъ случаѣ — *многочисленныя безцвѣтныя кровяныя тѣльца*, отчасти находящіяся въ сильномъ *амѣбoidalномъ движеніи*, а въ то же время — *немногочисленныя красныя кровяныя тѣльца и эпителиальныя клетки мочевого пузыря*.

При нагреваніи мочи и прибавленіи азотной кислоты констатируется присутствіе бѣлка соотвѣтственно содержанію гноя; но въ первой стадіи болѣзни не слѣдуетъ ожидать положительной реакціи на бѣлокъ, а можетъ быть получена только *реакція на слизь* (т. е. при прибавленіи уксусной кислоты получается осадокъ, нерастворимый въ избыткѣ уксусной и растворимый въ избыткѣ соляной кислоты). При хроническомъ катаррѣ обыкновенно, но и при *остромъ катаррѣ* въ исключительныхъ случаяхъ *мочевина* въ мочевомъ пузырьѣ *превращается въ углекислый амміакъ*, моча принимаетъ щелочную реакцію, и гной превращается въ студенистую вязкую массу, которая при выливаніи мочи изъ сосуда выступаетъ цѣликомъ или вытягивается въ длинныя упругія нити.

Эти послѣднія измѣненія мочи встрѣчаются преимущественно при *хроническомъ катаррѣ* пузыря. Моча представляется мутною, *обыкновенно грязно-бурою*, содержитъ *гнойныя тѣльца въ значительномъ количествѣ* и поэтому даетъ большой осадокъ. При хроническомъ катаррѣ чаще, чѣмъ при *остромъ*, развивается *амміачно-щелочное броженіе мочи*.

Подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, въ особенности специфическихъ бацилл (2 μ въ длину и 1 μ въ толщину) и микрококковъ (0.8 μ въ поперечникѣ), происходитъ превращеніе мочевины въ углекислый амміакъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ моча получаетъ щелочную реакцію и чрезвычайно рѣзкій запахъ. Красная лакмусовая бумажка окрашивается въ синій цвѣтъ, а по высыханіи на воздухъ опять становится красною; если надъ сосудомъ съ мочою держать стеклянную палочку, погруженную предварительно въ соляную кислоту, то образуются пары нашатыря. На микроскопическомъ препаратѣ оказываются чрезвычайно многочисленные кристаллы фосфорнокислой амміакъ-магnezіи въ формѣ грбовыхъ крышекъ и кристаллы мочекаислаго амміака въ формѣ плодовъ дурмана, а вмѣстѣ съ тѣмъ — безчисленные микроорганизмы, шаровидные и палочкообразные, изъ которыхъ особенно важны вышеупомянутые микробы, производящіе разложеніе мочевины.

Было бы ошибочно думать, будто бы вышеописанное разложеніе мочи при хроническомъ катаррѣ пузыря встрѣчается постоянно; наоборотъ, оно происходитъ далеко не такъ часто, какъ полагають обыкновенно, а обнаруживается только тогда, когда упомянутые микроорганизмы находятъ возможность проникнуть въ мочевой пузырь извнѣ (чаще всего — при посредствѣ катетеризаціи).

Стѣнки мочевого пузыря, вслѣдствіе хронической воспалительной инфильтраціи, утолщаются, такъ что пузырь прощупывается чрезъ брюшные покровы надъ лобкомъ и чрезъ прямую кишку въ видѣ шарообразной твердой опухоли, особенно въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе паралича его мускулатуры онъ чрезмѣрно растягивается мочою и верхушка его поднимается до пупка или еще выше. Растяженіе пузыря можетъ наступать и при *остромъ* циститѣ, именно благодаря послѣдовательному спазму сфинктера, причемъ появляются чрезвычайно сильныя судорожныя боли, распространяющіяся на головку полового члена, на яичко и въ промежность, тогда какъ при хроническомъ циститѣ задержаніе мочи въ большинствѣ случаевъ развивается очень медленно, безъ всякихъ болей, и самое растяженіе пузыря обыкновенно обнаруживается случайнымъ образомъ при ощупываніи живота.

Если симптомы цистита выражены въ той степени, какъ это сейчасъ было описано, то смѣшать катаррѣ пузыря съ какою нибудь другою болѣзнію невозможно. Иное дѣло, когда катаррѣ весьма незначителенъ, или же когда мы находимъ послѣдніе остатки цистита въ періодѣ его излѣченія.

Вѣрное истолкованіе подобныхъ случаевъ, по крайней мѣрѣ для меня, бываетъ часто сопряжено съ затрудненіями. При изслѣдованіи мочи, даже когда подъ микроскопомъ найдены только немногочисленныя гнойныя тѣльца, всегда здѣсь получается замѣтная реакція на бѣлокъ (осадокъ, полученный при прибавленіи азотной кислоты, составляетъ около $\frac{1}{20}$ всего объема мочи). При такихъ условіяхъ возникаетъ вопросъ, вызвано-ли это присутствіе бѣлка въ мочѣ катарромъ мочевого пузыря или хроническимъ нефритомъ. Вопросъ этотъ часто оказывается тѣмъ болѣе труднымъ для разрѣшенія, что и при нефритѣ бывають въ мочѣ безцвѣтныя кровяныя тѣльца въ значительномъ количествѣ, а обыкновенныя гіалиновые цилиндры встрѣчаются и въ нормальной мочѣ. Однако, произведя многочисленныя изслѣдованія мочи у здоровыхъ людей, я пришелъ къ тому результату, что, если въ мочевомъ осадкѣ найдены гіалиновые цилиндры не въ видѣ отдѣльныхъ, весьма рѣдкихъ экземпляровъ, это всегда составляетъ явленіе патологическое, зависящее отъ почекъ. При такихъ условіяхъ необходимо произвести тщательное изслѣдованіе сердца, чтобы констатировать гипертрофію, если таковая существуетъ, затѣмъ изслѣдовать пульсъ, чтобы опредѣлить, нѣтъ ли повышеннаго напряженія въ аортной системѣ, и, наконецъ, помощію офтальмоскопа выяснитъ, нѣтъ ли измѣненій сѣтчатки, чтобы такимъ образомъ прійти къ точному распознаванію нефрита. Диагнозъ становится чрезвычайно труднымъ, если обѣ болѣзни существуютъ одновременно. Въ такихъ случаяхъ онъ вообще бываетъ возможенъ только тогда, когда осадокъ очень обиленъ и когда наряду съ мочевыми цилиндрами въ немъ найдены многочисленныя гнойныя тѣльца и клѣтки мостовиднаго эпителія.

Такъ какъ слоисто расположенный мостовидный эпителий слизистой оболочки мочевого пузыря въ морфологическомъ отношеніи совершенно тождественъ съ эпителиемъ мочеточника и почечной лоханки, то въ подобныхъ случаяхъ возможно еще смѣшать циститъ съ *пизлитомъ*, и эта ошибка даже неизбежна, если діагнозъ основывается исключительно на результатѣ изслѣдованія мочи. Дѣло въ томъ, что и реакція мочи не имѣетъ здѣсь никакого значенія, такъ какъ кислая реакція при циститѣ представляетъ явленіе весьма обыкновенное, а съ другой стороны, щелочная или даже аммиачно-щелочная реакція встрѣчается и при пизлитѣ. Если при такихъ обстоятельствахъ мы желаемъ, по крайней мѣрѣ, попытаться поставить діагнозъ, то должны обратить вниманіе и на другіе симптомы, а особенно—на боли въ почечной области, которые отсутствуютъ при циститѣ, коль скоро онъ не осложненъ пизлитомъ; однако, діагнозъ, основывающійся на мѣстоположеніи болей, всегда чрезвычайно сомнителенъ. Спазмъ мочевого пузыря тоже не имѣетъ для цистита патогностическаго значенія, такъ какъ и при пизлитѣ существуетъ болѣзненно учащенный позывъ къ мочеиспусканію, хотя это и бываетъ рѣже, чѣмъ при катаррѣ пузыря. Болѣе важнымъ для распознаванія пизлита оказывается то обстоятельство, что въ теченіи болѣзни, при временномъ закрытіи мочеточника слизью или гноемъ, появляются настоящіе приступы почечной колики, а особенно важное значеніе имѣетъ то, что въ случаѣ односторонняго пизлита можетъ при такихъ условіяхъ образоваться гидронефрозъ и въ теченіе короткаго времени можетъ выдѣляться совершенно прозрачная моча (происходящая изъ здоровой почки). При катаррѣ мочевого пузыря это послѣднее явленіе никогда не наблюдается, но, къ сожалѣнію, при пизлитѣ оно встрѣчается далеко не постоянно. Этиологія точно также представляетъ мало данныхъ для дифференціального распознаванія въ этомъ случаѣ, такъ какъ причины обѣихъ болѣзней въ главныхъ чертахъ одинаковы.

Какъ бы то ни было, въ каждомъ случаѣ цистита необходимо обращать вниманіе на *этіологическія условія* и считать діагнозъ законченнымъ только тогда, когда предварительно выяснена причина, подавшая поводъ къ катарру мочевого пузыря. При этомъ возникаетъ вопросъ, обусловливается ли катаррѣ пузыря химическими раздраженіями (острою пищею, лѣкарственными веществами и т. д.), или термическими вліяніями, или травматическими поврежденіями, или распространеніемъ воспалительнаго процесса изъ сосѣднихъ органовъ, или, наконецъ, инфекціоннымъ ядомъ. Въ послѣднемъ отношеніи заслуживаетъ особаго описанія трипперный циститъ; кромѣ того, такого же описанія заслуживаетъ циститъ, обусловленный камнями мочевого пузыря. Прежде всего, что касается *цистита, наступающаго въ теченіи триппера*, то замѣчательными изслѣдованіями *Витта* было доказано, что катаррѣ пузыря *лишь весьма рѣдко или даже никогда не имѣетъ специфическаго происхожденія*, т. е. не бываетъ вызванъ гонококками.

Гонококкамъ свойственна та особенность, что они вѣдряются только въ клѣткахъ цилиндрическаго, но не мостовиднаго эпителія. Если при циститѣ у больныхъ, страдающихъ трипперомъ, найдены въ мочевомъ осадкѣ диплококки, то это, разумѣется, еще нисколько не доказываетъ, что циститъ былъ вызванъ гонококками, такъ какъ послѣдніе могутъ происходить изъ мочеиспускательнаго канала, пораженнаго трипперомъ. Но и тогда, когда можетъ быть исключенъ этотъ источникъ появленія диплококковъ въ мочѣ, все-таки еще нужна большая осторожность въ заключеніяхъ, такъ какъ помимо гонококковъ встрѣчаются въ мочѣ другіе болѣзнетворные и не-болѣзнетворные

творимые виды диплококковъ, изъ которыхъ одинъ видъ былъ найденъ *Витт'омъ* въ гнойномъ осадкѣ мочи при трипперномъ циститѣ и получилъ отъ него названіе «желтовато-бѣлаго диплококка». Даже то обстоятельство, что «трипперный циститъ» быстро былъ излеченъ копайскимъ бальзамомъ (какъ это мнѣ самому часто случалось наблюдать), еще не составляетъ вѣрнаго доказательства въ пользу триппернаго происхожденія цистита, такъ какъ копайскій бальзамъ иногда производитъ благопріятное дѣйствіе при циститѣ, вѣроятно не зависящемъ отъ триппера.

Циститъ, поддерживаемый присутствіемъ *камней въ мочевомъ пузырьѣ*, отличается отъ обыкновенныхъ формъ цистита болѣе частымъ появленіемъ гематуріи, нерѣдкимъ появленіемъ песка и кристалловъ въ мочѣ, наконецъ — тѣмъ, что, *не смотря на хроническое теченіе болѣзни*, существуютъ *жестокія боли*, вызываемыя въ особенности усиленными движеніями тѣла и распространяющіяся обыкновенно въ мочеиспускательный каналъ до наружнаго его отверстія, но также и въ соедѣнія части, окружающія мочевой пузырь. Къ концу мочеиспусканія является *stranguria*, какъ признакъ раздраженія шейки мочевого пузыря, которое производится камнями; иногда струя мочи внезапно прерывается, а въ рѣдкихъ случаяхъ истеченіе мочи задерживается на долгое время. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные явственно ощущаютъ перемѣщающееся инородное тѣло въ мочевомъ пузырьѣ; но хотя это обстоятельство иногда и наводитъ на мысль о присутствіи камня, однако для *опредѣленнаго* діагноза оно имѣетъ такъ же мало значенія, какъ и всѣ вышеприведенныя симптомы, вмѣстѣ взятые. *Съ полною положительностью діагноза можетъ быть поставленъ только по результату объективнаго изслѣдованія пузыря посредствомъ зонда*. Если это изслѣдованіе дало отрицательный результатъ, то оно должно быть повторено нѣсколько разъ, такъ какъ камни, инкапсулированные въ дивертикулъ мочевого пузыря или находящіеся въ необычномъ мѣстѣ (особенно — надъ лобкомъ), часто обнаруживаются лишь при повторномъ изслѣдованіи зондомъ. Относительно всего остальнаго я долженъ сослаться на то, что мною уже было сказано въ главѣ о почечныхъ камняхъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, подъ вліяніемъ какого-нибудь инфекціоннаго яда, напр. въ теченіи скарлатины, оспы и т. д., или вслѣдствіе очень сильнаго раздраженія химическими веществами (напр. испанскими мухами или углекислымъ амміакомъ разложившейся мочи) или, наконецъ, вслѣдствіе катетеризаціи и занесенія микроорганизмовъ въ мочевой пузырь (между прочимъ также вышеупомянутаго желтовато-бѣлаго диплококка, какъ это было въ одномъ случаѣ констатировано *Витт'омъ*), развивается болѣе тяжелая форма воспаленія, именно *крупозно-дифтерическій циститъ*. Эта форма цистита можетъ сопровождаться потрясающими ознобами и высокою лихорадкою; діагнозъ иногда становится возможнымъ, благодаря появленію въ мочѣ бѣлыхъ перепонокъ, состоящихъ изъ волоконъ фибрина, гнойныхъ тѣлецъ, эпителиальныхъ клѣтокъ и бактерій.

Если воспаленіе не ограничивается слизистой оболочкою мочевого пузыря, а локализируется въ его стѣнкѣ, то послѣдняя оказывается утолщенною, сократительность ея уменьшена, выдѣленіе мочи затруднено и чрезвычайно болѣзненно. Смотря по тому, гдѣ именно существуетъ накопленіе гноя въ стѣнкѣ мочевого пузыря, мо-

можетъ быть закрыто отверстіе одного или обоихъ мочеточниковъ или внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала, а вмѣстѣ съ тѣмъ можетъ явиться застояніе мочи до почечной лоханки, или выдѣленіе мочи можетъ быть временно совсѣмъ прекращено. При этомъ существуютъ потрясающіе ознобы, высокая лихорадка, давленіе и боль въ области мочевого пузыря и признаки нагноенія въ глубинѣ таза (*cystitis submucosa* «*parenchymatosa*»). Если абсцессъ прорвался въ мочевой пузырь, то наступаетъ быстрое улучшеніе, причемъ въ мочѣ появляются большія количества гноя. Если же абсцессъ вскрылся въ какомъ-нибудь другомъ направленіи (въ полость брюшины, въ прямую кишку, во влагалище и т. д.), то симптомы соответственнымъ образомъ видоизмѣняются. Если эти абсцессы сообщаются затѣмъ съ полостью мочевого пузыря, то моча смѣшивается съ гноемъ и разлагается, причемъ вслѣдствіе инфильтраціи мочею усиливается воспаленіе въ сосѣднихъ частяхъ, окружающихъ пузырь, появляется отекъ промежности или вокругъ задняго прохода и т. д.

Подобными же симптомами, т. е. признаками нагноенія въ глубинѣ таза и послѣдствіями этого нагноенія, сопровождается *воспаленіе клѣтчатки вокругъ мочевого пузыря* (*paracystitis*). Но въ этомъ случаѣ катетеръ вводится съ меньшимъ трудомъ, а при ощупываніи чрезъ брюшные покровы или чрезъ промежность, прямую кишку или влагалище, гнойная инфильтрація клѣтчатки вокругъ мочевого пузыря представляется въ видѣ твердой, въ послѣдствіи зыблящейся опухоли, дальнѣйшее развитіе которой можетъ привести къ образованію конгестивныхъ абсцессовъ, къ прободенію въ прямую кишку, въ мочевой пузырь и т. д.

Бугорчатка мочевого пузыря.

Распознаваніе бугорчатки мочевого пузыря, бывающей почти всегда только частнымъ проявленіемъ бугорчатки почечныхъ лоханокъ и половыхъ органовъ, совпадаетъ съ распознаваніемъ бугорчатки почекъ. Моча, какъ и при этой послѣдней болѣзни, содержитъ кровь, эпителиальныя клѣтки, гной и массы распада, а иногда также эластическія волокна и обрывки соединительной ткани, если дѣло дошло до язвеннаго разрушенія стѣнки мочевого пузыря, особенно въ области его шейки. Но важнѣйшую составную часть мочевого осадка, имѣющую для діагноза первостепенное значеніе, образуютъ бугорчатые палочки, какъ это уже было подробно объяснено въ главѣ о распознаваніи бугорчатки почекъ. Тамъ же было указано, что діагнозъ существенно подкрѣпляется, если существуетъ въ то же время затвердѣніе и творожистое перерожденіе яичекъ, ихъ придатковъ, или яичниковъ, или же, если констатирована поблѣдательная бугорчатка легкихъ и т. п. Въ частномъ случаѣ дѣло обыкновенно идетъ только о томъ, возможно ли распознать, что въ болѣзненномъ процессѣ принимаетъ участіе мочевой пузырь. Возможнымъ же это оказывается не всегда. Но если моча, въ противоположность обыкновеннымъ случаямъ бугорчатки почекъ, *постоянно* даетъ *большой* осадокъ, заключающій въ себѣ бугорчатые палочки, если существуетъ сильная *stranguria*, если катетеръ при своемъ вхожденіи въ мочевой пузырь вызываетъ боль въ опредѣленномъ мѣстѣ и если при этомъ появляется кровотеченіе, то мы вправѣ распознать, что мочевой пузырь принимаетъ участіе въ бугорчаткѣ мочеполовыхъ органовъ. Если язвенная поверхность инкрустирована минеральными солями, то до тѣхъ поръ, пока въ мочевомъ осадкѣ не обнаружено присутствіе бугорчатыхъ палочекъ, можно по ошибкѣ предполагать, что причиною катарра служить камень въ мочевомъ пузырь.

Новообразованія. Ракъ мочевого пузыря.

Изъ числа новообразованій, встрѣчающихся въ мочевомъ пузырь, *миомы*, *миксомы*, *саркомы* и др. представляютъ только патолого-анато-

мическій интересъ. *Сосочковыя фибромы* («ворсистый ракъ»), а также *карциномы*, обыкновенно переходящія на мочевой пузырь изъ сосѣднихъ частей, напротивъ того, доступны клиническому распознаванію. Самый обыкновенный симптомъ рака въ мочевомъ пузырьѣ есть *гематурия*; но явленіе это, конечно, слишкомъ неопредѣленно, такъ какъ оно встрѣчается при самыхъ различныхъ болѣзняхъ пузыря. Чувство боли точно также не можетъ служить основаніемъ для діагноза; но все-таки можно считать подозрительнымъ, если боль и кровотеченіе появляются не послѣ движеній, какъ при камняхъ мочевого пузыря, а независимо отъ всякаго внѣшняго повода. Діагнозъ можетъ быть поставленъ только тогда, когда, при существующей боли въ области мочевого пузыря и сосѣднихъ частяхъ, при гематуріи и симптомахъ хроническаго цистита вообще, прощупывается опухоль чрезъ прямую кишку или чрезъ влагалище, или помощію катетера. Если въ мочеиспускательный каналъ, какъ это изрѣдка случается у женщинъ, выпячивается изъ мочевого пузыря паниллома, сидящая на ножкѣ, то опухоль можетъ сдѣлаться доступною для зрѣнія. Довольно часто отпадаютъ куски раковой опухоли и извергаются мочою, которая при этомъ обыкновенно получаетъ ихорозное свойство ²⁹⁾. Отпавшія частицы раковой опухоли могутъ быть узнаны при микроскопическомъ изслѣдованіи, если только онѣ не подверглись полному некротическому распаденію ³⁰⁾.

Если всѣми этими способами діагнозъ не можетъ быть поставленъ, то для окончательнаго разрѣшенія вопроса необходимо произвести *эндоскопическое* изслѣдованіе. Что припухлость паховыхъ железъ и возрастающая кахексія, между прочимъ, свидѣтельствуютъ о присутствіи рака въ мочевомъ пузырьѣ, это несомнѣнно; однако, кахексія можетъ имѣть лишь весьма ограниченное діагностическое значеніе, потому что продолжительныя болѣзни мочевого пузыря, сопровождаемыя гематуріей, конечно, тоже имѣютъ своимъ послѣдствіемъ кахексію; это относится, напр., къ расширенію венъ, о которомъ мы сейчасъ будемъ говорить.

Варикозное расширеніе венъ мочевого пузыря.

Есть вышеописанныя болѣзни мочевого пузыря могутъ иногда вызывать кровотеченія (гематурию), а всего чаще это бываетъ при камняхъ и ракѣ пузыря. Помимо этихъ гематурій и помимо гематурій, обусловливаемыхъ общими болѣзнями, цынгою

²⁹⁾ Бываютъ случаи, когда въ мочѣ иной разъ очень долгое время наблюдаются мелкія частички или даже кусочки распадающагося раковаго новообразованія пузыря, и тѣмъ не менѣе моча не принимаетъ ихорознаго свойства. Если послѣднее наступаетъ, то это служитъ обыкновенно доказательствомъ того, что присоединилось осложненіе, именно зараженіе гнилостными или гнойными микробами (отъ катетеризаціи, впрыскиваній въ пузырь и пр.).

Прим. М. А.

³⁰⁾ Наиболѣе хорошо распознаются отпадающія частицы эпителиальнаго рака мочевого пузыря или канкроида, особенно если моча не находится въ состояніи разложенія. Но даже если она и разлагается, то все-таки характерныя для этого рака жемчужины мало при этомъ измѣняются. Иной разъ изъ отпавшихъ кусочковъ можно дѣлать даже срѣзы, на которыхъ ясно наблюдается раковый характеръ новообразованія.

Прим. М. А.

и т. д., изрѣдка еще встрѣчаются случаи, въ которыхъ кровотеченія изъ мочевого пузыря должны быть отнесены исключительно на счетъ *варикознаго расширенія его венъ*. Діагнозъ этого «гѣмorrhоя мочевого пузыря» часто ставится безъ достаточныхъ основаній; поставить такой діагнозъ мы имѣемъ право только тогда, когда съ достаточною положительностью могутъ быть *исключены* другія причины кровотеченія, такъ какъ въ противномъ случаѣ діагностическія ошибки неизбежны. Съ другой стороны, несомнѣнно существуютъ случаи (я наблюдалъ одинъ подобный случай еще весьма недавно), гдѣ простыя варикозныя расширенія венъ мочевого пузыря, т. е. обусловливаемыя ими кровотеченія, ускоряютъ у пожилыхъ субъектовъ наступленіе смертельнаго исхода. Врачу должно быть извѣстно, что такіе случаи встрѣчаются такъ какъ иначе онъ можетъ при подобныхъ условіяхъ ошибочно предположить ракъ мочевого пузыря. Вообще, ракъ пузыря долженъ діагностицироваться только тогда, когда для діагноза имѣются положительныя данныя (прощупываемая опухоль, присутствіе частицъ раковаго новообразованія въ мочѣ).

Нервные расстройства отравленій мочевого пузыря.

Растяженіе мочевого пузыря вызываетъ рефлекторное возбужденіе его мышцъ, а именно гладкихъ мышечныхъ волоконъ, идущихъ въ вертикальномъ направленіи и обозначаемыхъ подъ именемъ *m. detrusor vesicae*, и поперечно-полосатой мышцы, называемой *m. sphincter vesicae externus s. urethrae*. Рефлекторное сокращеніе второй мышцы при умѣренномъ напряженіи мочевого пузыря преобладаетъ надъ сокращеніемъ нервной. Когда наполненіе пузыря становится болѣе значительнымъ, то моча еще можетъ быть удержана только произвольнымъ очень сильнымъ сокращеніемъ сфинктера. Сокращеніе это происходитъ при посредствѣ *n. pudendi*, идущаго изъ крестцоваго сплетенія. Возбуждаемая изъ головного мозга нервныя волокна, при посредствѣ которыхъ происходитъ произвольное сокращеніе сфинктера, направляются чрезъ ножку большого мозга, а затѣмъ чрезъ передніе (и задніе боковые) пучки спиннаго мозга. Рефлекторное сокращеніе сфинктера не только можетъ произвольно усиливаться этими волокнами, но можетъ также *произвольно* прекращаться особыми *задерживающими* волокнами, произвольное возбужденіе которыхъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ расслабленіе сфинктера. Эти волокна, задерживающія рефлекторное сокращеніе названной мышцы, точно также находятся въ ножкахъ большого мозга и въ переднихъ пучкахъ спиннаго.

Перерѣзка спиннаго мозга выше поясничнаго утолщенія влечетъ за собою *задержаніе мочи* и растяженіе пузыря, вслѣдствіе того, что уничтожено дѣйствіе волоконъ, задерживающихъ рефлекторное сокращеніе сфинктера. Только тогда, когда растяженіе мочевого пузыря становится очень значительнымъ, такъ что внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала тоже подвергается механическому расширенію, наступаетъ непроизвольное выдѣленіе мочи *при наполненномъ пузырь*. Недержаніе мочи можетъ быть также вызвано *перерѣзкою чувствительныхъ и двигательныхъ волоконъ мочеиспускательнаго канала*, которыя, находясь въ нижнихъ крестцовыхъ нервахъ, вызываютъ при своемъ возбужденіи рефлекторное и произвольное сокращеніе сфинктера. Такъ какъ чувствительныя нервы мочеиспускательнаго канала и мочевого пузыря, при посредствѣ которыхъ ощущается наполненное состояніе пузыря и вмѣстѣ съ тѣмъ *позывъ къ мочеиспусканію*, поднимаются къ головному мозгу (вѣроятно, переходя въ Голлевы пучки тотчасъ по своемъ вступленіи въ спинной мозгъ), то при перерѣзкѣ спиннаго мозга или при перерожденіи Голлевыхъ пучковъ уже не ощущается позывъ къ мочеиспусканію.

Если имѣть въ виду эти условія иннервации мочевого пузыря, то легко будетъ объяснить измѣненія въ его отправленияхъ, обусловливаемыя нервными расстройствами, а вмѣстѣ съ тѣмъ будетъ легко распознавать паралитическія и судорожныя состоянія его мускулатуры.

Параличъ мускулатуры мочевого пузыря. «Параличъ мочевого пузыря».
Cystoplegia.

Параличъ m. detrusoris.

Параличъ этой мышцы имѣетъ своимъ послѣдствіемъ неспособность къ нормальному опорожненію мочи. При *умѣренномъ* наполненіи пузыря является рефлекторное сокращеніе сфинктера, т. е. *задержаніе мочи*. Когда напряженіе пузыря, а вмѣстѣ съ тѣмъ позывъ къ мочеиспусканію, достигаетъ болѣе сильной степени, то рефлекторное сокращеніе сфинктера уничтожается произвольнымъ возбужденіемъ задерживающихъ волоконъ, и наступаетъ опорожненіе мочи, *но при помощи сокращенія брюшнаго пресса, а не изгоняющей мышцы мочевого пузыря, которая парализована*; моча съ большими усиліями изгоняется тонкою струею (причемъ больной ощущаетъ затрудненіе къ опорожненію ея изъ мочевого пузыря), и результатъ получается неполный, такъ что *при введеніи катетера послѣ мочеиспусканія еще оказываются въ пузырь значительныя количества мочи*.

Примѣръ: Компрессионный мѣзлитъ. Больной чувствуетъ, что мочевой пузырь наполненъ, чувствуетъ также позывъ къ мочеиспусканію, имѣетъ возможность произвольно испустить мочу, но она выходитъ не съ надлежащею силою и только съ помощію брюшнаго пресса; моча извергается струею, а не отдѣльными каплями. Послѣ наивозможно полнаго мочеиспусканія все-таки остаются въ пузырь умѣренныя количества мочи, какъ это обнаруживается при введеніи катетера.

При этомъ предполагается, что парализована только двигательная часть рефлекторнаго пути; если же уничтожена проводимость и въ центростремительной части этого пути или прервана проводимость *только* въ чувствительныхъ волокнахъ, то картина разстройства мочеиспусканія оказывается нѣсколько иною: *отсутствіе позыва къ мочеиспусканію, чрезмѣрное накопленіе мочи и растяженіе мочевого пузыря до пупка или еще выше*, при рефлекторномъ сокращеніи сфинктера. Если послѣдній въ концѣ концовъ ослабѣваетъ при возрастающемъ напряженіи мочевого пузыря, то наступаетъ *непроизвольное истеченіе мочи отдѣльными каплями при чрезмѣрно наполненномъ пузырь*. Больные *могутъ временно подавлять* произвольнымъ сокращеніемъ сфинктера *это непроизвольное истеченіе мочи отдѣльными каплями* и при большихъ усиліяхъ извергать отъ времени до времени умѣренныя количества мочи помощію сокращенія брюшнаго пресса.

Параличъ сфинктера.

При умѣренномъ наполненіи мочевого пузыря, для удержанія въ немъ мочи достаточно уже эластичности содѣльныхъ тканей, окружающихъ мочеиспускательный каналъ; но при болѣе значительномъ растяженіи пузыря требуется для этого рефлекторное сокращеніе сфинктера. *Если*

же сфинктеръ парализованъ, то при умѣренномъ позывѣ является произвольное мочеиспускание, либо днемъ, когда вниманіе больного отвлечено, либо ночью во время сна, слѣдовательно—при такихъ условіяхъ, когда моча не удерживается въ пузырь энергическимъ сознательнымъ сокращеніемъ сфинктера.

Если произвольная иннервація сфинктера также разстроена, то больной уже не можетъ удерживать мочу во время бодрствованія даже тогда, когда вниманіе его не отвлечено, т. е. является *непроизвольное выделение мочи, какъ только мочевой пузырь наполнился въ болѣе сильной степени.*

При *парезѣ* сфинктера больной «торопится» *испускать мочу уже при умѣренномъ позывѣ и при умѣренномъ наполненіи пузыря*, такъ какъ слабый сфинктеръ можетъ оказывать лишь незначительное и кратковременное противодѣйствіе сокращеніямъ *m. detrusoris* или, другими словами, болѣе сильному напряженію пузыря. При кашлѣ и при другихъ сильныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса, слабый сфинктеръ точно также оказывается несостоятельнымъ, т. е. произвольно извергается струя мочи (особенно у женщинъ).

Одновременный параличъ обоихъ мышцъ пузыря.

Если *mm. detrusor* и *sphincter* парализованы одновременно, то *мочевой пузырь наполняется до умѣреннаго объема*, пока моча еще можетъ удерживаться въ немъ, благодаря упругости сосѣднихъ частей, окружающихъ мочеиспускательный каналъ. Но затѣмъ, когда этой упругости уже недостаточно, является вслѣдствіе невозможности сокращенія сфинктера *непроизвольное выделение мочи при умѣренно наполненномъ пузырьѣ*, и она вытекаетъ не струею, а отдѣльными каплями, благодаря параличу изгоняющей мышцы (*m. detrusor*). Въ противоположность параличу одной изгоняющей мышцы, это выхожденіе мочи отдѣльными каплями не можетъ быть подавляемо даже на короткое время. Ощущеніе начинающагося наполненія пузыря при этомъ еще можетъ быть сохранено, пока чувствительные пути остаются проходимыми.

Спазмъ мускулатуры мочевого пузыря. *Cystospasmus.*

Судороги m. detrusoris.

Если предположить, что чрезмѣрная возбудимость существуетъ не въ чувствительныхъ путяхъ, а только въ центральномъ органѣ или въ двигательной части рефлекторной дуги, то при увеличивающемся растяженіи пузыря должно наступить не нормальное, а *судорожное сокращеніе изгоняющей мышцы*. Въ результатѣ оказывается то, что больной часто ощущаетъ сильную потребность мочеиспусканія, которой въ концѣ концовъ не можетъ противостоятъ даже произвольное сокращеніе сфинктера. *Слѣ-*

довательно, эти больные торопятся испускать мочу при неожиданно наступающемъ сильномъ позывѣ къ мочеиспусканію и при умѣренномъ наполненіи пузыря.

Судороги сфинктера.

Если мы сдѣлаемъ здѣсь то же самое предположеніе, какое было сдѣлано относительно судорогъ изгоняющей мышцы, то при умѣренномъ наполненіи пузыря будетъ наступать не нормальное рефлекторное, а *судорожное сокращеніе сфинктера*. Больной старается уничтожить это судорожное сокращеніе произвольнымъ возбужденіемъ задерживающихъ волоконъ, но это удается ему только отчасти или даже совсѣмъ не удается. Въ первомъ случаѣ онъ еще можетъ испускать мочу небольшими количествами (*dysuria spastica*), а во второмъ это оказывается совершенно невозможнымъ, не смотря на сильнѣйшія сокращенія брюшныхъ мышцъ (*ischuria spastica*). При усиливающемся позывѣ къ мочеиспусканію, мочевой пузырь все болѣе и болѣе наполняется, и это чрезмѣрное растяженіе его, вмѣстѣ съ невозможностью испустить мочу, причиняетъ больному самыя непріятныя ощущенія; въ концѣ концовъ присоединяются еще судороги m. bulbo-cavernosi и заднепроходнаго сфинктера. Если спазмъ прекращается на короткое время, то выдѣляется небольшая струя мочи, а затѣмъ возобновляется прежняя картина; если же спазмъ прекратился на долгое время, то сразу испускается большое количество задержанной мочи. При попыткѣ ввести катетеръ въ мочевой пузырь, мы встрѣчаемъ трудно устранимое препятствіе въ верхней части мочеиспускательнаго канала.

Одновременныя судороги обѣихъ мышцъ пузыря.

Если спазмъ обѣихъ мышцъ существуетъ въ слабой степени развитія, то спазмъ изгоняющей мышцы, даже когда онъ незначителенъ, имѣетъ своимъ послѣдствіемъ то, что больной часто ощущаетъ сильный позывъ къ мочеиспусканію; онъ торопится испускать мочу, но это удается ему съ трудомъ, такъ какъ дѣйствіе волоконъ, задерживающихъ рефлекторное сокращеніе сфинктера, встрѣчаетъ препятствіе. Если спазмъ достигаетъ болѣе сильной степени, то является *enuresis spastica*, т. е. судорожное выходженіе мочи отдѣльными каплями, а если спазмъ существуетъ еще въ большей степени, то испусканіе мочи совершенно прекращается, и тщетная борьба мускулатуры мочевого пузыря съ чрезмѣрно накопившеюся мочою обнаруживается чрезвычайно рѣзкими явленіями; при этомъ къ спазму мочевого пузыря могутъ присоединиться угрожающія общія явленія, упадокъ силъ, ослабленіе пульса, холодный потъ по всему тѣлу, дрожаніе и общія судороги.

Этотъ одновременный спазмъ сфинктера и изгоняющей мышцы мо-

жетъ возникать такимъ же путемъ, какимъ возникаетъ спазмъ, ограничивающийся одною изъ двухъ мышцъ, т. е. путемъ одновременнаго чрезмѣрнаго повышенія возбудимости въ обоихъ рефлекторныхъ центрахъ и въ двигательныхъ частяхъ обѣихъ рефлекторныхъ дугъ. Но обыкновенно причина спазма лежитъ въ *гиперэстезіи слизистой оболочки мочевого пузыря*. Вслѣдствіе этой гиперэстезіи, уже при слабомъ наполненіи пузыря должно наступать не нормальное рефлекторное, а судорожное сокращеніе обѣихъ мышцъ, причемъ, какъ и въ нормальномъ состояніи, преобладаютъ судорожныя сокращенія сфинктера, и въ результатъ оказывается вышеописанная картина. При этомъ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго возбужденія чувствительныхъ нервовъ, *позывъ къ мочеиспусканію уже въ началѣ своего появленія ощущается очень болѣзненно*.

Разстройства чувствительности слизистой оболочки мочевого пузыря.

Распознаваніе *гиперэстезіи* слизистой оболочки обыкновенно совпадаетъ съ распознаваніемъ вышеописаннаго спазма обѣихъ мышцъ мочевого пузыря. Однако, бываютъ, повидимому, и такіе случаи гиперэстезіи, гдѣ уже накопленіе *самыхъ ничтожныхъ* количествъ мочи причиняетъ больному тягостное ощущеніе, и прежде еще, чѣмъ дѣло дойдетъ до рефлекторнаго спазма, наступаетъ произвольное выдѣленіе мочи, или, другими словами, рефлекторное сокращеніе сфинктера еще такъ мало имѣетъ судорожный характеръ, что оно легко можетъ быть произвольно уничтожено возбужденіемъ задерживающихъ волоконъ. Слѣдовательно, больной почти непрерывно ощущаетъ непріятный позывъ къ мочеиспусканію, но если онъ при этомъ достаточно часто удовлетворяетъ позыву, то ему удается безъ труда испускать мочу, и судорожное состояніе мышцы совершенно не ощущается.

Наконецъ, *анэстезія мочевого пузыря* выражается *отсутствіемъ позыва къ мочеиспусканію*; при этомъ уничтожены рефлекторныя сокращенія обѣихъ мышцъ, и тогда является вышеописанная картина совместнаго паралича сфинктера и изгоняющей мышцы, но въ отличіе отъ нея здѣсь уничтожено вмѣстѣ съ тѣмъ *всякое ощущеніе наполненнаго состоянія пузыря*.

Было бы ошибочно думать, будто-бы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ возможно опредѣлить, съ какою именно формою нервнаго разстройства мочевого пузыря мы имѣемъ дѣло. Однако, я надѣюсь, что при помощи вышеуказанныхъ данныхъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, будетъ возможно поставить діагнозъ, который часто бываетъ весьма сложнымъ.

Распознаваніе болѣзней надпочечныхъ железъ.

Болѣзни надпочечныхъ железъ до сихъ поръ еще недоступны распознаванію. Вѣрно то, что при Аддисоновой болѣзни, обнаруживающейся малокровіемъ, общею слабостью, диспенсіею, а особенно пигментаціею кожи и слизистой оболочки рта, довольно часто оказывалось при анатомическомъ вскрытіи бугорчатое, карциноматозное или воспалительное заболѣваніе надпочечныхъ железъ. Однако, были наблюдаемы многіе случаи, гдѣ при вскрытіи оказывались обширныя измѣненія этихъ железъ, а между тѣмъ при жизни больныхъ никогда не замѣчалось единственного объективнаго симптома Аддисоновой болѣзни, т. е. бронзовой окраски кожи, и, наоборотъ, довольно часто, какъ по моимъ наблюденіямъ, такъ и по свидѣтельству другихъ авторовъ, приходится наблюдать такіе случаи, гдѣ окраска кожи очень рѣзко выражена и усиливается на глазахъ врача, а между тѣмъ надпочечныя железы при анатомическомъ вскрытіи оказываются нормальными. Подобные случаи въ дѣйствительности встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ можно думать по сообщеніямъ, имѣющимся въ литературѣ, такъ какъ обыкновенно они считаются неинтересными и недостойными описанія.

Какъ бы то ни было, вѣрно то, что картина Аддисоновой болѣзни не всегда совпадаетъ съ заболѣваніемъ надпочечныхъ железъ. Хотя въ случаяхъ, гдѣ клиническая картина Аддисоновой болѣзни вполне развита, мы имѣемъ нѣкоторое право предполагать, въ виду положительныхъ результатовъ, очень часто получавшихся при анатомическомъ вскрытіи, что у больного существуетъ перерожденіе надпочечныхъ железъ, однако, во избѣжаніе частыхъ ошибокъ, лучше всего отказаться отъ подобныхъ диагнозовъ.

Полнаго объясненія сущности Аддисоновой болѣзни до сихъ поръ не имѣется. Наибольшимъ сочувствіемъ въ настоящее время пользуется теорія, объясняющая эту болѣзнь разстройствомъ симпатическаго нерва, потому именно, что, во первыхъ, къ ней могутъ быть приурочены анатомическія измѣненія надпочечныхъ железъ или солнечнаго сплетенія и т. п., еслибы таковыя оказались при вскрытіи трупа, а во вторыхъ, даже при вполне отрицательномъ результатѣ вскрытія еще остается удобный исходъ для объясненія болѣзни «функциональными» разстройствами симпатической нервной системы.

Распознаваніе болѣзней брюшины.

Воспаленіе брюшины.. *Peritonitis*.

Острое воспаленіе брюшины. Peritonitis acuta, — pneumoperitonitis.

Симптомы острого воспаленія брюшины — рѣзкая болѣзненность живота при всякомъ движеніи и дотрогиваніи, боль при мочеиспусканіи, особенно подѣ конецъ (когда сокращеніе мочевого пузыря производитъ растягиваніе брюшины), скудное отдѣленіе мочи, затрудненное опорожненіе ея (при послѣдовательномъ параличѣ *m. detrusoris ves.*), вздутіе живота, рвота, запоръ, лихорадка, малый учащенный пульсъ, учащенное дыханіе, а особенно общій видъ больного, выражающій собою явный упадокъ силъ и чувство страха, — симптомы эти въ своей совокупности до такой степени рѣзки, что врачъ сколько-нибудь опытный обыкновенно уже съ перваго взгляда предполагаетъ острый перитонитъ.

Предположеніе это подтверждается результатомъ физическаго изслѣдованія. Между тѣмъ какъ въ самыхъ верхнихъ мѣстахъ живота, по содѣйствию съ пупкомъ, получается при перкуссии тимпаническій звукъ, — въ нижнихъ частяхъ, вслѣдствіе опусканія жидкаго экссудата, звукъ оказывается *притупленнымъ*. При перемѣнѣ положенія тѣла (чего однако не слѣдовало бы дѣлать безъ особенной необходимости), жидкій выпотъ, и вмѣстѣ съ нимъ притупленіе звука, измѣняетъ свое мѣсто. При *ощупываніи*, если брюшные покровы не напряжены и если количество экссудата болѣе значительно, констатируется зыбленіе, а въ рѣдкихъ случаяхъ ощущается треніе въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ экссудата.

Треніе прощупывается особенно въ области печени, когда паріетальный листокъ брюшины и висцеральный листокъ печени, сдѣлавшіеся шероховатыми вслѣдствіе воспаленія, передвигаются одинъ по другому во время дыханія. Треніе, какъ при ощупываніи, такъ и при выслушиваніи, можетъ также оказаться въ области селезенки; напротивъ того, въ области воспаленныхъ кишечныхъ петель оно не констатируется, и только тогда, когда кишечныя петли приходятъ въ чрезвычайно сильныя движенія, удается несомнѣнно прощупать и услышать помощью стетоскопа явственное треніе даже въ нижнихъ частяхъ живота, какъ это очевидно доказывается однимъ случаемъ моего наблюденія, который будетъ описанъ въ главѣ о распознаваніи карциноматознаго перитонита.

Съ полною достовѣрностью присутствіе воспалительнаго выпота въ полости брюшины доказывается *пробнымъ проколомъ*, сдѣланнымъ съ необходимыми предосторожностями, причемъ извлекается жидкость серозно-гнойная, рѣдко кровянистая, а еще рѣже — имѣющая каловой запахъ (даже при отсутствіи открытаго сообщенія между просвѣтомъ кишечника и полостью брюшины). Вмѣстѣ съ тѣмъ разрѣшается вопросъ, имѣемъ ли мы предъ собою перитонитъ серозно-фибринозный или гнойный.

Вслѣдствіе вздутія кишекъ и накопленія болѣе значительныхъ коагу-

чествъ экссудата въ полости брюшины, а также вслѣдствіе жестокихъ болей, съ которыми сопряжено всякое движеніе грудобрюшной преграды, *уровень свода діафрагмы постоянно приподнятъ*. Это высокое стояніе грудобрюшной преграды легко можетъ быть узнано по тому признаку, что передняя нижняя граница легкихъ стоитъ необыкновенно высоко на уровнѣ 4—5-го ребра и производитъ при вдыханіи лишь весьма незначительныя экскурсіи; дыханіе при этомъ учащено и поверхностно, сердце смѣщено вверхъ и кнаружи. Такъ какъ дѣятельность сердца подъ влияніемъ перитонита ослабѣваетъ, то является застой крови, ціанозъ и уменьшенное отдѣленіе мочи, которая содержитъ бѣлокъ и обыкновенно увеличенное количество индикана, въ особенности тогда, когда дѣло идетъ объ ихорозномъ перитонитѣ.

Въ присутствіи этихъ болѣе или менѣе типическихъ явленій перитонита распознаваніе болѣзни не представляетъ никакихъ трудностей. Однако, нѣкоторые случаи перитонита представляютъ въ высшей степени замѣчательныя *уклоненія* отъ этой картины, наблюдаемой въ большинствѣ случаевъ. Прежде всего нужно сказать, что *боль*, которая почти всегда бываетъ очень сильна и считается вообще самымъ важнымъ симптомомъ перитонита, можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ *совершенно отсутствовать* ³¹⁾, даже при разлитой формѣ воспаленія брюшины. Я наблюдалъ это въ нѣсколькихъ случаяхъ, въ которыхъ впослѣдствіи дѣло дошло до анатомическаго вскрытія, а въ одномъ изъ нихъ было даже въ послѣдній день болѣзни произведено вправленіе грыжи, причемъ больной не ощущалъ ни малѣйшей боли. Съ другой стороны, не слѣдуетъ на основаніи чрезмѣрной болѣзненности живота заключать безъ дальнѣйшихъ разсужденій о присутствіи перитонита, такъ какъ приступы колики у истеричныхъ субъектовъ могутъ сопровождаться такою сильною *гиперѣзтезіею брюшныхъ покрововъ*, что уже самое легкое давленіе вызываетъ жесточайшую боль. Но, помимо того, что къ давленію въ такихъ случаяхъ чувствительна самая кожа живота, здѣсь не бываетъ лихорадки и обыкновенно также рвоты, болѣзненности при мочеиспусканіи и упадка силъ съ характерными для него симптомами. Однако, приступы колики у истеричныхъ субъектовъ могутъ, въ исключительныхъ случаяхъ, сопровождаться этими послѣдними явленіями во всей ихъ совокупности, и тогда грубыя діагностическія ошибки могутъ быть предотвращены только остальными существующими въ то время явленіями истеріи, а именно такъ наз. истерическимъ шаромъ (*globus hystericus*), истерическими судорогами, или тѣмъ обстоятельствомъ, что глубокое давленіе на животъ оказывается не болѣе чувствительнымъ, чѣмъ давленіе поверхностное, и т. д. Отсутствіе притупленія въ боковыхъ частяхъ живота еще не свидѣтельствуетъ противъ перитонита, такъ какъ только при общемъ перитонитѣ и при болѣе значительномъ количествѣ экссудата накапливается въ нижнихъ частяхъ полости брюшины такое количество жидкости, что въ этихъ мѣстахъ можетъ быть констатировано притупленіе звука. Жестокія боли, рвота и явленія упадка силъ свойственны, наравнѣ съ перитонитомъ, различнаго рода коликамъ, именно кишечной, желчной и почечной коликѣ, а также и приступамъ кардіалгіи. Однако, смѣшать по ошибкѣ эти болѣзни съ перитонитомъ невозможно или, по крайней мѣрѣ, бываетъ возможно только въ началѣ заболѣванія, такъ какъ концентрированіе болей въ опредѣленномъ мѣстѣ живота, появленіе ихъ въ

³¹⁾ Я припоминаю изъ своей практики нѣсколько случаевъ со вскрытіемъ, гдѣ боль при перитонитѣ при ощупываніи отсутствовала или почти отсутствовала. Обыкновенно это встрѣчалось у людей изъ простаго рабочаго класса, не интеллигентныхъ.
Прим. М. А.

видѣ приступовъ, независимость ихъ отъ движеній больного и т. п. не могутъ пройти незамѣченными и говорятъ прямо противъ перитонита. Какъ интенсивность боли, такъ и *температура тѣла* можетъ быть весьма неодинакова въ различныхъ случаяхъ перитонита. Вообще, температура тѣла бываетъ тѣмъ болѣе низкою, чѣмъ болѣе развиты явленія упадка силъ; напр., всякое повышеніе температуры можетъ отсутствовать съ самаго начала, если дѣло идетъ о воспаленіи брюшины, присоединившемся къ суженію кишокъ.

Для распознаванія перитонита рѣшающее значеніе имѣетъ прежде всего *этіологія* болѣзни въ каждомъ данномъ случаѣ. *Нужно признать общимъ правиломъ, что никогда воспаление брюшины не должно диагностироваться, если не удалось съ точностью опредѣлить его причину.* Хотя и встрѣчаются случаи, въ которыхъ перитонитъ представляетъ болѣзнь *первичную*, т. е. развившуюся какъ будто «самопроизвольно» или, вѣрнѣе сказать, подъ вліяніемъ неизвѣстнаго яда, имѣющаго вѣроятно паразитарное происхожденіе (я самъ видѣлъ недавно одинъ весьма рѣзкій случай первичнаго инфекціоннаго перитонита у солдата, бывшаго до тѣхъ поръ совершенно здоровымъ, и этотъ случай окончился смертію уже спустя нѣсколько дней), однако подобные примѣры чрезвычайно рѣдки въ сравненіи съ значительнымъ большинствомъ случаевъ, гдѣ перитонитъ имѣетъ *вторичное* происхожденіе, т. е. развивается вслѣдствіе другихъ болѣзней. Въ этомъ отношеніи при постановкѣ діагноза лучше всего держаться приблизительно слѣдующаго систематическаго порядка.

Прежде всего необходимо тщательно осмотрѣть и ощупать всѣ *грыжевыя ворота*. Изслѣдованіе это не должно быть упускаемо изъ виду ни въ одномъ случаѣ перитонита. Если оно дало отрицательный результатъ, то можно думать о другихъ причинахъ воспаленія брюшины, и тогда у *женщинъ* должно быть произведено *изслѣдованіе половыхъ органовъ*. Подозрѣніе относительно связи между перитонитомъ и женскими половыми органами оправдывается въ особенности тогда, когда болѣзнь развилась вслѣдъ за менструаціей, когда раньше существовалъ трипперъ, или когда перитонитъ предшествовался заболѣваніемъ матки или ея придатковъ, или когда онъ развился въ послѣродовомъ періодѣ. Затѣмъ необходимо также обратить вниманіе на другія *предшествовавшія болѣзни*, а особенно на заболѣванія отдѣльныхъ брюшныхъ органовъ.

Изъ числа болѣзней брюшныхъ органовъ частыми причинами перитонита бываютъ болѣзни желудка и кишечнаго канала, именно язва и ракъ желудка, тяжелыя формы гастрита (преимущественно—gastritis toxica), бугорчатая, тифозная, дизентерическія и раковыя язвы кишокъ, а особенно—воспаленіе слѣпой кишки и изъязвленіе червеобразнаго отростка, которыя весьма обыкновенно приводятъ къ перитониту. Гораздо рѣже воспаленіе брюшины развивается вслѣдствіе абсцессовъ селезенки, печени и почекъ, чаще—вслѣдствіе образованія конкрементовъ въ почкахъ или вслѣдствіе гнойнаго воспаленія мочевыхъ путей; причиною перитонита можетъ быть также воспаленіе пупочныхъ сосудовъ у новорожденнаго младенца и т. п. Если не имѣется осно-

наій допустить которую нибудь изъ этихъ частыхъ причинъ перитонита, то слѣдуетъ искать другихъ причинъ, болѣе рѣдкихъ, къ числу которыхъ принадлежатъ: плевритъ, перикардитъ, нагноеніе брызжеечныхъ железъ (между прочимъ также при брюшномъ тифѣ), абсцессы ретроперитонеальныхъ железъ, костоѣда позвонковъ и т. д.

При всѣхъ этихъ болѣзняхъ брюшныхъ органовъ перитонитъ можетъ быть просто послѣдствіемъ распространенія воспалительнаго процесса *per contiguitatem* или послѣдствіемъ перфорации гноя съ проникновеніемъ возбудителей воспаленія въ полость брюшины. Если при этомъ происходитъ прободеніе органа, *содержащаго воздухъ*, то является картина, существенно отличающаяся отъ обыкновеннаго перитонита, которая сама по себѣ доступна распознаванію и о которой мы будемъ еще говорить, какъ объ особой формѣ разлитого воспаленія, носящей названіе «пневмоперитонита».

Во всѣхъ случаяхъ необходимо прежде всего искать этихъ непосредственныхъ причинъ воспаленія брюшины, и еслибы таковыя были найдены, то нужно опредѣлить ихъ вліяніе на происхожденіе перитонита у даннаго больного. Это необходимо даже тогда, когда въ частномъ случаѣ, наряду съ перитонитомъ, несомнѣнно существуетъ какая нибудь общая болѣзнь изъ числа тѣхъ, которыя обыкновенно считаются причиною воспаленія брюшины.

Сюда относятся различныя инфекціонныя болѣзни: скарлатина, оспа, рожа, острый ревматизмъ и др. Лишь очень рѣдко эти болѣзни бываютъ *единственною* причиною перитонита, развивающагося подъ вліяніемъ специфическаго яда; чаще всего это бываетъ при септико-піеміи, но мнѣ случалось также наблюдать воспаленіе брюшины при цынги и при *rigurgitga rheumatica*, причемъ для его возникновенія нельзя было найти никакой другой причины, кромѣ основной болѣзни. При Брайтовой болѣзни брюшина, какъ видно, находится только въ состояніи большей ранимости, такъ что уже незначительныхъ поводовъ достаточно для того, чтобы вызвать въ ней разлитое воспаленіе. Однако, въ виду наблюденій моихъ собственныхъ и сообщенныхъ другими авторами, я долженъ замѣтить, что, по крайней мѣрѣ, нельзя здѣсь отрицать возможности развитія перитонита исключительно на почвѣ основной болѣзни (вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія брюшины ядовитыми составными частями мочи, накопившимися въ крови).

Отъ обыкновенной картины разлитого остраго перитонита должны быть въ діагностическомъ отношеніи отдѣлены слѣдующія двѣ формы: 1) *ограниченный перитонитъ*, съ его незначительными признаками воспаленія, и 2) *пневмоперитонитъ*, который, сопровождаясь очень бурными симптомами, почти всегда быстро ведетъ къ смерти.

Что касается *ограниченнаго остраго перитонита*, то обыкновенно онъ можетъ быть діагностированъ только съ нѣкоторою степенью вѣроятія въ виду мѣстно ограниченной жестокой боли и въ виду предшествовавшей основной болѣзни, напр. язвы желудка и т. п. Большой цѣны такіе диагнозы не имѣютъ, и если они основываются исключительно на мѣстонахожденіи боли, то почти всегда оказываются невѣрными. Діагнозъ становится несомнѣннымъ только тогда, когда помимо боли существуетъ ограниченный экссудатъ, который можетъ быть констатированъ выстуки-

ваніемъ и ощупываніемъ и особенно, когда въ частяхъ брюшины, лежащихъ выше пупка, является при дыхательныхъ движеніяхъ шумъ тренія, доступный выслушиванію и ощупыванію. Во всемъ остальномъ распознаваніе ограниченнаго перитонита совпадаетъ съ распознаваніемъ болѣзней печени, селезенки, кишокъ и др. брюшныхъ органовъ, и по поводу этихъ болѣзней намъ уже неоднократно приходилось упоминать объ ограниченномъ воспаленіи брюшины подъ названіемъ *perihepatitis*, *perityphlitis* и т. д.

Въ противоположность предыдущей формѣ, самую тяжелую картину воспаления брюшины представляетъ *пневмоперитонитъ*, развивающійся вслѣдствіе того, что въ полость брюшины вскрылся органъ, содержащій воздухъ. Картина болѣзни характеризуется жесточайшею болью, быстро наступающимъ и чрезвычайно рѣзкимъ упадкомъ силъ, крайнимъ охлажденіемъ кожи, малымъ или неощутимымъ пульсомъ и чрезвычайнымъ вздутіемъ живота. При изслѣдованіи (если только воздухъ накопился не въ ограниченномъ мѣстѣ, т. е. въ инкапсулированномъ пространствѣ, благодаря предварительному сращенію обоихъ листковъ брюшины) мы находимъ, что выступившій воздухъ занимаетъ самыя верхнія мѣста въ полости брюшины. Въ то же время исчезаетъ тупой звукъ печени и селезенки, вслѣдствіе оттѣсненія ихъ кзади, и *вмѣсто нормальнаго притупленія появляется ясный звукъ*; грудобрюшная преграда стоитъ ненормально высоко, надчревная область сильно выпячена.

Я долженъ категорически замѣтить, что исчезаніе тупаго звука печени на передней поверхности грудной клѣтки, *хотя бы онъ абсолютно отсутствовалъ въ этомъ мѣстѣ, еще не составляетъ вѣрнаго признака, свидѣтельствующаго о присутствіи воздуха въ полости брюшины*, такъ какъ чрезмѣрно вздутыя кишки (именно *colon transversum*) могутъ помѣститься между грудною стѣнкою и печенью, причемъ послѣдняя будетъ совершенно оттѣснена назадъ. Рѣшающее значеніе для діагноза, по моему мнѣнію, имѣетъ *только свойство перкуторнаго звука въ области аксиллярной линіи*. Пока больной лежитъ на спинѣ, притупленіе звука въ боковыхъ частяхъ живота обыкновенно оказывается и въ томъ и въ другомъ случаѣ. Но если положить больного на лѣвый бокъ, то въ случаяхъ, когда причину исчезновенія тупаго звука печени былъ метеоризмъ, всегда еще остается по направленію аксиллярной линіи хотя бы весьма ограниченное притупленіе звука соотвѣтственно верхнимъ частямъ печени, слѣдовательно—около 8-го ребра, тогда какъ именно въ этомъ мѣстѣ тупой звукъ замѣняется тимпаническимъ, если въ полости брюшины существуетъ накопленіе газовъ, которые свободно могутъ перемѣщаться въ любомъ направленіи. То же самое относится и къ тупому звуку селезенки въ случаяхъ пневмоперитонита.

Впрочемъ, пневмоперитонитъ, развивающійся вслѣдствіе прободенія, характеризуется еще и другими очень рѣзкими симптомами, такъ что діагнозъ всегда можетъ быть поставленъ съ полною положительностью: животъ сильно *вздутъ*, и притомъ *равномерно* во всѣхъ своихъ частяхъ; поверхность его напряжена и гладка; при этомъ *нигдѣ не видно мѣстныхъ выпячиваній или движеній кишокъ*. Перкуторный

звукъ при сколько нибудь значительномъ количествѣ свободныхъ газовъ въ полости брюшины бываетъ *одинаково ясный и низкій во всѣхъ мѣстахъ живота*, а иногда имѣетъ металлическій тембръ. Если вскорѣ послѣ прободенія образовался воспалительный экссудатъ, какъ это бываетъ обыкновенно, то въ отлогихъ мѣстахъ живота появляется притупленіе перкуторнаго звука; при движеніяхъ больного замѣчается металлическій шумъ плеска, такъ какъ въ полости брюшины одновременно находится воздухъ и свободно подвижная жидкость; этотъ шумъ плеска легко можетъ быть отличенъ отъ подобнаго же шума, происходящаго въ желудкѣ и кишкахъ. При пневмоперитонитѣ онъ можетъ быть вызванъ отрывистымъ постукиваніемъ въ обѣихъ боковыхъ частяхъ живота, между тѣмъ какъ въ желудкѣ онъ можетъ быть полученъ только въ предѣлахъ этого органа, слѣдовательно до того мѣста, гдѣ прощупывается нижній край желудочной стѣнки, и хотя при расширеніи желудка это бываетъ возможно въ очень широкихъ предѣлахъ, но никогда шумъ плеска не можетъ быть вызванъ со стороны правой боковой стѣнки живота. Наконецъ, шумъ плеска, образующійся въ кишкахъ, отличается тѣмъ, что обыкновенно онъ можетъ быть вызванъ въ самыхъ различныхъ мѣстахъ, иногда даже какъ-разъ въ самыхъ верхнихъ частяхъ живота около пупка, и что онъ никогда не бываетъ слышенъ на такомъ большомъ пространствѣ, какъ при пневмоперитонитѣ. Дыхательный шумъ можетъ имѣть металлическій оттѣнокъ вслѣдствіе резонанса въ полости брюшины, наполненной воздухомъ. Быстрое наступленіе смертельнаго исхода точно также составляетъ нѣкоторое подтвержденіе для діагноза; выздоровленіе наблюдается чрезвычайно рѣдко, и мнѣ самому, въ теченіе 20-ти лѣтъ, пришлось видѣть такой благоприятный исходъ лишь въ двухъ случаяхъ.

Хроническое воспаленіе брюшины. Peritonitis chronica.

Вышеуказанные діагностическіе признаки принадлежатъ острому перитониту, хроническое же воспаленіе брюшины представляетъ иную картину и иныя основанія для діагноза. Хроническій перитонитъ также бываетъ или *ограниченнымъ*, или *разлитымъ*.

Ограниченный хроническій перитонитъ либо не обнаруживается никакими симптомами, либо симптомы эти весьма неопредѣленны: очень медленно образующіяся утолщенія, умѣренные боли, сращенія и, вслѣдствіе этого, уменьшенная подвижность брюшныхъ органовъ, неправильность испражнений и т. д. Обыкновенно діагнозъ можетъ быть поставленъ только въ видѣ предположенія. Болѣе достовѣрнымъ онъ становится въ томъ случаѣ, если существуетъ какая нибудь основная болѣзнь, при которой *можетъ* встрѣчаться хроническій ограниченный перитонитъ. Діагнозъ становится несомнѣннымъ, если возможно ощупать и услышать перитонеальный шумъ тренія.

Нѣсколько болѣе удовлетворительна діагностика хроническаго огра-

ниченнаго *гнойнаго* перитонита, такъ какъ здѣсь появляется неправильная лихорадка съ сильными пониженіями и повышеніями температуры и такъ какъ иногда наступаетъ перфорация гноя чрезъ кожу, причемъ предварительно на соответствующемъ мѣстѣ появляется зыбленіе, или гной вскрывается въ кишечный каналъ, въ желудокъ и т. п. При такихъ условіяхъ образуется ограниченное скопленіе воздуха въ полости брюшины и получается ясный перкуторный звукъ, иногда съ металлическимъ оттѣнкомъ, на ограниченныхъ мѣстахъ, въ которыхъ раньше звукъ былъ притупленъ.

Разлитой хроническій перитонитъ легко доступенъ распознаванію, если онъ явился *послѣдствіемъ остраго перитонита*, т. е. если угрожающіе симптомы остраго воспаленія брюшины прекратились, но экссудатъ остается, болѣзненность живота все болѣе и болѣе уменьшается и только по временамъ усиливается, когда наступаютъ новыя обостренія воспалительнаго процесса. Въ теченіи болѣзни образуются, особенно на сальникѣ, ложныя перепонки, сморщиваніе и утолщенія, которыя иногда могутъ подать поводъ къ діагностической ошибкѣ, симулируя новообразование въ томъ или другомъ органѣ брюшной полости. Относительно дифференціальнаго діагноза при такихъ условіяхъ я долженъ сослаться на предшествующія главы, гдѣ изложено распознаваніе опухолей желудка, печени и т. д. Давленіе, производимое на нервы продуктами хроническаго перитонита, вызываетъ сильныя невралгіи въ нижнихъ конечностяхъ, прижатіе сосудовъ влечетъ за собою тромбозъ, отекъ, альбуминурию, а вслѣдствіе перемѣщенія гноя образуются конгестивные абсцессы, происходитъ прободеніе наружу или внутрь, получаютъ свищевые ходы и т. д. Если въ полости живота констатируется присутствіе жидкости, то вслѣдствіе обширныхъ сращеній брюшины она оказывается менѣе подвижною, чѣмъ при остромъ перитонитѣ. Периодическія лихорадочныя явленія, истощеніе, неправильность испражнений, появляющаяся по временамъ рвота, признаки суженія кишекъ пополняютъ собою картину болѣзни и придаютъ діагнозу большую достовѣрность.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ экссудатъ образуется въ очень обильномъ количествѣ и хроническій перитонитъ развивается чрезвычайно медленно, безъ того, чтобы ему предшествовала острая стадія воспаленія. Лихорадочныя явленія едва выражены, и всѣ жалобы больного, собственно говоря, обусловлены только механическимъ дѣйствіемъ жидкаго экссудата, находящагося въ полости живота. Эти случаи *хроническаго идиопатическаго «серознаго перитонита»*, конечно, лишь съ чрезвычайнымъ трудомъ могутъ быть отличаемы отъ *брюшной водянки*, тѣмъ болѣе, что и при послѣдней иногда развиваются въ брюшинѣ воспалительныя измѣненія, особенно послѣ частыхъ проколовъ. При дифференціальномъ діагнозѣ необходимо обращать вниманіе прежде всего на отсутствіе несомнѣнной причины къ застою крови въ области воротной вены (осо-

бенно — на отсутствіе цирроза печени) и на то, что не существуетъ другихъ признаковъ застоя въ области *V. portae*, т. е. увеличенія селезенки, геморроидальныхъ узловъ и т. д. Кроме того, въ пользу разлитого хроническаго серознаго перитонита и противъ брюшной водянки говоритъ болѣзненность живота при давленіи (часто впрочемъ незначительная), затѣмъ учащеніе пульса и лихорадка. Наконецъ, важное значеніе для діагноза имѣютъ свойства жидкости, полученной посредствомъ прокола живота.

Жидкость при серозномъ перитонитѣ обыкновенно бываетъ мутною, но иногда она можетъ быть совершенно прозрачною, не смотря на сильныя воспалительныя измѣненія въ листкахъ брюшины. Удельный вѣсъ жидкости при брюшной водянкѣ обыкновенно бываетъ ниже 1012, между тѣмъ какъ при воспалительныхъ процессахъ въ брюшинѣ, даже при *серозномъ* перитонитѣ, онъ оказывается нѣсколько большимъ, а если онъ достигаетъ 1014 и выше, то мы имѣемъ полное право признать, что жидкость представляетъ воспалительный экссудатъ. При обыкновенномъ воспаленіи брюшины лишь въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ кровянистая жидкость, а въ значительномъ большинствѣ случаевъ это свойство ея указываетъ на перитонитъ, развившійся на почвѣ бугорчатки или рака брюшины ³²⁾, о распознаваніи которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

Бугорчатка брюшины.

Распознаваніе *бугорчатки брюшины* всегда бываетъ сопряжено съ большими трудностями, и въ большинствѣ случаевъ возможенъ только предположительный діагнозъ. Бугорчатое пораженіе брюшины при распространенной просовидной бугорчаткѣ и образованіе бугорковъ на брюшинѣ по сосѣдству съ бугорчатыми кишечными язвами обыкновенно не обнаруживаются никакими симптомами. Напротивъ того, въ другихъ случаяхъ бугорчатка брюшины сопровождается симптомами, образующими въ своей совокупности очень рѣзкую картину, которая при благоприятныхъ условіяхъ доступна распознаванію. Сюда принадлежатъ именно тѣ случаи, въ которыхъ бугорчатка Фаллопиевыхъ трубъ, кишекъ, легкихъ, плевры и т. п., переходя на брюшину путемъ лимфатическихъ сосудовъ, получаетъ въ ней обширное распространеніе, такъ что бугорчатка брюшины, въ сравненіи съ этими первичными бугорчатыми гнѣздами, рѣзко выдвигается на первый планъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ не удается при изслѣдованіи опредѣлить тотъ путь, по которому произошло бугорчатое зараженіе брюшины. При болѣе обширномъ распространеніи бугорчатыхъ палочекъ въ полости брюшины дѣло не обходится также безъ значительнаго воспаления, такъ что оба листка брюшины склеиваются между собою и образуется жидкій экссудатъ. Сальникъ особенно утолщается при такихъ условіяхъ вслѣдствіе обширнаго развитія бугорковъ и отчасти вслѣдствіе этой же причины, а отчасти вслѣдствіе сморщиванія, превращается

³²⁾ У насъ, въ Россіи, нужно имѣть въ виду еще цингу, при которой рѣдко развивается геморрагическій перитонитъ.

въ плотную тонкую пластинку. Экссудатъ бываетъ въ однихъ случаяхъ серозный и притомъ очень скудный или весьма обильный, а въ другихъ случаяхъ онъ представляется гнойнымъ или гѣморрагическимъ; послѣдняго рода экссудаты при бугорчатомъ перитонитѣ встрѣчаются во всякомъ случаѣ гораздо чаще, чѣмъ при обыкновенномъ воспаленіи брюшины. Картина болѣзни, какъ мы видимъ, бываетъ весьма разнообразна, но въ общемъ она соотвѣтствуетъ вышеописанной картинѣ хроническаго перитонита, прерываемаго по временамъ обостреніями воспалительнаго процесса.

Спрашивается, возможно ли отличить бугорчатый перитонитъ отъ перитонита не-бугорчатого? *Вѣрныхъ отличительныхъ признаковъ здѣсь не существуетъ*, и діагнозъ всегда можетъ быть только болѣе или менѣе вѣроятнымъ. Однако, бугорчатый характеръ перитонита представляется по меньшей мѣрѣ весьма вѣроятнымъ и поэтому діагнозъ бываетъ позволителенъ, если прощупывается сморщенный сальникъ, если экссудатъ, извлеченный посредствомъ пробнаго прокола, оказался гѣморрагическимъ (и то и другое встрѣчается при бугорчатомъ перитонитѣ несравненно чаще, чѣмъ при перитонитѣ не-бугорчатомъ), а особенно, если несомнѣнно можетъ быть констатирована бугорчатка въ легкихъ, или мочеполовыхъ органахъ, или въ какомъ нибудь другомъ мѣстѣ ³³). Но даже въ послѣднемъ случаѣ діагнозъ не можетъ считаться не подлежащимъ сомнѣнію, такъ какъ и у больныхъ, несомнѣнно страдающихъ бугорчаткою, встрѣчается въ видѣ осложненія простое хроническое воспаление брюшины, хотя вообще это бываетъ рѣдко. Лихорадка тоже не составляетъ характернаго признака бугорчатого перитонита. Патогностическое значеніе имѣло бы присутствіе бугорчатыхъ палочекъ въ жидкости, извлеченной посредствомъ прокола живота, и ихъ слѣдовало бы отыскивать во всѣхъ случаяхъ, гдѣ проколь имѣетъ для себя показаніе.

Изъ *новообразованій* въ брюшинѣ клинико-діагностическій интересъ представляетъ только карцинома и, до нѣкоторой степени, эхинококкъ, между тѣмъ какъ остальные новообразованія—липомы, саркомы и пр.—имѣютъ исключительно патолого-анатомическое значеніе.

Ракъ брюшины.

Первичныя раковыя опухоли брюшины, признанныя въ настоящее время эпителиальными карциномами, встрѣчаются очень рѣдко. Въ значительномъ же большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о *вторичной* карциномѣ, имѣющей свой исходный пунктъ въ какомъ нибудь сосѣднемъ или отдаленномъ органѣ, въ которомъ существуетъ первичный ракъ. Вторичная карцинома брюшины образуется отчасти путемъ простаго перехода съ сосѣднихъ частей *per contiguitatem*, а отчасти путемъ мета-

³³) Нужно имѣть при этомъ въ виду бугорчатку кишекъ, которая нерѣдко распознается благодаря присутствію бугорчатыхъ палочекъ въ испраженіяхъ
Прим. М. А.

стаза; въ послѣднемъ случаѣ вся брюшина бываетъ покрыта мельчайшими узелками, какъ при бугорчаткѣ, или же образуются болѣе значительныя опухоли. Очевидно, что распространенное карциноматозное перерожденіе, быстро распространяющееся по всей брюшинѣ на подобіе бугорчатки, трудно доступно распознаванію, такъ какъ симптомы его тождественны съ симптомами подьостраго перитонита. Діагнозъ получаетъ нѣкоторыя точки опоры только въ виду предшествовавшаго теченія болѣзни и въ виду одновременнаго присутствія раковой опухоли въ желудкѣ, въ кишкахъ (особенно—въ прямой кишкѣ), въ маткѣ и т. д. Поэтому изслѣдованіе чрезъ прямую кишку и чрезъ влагалище при такихъ обстоятельствахъ никогда не должно быть упускаемо изъ виду. Если при этомъ изслѣдованіи найденъ ракъ прямой кишки или матки, или же, если въ другихъ мѣстахъ несомнѣнно констатирована раковая опухоль, то присутствіе болѣе или менѣе подвижной жидкости въ полости брюшины, перитонеальный шумъ тренія въ области печени, чувствительность живота, появляющаяся по временамъ лихорадка и иногда кровянистое свойство жидкости, извлеченной посредствомъ прокола живота, дѣлаютъ въ высшей степени вѣроятнымъ діагнозъ карциноматознаго перитонита и невѣроятнымъ первоначально поставленный діагнозъ цирроза печени, сопровождаемаго брюшною водянкою, и т. д. Для поясненія можно привести слѣдующій случай:

Рабочій, 57-ми лѣтъ отъ роду, поступившій въ клинику 26-го октября 1888 года, въ послѣдніе 9 мѣсяцевъ страдаетъ симптомами со стороны брюшныхъ органовъ. Болѣзнь началась колотьемъ въ области желудка и диспепсіей, а затѣмъ присоединилось общее изнеможеніе и прогрессивное исхуданіе. Впродолженіе многихъ лѣтъ больной страдаетъ запоромъ. Въ послѣднюю недѣлю животъ увеличился въ объемѣ.

Изслѣдованіе живота: сильное вздутіе, явственнае зыбленіе; при перкуссии обнаружено присутствіе свободной легко подвижной жидкости въ полости брюшины. Печень при выстукиваніи найдена не увеличенною и не прощупывается; геморроидальныя узлы въ заднемъ проходѣ. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку найдена на ея передней стѣнкѣ довольно твердая опухоль, поверхность которой покрыта гладкою слизистою оболочкою и ощупываніе которой нѣсколько болѣзненно; достигнуть пальцемъ до верхняго конца опухоли невозможно. Моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара. Отека въ конечностяхъ не существуетъ; лихорадки во время 5-недѣльнаго пребыванія больного въ госпиталѣ не было, за исключеніемъ только двухъ дней послѣдней недѣли (38,⁰¹ и 38,⁰⁴); усиливающаяся кахексія. Мы распознали *злокачественную опухоль въ прямой кишкѣ и брюшную водянку*, причина которой неизвѣстна. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни уменьшилась брюшная водянка, причемъ подъ реберною дугою можно было прощупать уплотненіе на пространствѣ ладони, и въ этомъ же мѣстѣ, а также между мечевиднымъ отросткомъ грудины и пупкомъ, на разстояніи трехъ поперечныхъ пальцевъ отъ послѣдняго, былъ констатированъ при дыханіи очень сильный шумъ тренія, замѣтный какъ для ощупыванія, такъ и для выслушиванія. Постепенно появились симптомы *суженія кишекъ*, причемъ слабительныя средства и вливанія воды принесли мало пользы. *Въ кишкахъ замѣчается сильная перистальтика, отъ которой несомнѣнно зависитъ шумъ тренія, прощупываемый и констатируемый при выслушиваніи подъ пупкомъ.* На поверхности печени прощупываются небольшіе бугры, а въ пупочной области—нѣсколько твердыхъ узловъ. Печень не увеличена.

Въ виду этого былъ поставленъ слѣдующій діагнозъ: *ракъ прямой кишки, вторичный ракъ печени и разлитой карциноматозный перитонитъ*. Больной умеръ при явленіяхъ возрастающаго упадка силъ. *Анатомическое вскрытіе* обнаружило слѣдующее: *листки брюшины* покрыты непрерывнымъ слоемъ фибрина, подъ которымъ всюду видны *сыровато-бѣлые узелки*, особенно многочисленныя на брыжжейкѣ; въ нижней части живота—совершенно прозрачная жидкость; *ракъ прямой кишки* (величиною съ голубиное яйцо); *ракъ печени*, съ многочисленными возвышеніями на ея поверхности; *ракъ брюшины* переходитъ снаружи на желудокъ и кишечный каналъ, стѣнки которыхъ вслѣдствіе этого утолщены, а *просвѣтъ кишечника* съ нѣсколькихъ мѣстъ *значительно суженъ*.

Если образуются *болѣе значительные узлы*, или же, если сальникъ превращается въ толстую бугристую массу, то вслѣдствіе давленія, производимаго опухолью на кишечный каналъ, просвѣтъ кишекъ можетъ быть уменьшенъ настолько, что является картина энтеростеноза, какъ это и было въ вышеописанномъ случаѣ; кромѣ того, можетъ появиться метеоризмъ, отекъ нижнихъ конечностей и т. д. Діагнозъ при подобныхъ условіяхъ облегчается благодаря тому, что можно прощупать бугристыя твердыя опухоли. Однако, не слѣдуетъ забывать, что бугорчато-перерожденный сальникъ можетъ представлять подобную же опухоль и что бугорчатое опуханіе железъ на периферіи можетъ появляться такимъ же образомъ, какъ появляются метастазы лимфатическихъ железъ при карциномѣ. Поэтому для распознаванія всегда бываетъ очень важно, если удалось констатировать раковую опухоль еще въ какомъ нибудь другомъ мѣстѣ.

Такъ какъ при *первичномъ* ракъ брюшины этотъ послѣдній признакъ, конечно, отсутствуетъ, то и распознаваніе оказывается чрезвычайно труднымъ. Въ большинствѣ случаевъ возможенъ только предположительный діагнозъ, если въ картинѣ хроническаго перитонита имѣются признаки, до нѣкоторой степени свидѣтельствующіе въ пользу его карциноматознаго происхожденія, а именно, если появилась опухоль, которая, въ виду безпрерывнаго увеличеніе ея объема и твердости, не можетъ быть признана воспалительно-сморщеннымъ или бугорчато-перерожденнымъ сальникомъ, или же, если въ *различныхъ* мѣстахъ живота постепенно образуется цѣлый рядъ бугристыхъ опухолей, которыя, впрочемъ, бываютъ доступны оцупыванію только тогда, когда брюшная водянка существуетъ въ умеренной степени. Припухлость периферическихъ лимфатическихъ железъ есть явленіе во всякомъ случаѣ чрезвычайно подозрительное; затѣмъ въ пользу карциномы, при равныхъ прочихъ условіяхъ, говоритъ очень быстро усиливающаяся кахексія. Раковая опухоль можетъ быть предпологаема тѣмъ съ бѣльшимъ правомъ, если въ жидкости, извлеченной посредствомъ прокола, оказалась кровь; но и этотъ симптомъ не имѣетъ очень важнаго діагностическаго значенія, такъ какъ кровянистое свойство перитонеальнаго экссудата не только составляетъ весьма обыкновенное явленіе при бугорчаткѣ брюшины, но иногда встрѣчается и при простомъ хроническомъ перитонитѣ, а съ другой стороны, оно можетъ отсутствовать при ракъ брюшины. Высокая лихорадка вообще говоритъ болѣе въ пользу бугорчатки, а незначительныя повышенія температуры наблюдаются и при ракъ брюшины. Слѣдовательно, распознаваніе *первичнаго* рака брюшины всегда бываетъ труднымъ и въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлано только въ видѣ предположенія.

Но даже въ такихъ случаяхъ, когда несомнѣнно констатированъ ракъ

въ брюшной полости, — *доказать, что онъ находится именно въ брюшинѣ*, т. е. исключить ракъ другихъ брюшныхъ органовъ (если оставить въ сторонѣ ракъ печени, селезенки и яичниковъ), далеко не всегда удается съ желательною точностью.

Брюшная водянка. Ascites.

Присутствіе свободно подвижной жидкости въ полости брюшины представляетъ въ діагностическомъ отношеніи весьма характерные признаки. Животъ выпяченъ въ большей или меньшей степени, смотря по количеству накопившейся жидкости; въ стоячемъ положеніи больного живота наполняется сильнѣе въ нижнихъ своихъ частяхъ, а въ лежачемъ положеніи отличается особенно своею *шириною* и уничтоженіемъ округлости въ боковыхъ частяхъ; и то и другое обусловливается положеніемъ жидкости, измѣняющимся при различныхъ положеніяхъ тѣла. Кожа увеличеннаго живота представляется гладкою, лоснящеюся, не имѣющею складокъ, а при чрезмѣрномъ накопленіи жидкости покрыта рубцами, которые тождественны съ такъ наз. «рубцами беременности» и подобно имъ существуютъ главнымъ образомъ въ нижней части живота; пупокъ сглаженъ или даже выпяченъ. При этомъ часто существуетъ расширение венъ брюшныхъ покрововъ въ области vv. epigast., какъ результатъ затрудненнаго оттока крови чрезъ нижнюю полую вену, которая сдавлена жидкостью (въ подобныхъ случаяхъ появляется также отекъ нижнихъ конечностей); при застоѣ въ области воротной вены можетъ явиться caput Medusae, о которомъ уже была рѣчь по поводу распознаванія цирроза печени. При отрывистомъ постукиваніи пальцами по боковой области живота легко прощупывается зыбленіе на противоположной сторонѣ.

При *выстукиваніи* получается тупой звукъ во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ жидкость находится въ соприкосновеніи съ брюшными стѣнками. Если при перемѣнѣ положенія больного жидкость удалится отъ брюшной стѣнки, то вмѣсто притупленія является тимпаническій кишечный звукъ. При положеніи на спинѣ тимпаническій звукъ появляется въ средней части живота, на пространствѣ, имѣющемъ форму овала, открытаго кверху, такъ какъ жидкость при этомъ опускается внизъ, а болѣе легкія кишки, наполненные воздухомъ, поднимаются вверхъ. Въ стоячемъ положеніи больного жидкость изъ верхнихъ частей боковой области живота опускается внизъ, и верхняя граница ея образуетъ прямую линію, или прямую, прерываемую волнообразными возвышеніями (вслѣдствіе того, что кишечныя петли погружены въ жидкость на различную глубину). Когда больной ложится на бокъ, то въ противоположной боковой области живота появляется тимпаническій звукъ. Однимъ словомъ, жидкость и вмѣстѣ съ нею притупленный звукъ мѣняютъ свое положеніе и распространеніе по произволу изслѣдующаго врача, смотря по тому положенію, какое будетъ дано тѣлу больного. Если приподнять больного въ лежачемъ поло-

женіи, то, перкутируя на задней стѣнкѣ живота рядомъ съ почкою по направленію къ аксиллярной линіи, можно отыскать узкую полосу тимпаническаго звука. Явленіе это зависитъ оттого, что *colon ascendens* и *colon descendens* въ задней части своей периферіи не покрыты брюшиною.

Для того, чтобы можно было констатировать вышеуказанные симптомы брюшной водянки, количество жидкости должно достигать извѣстныхъ размѣровъ, именно около 1 литра. Если же оно менѣе значительно, то брюшная водянка не обнаруживается изслѣдованіемъ, такъ какъ жидкость опускается подъ кишками къ позвоночнику и въ полость малаго таза. Однако, даже и въ такихъ случаяхъ почти всегда можно найти въ самыхъ наружныхъ частяхъ боковыхъ областей живота, соответственно самымъ глубокимъ складкамъ брюшины, ограничивающимъ съ боковъ ободочную кишку, двѣ узкія полосы притупленнаго звука, которыя измѣняютъ свое положеніе смотря по тому, въ какомъ положеніи находится тѣло больного. Еще болѣе точные результаты для распознаванія брюшной водянки при очень маломъ количествѣ жидкости получаются въ томъ случаѣ, если больной будетъ поставленъ въ коленно-локтевомъ положеніи, такъ какъ жидкость при этомъ опускается въ самую отлогую часть живота, т. е. къ области пупка, въ которой вмѣсто тимпаническаго появляется притупленный звукъ.

Вышеозначеннымъ способомъ можетъ быть доказано съ полною точностью, что *въ полости брюшины находится свободно подвижная жидкость*. Затѣмъ является вопросъ, представляетъ ли эта жидкость *водяночный трансудатъ* или *воспалительный экссудатъ*. Рѣшающее значеніе имѣетъ здѣсь прежде всего остальная картина болѣзни, указывающая съ одной стороны на воспаленіе брюшины, если существуетъ упадокъ силъ, болѣзненность живота, лихорадка, рвота, учащенный позывъ къ мочеиспусканію и т. д., а съ другой стороны свидѣтельствующая въ пользу брюшной водянки, если явленія эти отсутствуютъ и если констатирована основная болѣзнь, отъ которой можетъ зависѣть накопленіе водяночнаго трансудата. Въ остальномъ я долженъ сослаться на сказанное уже мною по поводу дифференціального распознаванія серознаго хроническаго перитонита.

Такъ какъ брюшная водянка не есть болѣзнь самостоятельная, а только симптомъ другихъ болѣзней, то *при постановкѣ діагноза никогда не слѣдуетъ ограничиваться однимъ констатированіемъ брюшной водянки, а необходимо въ то же время опредѣлить основную болѣзнь, которою она вызвана*. Въ этомъ отношеніи будетъ достаточно указать общій ходъ изслѣдованія.

Если брюшная водянка не сопровождается отеками въ другихъ частяхъ тѣла, или же, если наряду съ значительною брюшною водяною существуетъ отекъ пахннхъ конечностей, появившійся уже *послѣ* пей, то пужно думать, что она обусловлена *застоемъ крови въ области воротной вены*, и тогда мы должны изслѣдовать, нѣтъ ли какой нибудь болѣзни печени или брюшной опухоли, сдавливающей воротную вену, и т. п., а при отсутствіи этихъ болѣзней возникаетъ вопросъ о хроническихъ заблѣваніяхъ самой брюшины, именно о бугорчаткѣ и ракѣ брюшины, въ особенности—сальника. Діагнозъ брюшной водянки, зависящей отъ расстройства кровообращенія въ воротной венѣ, подтверждается изслѣдованіемъ мочи, если въ пей не найдено бѣлка; но если она содержитъ бѣлокъ, то это, конечно, не свидѣтельствуетъ противъ

зависимости брюшной водянки отъ застоя крови въ воротной венѣ, такъ какъ вслѣдствіе обильнаго накопленія жидкости можетъ наступить прижатіе нижней полой вены и застой крови въ почечныхъ венахъ.

Если трансудация кровяной жидкости не ограничивается полостью брюшины, слѣдовательно, если наряду съ брюшной водянкой существуетъ еще отекъ нижнихъ конечностей, водянка въ полости плевры или сердечной сорочки и т. д., то прежде всего необходимо обратить вниманіе, нѣтъ ли въ то же время ціаноза, уменьшено-ли количество мочи и содержитъ ли она бѣлокъ. Если эти признаки констатированы, то самую вѣроятную причиною водянки вообще и брюшной водянки въ частности можетъ быть или болѣзнь сердца, или болѣзнь легкихъ или плевры, затрудняющая кровообращеніе въ системѣ малаго круга.

Если у больного существуютъ упомянутыя явленія общей водянки, но покровы при этомъ не ціанотичны, а блѣдны, если моча отдѣляется въ поразительно маломъ количествѣ и если обнаруживается маразмъ въ болѣе сильной степени развитія, то причиною водянки вообще и брюшной водянки въ частности должна быть признавая ненормальная проницаемость стѣнокъ сосудовъ, что бываетъ именно при скарлатинѣ, перемежающейся лихорадкѣ, амилоидномъ перерожденіи, при ракѣ и другихъ кахектическихъ состояніяхъ, а особенно при Брайтовой болѣзни. Изслѣдованіе мочи въ этомъ случаѣ быстро и точно разрѣшаетъ вопросъ о томъ, зависитъ ли брюшная водянка отъ разлитого нефрита и какая именно форма нефрита существуетъ въ данномъ случаѣ (само собою разумѣется, что при остромъ нефритѣ будетъ значительно уменьшено количество мочи).

Хотя въ виду вышеизложеннаго кажется почти невозможнымъ смѣшать по ошибкѣ присутствіе свободно подвижной жидкости въ полости брюшины съ присутствіемъ жидкости въ *замкнутомъ мѣстѣ*, однако въ практикѣ часто бываетъ трудно отличить отъ брюшной водянки очень большія кисты, вырастающія изъ малаго таза. Мнѣ приходилось иногда колебаться относительно того, существуетъ ли въ данномъ случаѣ брюшная водянка или очень большая киста яичника. Однако, я думаю, что при болѣе частомъ изслѣдованіи и тщательномъ обсужденіи всегда возможно прійти къ вѣрному діагнозу, за исключеніемъ только самыхъ рѣдкихъ запутанныхъ случаевъ.

Основные признаки для дифференціального діагноза суть слѣдующіе: при брюшной водянкѣ *животъ растянутъ болѣе въ ширину*, чѣмъ въ вышину, а при кистахъ яичника наоборотъ, и притомъ *одна* сторона болѣе выпячена, чѣмъ другая, а пупокъ никогда не бываетъ выпяченъ, какъ при брюшной водянкѣ. *Зыбленіе* при ощупываніи кисты яичника ограничивается исключительно областью тупаго звука, а при брюшной водянкѣ оно переходитъ за верхнюю границу притупленія. Если больная лежитъ на спинѣ, то *выстукиваніе* при брюшной водянкѣ обнаруживаетъ въ обѣихъ боковыхъ областяхъ живота притупленіе звука, которое значительно перемѣщается съ перемѣною положенія тѣла, а въ средней части живота существуетъ область тимпанического звука, въ видѣ овала, открытаговерху, тогда какъ при кистахъ яичника лишь рѣдко бываютъ заняты *обѣ* боковыя поверхности живота, или, во всякомъ случаѣ, одна изъ нихъ поражена нѣсколько сильнѣе, чѣмъ другая. Въ средней части живота при кистѣ яичника существуетъ притупленіе, верхняя граница котораго прямолинейна и нѣсколько выпукла (а при брюшной водянкѣ иногда волнообразна и вогнута); уровень жидкости въ различныхъ положеніяхъ тѣла при кистѣ яичника совсѣмъ не измѣняется или очень незначительно.

При изслѣдованіи *чрезъ влагалище*, въ случаѣ брюшной водянки, мы находимъ,

что сводъ влагалища отъсненъ внизъ, что матка отъснена въ томъ же направленіи и легко подвижна, тогда какъ въ случаѣ кисты яичника сводъ влагалища не выпяченъ, матка мало подвижна и иногда смѣщена вверхъ или въ сторону. Обыкновенно также бываетъ возможно опредѣлить связь кисты съ придатками матки.

Наконецъ, *химическое и микроскопическое изслѣдованіе жидкости, извлеченной посредствомъ пробнаго прокола*, обнаруживаетъ нѣкоторыя различія, которыя, впрочемъ, не всегда имѣютъ рѣшающее значеніе. Паральбуминъ въ содержимомъ кисты яичника встрѣчается во всякомъ случаѣ чаще, чѣмъ въ асцитической жидкости; клѣтки цилиндрическаго эпителія встрѣчаются только въ жидкости, происходящей изъ кисты яичника. Если удѣльный вѣсъ жидкости превышаетъ 1020, то въ случаѣ сомнительнаго діагноза это прямо говоритъ въ пользу кисты яичника, тогда какъ при брюшной водянкѣ удѣльный вѣсъ жидкости обыкновенно бываетъ менѣе 1012, а количество находящагося въ ней бѣлка точно также незначительно (не болѣе 21 pro mille).

Смѣшать по ошибкѣ брюшную водянку съ *гидронефрозомъ* или съ громаднымъ *расширеніемъ желудка* возможно, но при тщательномъ изслѣдованіи это не должно было бы случаться. Вообще, распознаваніе брюшной водянки, если строго руководствоваться вышеуказанными діагностическими правилами, принадлежитъ къ числу самыхъ легкихъ задачъ діагностики.

Алфавитный указатель.

А

- Абортивные формы пневмонии 156.
- Абсцесс брюшных покровов: отличие от абсцесса печени 230; отличие от рака желудка 326.
- Абсцесс въ головномъ мозгу при бронхэкстази, описание одного случая 130.
- Абсцессъ легкихъ 177; мокрота 177; образование полостей 178; отличие от бронхэкстази 129, 178; отличие от гангрены легкихъ 178; отличие от чахоточныхъ кавернъ 178.
- Абсцессъ, метастатическій 177; — периплевритическій 200.
- Абсцессъ печени 227: боль въ правомъ плечѣ 228; консистенція печени 228; лихорадка 228; объемъ печени 227; отличие от абсцесса брюшныхъ покрововъ 230; отличие от желчныхъ камней 229; отличие от нагноившагося эхинококка 231, 246; отличие от перемежающейся лихорадки 230; отличие от плевритического выпота 230; поверхность печени 228.
- Абсцессъ почки 404: вскрытіе его въ почечную лоханку 404; отличие от гидронефроза 419; отличие от гнойнаго пизита 407; отличие от паранефрита 408.
- Абсцессъ селезенки 272.
- Абсцессы груднаго средостѣнія 192.
- Аддисонова болѣзнь 442.
- Аденома почекъ 425.
- Альбуминурия 380; — при амилоидной печени 235; — при застойной почкѣ 383; — при недостаточности клапановъ аорты 42; — при суженіи кишекъ 367; — при фибринозной пневмоніи 156; — какъ побочное явленіе при другихъ болѣзняхъ 381; — лихорадочная 381, отношеніе ея къ острому нефриту 390; — физиологическая 380.
- Амилоидная моча при амилоидномъ перерожденіи селезенки 274.
- Амилоидная печень 234; главные симптомы 234; отличие от гипертрофического цирроза 224; отличие от жирной печени 234; отличие от рака печени 239; при амилоидномъ перерожденіи почекъ 400; уклоненія отъ обычной картины болѣзни 235.
- Амилоидная селезенка 274; при амилоидномъ перерожденіи почекъ 400.
- Амилоидное перерожденіе брюшныхъ органовъ при бронхэкстази 130; — печени и селезенки при амилоидной почкѣ 400.
- Амилоидное перерожденіе почекъ 398: безъ альбуминурии, описание одного случая 399; кахексія 400; подкожный отекъ 400; полостная водянка 400; поносъ 400; причины 401; свойства мочи 398, 399; — съ амилоиднымъ перерожденіемъ печени и селезенки 400.
- Аммоніемія при гнойномъ нефритѣ 406.
- Анамнезъ 7.
- Анатомическій діагнозъ 13.
- Ангина 281: железистая 282; инфекціонная (дифтерическая) безъ налета 284; острая поверхностная 281; острая флегмонозная 283; сифалитическая 287, отличие от рака 288; фолликулярная 282; хроническая поверхностная 282, — разлитая 282; хроническая флегмонозная 284.
- Аневризма аорты 85; — брюшной аорты 88; — восходящей аорты 87; — дуги аорты 88; измѣненія пульса 87; — какъ причина суженія пищевода 292; — нисходящей грудной аорты 88; отличие от опухолей средостѣнія 190; отличие от плеврита 200; отличие от рака желудка 324; ощупываніе 85; прижатіе вѣнъ 87; пульсація 85; сердечные шумы 86; симптомы давленія на прилегающіе органы 86.
- Аневризма печеночной артеріи 261.
- Аномаліи развитія сердца и большихъ сосудовъ 55.
- Анестезія мочевого пузыря 441; отсутствіе позыва къ мочеиспусканію 441.
- Анестезія прямой кишки 379.
- Артеріи: атероматозное перерожденіе ихъ 82; измѣненія ихъ при недостаточности клапановъ аорты 39; прижатіе ихъ опухолями средостѣнія 186.
- Артериосклерозъ 82; гипертрофія сердца 83; несостоятельность сердца 84; послѣдовательныя явленія 84; свойства пульса 82; сердечные шумы 83.
- Астма бронхіальная 80, 130; кристаллы Charcot и спирали Curschmann'a 132; отличие отъ сердечной астмы 80, 133; отличие отъ спазма голосовой щели 133; отличие отъ спазма грудобрюшной пре-

грады 133; отличие от эмфиземы легких 132; причины 133; симптомы 131.
Астма сердечная 78; выслушивание 81; выстукивание сердца и легких 81; дифференциальное распознавание 81, — паретической и спазмодической формы 82; одышка 79, 80; паретическая форма 80; патогенез 79; предрасположение к различным формам сердечной астмы 81; при аневризме аорты 86; свойства пульса 80.

Ателектаз легких 134; дифференциальное распознавание 135; застойные явления 135; ограниченный 137; отличие от капиллярного бронхита 118; отличие от катаральной пневмонии 160; причины 136.

Атероматозное перерождение артерий 82; — артерий головного мозга 85; — втѣчныхъ артерий сердца 84.

Атония желудка 330, 341; — кишекъ 375.

Атрофическая мускатная печень 232; отличие от цирроза печени 222.

Атрофия легкихъ 147.

Атрофия печени, острая желтая 213; изменения мочи и крови 214; начальная стадия 213; описание случая, окончившагося смертью безъ уменьшения объема печени 214; отличие от вздутия поперечной части ободочной кишки 216; отличие от желтухи при инфекционныхъ болязняхъ 215; отличие от желтухи при истерии 216; отличие от фосфорного отравления 216; стадия полного развития болязни 213.

Атрофия печени: простая марантическая 217, 222.

Атрофия слизистой оболочки при хроническомъ катаррѣ желудка 311; отличие от рака желудка 313; отношение к злокачественной анемии 311.

Атрофия слизистой оболочки при хроническомъ катаррѣ кишекъ 351.

Атрофия слизистой оболочки при хроническомъ ларингитѣ 91.

Афты въ полости рта 278.

А*.

Actinomyces pulmonum 181.

Angina pectoris 78.

Б.

Бактерии: болязнетворныя, въ полости рта 280; при дифтеритѣ 286; въ мочѣ при гнойномъ нефритѣ 404.

Блуждающая печень 248.

Блуждающая почка 429: дифференциальное распознавание 429; отличие от блуждающей селезенки 430; отличие от опухолей желчного пузыря 430; отличие от опухолей привратника желудка 429; явления ущемления 430.

Блуждающая селезенка 276; дифференциаль-

ное распознавание 277; отличие от блуждающей почки 430.

Боли въ животѣ при атрофии печени 213, 215.

Боли: при абсцессѣ печени 228; при гастралгии 338; при кишечныхъ язвахъ 354; при нефритѣ остромъ 387; при перитонитѣ 444; при почечныхъ камняхъ 425; при почечныхъ опухоляхъ 413; при ракѣ печени 238; при сифилисѣ печени 227; при тифлитѣ 346; при циститѣ 431; при язвѣ желудка 313.

Болотная лихорадка: отличие от желчныхъ камней 257; увеличение селезенки 271.

Боль въ правомъ плечѣ при абсцессѣ печени 223.

Болязни почекъ, разлитыя: схема для дифференциальнаго распознаванія 402.

Брайтова болязня 385: острая 386; хроническая 391.

Бредъ при атрофии печени 213.

Брожение мочи, аммиачно-щелочное, при циститѣ 431.

Бронхи: болязни ихъ 114; прижатіе опухолями средостѣнія 185.

Бронхитъ 115; гнилостный 116; дыхательный шумъ 116; застойные явления 116; затрудненное выдыханіе 116; капиллярный 117; отличие от бронхіэктазіи 117, 129; отличие от гангрены легкихъ 117; фибринозный 120; хрипы 115; хроническій 116. отличие его от бронхіэктазіи 129.

Бронхиальный fremitus 115.

Бронхіэктазія 125; констатированіе полостей въ легкомъ 127; мокрота 125; осложненіе абсцессомъ головного мозга 130; осложненіе амиллоиднымъ перерожденіемъ брюшныхъ органовъ 130; осложненіе легочнымъ кровотеченіемъ 130; отличие от абсцесса легкихъ 129; отличие от гангрены легкихъ 129; отличие от гнилостнаго бронхита 117; отличие от мѣшчатой эмпіемы 128; отличие от хроническаго бронхита 129; отличія между бронхіэктатическими и чахоточными кавернами 127.

Бронхопневмония 158; — твѣристая 163.

Бронхофонія при пневмоніи 155, 159, 162.

Брюшина: болязни ея 443; бугорчатка 450; ракъ 451.

Брюшная водянка 454: основная болязня, которою она вызвана 455; отличие от гидронефроза 449; отличие от кисты яичника 456; отличие от хроническаго серознаго перитонита 449; при амиллоидной печени 234; при болязняхъ поджелудочной железы 265; при гипереміи печени 232; при ракѣ печени 238; при сифилисѣ печени 226; при циррозѣ печени 218; съ незначительною трансудацией 445.

Брюшной тифъ, отличие от уремii 395.

Брюшные органы, болязни ихъ 211; предварительныя діагностическія замѣчанія 211.

Бугорчатка брюшины 450; дифференціальное распознаваніе 451; симптомы 450.
Бугорчатка: легких 163; мягкаго неба и глотки 286; селезенки 274.

Бугорчатка мочевого пузыря 435; при одновременной бугорчаткѣ мочевыхъ путей вообще 435.

Бугорчатка мочеполовыхъ органовъ 410.

Бугорчатка почекъ 409; бугорчатые палочки въ мочѣ 410; въ сочетаніи съ бугорчаткою легкихъ и яичекъ 411.

Бугорчатые палочки: въ мочѣ при бугорчаткѣ почекъ 410; въ мокротѣ при легочной бугорчаткѣ 163; при бугорчаткѣ мягкаго неба и глотки 287.

Вѣлокъ въ мочѣ; при амилоидномъ перерожденіи почекъ 399; при бугорчаткѣ почекъ 410; при застойной почкѣ 383; при нефритѣ остромъ 386, хроническомъ 392; при сморщенной почкѣ 396.

В*.

Bronchorrhoea puriformis 116;—*serosa, pituitosa* 116.

С*.

Caput Medusae 219.

Catarrhe sec 116.

Cholera nostras 342; палочкообразныя бактеріи 343.

Chorditis tuberosa 91.

Colitis acuta 347.

Cystoplegia 438.

Cystospasmus 439.

В.

Венный пульсъ при болѣзняхъ сердца 16; диастола-пресистолическій 16; пресистола-систолическій 17, при недостаточности трехстворчатого клапана 47.

Внѣдреніе кишекъ 347, 371; кровависто-слизистый поносъ 372.

Водянка: при болѣзняхъ сердца 15; при амилоидной почкѣ 400; при застойной почкѣ 383; при нефритѣ остромъ 387; при нефритѣ хроническомъ 392; при сморщенной почкѣ 396, 397.

Водянка желчнаго пузыря 248, 258; дифференціальное распознаваніе ея 258.

Водянка полости плевы (*hydrothorax*) при болѣзняхъ сердца 15; отличіе отъ плеврита 201.

Ворсистый ракъ мочевого пузыря 436.

Воспаленіе брюшины, острое 443.

Воспаленіе кишекъ: дифтеритическое 348; флегмонозное 348.

Воспаленіе мочевого пузыря 430.

Воспаленіе пищевода 288.

Воспаленіе селезенки 273.

Воспаленіе слѣпой кишки 346: дифференціальное распознаваніе 346, 347; запоръ

346; лихорадка 346; метеоризмъ 346; опухоль 346; отличіе отъ другихъ опухолей въ правой подвздошной области 347; отличіе отъ суженія кишекъ 347, 367; рвота 346.

Вторично-сморщенная почка 395: свойства мочи 395.

Выводной протокъ желчнаго пузыря, закрытіе его 248.

Выдыханіе, затрудненное, при бронхіальномъ катаррѣ 116.

Выжиманіе желудочнаго содержимаго 301.

Вѣнечныя артеріи сердца, атероматозное перерожденіе ихъ 84.

Г.

Гангрена («произвольная») конечностей 85;—щеки 280.

Гангрена легкихъ 179; дифференціальное распознаваніе 180, мокрота 179; отличіе отъ абсцесса легкихъ 178; отличіе отъ бронхіэктазіи 129, 180; отличіе отъ гнойнаго бронхита 117, 180; отношеніе къ сахарному диабету 180; признаки гангренознаго распаденія легочной ткани 180.

Гастралгія 338; отличіе отъ желчныхъ камней 256, 338; отличіе отъ кишечной колики 339; отличіе отъ межреберной невралгіи 338; отличіе отъ язвы желудка 318, 338; причины 339.

Гепатитъ, гнойный 227;—интерстиціальныи 217.

Гидатидное дрожаніе при эхинококкѣ печени 245.

Гидронефрозъ 417: отличіе отъ брюшной водянки 419; отличіе отъ инкапсулированнаго экссудата брюшины 419; отличіе отъ кисты яичника 417; отличіе отъ почечнаго абсцесса 419; отличіе отъ почечныхъ кистъ 420; перемежающійся 418; положеніе ободочной кишки относительно опухоли 417; при подвижной почкѣ 418; причины 420; пробный проколъ 418; свойства содержимаго гидронефротическаго мѣшка 418.

Гидроцефалондъ при остромъ кишечномъ катаррѣ у дѣтей 343.

Гидрэмія, отношеніе ея къ отеку легкихъ 152.

Гиперплазія печени, соединительно-тканная 223.

Гиперплазія селезенки 269.

Гипертрофическій циррозъ печени 223; желтуха 224; отличіе отъ амилоидной печени 224; отличіе отъ желтушной печени 225; отличіе отъ многогнѣзнаго эхинококка печени 224; отличіе отъ первой стадіи атрофическаго цирроза 225; отличіе отъ рака печени 224.

Гипертрофія железъ при хроническомъ ларингитѣ 91.

Гипертрофія почекъ 428.

Гипертрофія сердца 75; при артеріоскле-

ровъ 83;—при недостаточности клапановъ аорты 41;—при нефритъ остромъ 388;—при нефритъ хроническомъ 393;—при сморщенной почкѣ 396, 397;—при эмфиземъ легкихъ 143; распознаваніе гипертрофіи лѣваго желудочка 76, праваго 76. Гиперемія печени 231; викарная 233; колебанія объема печени 232; причины 232; физическое изслѣдованіе 231; флюксіонарная гиперемія 233. Гиперемія селезенки 269. Гиперэстезія мочевого пузыря 441. Гипостазъ легкихъ 137; осложненіе отекомъ легкихъ 139; отличіе отъ геморрагическаго инфаркта 139; переходъ въ гипостатическую пневмонію 138; происхожденіе гипостаза 137. Гликозурия при болѣзняхъ поджелудочной железы 265. Глотка: болѣзни ея 281; бугорчатка 286; дифтеритъ 284; сифилисъ 287. Гной въ мочѣ; при бугорчаткѣ почекъ 410; при гнойномъ нефритѣ 404; при циститѣ 431. Гнойное воспаленіе воротной вены, см. *Pyelophlebitis suppurativa*. Головные боли: при остромъ нефритѣ 389; при сморщенной почкѣ 397. Голосовое дрожаніе грудной кѣтки: при капиллярномъ бронхитѣ 118; при легочной бугорчаткѣ 173; при опухоляхъ средостѣнія 183; при плевроитѣ 196; при пневмоніи 155, 159, 162; при пневмотораксѣ 203. Гортань: болѣзни ея 88; инородныя тѣла 104; кондиломы 98; новообразованія 102; образованіе рубцовъ 100. Грудная жаба 78. Грудная кѣтка: при легочной бугорчаткѣ (чахоточная, паралитическая) 169; при опухоляхъ средостѣнія 183, при эмфиземъ легкихъ (бочкообразная) 141; при фибринозной пневмоніи 155. Гумозные узлы: въ гортани 98; въ мягкомъ нёбѣ и глоткѣ 287, отличіе отъ раковой опухоли 288; при сифилисѣ печени 226. Гематурия при ракѣ почекъ 423. Геморрагическая инфильтрація поджелудочной железы 265. Геморрагическій инфарктъ селезенки 272. Геморроидальныя шишки: при ракѣ прямой кишки 365; при циррозѣ печени 218.

Д.

Двигательные неврозы кишекъ 374. Двигательныя разстройства гортани 106. Двойной тонъ въ бедренной артеріи при недостаточности клапановъ аорты 39. Двойной шумъ въ бедренной артеріи при недостаточности клапановъ аорты 40. Диспепсія 305;—нервная 333; нормальная продолжительность пищеваренія при нор-

мальномъ, увеличенномъ и уменьшенномъ отдѣленіи соляной кислоты 335, 336; опредѣленіе понятія о нервной диспепсіи 333; отличіе отъ другихъ неврозовъ желудка 337; при сморщенной почкѣ 397; причины 336, 337; продолжительность пищеваренія, опредѣленіе ея посредствомъ пробнаго обѣда 334; симптомы 333; съ нормальнымъ отдѣленіемъ соляной кислоты 335,—описаніе одного случая 334; съ уменьшеннымъ геср. прекращеннымъ отдѣленіемъ ея 336,—описаніе одного случая 335; съ чрезмѣрнымъ отдѣленіемъ ея 335,—описаніе одного случая 335; химическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго 334.

Дисфагія: при перикаритѣ 61; при спазмѣ пищевода 299;—паралитическая 300.

Дифтеритъ мягкаго нёба и глотки 284; бактеріи 286; бѣловато-сѣрыя перепонки 285; гангренозный 285; отличіе отъ струпева, образовавшихся вслѣдствіе прижиганія лангсомъ 285; отличіе отъ фолликулярной ангины 285.

Дифтерическій ларингитъ, см. Крупъ гортани.

Дифференціальное распознаваніе 10.

Диагнозъ 10;—анатомическій 13;—клинический 12; перемѣны діагноза 12.

Диастолическій шумъ: при недостаточности клапановъ аорты 36, 41; при сочетанныхъ порокахъ клапановъ 51; при суженіи лѣваго венознаго отверстія 32.

Диастолическое захлопываніе клапановъ легочной артеріи при недостаточности двустворчатата клапана 29.

Диафрагматическія грыжи, какъ причина суженія кишекъ 372.

Дыханіе: при аневризмѣ аорты 86; амфорическое при легочной бугорчаткѣ 172; бронхіальное при катаррѣ бронховъ 116, при пневмоніи 155, 159, 162; металлическаго тембра при пневмотораксѣ 204; метаморфозирующееся 173; при опухоляхъ средостѣнія 183, 185; при плевроитѣ 196, 197; при эмфиземѣ легкихъ 140.

Дыхательное горло, болѣзни его 114.

Дыхательные органы, болѣзни ихъ 88.

D*.

Distoma hepaticum при желтухѣ, описаніе одного случая 252.

Dysuria spastica 440.

E*.

Enterostenosis 366.

Enuresis spastica 440.

Epiglottitis 89.

G*.

Gastrextasia 327.

Gastritis 304; *acuta* 305; *chronica* 309; *my-*

scitica 308; phlegmonosa 307; purulenta 307; toxica 308.
 Gastroenteritis infantum acuta 343.
 Gastroxynsis 339.
 Glomerulo-nephritis 391.

H*.

Helminthiasis 379.
 Herpes labialis при фибринозной пневмонии 155;—laryngis 95.

Ж.

Жажда при остромъ катаррѣ кишекъ 342.
 Желтуха 248; вліяніе на нервную систему 249; желтуха вслѣдствіе аневризмъ 254; вслѣдствіе воспаления серознаго покрова печени 254; вслѣдствіе желчныхъ камней 251, 254; вслѣдствіе катарра желчныхъ каналовъ 251; вслѣдствіе опухолей въ печеночныхъ воротахъ 253; вслѣдствіе паразитовъ въ желчныхъ путяхъ 252; вслѣдствіе прижатія желчныхъ протоковъ извнѣ 253; вслѣдствіе рака двѣнадцатиперстной кишки или головки поджелудочной железы 523; вслѣдствіе сифилиса печени 254; вслѣдствіе скопленія каловыхъ массъ 253; вслѣдствіе язвы двѣнадцатиперстной кишки 254; distoma hepaticum, описаніе одного случая 252; желтое окрашиваніе кожи и слизистыхъ оболочекъ 249; измѣненія мочи 249; мѣсто закрытія выводныхъ желчныхъ протоковъ 250; при абсцессѣ печени 229; при аневризмахъ печеночной артеріи 261; при атрофіи печени 213, 214; при болѣзняхъ поджелудочной железы 265; при гипереміи печени 231; при гипертрофическомъ циррозѣ печени 224; при желчныхъ камняхъ 255; при ракъ печени 238; при сифилисѣ печени 226; при циррозѣ печени 220; причины закрытія желчныхъ путей 251; симптомы 249; состояніе желчнаго пузыря 250; увеличеніе объема печени 250.
 Желтушная печень: отлічіе отъ гипертрофическаго цирроза 225; отлічіе отъ рака печени 239.
 Желудокъ, болѣзни его 300; выжиманіе желудочнаго содержимаго 301; желудочный вондь 300; опредѣленіе всасывающей способности желудка 303; опредѣленіе соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, качественное 302, количественное 303; пробный завтракъ Ewald'a 302; промываніе желудка 301; химическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго 302.
 Желудочный катетеръ Nélaton'a 300; при первой диспепсін 334; при расширеніи желудка 329.
 Желчная колика 255; отлічіе отъ гастралгій 338; отлічіе отъ остраго гастрита 306.

Желчные камни 255; желтуха, какъ симптомъ желчныхъ камней 255; отлічіе отъ абсцесса печени 231,—описаніе одного случая 229; отлічіе отъ болотной лихорадки 257; отлічіе отъ гастралгій 256, 338; отлічіе отъ катарральной желтухи 251, 254; отлічіе отъ почечной колики 257; отлічіе отъ язвы желудка 256, 318.

Желчные пути, болѣзни ихъ 248.

Желчный пузырь: водянка 258; наполненіе желчными камнями 258; ракъ 259; состояніе желчнаго пузыря при желтухѣ 250.

Жирная печень 233; мутное набуханіе печеночной ткани 234; отлічіе отъ амилоидной печени 234; отлічіе отъ цирроза печени 234; причины 233; физическое изслѣдованіе 233.

Жирное сердце 72; дифференціальное распознаваніе 73.

3.

Заболѣванія почекъ во время беременности и при холерѣ 385.

Заглоченный абсцессъ 284.

Задержаніе мочи 438.

Задержка желудочнаго содержимаго: при расширеніи желудка 328; при хроническомъ катаррѣ желудка 309.

Задержка кала при суженіи кишекъ 366.

Закрытіе двѣнадцатиперстной кишки 370.

Закрытіе кишекъ 366.

Замаскированныя формы пневмоніи 156.

Запоръ: при тифлитѣ 346; при хроническомъ катаррѣ кишекъ 348.

Застой крови въ воротной венѣ при циррозѣ печени 218.

Застойная печень 232.

Застойная почка 382; водянка 383; свойства мочи 383; состояніе легкихъ, печени и сердца 384; сочетаніе съ нефритомъ 384; цѣанозъ 384.

Застойная селезенка 271.

Застойный отекъ легкихъ 150; дифференціальное распознаваніе 151.

Застойныя явленія: при ателектазѣ легкихъ 135; при болѣзняхъ сердца 15; при бронхіальномъ катаррѣ 116; при врожденномъ суженіи устья аорты 45; при легочной бугорчаткѣ 169; при миокардитѣ 70; при опухоляхъ средостѣнія 186; при эмфиземѣ легкихъ 142, 143.

Затрудненіе глотанія: при ракъ пищевода 290; при суженіи пищевода 290.

Звукъ яремныхъ клапановъ при недостаточности трехстворчататаго клапана 48.

Зобъ, какъ причина суженія пищевода 292.

Зондь при пазухахъ пищевода, образовавшихся вслѣдствіе выпиранія изпупри 297.

Зудъ въ кожѣ: при желтухѣ 249; при остромъ нефритѣ 389.

И.

- Измѣненіе высоты перкуторнаго звука: при легочной бугорчаткѣ 171; при пневмотораксѣ 203; при фибринозной пневмоніи 154.
- Измѣненія въ положеніи желудка 331; — почекъ 428; — селезенки 276.
- Измѣненія формы желудка 331; — почекъ 428; — селезенки 276.
- Изслѣдованіе больного; общій ходъ изслѣдованія 7.
- Изслѣдованіе зондомъ при циститѣ 434.
- Икота при перикардитѣ 61.
- Индиканъ, выдѣленіе его мочою: увеличенное, при суженіи кишекъ 367; уменьшенное, при болѣзняхъ поджелудочной железы 264.
- Иородныя тѣла въ гортани 104; — въ пищеводѣ 293.
- Инфарктъ геморрагическій въ легкихъ 174; закупорка ствола или одной изъ вѣтвей легочной артеріи 175; кровавая мокрота 176; отличіе отъ гипостаза легкихъ 139; отличіе отъ пневмоніи 157.
- Инфарктъ геморрагическій въ почкахъ 408.
- Инфильтрація легкаго при фибринозной пневмоніи 154; отличіе отъ чахоточныхъ процессовъ 158.
- Инфильтрація легочныхъ пузырьковъ, воспалительная 152.
- Испраженія: при аневризмахъ печеночной артеріи 261; при атрофіи печени 213; при болѣзняхъ поджелудочной железы 264; при желтухѣ 249; при кишечныхъ язвахъ 353; при остромъ катаррѣ кишекъ 341, 344; при ракѣ желудка 320; при ракѣ кишекъ 360; при суженіи кишекъ 366; при хроническомъ катаррѣ кишекъ 349, 350; при язвѣ желудка 314.

I*.

- Ileus 366.
- Ischuria spastica 440.

К.

- Каверны: большія, отличіе ихъ отъ пневмоторакса 205; бронхіэктатическія и чахоточныя, отличія между ними 127; при абсцессѣ легкаго 178; при легочной бугорчаткѣ 170.
- Каловая рвота: при суженіи кишекъ 367; при тифлитѣ 346.
- Каловыя опухоли, отличіе отъ рака кишекъ 362.
- Камни изъ фосфатовъ и изъ щавелевокислой извести 427.
- Камни мочевого пузыря, какъ причина цистита 434; отличіе отъ почечныхъ камней 427.
- Капиллярный бронхитъ 117; выслушиваніе 119; выстукиваніе 118; голосовое дрожаніе грудной кѣтки 118; инспираторное втягиваніе надчревной области 118; кашель 119; мокрота 119; осложненный ателектазомъ 118; осложненный катарральною пневмоніею 118; осложненный острою просовидною бугорчаткою 119; острое расширеніе легкихъ 118; спирали Curschmann'a 120.
- Карбункулезныя язвы въ кишкахъ 357.
- Картонный звукъ при бронхіальной астмѣ 131; — при эмфиземѣ легкихъ 142.
- Катарръ бронховъ 115, см. Бронхитъ; — желчныхъ протоковъ, какъ причина желтухи 251; — тонкой и толстой кишки 344.
- Катарръ гортани: острый 89; у маленькихъ дѣтей 89; хроническій 90; — см. Ларингитъ.
- Катарръ двѣнадцатиперстной кишки, острый 343.
- Катарръ желудка, острый 304: дифференціальное распознаваніе 306; изслѣдованіе желудочнаго содержимаго 305; отличіе отъ желчной колики 306; отличіе отъ инфекціонныхъ болѣзней 306; отличіе отъ перитонита 307; симптомы 305; температура тѣла 306; частота пульса 305.
- Катарръ желудка, хроническій 309: атрофія слизистой оболочки желудка 311; картина болѣзни 310; при циррозѣ печени 218; продолжительное пребываніе пищи въ желудкѣ 309; уменьшенное отдѣленіе соляной кислоты 309; чрезмѣрное отдѣленіе слизи 309; чрезмѣрное отдѣленіе соляной кислоты 311.
- Катарръ кишекъ, острый 341: диагностическіе признаки 341; катарръ двѣнадцатиперстной кишки 343; катарръ подвздошной и тощей кишки 344; лихорадка 342; неполное перевариваніе пищи 345; одновременный катарръ тонкой кишки и верхнихъ частей толстой 344; острый гастроэнтеритъ 342; острый катарръ у дѣтей 343; реакція на желчный пигментъ 345; свойства испраженій 341, 344.
- Катарръ кишекъ, хроническій 348: атрофія слизистой оболочки 351; запоръ 348; ненормальныя составныя части въ испраженіяхъ 349; побочные симптомы 351; при циррозѣ печени 218.
- Катарръ мочевого пузыря 430; свойства мочи при катаррѣ остромъ и хроническомъ 431.
- Катарръ полости рта 278.
- Кашель при капиллярномъ бронхитѣ 119; — при фибринозной пневмоніи 155.
- Киста поджелудочной железы 267: дифференціальное распознаваніе 268; пробный проколъ 268.
- Кисты гортани 102.
- Кисты почекъ 416; отличіе отъ гидронефроза 420; свойства мочи 417.

- Кисты личинковъ: отлічіе отъ брюшной водянки 456; отлічіе отъ гидронефроза 417.
 Кишечная колика 376; дифференціальное распознаваніе 377; отлічіе отъ гастралгіи 339; отлічіе отъ желчной колики 337; отлічіе отъ перитонита 444; отлічіе отъ почечной колики 377; при остромъ катаррѣ кишекъ 342; причины 378; распознаваніе отдѣльныхъ формъ 377.
 Кишечныя глисты 379.
 Кишечныя опухоли, отлічіе ихъ отъ рака печени 244.
 Кишки: болѣзни ихъ 341; двигательные невроты 374; невроты чувствительности 376; секреторные невроты 379.
 Коллатеральное кровообращеніе при сохраненномъ *isthmus aortae* 57.
 Колотье въ боку при фибринозной пневмоніи 155.
 Коматовое состояніе при атрофіи печени 213.
 Кондиломы мягкаго нѣба и глотки 287; — широкія, въ гортани 98.
 Конкременты въ мочѣ при почечныхъ камняхъ 426.
 Корсетная печень 247.
 Крепитация при пневмоніи 155; 159: отлічіе отъ шума тренія 193.
 Кристаллы *Charecot*, отношеніе ихъ къ бронхіальной астмѣ 132.
 Кровавая рвота при язвѣ желудка 313, 317.
 Кровеносные сосуды печени, болѣзни ихъ 259.
 Кровоизліяніе въ полости плевры, отлічіе отъ плеврита 201.
 Кровоизліянія въ грудномъ средостѣніи 192.
 Кровотеченія изъ пищевода 299.
 Кровотеченія при атрофіи печени 213.
 Кровохарканіе при легочной бугорчаткѣ 166.
 Кровь при атрофіи печени 214; — въ мочѣ при сморщенной почкѣ 395; при хроническомъ нефритѣ 392.
 Кровяной кашель при легочной бугорчаткѣ 170.
 Кровяные цилиндры въ мочѣ при остромъ нефритѣ 387.
 Крупъ гортани 91; ларингостенозъ 92; лихорадка 92; отлічіе отъ ложнаго крупа 92.
 Крупъ мягкаго нѣба и глотки 286.
- Л.**
- Ларингитъ: атрофія и гипертрофія железъ слизистой оболочки при хроническомъ ларингитѣ 91; дифтерическій 91; дифференціальное распознаваніе 90, 92; острый 89; острый подслизистый 90; острый сухой 89; отлічіе хроническаго подслизистаго ларингита отъ отека голосовой щели и отъ перихондрита 90; сифилитическій 98; формы ларингита 89; хроническій 90; хроническій подслизистый 91; хроническій сухой 91.
 Ларингоспазмъ 106; дифференціальное распознаваніе 106; острое задушеніе 106; функциональный: голосовой и дыхательный 107.
 Ларингостенозъ 100; дифференціальное распознаваніе 101; одышка инспираторная и экспираторная 100, 101; острое задушеніе 101; отлічіе отъ бронхостеноза 123; при крупѣ гортани 92.
 Легочная артерія: состояніе ея при недостаточности двустворчатаго клапана 28; суженіе ея устья 46.
 Легочная бугорчатка, хроническая 163, бугорчатая палочка въ мокротѣ 163; первая стадія легочной бугорчатки 164: выстукиваніе и выслушиваніе легочныхъ верхушекъ 165, 166, измѣненія въ легочныхъ верхушкахъ 165, крокохарканіе 166, осложненіе плевритомъ 167, — вторая стадія 168: выстукиваніе 168, застойныя явленія 169, лихорадка 169, мокрота 169, побочныя явленія 169, чахоточная форма грудной кѣтки 169, — третья стадія 170: выстукиваніе 171, измѣненія высоты перкуторнаго звука 171, металлическій звонъ и др. аускультативныя явленія 172, мокрота 170, отлічіе большихъ кавернъ отъ пневмоторакса 173, побочныя симптомы 174, признаки кавернъ 170, шумъ треснуваго горшка 171, сопровождаемый металлическимъ звономъ 171.
 Легочная ткань, болѣзни ея 134.
 Легочная чахотка 163, скоротечная 168.
 Легочное кровотеченіе при бронхіэктазіи 130.
 Легочный ударъ 175.
 Лейцинъ въ мочѣ при острой желтой атрофіи печени 214.
 Лимфатическія железы: при опухоляхъ средостѣнія 187, при ракѣ желудка 324.
 Лихорадка: при абсцессѣ легкихъ 178, при абсцессѣ печени 228, при атрофіи печени 213; при геморрагическомъ инфарктѣ 176, при легочной бугорчаткѣ 166, 169, при нефритѣ гнойномъ 405, остромъ 387, при остромъ катаррѣ кишекъ 342, при тифлитѣ 346, при фибринозной пневмоніи 155.
 Ложный крупъ 89, отлічіе отъ крупа гортани 92.
 Ложныя связки, какъ причина внутренняго ущемленія кишекъ 372.
 Лупозныя язвы гортани 97.
- L*.**
- Leptothrix buccalis* 280.
Lien mobilis 276.
Lienteria 345.
- Ларингитъ: атрофія и гипертрофія железъ слизистой оболочки при хроническомъ ларингитѣ 91; дифтерическій 91; дифференціальное распознаваніе 90, 92; острый 89; острый подслизистый 90; острый сухой 89; отлічіе хроническаго подслизистаго ларингита отъ отека голосовой щели и отъ перихондрита 90; сифилитическій 98; формы ларингита 89; хро-

М.

Малокровіе при кишечныхъ глистахъ 380.
 Медиастино-перикардитъ мозолистый 65: инспираторное набуханіе шейныхъ венъ 68, парадоксальный пульсъ 67.
 Межреберная невралгія: отличіе отъ гастралгіи 338, отличіе отъ плеврита 198; отличіе отъ язвы желудка 318.
 Менингитъ, отличіе отъ уреміи 394.
 Метастазы при ракъ почекъ 423,—при эндокардитъ 24.
 Метеоризмъ при тифлитъ 346.
 Микроорганизмы при фибринозной пневмоніи 153.
 Миокардитъ 69, дифференціальное распознаваніе 70, застойныя явленія 70, измѣненія пульса 69, сердечныя шумы 70, хроническій 70, 71, эмболии 70.
 Миома желудка 326.
 Мозговое кровоизліяніе при сморщенной почкѣ 398.
 Мокрота: при бронхіальномъ катаррѣ 115, при бронхіэктазиі 125, при гангренѣ легкихъ 179, при гѣмorrhagическомъ инфарктѣ 176, при капиллярномъ бронхитѣ 119, при легочной бугорчаткѣ 163, 170, при отека легкихъ 148, при фибринозной пневмоніи 153.
 Моча: при альбуминуриі 380, при атрофіи печени 214, при амилоидной почкѣ 398, при болѣзняхъ поджелудочной железы 264, при бугорчаткѣ почкѣ 410, при гидро-нефрозѣ 419, при желтухѣ 249, при застойной почкѣ 383, при катаррѣ кишекъ 342, при нефритѣ гнойномъ 404, остромъ 386, хроническомъ 391, при піуриі 382, при плевритѣ 197, при почечныхъ камняхъ 425, при ракъ почкѣ 423, при сморщенной почкѣ 395, 396, при суженіи кишекъ 367, при фибринозной пневмоніи 156, при циррозѣ печени 219, при циститѣ 431.
 Мочевина, выдѣленіе ея: при нефритѣ 386, 392, при сморщенной почкѣ 397.
 Мочевой пузырь: болѣзни его 430, бугорчатка 435, новообразованія 435.
 Мочевые органы, болѣзни ихъ 380. свойства мочи при этихъ болѣзняхъ 380.
 Мочевые цилиндры: при застойной почкѣ 383, при нефритѣ остромъ 387, при піело-нефритѣ 404, при сморщенной почкѣ 396.
 Мочеиспусканіе, произвольное, при параличѣ сфинктера мочевого пузыря 439.
 Мочеточники, образованіе въ нихъ конкрементовъ 425.
 Мускулатура мочевого пузыря: параличъ 438, спазмъ 439.
 Мышечный ревматизмъ, отличіе его отъ плеврита 197.
 Мышцы гортани: параличи 107; судорога 106.

Мягкое небо: болѣзни его 281; бугорчатка 286; дифтеритъ 284; сифилисъ 287.

М*.

Miserere при суженіи кишекъ 367.
 Monilia candida, отношеніе ея къ грибку молочницы 281.

Н.

Надпочечныя железы, болѣзни ихъ 442.
 Надчревная область: инспираторное втягиваніе ея при капиллярномъ бронхитѣ 118; пульсація въ этой области при недостаточности двустворчатого клапана 27.
 Неврозы: гортани 104; желудка 332; кишекъ 373; пищевода 299; сердца 77.
 Неврозы чувствительности въ гортани 105; анестезія, гиперэстезія, парестезіи 105.
 Недостаточность двустворчатого клапана 27: выслушиваніе 28; выстукиваніе 27; дифференціальное распознаваніе 30; острая, при остромъ эндокардитѣ 21; относительная 30; послѣдовательныя явленія 29; распространенная пульсація 27; сердечный толчекъ 27; состояніе легочной артеріи 28; сочетанная съ недостаточностью клапановъ аорты 38: сфигмографическая кривая 29.
 Недостаточность клапановъ аорты 35: альбуминуриі при этомъ порока 42, выслушиваніе 36, выстукиваніе 36, двойной тонъ въ бедренной артеріи 39, двойной шумъ въ той же артеріи 40, дифференціальное распознаваніе 41, измѣненія артерій 39,—осложненная относительно недостаточностью двустворчатого клапана 38, осмотръ 35,—относительная 40, ошупываніе 36, расширеніе и гипертрофія лѣваго желудочка 41, свойства пульса 37, сохраненіе дикротического колебанія 38.
 Недостаточность клапановъ легочной артеріи 46, симптомы 46.
 Недостаточность трехстворчатого клапана 47, венный пульсъ 47, дифференціальное распознаваніе 48, относительная 45, симптомы 47.
 Незарощеніе Боталлова протока 56, дифференціальное распознаваніе 56.
 Незарощеніе овального отверстія 55.
 Нервная система въ отношеніи къ желтухѣ 249.
 Нервные болѣзни кишекъ 373.
 Нервные расстройства отпавденій мочевого пузыря 437.
 Нервы гортани: параличи 107.
 Несостоятельность сердца при артерioskлерозѣ 84,—при жирномъ сердцѣ 72.
 Нефритъ гнойный 404: аммоніемія 406, дифференціальное распознаваніе 407,

выблывающаяся опухоль въ почечной области 405, лихорадка 405, пиэмиическій 404, причины 407, свойства мочи 404, септиическій 404, симптомы 406.

Нефритъ острый 386: водянка 387, гипертрофія сердца,—описание одного случая 388, отличіе отъ лихорадочной альбуминурии 390, отличіе отъ обостреній хроническаго нефрита 390, побочные симптомы 387, причины 389, свойства мочи 386, уремическіе симптомы 389.

Нефритъ разлитой 385: сочетаніе съ застойною почкою 384, формы разлитаго нефрита 386.

Нефритъ хроническій 391: водянка 392; гипертрофія сердца 393, свойства мочи 391, сѣгмографическая кривая пульса 392, уремическіе симптомы 393.

Новообразованія: легкиихъ 181, мочеваго пузыря 435, пищевода 289, плевры 209, селезенки 274.

Новообразованія въ гортани 102, дифференціальное распознаваніе 102, 103.

N*.

Noma 280.

O.

Ободочная кишка: положеніе ея относительно почечныхъ опухолей 412;—поперечная часть ободочной кишки: вздутіе ея газами, отличіе отъ атрофіи печени 216; раковая опухоль, отличіе отъ рака поджелудочной железы 266.

Образованіе грибовъ въ полости рта 280.

Образованіе узловъ, какъ причина внутренняго ущемленія кишекъ 372.

Обрывки ткани въ испражненіяхъ при извахахъ кишекъ 354.

Одышка: инспираторная, при суженіи бронховъ 122; одышка при гѣморрагическомъ инфарктѣ 175; при опухоляхъ средостѣнія 182; сердечная 79, отличіе ея отъ гортанной одышки 80; экспираторная при бронхіальной астмѣ 132, при эмфиземѣ легкиихъ 140; экспираторная и инспираторная при суженіи гортани 100, 101.

Окраска кожи, желтушная 249,—при фибринозной пневмоніи 155.

Опредѣленіе всасывающей способности желудка 303.

Оуханіе железъ при опухоляхъ средостѣнія 191.

Опухоли брюшной стѣнки, отличіе ихъ отъ рака печени 245.

Опухоли желчаго пузыря, отличіе отъ подвижной почки 430.

Опухоли печени, отличіе отъ почечныхъ опухолей 413.

Опухоли плевры, отличіе ихъ отъ плеврита 200.

Опухоли привратника желудка, отличіе отъ подвижной почки 429.

Опухоли ретроперитонеальныхъ железъ, отличіе отъ почечныхъ опухолей 414.

Опухоли сальника, отличіе отъ рака желудка 325.

Опухоли средостѣнія 182: выслушиваніе 185, выстукиваніе 184, голосовое дрожаніе грудной кѣтки 183,—какъ причина суженія пищевода 292; одышка 182, опуханіе лимфатическихъ железъ 191, осложненная плевритомъ, описаніе одного случая 184, отличіе отъ абсцессовъ и кровоизліяній въ средостѣніи 192, отличіе отъ аневризмы аорты 190, отличіе отъ перикардита 188, отличіе отъ плеврита 189, 200, отличіе отъ рака плевры 189, прижатіе пищевода и нервовъ 187, пульсація 190, свойство опухоли 191, шумъ въ сосудахъ 190, прижатіе сердца, артерій и венъ 186, 187.

Опухоли яичниковъ: отличіе отъ почечныхъ опухолей 414, отличіе отъ рака кишекъ 363.

Опухоль (прощупываемая): при ракъ желудка 321, при ракъ кишекъ 361, при суженіи кишекъ 370, при тифлѣ 346.

Острый кишечный катарръ у дѣтей 343.

Отекъ голосовой щели 93: отличіе отъ подслизистаго ларингита 90; хроническій 94.

Отекъ гортани 93.

Отекъ легкиихъ 148: воспалительный 149, гидрэмическій 152, застойный 150, 151, осложненный гипостазомъ 139, отличіе отъ пневмоніи 158, при сердечной астмѣ 80, 81, причины 149, симптомы 148.

Отекъ нижнихъ конечностей: при амилоидномъ перерожденіи почекъ 400, при ракъ почекъ 423; при циррозѣ печени 219.

Отравленія кишечныхъ нервовъ 373.

Отрыганіе пищи: при спазмѣ пищевода 299, при суженіи пищевода 290.

Отсутствіе одной почки, врожденное 428.

O*.

Oesophagismus 299.

Oidium albicans 281.

P.

Пазухи пищевода 295: образующіяся вслѣдствіе выпирающаго изнутри 296,—особый зондъ для изслѣдованія 297; образующіяся вслѣдствіе оттягиванія извнѣ 296.

Палочкообразныя бактеріи при гастро-энтеритѣ 343.

Папилломы гортани 102.

Паразиты: въ желчныхъ путяхъ при жел-

- тухъ 252, въ кишкахъ 379, въ селезенкѣ 275.
- Параличи нервовъ и мышцъ гортани 107, этиологическій діагнозъ 113.
- Параличъ возвратнаго нерва 108.
- Параличъ голосовыхъ связокъ при легочной бугорчаткѣ 169, — при перикардитѣ 61.
- Параличъ мочевого пузыря 438: задержаніе мочи 438, непроизвольное мочеиспусканіе 439, одновременный параличъ обвѣхъ мышцъ пузыря 439, параличъ m. detrusoris 438, параличъ сфинктера 438, параличъ чувствительныхъ нервовъ пузыря 441, позывъ къ мочеиспусканію 438.
- Параличъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель 110.
- Параличъ мышцъ, раскрывающихъ головую щель 111.
- Параличъ отводящихъ мышцъ 111.
- Параличъ пищевода 300.
- Параличъ приводящихъ мышцъ 110.
- Параплегія при ракъ почекъ 423.
- Первично-сморщенная почка 396: альбуминурическое воспаленіе сѣтчатки 397, водянка 397, гипертрофія сердца 397, мозговое кровоизліяніе 398, отличіе отъ цистита 432, свойства мочи 396, урэмическіе симптомы 397.
- Перегородка желудочковъ, дефекты въ ней 55.
- Переменяющаяся лихорадка, отличіе отъ абсцесса печени 230.
- Перепошки въ испражненіяхъ при нервныхъ болѣзняхъ и при воспаленіяхъ кишекъ 350.
- Перибронхитъ бугорчатый 168.
- Перикардитъ 58: выслушиваніе 60, выстукиваніе 58, дифференціальное распознаваніе 61, какъ причина суженія пищевода 292, осмотръ и ощупываніе 59, отличіе отъ опухолей средостѣнія 188, отличіе отъ перикардіальной водянки 61, отличіе отъ эндокардита 23, побочныя явленія 61, послѣдовательныя состоянія 65, разстройства кровообращенія 61, свойства перикардіальнаго выпота 65, сердечный толчекъ 59, симптомы давленія на сосѣдніе органы 61, сморщиваніе легкихъ съ расширеніемъ сердечной тупости, отличіе отъ перикардита 63, увеличеніе самого сердца, отличіе отъ перикардита 62, шумъ тренія 60, 61, эмфизема легкихъ съ уменьшеніемъ сердечной тупости при перикардитѣ 63.
- Перикардіальная водянка, отличіе ея отъ перикардита 61.
- Перистальтика кишекъ: ослабленная 375; усиленная 374.
- Перитонитъ острый 443: боль 544; гиперестезія брюшныхъ покрововъ 444; общій ходъ изслѣдованія для опредѣленія причины перитонита 445; общія болѣзни, какъ причина перитонита 446; ограничен-
ный 446; отличіе отъ гастралгіи 444; отличіе отъ гастрита 307, отличіе отъ колики 444, отличіе отъ суженія кишекъ 368, первичный 445, послѣдовательный 445, при закрытіи кишекъ 370, при кишечныхъ язвахъ 355, пробный проколъ 443; результаты физическаго изслѣдованія 443, уклоненія отъ обычной картины болѣзни 444.
- Перитонитъ хроническій 448: бугорчатый 450, при циррозѣ печени 223, разлитой 449; серьезный, — отличіе его отъ брюшной водянки 449.
- Перихондритъ 94, отличіе отъ подслизистаго ларингита 90.
- Печеночная артерія, аневризмы ея 261.
- Печеночный венный пульсъ при недостаточности трехстворчатаго клапана 48.
- Печеночныя ворота: раковыя опухоли въ этой области, — отличіе отъ рака поджелудочной железы 266.
- Печень: болѣзни ея 212, схема для распознаванія 262, амилоидное перерожденіе 234, измѣненія въ формѣ и положеніи нормальной печени 247, соединительно-тканная гиперплазія 223.
- Пищеварительный каналъ, болѣзни его 278.
- Пищеводъ: болѣзни его 288, невроты 299, новообразованія 289, прижатіе опухолями средостѣнія 187, расширенія 295, суженіе 290.
- Пиурия 382.
- Плевра, болѣзни ея 192.
- Плевритическій выпотъ: отличіе отъ эхинокка печени 246.
- Плевритъ 192: выслушиваніе 193, 196, выстукиваніе 192, 195, голосовое дрожаніе грудной клѣтки 196, качество выпота 202, отличіе отъ аневризмы аорты 200, отличіе отъ водянки въ полости плевры 201, отличіе отъ кровоизліянія въ полости плевры 201, отличіе отъ межреберной невралгіи 198, отличіе отъ мышечнаго ревматизма 197, отличіе отъ опухолей печени и селезенки 200, 230, отличіе отъ опухолей плевры и средостѣнія 189, 200, отличіе отъ периплевритическихъ абсцессовъ 200, отличіе отъ пневмоніи 198, 199, 200; при легочной бугорчаткѣ 167, при опухоляхъ средостѣнія 184; пульсирующий 200, сухой 192; шумъ тренія 193, 197, — отличіе его отъ крепитации 193, отъ сухахъ хриповъ 193; экссудативный 194.
- Пневмонія гипостатическая 138.
- Пневмонія интерстиціальная 161: выслушиваніе 162, выстукиваніе 162, разстройства кровообращенія 163, сморщиваніе легкаго 161.
- Пневмонія катарральная 158: выстукиваніе 159, осложненіе капиллярнымъ бронхитомъ 118, отличіе отъ ателектаза 160, отличіе отъ просовидной бугорчатки 160,

- отличие от фиброзной пневмонии 159, причины 158.
- Пневмония творожистая 163.
- Пневмония фибриозная 152: абортивная формы 156, выслушивание 155, выстукивание 154, инфильтрация легкого 154, крупозная 152: микроорганизмы в мокроте 153, осмотр 155, отличие от бугорчатой инфильтрации 158, отличие от геморрагического инфаркта 157, отличие от отека легких 158, отличие от плеврита 157, 198, ржавая мокрота 152, сравнительное выслушивание голоса 154, центральная 153.
- Пневмоперикардий 68: выслушивание 68, выстукивание 68, дифференциальное распознавание 69.
- Пневмоторакс 203: выслушивание 204, выстукивание 203, закрытый 207, изменение высоты перкуторного звука 203, открытый 206, отличие от больших каверн 173, 205, отличие от рупней thoracis subphren. 205, отличие от расширения желудка 205, отличие от эмфиземы легких 145, пневмоторакс с клапаном 207, шум плеска при встряхивании больного 204.
- Подвздошная кишка: острый катарр 344, сужение 370.
- Подвижная почка, см. Блуждающая почка.
- Поджелудочная железа, болезни ее 264; брюшина водянка 265, гликозурия 265, действие на солнечное сплетение 264, желтуха 265, обильное содержание жира в испражнениях 264, уменьшенное содержание индикана в моче 264.
- Подковообразная почка 428.
- Позыв к мочеиспусканию 437: при остром нефрите 387, при почечных камнях 425, при цистите 431.
- Полипы пищевода 294.
- Полипы прямой кишки 365.
- Полурия при сморщенной почке 396.
- Полость рта: болезни ее 278, образование грибов 280, цыготное заболевание 279.
- Понось нервный 374, 379.
- Понось: при амилоидной почке 400, при воспалении кишечника 347, 372, при нефрите остром 389, хроническом 393, при остром катарре кишечника 341, при язвах кишечника 352.
- Пороки клапанов 26, 45: случай недостаточности двустворчатого клапана с недостаточностью клапанов аорты и сужением левого венозного отверстия 54, сочетанные пороки клапанов 51, шум диастолический при сочетанных пороках 51, шум диастолический одновременно с систолическим 53, шум систолический при сочетанных пороках 52.
- Пороки сердца, не-компенсированные, отличие их от эмфиземы легких 146.
- Почечная колика, отличие от желчных камней 257.
- Почечная колика при почечных камнях 425.
- Почечная ткань, куски ее в моче при абсцессе почки 404.
- Почечные камни 425: исследование конкрементов 427, отличие от камней мочевого пузыря 427, почечная колика 425, свойства мочи 425, симптомы 425.
- Почечный песок, крупный и мелкий 425.
- Почечные опухоли 411: исследование обими руками одновременно 413, невралгическая боль в брюшной стенке 413, неподвижность при дыхании 413, описание случая саркомы правой почки 415, отличие от опухолей печени 413, отличие от опухолей ретроперитонеальных желез, селезенки и яичников 414, отличие от рака кишечника 363, отличие от рака печени 243, положение ободочной кишки относительно почечных опухолей 412, сплошные 422.
- Почка беременных 385.
- Почки, болезни их 382: амилоидное перерождение 398, аномалии в форме и положении почек 428, большая белая почка 391, бугорчатка 409, геморрагический инфаркт 408, застойная гиперемия 382, кистозные опухоли 416, образование конкрементов 425, опухоли 411, подвижная почка 429, рак 422, саркома 424, эхинококк 421.
- Прекращенное отделение соляной кислоты, зависящее от нервной системы 341, описание трех случаев 312, 341, отличие от атрофии слизистой оболочки желудка 312, при нервной диспепсии 336,—описание одного случая 335.
- Пресистолический шум при сужении левого венозного отверстия 32.
- Прижатие вен при аневризме аорты 87,—при опухолях средостения 186.
- Пробный обод при исследовании желудка 301, 334.
- Пробный прокол: при кисте поджелудочной железы 268, при перитоните 443, при эхинококке печени 246.
- Прободение брюшины: при раке желудка 322, при раке кишечника 361.
- Прободения пищевода 298.
- Промывание желудка 301.
- Просовидная бугорчатка, острая: осложнение капиллярным бронхитом 119, отличие от катаральной пневмонии 160, отличие от уремий 395.
- Пульсация: при опухолях средостения 190, распространенная—при недостаточности двустворчатого клапана 27, при сужении левого венозного отверстия 32; систолическая, при недостаточности двустворчатого клапана 28.
- Пульс: при аневризме аорты 87, при артерioskлерозе 82, при атрофии печени

213, при болязняхъ сердца, сфигмографическое изслѣдованіе 18, при желтухѣ 249, при катаррѣ желудка 305, при миокардитѣ 69, 70, при недостаточности двустворчатого клапана 29, при недостаточности клапановъ аорты 37, при нефритѣ хроническомъ 392, при плевритѣ 197, при сердечной астмѣ 80, при суженіи лѣваго венознаго отверстія 35, при суженіи устья аорты 44, при фибринозной пневмоніи 155.

Р*.

Pachydermia verrucosa 102.
Paedatrophia 351.
Paracystitis 435.
Paranephritis 407: отлічіе отъ каловыхъ опухолей, отъ паратифлита и почечнаго абсцесса 408, симптомы 407.
Paratyphlitis 346.
Perihepatitis 247; при сифилисѣ печени 226; шумъ тренія 247.
Peripylephlebitis syphilitica 226.
Perisplenitis 275.
Perityphlitis 346.
Pharyngitis 281,—*chronica granulosa* 283, разлитой хроническій поверхностный 282,—сифилитическій 287.
Pneumoperitonitis 447: исчезаніе печеночной тупости 447 перкуторный звукъ по аксиллярной линіи 447.
Proctitis 348; тенезмы 348.
Pulsus altus et celer при недостаточности клапановъ аорты 37,—*paradoxus* при медастино-перикардитѣ 67,—*tardus* при суженіи устья аорты 44.
Pyelitis suppurativa: отлічіе отъ абсцесса въ самой почкѣ 407, отлічіе отъ цистита 433.
Puero-nephritis 404, свойства мочи 405.
Pylephlebitis suppurativa 260; отлічіе отъ абсцесса печени 261; отлічіе отъ цирроза печени 223.
Pylethrombosis 259; отлічіе отъ цирроза печени 223, 260.
Puor-pneumothorax, ограниченный, отлічіе его отъ бронхіэкстази 128;—*subphrenicus*, отлічіе его отъ пневмоторакса 205.

Р.

Разрывъ пищевода 297,—селезенки 273.
 Разрывъ сердца, самопроизвольный 74.
 Разстройства кровообращенія: при болязняхъ сердца 15, при перикардитѣ 61, при пневмоніи 163, при эмфиземѣ легкихъ 142.
 Разстройства пищеваренія: при остромъ катаррѣ кишекъ 345, при расширеніи желудка 328.
 Раковая кахексія: при ракѣ желудка 320, при ракѣ почекъ 423.

Ракъ брюшинны 451, первичный 453, шумъ тренія вслѣдствіе усиленныхъ движеній кишекъ,—описаніе одного случая 452.

Ракъ: гортани 103, мягкаго нѣба и глотки, отлічіе отъ гуммозныхъ узловъ 288, пищевода 289,—въ качествѣ причины суженія пищевода 294, селезенки 274.

Ракъ двѣнадцатиперстной кишки 360, отлічіе отъ рака желудка 325, отлічіе отъ рака поджелудочной железы 266.

Ракъ желудка 319: видъ раковой опухоли 327, дифференціальное распознаваніе 323, діагностическіе признаки 320, описаніе одного случая, гдѣ симулировалась язва желудка 320, отлічіе отъ абсцесса брюшныхъ стѣнокъ 326, отлічіе отъ аневризмы 324, отлічіе отъ атрофіи слизистой оболочки желудка 313, отлічіе отъ міомы желудка 326, отлічіе отъ опухолей лимфатическихъ железъ 324, отлічіе отъ опухолей сальника 325, отлічіе отъ рака двѣнадцатиперстной кишки 325, отлічіе отъ рака желчнаго пузыря 324, отлічіе отъ рака кишекъ 325, отлічіе отъ рака печени 242, 323, отлічіе отъ рака поджелудочной железы 324, отлічіе отъ саркомы желудка 326, отлічіе отъ увеличенной селезенки 270, 324, отлічіе отъ фиброма желудка 326, отлічіе отъ язвы желудка 316, 319, отсутствіе свободной соляной кислоты въ желудкѣ 328, прободеніе брюшины 322, прощупываемая опухоль 321, характеристическая рвота 320.

Ракъ желчнаго пузыря 259, отлічіе отъ рака желудка 324.

Ракъ кишекъ 360: опредѣленіе той части кишечника, которой принадлежитъ раковая опухоль 364, отлічіе отъ другихъ опухолей брюшной полости 361, отлічіе отъ инкапсулированнаго экссудата брюшины 363, отлічіе отъ каловыхъ опухолей 362, отлічіе отъ опухолей яичниковъ 364, отлічіе отъ подвижной почки или селезенки 362, отлічіе отъ почечныхъ опухолей 363, отлічіе отъ рака желудка 325, 362, отлічіе отъ хронической инфильтраціи кишечной стѣнки 364, прободеніе карциноматозной кишки 361, прощупываемая опухоль 361, суженіе кишечника 360.

Ракъ легкихъ 181.

Ракъ мочевого пузыря 435: гематурія 436, частицы раковой опухоли въ мочѣ 436, эндоскопическое изслѣдованіе 436.

Ракъ печени 236: консистенція органа 237, осложненіе ракомъ прямой кишки,—описаніе одного случая 241, отлічіе отъ абсцесса печени 239, отлічіе отъ амилонидной печени 239, отлічіе отъ гипертрофическаго цирроза 224, отлічіе отъ желтушной печени 239, отлічіе отъ жирной печени 239, отлічіе отъ кишечныхъ опухолей 244, отлічіе отъ многогнѣздна-

го эхинококка печени 240, отличие от
одногободного эхинококка печени 239,
отличие от опухолей брюшной стенки
245, отличие от почечных опухолей
243, отличие от рака желудка 242, 323,
отличие от рака желчного пузыря 243,
отличие от саркомы печени 240, отли-
чие от сифилиса печени 227, ракъ пер-
вичный и вторичный 240, специальная
форма рака 242, увеличеніе объема пе-
чени 236, физическое изслѣдованіе 237.
Ракъ плевры, отличие от опухолей средо-
стѣнія 189.
Ракъ поджелудочной железы 266: отличие
отъ рака двѣнадцатиперстной кишки и
поперечной части ободочной 266, отличие
отъ рака въ печеночныхъ воротахъ 267,
отличие отъ рака привратника желудка
267, 324, ощущеніе 266.
Ракъ почки 422: гаматурія 423, дифферен-
ціальное распознаваніе 424, кахексія 423,
консистенція опухоли 422, послѣдователь-
ныя явленія 423, свойства мочи 422.
Ракъ привратника желудка 362, отличие отъ
рака поджелудочной железы 267.
Ракъ прямой кишки 364: геморроидальныя
шишки 365, осложненіе ракомъ печени,—
описаніе одного случая 241, поводы къ
изслѣдованію прямой кишки 365.
Расширеніе бронховъ, см. Бронхіэктазія.
Расширеніе вѣнъ мочевого пузыря 436.
Расширеніе желудка 327: вертикальное по-
ложеніе желудка 331, выстукиваніе 329,
задержка желудочнаго содержимаго 328,
измѣненія въ положеніи желудка 331, из-
мѣненія формы желудка 331, механиче-
ское и динамическое, дифференціальное
распознаваніе этихъ двухъ формъ рас-
ширенія желудка 330, несостоятельность
желудка 330, осмотръ 328, ощущеніе
328, разстройства пищеваженія 328, рво-
та 327.
Расширеніе легкихъ, острое, при капилляр-
номъ бронхитѣ 118, отличие отъ эмфизе-
мы легкихъ 145.
Расширеніе сердца при недостаточности
клапановъ аорты 42,—при эмфиземѣ лег-
кихъ 143.
Расширенія пищевода 295: диффузныя или
полныя 295, ограниченныя или частич-
ныя 295, 296.
Рвота первая 340.
Рвота: при нефритѣ остромъ 389, при не-
фритѣ хроническомъ 393, при перикардитѣ
61, при ракѣ желудка 320, при распы-
реніи желудка 327, при суженіи кишокъ
367, при тифлитѣ 346, при язвѣ желудка
313.
Реакція мочи: при гнойномъ нефритѣ 405,
при почечныхъ камняхъ 425.
Реакція на желчный пигментъ при остромъ
катарѣ кишокъ 345.

R*.

Retinitis albuminurica при сморщенной поч-
кѣ 397.

C.

Саркома гортани 104,—желудка 326,—пе-
чени, отличие отъ рака 240,—плевры,
описаніе одного случая 209,—почки 415,
424.

Сахарный диабетъ, отношеніе его къ ган-
гренѣ легкихъ 180.

Секреторныя невроды кишокъ 379.

Селезенка: болѣзни ея 268, измѣненія въ формѣ
и положеніи 276, новообразованія 274,
паразиты 275, при абсцессѣ печени 228,
при атрофіи печени 213, при брюшномъ
тифѣ 271, при гипереміи печени 232, при
плевритѣ 194, при ракѣ печени 238, при
сифилисѣ печени 226, при фибринозной
пневмоніи 156, при циррозѣ печени 218,
224, разрывъ 273, сифилитическія измѣ-
ненія 274.

Септико-піемія, отличие отъ уреміи 395.

Сердечная мышца, болѣзни ея 69.

Сердечная сорочка, болѣзни ея 58.

Сердечная тупость, расширеніе ея: при не-
достаточности трехстворчатого клапана
47, при опухоляхъ средостѣнія 184, при
перикардитѣ 59, при суженіи праваго
венознаго отверстія 50.

Сердечные звуки, нечистые и раздвоенные
20,—при недостаточности двустворчатого
клапана 28,—при суженіи лѣваго веноз-
наго отверстія 34.

Сердечные шумы, случайные: отличи-
тельныя признаки ихъ 19, отличие отъ недо-
статочности двустворчатого клапана 30,
отличие отъ эндокардита 22, при анев-
ризмѣ аорты 86, при артеріосклерозѣ 83,
при миокардитѣ 70, 71.

Сердечный толчекъ: при недостаточности
двустворчатого клапана 27, при недоста-
точности клапановъ аорты 36, при пери-
кардитѣ 59, при суженіи лѣваго веноз-
наго отверстія 32, при суженіи устья
аорты 43.

Сердце: аномаліи развитія 55, при застойной
почкѣ 384, смѣщеніе его при опухоляхъ
средостѣнія 187.

Сердце, болѣзни его 15, вѣнный пульсъ 16,
водянка въ полости плевры
(hydrothorax) 15, застойныя явленія 15,
16, компенсація 17, разстройство крово-
обращенія 15, распознаваніе 15, сердеч-
ные звуки, нечистые и раздвоенные 20,
случайные шумы 19, состояніе пульса
18, ціанозъ 15.

Сердцебиеніе, перенное 77.

Систолическая пульсація при недостаточ-
ности двустворчатого клапана 28.

Систолическій шумъ: при легочной бугор-

- чатка 169, при недостаточности двустворчатого клапана 28, при недостаточности клапанов аорты 37, при недостаточности трехстворчатого клапана 47, при остромъ эндокардитъ 21, при сохраненномъ *isthmus aortae* 57, при сочетанныхъ порокахъ клапановъ 52, при суженія правого венознаго отверстія 50, при суженіи устья аорты 43.
- Систолическое дрожаніе при суженіи устья аорты 43.
- Синелись легкихъ 181.
- Синелись мягкаго неба и глотки 287.
- Синелись печени 225: боль въ области печени 227, воспаленіе серознаго покрова 226, гумозные узлы 226, отличіе отъ рака печени 227, отличіе отъ цирроза печени 221.
- Сифилитическій склерозъ селезенки 275.
- Синилома селезенки 275.
- Скарлатинозный дифтеритъ 286.
- Скопленіе воздуха въ сердечной сорочкѣ, см. Пневмоперикардій.
- Слизистая полка 350.
- Слизистая оболочка мочевого пузыря: анестезія 441, гиперестезія 441, разстройства чувствительности 441.
- Слизистые полипы гортани 102.
- Слизистыя папулы 287.
- Слоновое перерожденіе печени 223.
- Слѣпая кишка: воспаленіе 346, закрытіе 370, изъязвленіе 356.
- Сморщиваніе легкаго при интерстиціальной пневмоніи 161.
- Соляная кислота въ желудкѣ, опредѣленіе ея, качественное и количественное 302, 303, отсутствіе ея при ракъ желудка 321, чрезмѣрное отдѣленіе ея при нервной диспепсiи 335,—при язвѣ желудка 315.
- Сонливость при атрофiи печени 213.
- Сосуды, большіе: аномаліи ихъ развитія 55, болѣзни ихъ 82.
- Сохраненный *isthmus aortae* 57, коллатеральное кровообращеніе при этой аномаліи 57, систолическій шумъ 57.
- Спаденіе легкихъ, см. Ателектазъ.
- Спазмъ голосовой щели 106, отличіе отъ бронхіальной астмы 133.
- Спазмъ грудобрюшной преграды, отличіе его отъ бронхіальной астмы 133.
- Спазмъ мочевого пузыря 439: гиперестезія слизистой оболочки пузыря, какъ причина спазма 441, *dysuria* и *ischuria spastica* 440, *enuresis spastica* 440, одновременный спазмъ обѣихъ мышцъ мочевого пузыря 440, спазмъ *m. detrusoris* 439, спазмъ сфинктера 440.
- Спазмъ пищевода 299.
- Спазмъ сердца 79, 80.
- Спираль *Cirrhmann'a* при бронхіальной астмѣ 132;—при капиллярномъ бронхитѣ 120.
- Средостѣніе, болѣзни его 182.
- Сращеніе обѣихъ листковъ сердечной сорочки 65.
- Стеноитическій шумъ при опухоляхъ средостѣнія 185.
- Судорога мочевого пузыря, см. Спазмъ.
- Судорога сердца 79, 80.
- Судороги при атрофiи печени 213.
- Сумочные кокки при фибринозной пневмоніи 153.
- Суженіе бронховъ 121, вызванное инороднымъ тѣломъ 125, выслушиваніе 122, выстукиваніе 122, отличіе отъ суженія гортани 123, отличіе отъ суженія дыхательнаго горла 123, причины 124, разстройство дыханія 122.
- Суженіе гортани 100, см. Ларингостенозъ.
- Суженіе дыхательнаго горла: вызванное инороднымъ тѣломъ 125, отличіе отъ суженія бронховъ 123, послѣ трахеотоміи 125, причины 124.
- Суженіе кишечника 366: внутренніи ущемленія, вѣдренія, диафрагматическія грыжи, ложныя связки, образованіе узловъ и повороты около оси, какъ причины суженія кишечникаъ 371, 372, задержка кала 366, измѣненія мочи 367, изслѣдованіе влагалища, грыжевыхъ воротъ, живота и прямой кишки 368, 369, *miserere* 367, общій ходъ изслѣдованія 368, опредѣленіе мѣста суженія 368, отличіе отъ желчной колики 367, отъ кишечной колики 367, отъ острыхъ отравленій 367, отъ перитонита 368, отъ почечной колики 367, отъ тифлита 367, послѣдствія 366, при ракъ кишечникаъ 360, причины 370, свойство препятствія 370, суженіе двѣнадцатиперстной, ободочной, подвздошной, слѣпой и тощей кишки 369, 370.
- Суженіе лѣваго венознаго отверстія 31: выслушиваніе 32, выстукиваніе 32, осложненное паренхиматознымъ нефритомъ и гипертрофіею лѣваго сердца 33, осмотръ 32, отсутствіе шума 33, ощупываніе 32, послѣдовательныя явленія 34, состояніе легочной артеріи 34, характеръ пульса 35.
- Суженіе пищевода 290: выслушиваніе пищевода 291, затрудненіе глотанія 290, изслѣдованіе зондомъ 291, отрыганіе пищи 290, причипы вѣвъ пищевода 292, причины въ самомъ пищеводе 293, разстройство питанія 291, ракъ въ качествѣ причины суженія 294, свойство суженія 292, судорожное суженіе пищевода 293.
- Суженіе правого венознаго отверстія 50, врожденное 51.
- Суженіе сердца 71.
- Суженіе устья аорты 43,—врожденное 45, гипертрофія лѣваго желудочка 43, свойства пульса 44, сердечные шумы 43, состояніе сердечнаго толчка 43, ціанозъ 45.
- Суженіе устья легочной артеріи 46, врожденное 46; дифференціальное распознаваніе отдѣльныхъ формъ суженія 46; симптомы 46, ціанозъ 46.

S*.

Согор въ пищеводъ 294;—въ полости рта 281.
 Stenocardia 78.
 Stomacae 278, 279.
 Stomatitis aphthosa 278;—catarrhalis 278;—
 mercurialis 279;—ulcerosa 279.

Т.

Температура тѣла при катаррѣ желудка 306.
 Тенезмы мочевого пузыря 431.
 Тенезмы при воспаленіи прямой кишки 348.
 Тирозинъ въ мочѣ при острой желтой атро-
 фии печени 214.
 Тощая кишка: острый катаррѣ 344; суже-
 ніе 370.
 Трипперный циститъ 433.
 Тромбозъ воротной вены, см Pylethrombosis.

У.

Увеличеніе печени при желтухѣ 250.
 Увеличеніе праваго сердца при эмфиземѣ
 легкихъ 143.
 Увеличеніе селезенки 269: вслѣдствіе неиз-
 вѣстныхъ причинъ 272, отличіе отъ дру-
 гихъ опухолей брюшной полости 269, от-
 личіе отъ почечныхъ опухолей 414, от-
 личіе отъ рака желудка 270, 324, при
 инфекціонныхъ болѣзняхъ 271, рѣдкія
 формы 272, хроническое, вслѣдствіе ма-
 ларіи 272.
 Уменьшенное выдѣленіе мочи: при остромъ
 катаррѣ кишекъ 342, при суженіи ки-
 шекъ 367.
 Уремія: дифференціальное распознаваніе
 394, отличіе отъ болѣзней головного
 мозга 394, отъ брюшнаго тифа 395, отъ
 инфекціонныхъ болѣзней 395, отъ отрав-
 леній опиумъ и спиртомъ 395, отъ про-
 совидной бугорчатки 395, отъ септико-
 міеміи 395, при нефритѣ остромъ 389,
 хроническомъ 393, при почечныхъ кам-
 няхъ 426, при сморщенной почкѣ 397.
 Ущемленія кишекъ, внутреннія 372.

Ф.

Фибромы гортани 102, желудка 362, мо-
 чеваго пузыря, сосочковыя 436.
 Фистулезный шумъ, металлическій, во время
 вдыханія, при пневмотораксѣ съ клапа-
 номъ 208.
 Фолликулярныя язвы въ кишкахъ 359.
 Фосфорное отравленіе: отличіе отъ острой
 желтой атрофії печени 216.

Х.

Химическое изслѣдованіе желудочнаго со-
 держимаго 302.
 Холерная почка 385.

Холмическое отравленіе крови при жел-
 тухѣ 250.

Хрипы: отличіе ихъ отъ шума тренія 193,
 при бронхіальномъ катаррѣ 115, при ле-
 гочной бугорчаткѣ 172, при отекахъ лег-
 кихъ 148, при пневмоніи 155, 159, 162.
 Хроническая инфильтрація кишечной стѣн-
 ки, отличіе отъ рака кишекъ 364.

Ц.

Циррозъ печени 217: первая стадія 220,
 вторая стадія 221, дифференціальное рас-
 познаваніе 220, 221, 222, измѣненія мочи
 219, коллатеральныя сообщенія между во-
 ротной и нижней полою венами 219,
 осложненіе хроническимъ перитонитомъ
 223, отличіе отъ атрофической мускат-
 ной печени 222, отличіе отъ пилетром-
 боза и пилефлебита 223, 260, отличіе отъ
 простой марантической атрофії печени
 222, отличіе отъ сифилиса печени 221,
 послѣдствія застоя въ области воротной
 вены 218.

Циститъ 430: вслѣдствіе камней 434, кру-
 позно-дифтеритическій 434, отличіе отъ
 піэлита 433, отличіе отъ сморщенной
 почки 432, паренхиматозный, подслизи-
 стый 435, позывъ къ мочеиспусканію
 431, причины 433, свойства мочи 431,
 трипперный 433, утолщеніе и растяже-
 ніе мочевого пузыря 432.

Ціанозъ: при болѣзняхъ сердца 15, при
 врожденномъ суженіи устья аорты 45,
 при опухоляхъ средостѣнія 186, при
 плевритѣ 197, при суженіи устья легоч-
 ной артеріи 46.

Цыготное заболѣваніе полости рта 279.

Ч.

Червеобразный отростокъ: воспаленіе его
 346, изъязвленіе 356.

Чрезмѣрная кислотность желудочнаго со-
 держимаго 339.

Чрезмѣрно большія легкія, отличіе ихъ
 отъ эмфиземы легкихъ 145.

Чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока:
 непрерывное 339, періодическое 339.

Чувствительные невроды кишекъ 376,—
 прямой кишки 378, 379.

Ш.

Шейныя вены, инспираторное набуханіе
 ихъ при медиастино-перикардитѣ 68, спа-
 деніе ихъ во время діастолы при сраще-
 ній сердечной сорочки 67.

Шумъ вливанія жидкости при суженіи
 пищевода 291.

Шумъ плеска при расширеніи желудка 330.

Шумъ проталкиванія при суженіи пище-
 вода 291.

Шумъ тренія: при воспаленіи серознаго покрова печени 247, при перикардитѣ 60, перикардіальный и эндокардіальный, отличія между ними 23, 64, плевритическій, при легочной бугорчаткѣ 169, при плевритѣ 193, 197, плевроперикардіальный (экстраперикардіальный) 64.
 Шумъ треснуваго горшка: при легочной бугорчаткѣ 171, при плевритѣ 195, при пневмотораксѣ 203.
 Шумъ урчанія при катаррѣ кишекъ 342.
 Шумы въ сосудахъ при опухоляхъ средостѣнія 190.

З.

Эгофонія: при опухоляхъ средостѣнія 185, при плевритѣ 196.
 Экссудатъ брюшины, инкапсулированный: отличіе отъ рака кишекъ 363, отличіе отъ гидронефроза 419.
 Экссудатъ плевритическій, качество его 202.
 Эластическія волокна въ мокротѣ при легочной бугорчаткѣ 170.
 Эмболии при міокардитѣ 70.
 Эмболія легочной артеріи. 174.
 Эмболія селезенки 272.
 Эмфизема легкихъ 139: викарная 147, дифференціальное распознаваніе 144, застой крови въ маломъ и большомъ кругу 143, измѣненія дыхательныхъ движеній 140, междольчатая 148, отличіе отъ бронхиальной астмы 132, отличіе отъ некомпенсированнаго порока сердца 146, отличіе отъ остраго расширенія легкихъ 145, отличіе отъ пневмоторакса 145, отличіе отъ чрезмѣрно большихъ легкихъ 145, расстройства кровообращенія 142, расширеніе и гипертрофія сердца 143, результаты физическаго изслѣдованія 141, старческая 147, увеличеніе сердца 143.
 Эндокардитъ острый 20: измѣненія двустворчататаго клапана 21, инфекціонное свойство болѣзни 22, легкая форма 25, метастазы 24, объективныя явленія 20, отличіе отъ перикардита 23, отличіе отъ хроническаго эндокардита 23, систолическій шумъ 21, систолическій и случайные шумы, отличія между ними 19, 22, тяжелая форма 25.
 Эндокардитъ хроническій 26.
 Эндокардій, болѣзни его 20.
 Эвтералгія 377.

Эхинодромы гортани 103.
 Эрозіонныя язвы гортани 95.
 Эпителіальные цилиндры 387.
 Эхинококкъ: желчныхъ протоковъ 252, легкихъ 181, многогнѣздный въ печени, отличіе отъ рака 240;—полости плевры 211, селезенки 275.
 Эхинококкъ печени 245: гидатидное дрожаніе 245, дифференціальное распознаваніе 246, многогнѣздный,—отличіе его отъ гипертрофическаго цирроза 224, отличіе отъ абсцесса печени 231, 246, отличіе отъ плевритическаго выпота 246, пробный проколъ 246, увеличеніе объема печени 245.
 Эхинококкъ почекъ 421: неподвижность опухоли 422, перфорация 421, свойства жидкости, полученной посредствомъ пробнаго прокола 421.

Я.

Явленія ущемленія при подвижной почкѣ 430.
 Язва двѣнадцатиперстной кишки 355, 356, отличіе отъ язвы желудка 316, 355.
 Язва желудка 313: боль 313, дифференціальное распознаваніе 316; діагностическіе признаки 313; мѣстоположеніе язвы 319; отличіе отъ желчныхъ камней 256, 318, отличіе отъ невралгій 318, 338, отличіе отъ рака желудка 316, 319, отличіе отъ язвы двѣнадцатиперстной кишки 316, отсутствіе болей послѣ полнаго заживленія язвы 315; причины 315; рвота 313; чрезмѣрное отдѣленіе соляной кислоты 315.
 Язвы гортани 95: бугорчатая 96, 97, воспалительныя 97; гуммозныя 98, инфекціонныя 96; катарральныя 95, лупозныя 97, образовавшіяся вслѣдствіе давленія 96; сифилитическія 98; тифозныя 99; эрозіонныя 95.
 Язвы кишекъ 352: бугорчатая 357, дизентерическія 358, инфекціонныя 357, катарральныя 359, образовавшіяся вслѣдствіе давленія 359, осложненныя перитонитомъ 355, свойства испражнений 353, симптомы 352, 353, 354, сифилитическія 359, травматическія 359, эмболическія 357.
 Язвы мягкаго неба и глотки 287.
 Язвы пищевода 288: пептические 289; язва, образующаяся вслѣдствіе пролежня 288.
 Язвы полости рта, бугорчатая 279.

Оглавление.

Стр.

| | |
|--|-----|
| <i>Введение</i> | 5 |
| Распознавание болѣзней сердца | 15 |
| Предварительныя замѣчанія | 15 |
| <i>Болѣзни эндокардіа</i> | 20 |
| Острый эндокардитъ. | 20 |
| Хроническій эндокардитъ.—Пороки клапановъ | 26 |
| Недостаточность двустворчатого клапана | 27 |
| Съуженіе лѣваго венознаго отверстія | 31 |
| Недостаточность клапановъ аорты | 35 |
| Съуженіе устья аорты | 43 |
| Недостаточность клапановъ легочной артеріи | 46 |
| Съуженіе устья легочной артеріи | 46 |
| Недостаточность трехстворчатого клапана | 47 |
| Съуженіе праваго венознаго отверстія | 50 |
| Сочетанныя пороки клапановъ | 51 |
| Аномаліи развитія сердца и большихъ сосудовъ | 55 |
| Незарощеніе. Боталлова протока | 56 |
| Сохраненный isthmus aortae | 57 |
| <i>Болѣзни сердечной сорочки</i> | 58 |
| Перикардитъ | 53 |
| Послѣдовательныя состоянія, производимыя перикардитомъ. Сро- | |
| щеніе обоихъ листковъ сердечной сорочки. Мозолистый | |
| медиастино-перикардитъ | 65 |
| Скопленіе воздуха въ сердечной сорочкѣ. Pneumopericardium | 68 |
| <i>Болѣзни сердечной мышцы</i> | 69 |
| Воспаленіе сердечной мышцы. Миокардитъ | 69 |
| Жирное сердце | 72 |
| Самопроизвольный разрывъ сердца | 74 |
| Гипертрофія сердца | 75 |
| <i>Неврозы сердца</i> | 77 |
| Нервное сердцебіеніе | 77 |
| Грудная жаба. Angina pectoris. Stenocardia | 78 |
| Сердечная астма. Asthma cardiale | 78 |
| Распознаваніе болѣзней большихъ сосудовъ | 82 |
| Атероматозное перерожденіе артерій. Артеріосклерозъ | 82 |
| Аневризма аорты | 85 |
| Распознаваніе болѣзней дыхательныхъ органовъ | 88 |
| <i>Болѣзни гортани</i> | 88 |
| Острый катарръ гортани. Острый ларингитъ | 89 |
| Отдѣльныя формы остраго ларингита | 89 |
| Хроническій ларингитъ | 90 |
| Дифтерическій ларингитъ. Крупъ гортани | 91 |
| Отекъ гортани; отекъ голосовой щели | 93 |
| Воспаленіе надхрящницы гортанныхъ хрящей. Перихондритъ. | |
| Perichondritis laryngea | 94 |
| Язвы гортани | 95 |
| Образованіе рубцовъ въ гортани. Съуженіе гортани (ларингостенозъ). | 100 |
| Новообразованія гортани | 102 |
| Инородныя тѣла въ гортани | 104 |

| | |
|---|-----|
| Неврозы гортани | 104 |
| Неврозы чувствительности | 105 |
| Двигательныя разстройства гортани | 106 |
| Судорога мышц гортани | 106 |
| Ларингоспазмъ | 106 |
| Параличи нервовъ и мышц гортани | 107 |
| Двигательные параличи въ области верхняго гортаннаго нерва | 107 |
| Параличи въ области возвратнаго или ниж- няго гортаннаго нерва | 108 |
| Параличъ всего возвратнаго нерва | 108 |
| Изолированные параличи отдѣльныхъ мышцъ, снабжаемыхъ возвратнымъ или ниж- нимъ гортаннымъ нервомъ | 110 |
| Параличъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель | 110 |
| Параличъ m. cricoaryt. lateralis | 110 |
| Параличъ m. thyroaryt. (int.) | 110 |
| Параличъ m. aryт. transv. (m. interaryt.) | 111 |
| Параличъ мышцъ, раскрывающихъ голосовую щель | 111 |
| <i>Болезни дыхательнаго горла и бронховъ.</i> | 114 |
| Катарръ бронховъ. Bronchitis | 115 |
| Фибринозный бронхитъ. Bronchitis fibrinosa | 120 |
| Съуженіе бронховъ. Bronchostenosis | 121 |
| Расширеніе бронховъ. Bronchiectasia | 125 |
| Бронхіальная астма | 130 |
| <i>Болезни легочной ткани.</i> | 134 |
| Ателектазъ или спаденіе легкихъ | 134 |
| Гипстазъ легкихъ | 137 |
| Эмфизема легкихъ | 139 |
| Отекъ легкихъ | 148 |
| Воспалительная инфильтрація легочныхъ пузырьковъ. Пневмонія | 152 |
| Фибринозная пневмонія | 152 |
| Катарральная пневмонія или бронхопневмонія | 158 |
| Интерстиціальная пневмонія | 161 |
| Творожистая пневмонія, хроническая бугорчатка легкихъ, легочная чахотка | 163 |
| Распознаваніе первой стадіи легочной бугорчатки | 164 |
| Распознаваніе второй стадіи легочной бугорчатки | 168 |
| Распознаваніе третьей стадіи легочной бугорчатки | 170 |
| Эмболія легочной артеріи, геморрагическій инфарктъ | 174 |
| Абсцессъ легкихъ | 177 |
| Гангрена легкихъ | 179 |
| Сифилисъ легкихъ | 181 |
| Новообразованія въ легкихъ | 181 |
| Actinomyces pulmonum | 181 |
| <i>Болезни средостенія</i> | 182 |
| Опухоли средостенія | 182 |
| <i>Болезни плевры</i> | 192 |
| Плевритъ | 192 |
| Скопленіе воздуха въ полости плевры. Пневмотораксъ | 203 |
| Новообразованія плевры | 209 |
| Распознаваніе болѣзней брюшныхъ органовъ | 211 |
| Распознаваніе болѣзей печени | 212 |
| Острая желтая атрофія печени | 213 |
| Циррозъ печени | 217 |
| Соединительнотканная гиперплазія печени. Гипертрофическій цир- розъ. Слоновое перерожденіе печени | 223 |
| Сифилисъ печени | 225 |
| Гнойное воспаленіе или абсцессъ печени | 227 |
| Гиперемія печени | 231 |
| Жирная печень | 233 |
| Амилоидное перерожденіе печени. Амилоидная печень | 234 |
| Ракъ печени | 236 |

| | |
|---|------------|
| Эхинококкъ печени | 245 |
| Воспаленіе серознаго покрова печени. Perihepatitis | 247 |
| Измѣненія въ формѣ и положеніи нормальной печени | 247 |
| Болезни желчныхъ путей | 248 |
| Съуженіе или полное закрытіе желчныхъ выводныхъ протоковъ. | |
| Желтуха | 248 |
| Желчные камни. Cholelithiasis | 255 |
| Болезни желчнаго пузыря | 257 |
| Болезни кровеносныхъ сосудовъ печени | 259 |
| Тромбозъ и воспаленіе воротной вены | 259 |
| Аневризмы печеночной артеріи | 261 |
| Схема для распознаванія болезней печени | 262 |
| Распознаваніе болезней поджелудочной железы | 264 |
| Ракъ поджелудочной железы | 266 |
| Киста поджелудочной железы | 267 |
| Распознаваніе болезней селезенки | 268 |
| Гиперемія и гиперплазія селезенки | 269 |
| Эмболія, геморрагическій инфарктъ и абсцессъ селезенки | 272 |
| Воспаленіе селезенки. Splenitis | 273 |
| Разрывъ селезенки | 273 |
| Амилоидная селезенка | 274 |
| Новообразованія. Сифилитическія измѣненія селезенки. | 274 |
| Паразиты селезенки | 275 |
| Воспаленіе серознаго покрова селезенки. Perisplenitis | 275 |
| Измѣненія въ формѣ и положеніи селезенки. Блуждающая селезенка. | 276 |
| Распознаваніе болезней пищеварительнаго канала. | 278 |
| Болезни полости рта. | 278 |
| Цынготное заболѣваніе полости рта | 279 |
| Гангрена щеки. Noma. | 280 |
| Образованіе грибовъ въ полости рта. | 280 |
| Болезни мягкаго неба и глотки | 281 |
| Angina. Pharyngitis | 281 |
| Дифтеритъ мягкаго неба и глотки | 284 |
| Бугорчатка мягкаго неба и глотки. | 286 |
| Сифилисъ мягкаго неба и глотки | 287 |
| Болезни пищевода | 288 |
| Воспаленіе пищевода. | 288 |
| Язвы пищевода. | 288 |
| Новообразованія пищевода. | 289 |
| Съуженіе пищевода | 290 |
| Расширенія пищевода | 295 |
| Нарушенія цѣлости пищевода | 297 |
| Неврозы пищевода. | 299 |
| Болезни желудка. | 300 |
| Предварительныя замѣчанія | 300 |
| Катарръ желудка. Гастритъ въ его различныхъ формахъ | 304 |
| Флегмонозный гастритъ | 307 |
| Токсическій гастритъ. | 308 |
| Gastritis mycotica | 308 |
| Хроническій гастритъ. Хроническій катарръ желудка. | 309 |
| Язва желудка. Ulcus ventriculi pepticum | 313 |
| Ракъ желудка. Carcinoma ventriculi | 319 |
| Расширеніе желудка. Gastrectasia | 327 |
| Неврозы желудка. | 332 |
| Нервная диспепсія | 333 |
| Гастралгія. | 338 |
| Чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока. Чрезмѣрная кислотность желудочнаго содержимаго. Gastrodynsis | 339 |
| Нервная рвота. | 340 |
| Болезни кишекъ | 341 |
| Острые воспалительные процессы въ кишкахъ | 341 |
| Острый разлитой (простой) энтеритъ, острый катарръ кишекъ. | 341 |
| Хроническій катарръ кишекъ | 348 |

| | |
|--|-----|
| Язвы кишекъ | 352 |
| Ракъ кишекъ | 360 |
| Съуженіе и полное закрытіе кишекъ. Enterostenosis. Peus | 366 |
| Нервные болѣзни кишекъ | 373 |
| Двигательные невроды кишекъ | 374 |
| Чувствительные невроды кишекъ | 376 |
| Секреторные невроды кишекъ | 379 |
| Кишечныя глисты. Helminthiasis | 379 |
| Распознаваніе болѣзней мочевыхъ органовъ | 380 |
| <i>Болѣзни почекъ</i> | 382 |
| Застойная гиперемія почекъ, застойная почка | 382 |
| Холерная почка. Почка беременныхъ | 385 |
| Разлитой нефритъ. Брайтова болѣзнь | 385 |
| Острый нефритъ | 386 |
| Хроническій нефритъ, хроническая Брайтова болѣзнь | 391 |
| Хроническій нефритъ въ тѣсномъ смыслѣ слова, подь- острый нефритъ | 391 |
| Вторично-сморщенная почка | 395 |
| Первично-сморщенная («зернистая») почка | 396 |
| Амилоидное перерожденіе почекъ. Амилоидная почка | 398 |
| Схема для дифференціального распознаванія разлитыхъ болѣзней почекъ | 402 |
| Гнойный нефритъ, септический и піэмическій нефритъ, піэло-не- фритъ, абсцессъ почки | 404 |
| Паранефритъ | 407 |
| Геморрагическій инфарктъ въ почкахъ | 408 |
| Бугорчатка почекъ. Nephrophthisis | 409 |
| Опухоли почекъ | 411 |
| Кистовидныя опухоли почекъ | 416 |
| Кисты почекъ | 416 |
| Гидронефрозъ | 417 |
| Эхинококкъ почки | 421 |
| Сплошныя опухоли почекъ | 422 |
| Ракъ почки | 422 |
| Саркома почки | 424 |
| Почечныя камни Образованіе конкрементовъ въ почкахъ и въ мочеточникахъ. Nephrolithiasis | 425 |
| Аномалии въ формѣ и положеніи почекъ | 428 |
| Подвижная или блуждающая почка. Ren mobilis | 429 |
| <i>Болѣзни мочевого пузыря</i> | 430 |
| Воспаленіе мочевого пузыря. Cystitis | 430 |
| Бугорчатка мочевого пузыря | 435 |
| Новообразованія. Ракъ мочевого пузыря | 435 |
| Варикозное расширеніе венъ мочевого пузыря | 436 |
| Нервные расстройства отравленій мочевого пузыря | 437 |
| Параличъ мускулатуры мочевого пузыря. «Параличъ моче- вого пузыря». Cystoplegia | 438 |
| Параличъ m. detrusoris | 438 |
| Параличъ сфинктера | 438 |
| Одновременный параличъ обѣихъ мышцъ пузыря | 439 |
| Спазмъ мускулатуры мочевого пузыря. Cystospasmus | 439 |
| Судороги m. detrusoris | 439 |
| Судороги сфинктера | 440 |
| Одновременныя судороги обѣихъ мышцъ пузыря | 440 |
| Разстройства чувствительности слизистой оболочки мочевого пузыря | 441 |
| Распознаваніе болѣзней надпочечныхъ железъ | 442 |
| Распознаваніе болѣзней брюшины | 443 |
| Воспаленіе брюшины. Peritonitis | 443 |
| Острое воспаленіе брюшины. Peritonitis acuta,—pneumope- ritonitis | 443 |
| Хроническое воспаленіе брюшины. Peritonitis chronica | 448 |
| Бугорчатка брюшины | 450 |
| Ракъ брюшины | 451 |
| Брюшная водянка. Ascites | 454 |

Опечатки.

| Стран. 8 | Строка. 32 сверху | Напечатано. наклонившись животомъ | Слѣдуетъ читать. наклонившись назадъ |
|-------------|----------------------|--------------------------------------|---|
| 9 | 1 снизу | книзу | изжѣреніе |
| 29 | 10 » | изслѣдованіе | изжѣреніе |
| 63 | 7 » | клапановъ, | клапана, |
| 77 | 2 » | здѣсь неравномѣрно | здѣсь неравномѣрно, |
| 82 | 20 сверху | нервозными | нервозными |
| 90 | 5 « | зкукъ | звукъ |
| 112 | 2 » | послизистой | подслизистой |
| 113 | 2 » | то | что |
| 116 | 1 » | вдыханіи | выдыханіи |
| 119 | 18—19 » | с епени | степени |
| | | и, подобно дыхательному | и не имѣють созвучнаго |
| | | шуму, не имѣють созвуч- | характера, а дыхательный |
| | | наго характера, | шумъ остается везакуляр- |
| | | | нымъ, |
| 120 | 6 » | весьм | весьма |
| 123 | 12 снизу | гортани: | дыхательнаго горла: |
| 141 | 7 » | справо | справа |
| 147 | 16 сверху | выдыханіи; если | выдыханіи, если |
| 152 | 5 снизу | Случай | Случай |
| 170 | 8 » | выстукиванія | выстукиванія и выслуши- |
| 172 | 4 сверху | чтобы констатировать | ванія |
| | | | чтобы можно было кон- |
| | | | статировать |
| 184 | 21 » | необычайное | необычное |
| 186 | 6 « | они | онѣ |
| — | 4 снизу | подключичной | лѣвой подключичной |
| 189 | 3 » | которой | котораго |
| 202 | 12 сверху | ерознымъ | серознымъ |
| 221 | 10 снизу | особенно | именно |
| 224 | 18 » | даже | (даже |
| 225 | 25 сверху | первую | первую |
| 237 | 15 сверху | чащеи | чаще и |
| 246 | 14 снизу | не | не |
| 269 | 10 сверху | на боку | на правомъ боку |
| 280 | 6 снизу | и иногда | иногда |
| 290 | 9 сверху | удовлетворительное | удовлетворительныя усло- |
| | | состояніе | вія |
| — | 10 сверху | представляеть | представляютъ |
| 293 | 11 снизу | эта послѣдняя | это наблюдается |
| | | причина наблюдается | |
| 305 | 23 сверху | пищи | пищѣ |
| 312 | 15 » | менно | именно |
| 333 | 27 сверху | отого | оттого |
| 341 | 27 сверху | невро за | невроза |
| 363 | 6 сверху | сомнѣніи | сомнѣнія |
| 371 | 23 » | своеобразной | своеобразной |
| 377 | 19 » | предполагаема | предполагаемо |
| 378 | 17 » | десятью | десять по |
| 384 | 22 снизу | большею | большою |
| 387 | 13 » | до | въ |
| 388 | 18 » | уже | уже |
| 391 | 6 сверху | Если | Еслибы |
| 395 | 14 » | акъ | такъ |
| 403 | 12 » | метра | литра |
| 406 | 6 » | не имѣемъ ли | имѣемъ ли |
| — | 16 снизу | спуханія | опуханія |
| 412 | 1 сверху | мочки | почки |
| — | 20 » | ея | нея |
| 422 | 13 сверху | Ракъ саркома | Ракъ, саркома |
| 423 | 9 » | промежуткъ | промежутки |
| 424 | 16 » | возраста | возраста |

Акушеръ Т. В. Клинтъ

Одежда

Мед. опуханія

~~2800~~