

А. Робэнъ [A. Robin].

Членъ Медицинской Академіи.

~~№ 1269~~

РУКОВОДСТВО

КЪ

ЧАСТНОЙ ТЕРАПИИ.

ВЫПУСКЪ ВОСЬМОЙ.

Леченіе болѣзней печени и брюшины.

СОСТАВЛЕНЪ СЛѢДУЮЩИМИ АВТОРАМИ:

Dr. Teissier, E. Boinet, A. Thevenet, E. Weill, Ch. Achard, A. Siredey,
A. Chauffard, P. Haushalter, C. Giraudeau.

1952 г.

ИНВЕНТАР

№ 9016

ПЕРЕВОДЪ СЪ ФРАНЦУЗСКАГО

доктора *М. А. Расканой.*



БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ

№

~~2517~~

Новороссійскій Университетъ.

2012

1972

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Современная Медицина и Гигіена»,
Литейный просп., 33.

1900.

616.

~~616.3~~

„Центральная“ Типо-Лит. М. Я. Минкова, 3-я Рождественская ул., 7.

ПЕР. СОБЛІК

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

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Общія патологическія свѣдѣнія и терапевтическія показанія при болѣзняхъ печени.

I. *Teissier.*

I.

Предварительныя замѣчанія.

Немного найдется органовъ, которые бы въ такой мѣрѣ, какъ печень, воспользовались завоеваніями, сдѣланными въ послѣдніе годы на сложной почвѣ біологической химіи, экспериментальной патологіи и бактериологіи. Безъ сопротивленія отвоевала она себѣ вновь въ современной патологіи тотъ рангъ, который занимала нѣкогда въ установленной Галеномъ іерархіи и который сохранила вплоть до открытія желчныхъ канальцевъ и грудного протока. Въ настоящее время на печень перестали уже смотрѣть какъ на исключительно *желчную железу*: какъ ни велико значеніе желчи въ пищеварительномъ актѣ, одною этой ролью не ограничиваются функціи печени, какъ то полагали въ теченіе послѣднихъ двухъ вѣковъ. Превосходные опыты *Bernard*'а, установившіе гликогенную функцію печени, вернули этому органу прежнее предполагавшееся еще галеновскимъ ученіемъ значеніе его какъ источника теплоты и жизни и доказали что онъ составляетъ главную лабораторію, гдѣ вырабатывается теплота организма.

За опытами *Cl. Bernard*'а послѣдовалъ цѣлый рядъ достопамятныхъ работъ, выяснившихъ выдающееся участіе печени въ образованіи мочевины (*Meissner*), жировъ (*de-Sinety*) и мочевой кислоты. Наконецъ, столь внушительныя изслѣдованія, связанныя съ именемъ *Bouchard*'а и его школы, установили замѣчательное вліяніе печени на процессы очищенія организма. Это очищеніе совершается, благодаря двойной способности печеночныхъ клѣтокъ: во-первыхъ, фиксировать или выводить чрезъ желчные пути извѣстное число ядовъ (*Orfila, Bernard*), во-вторыхъ умѣрягъ дѣйствіе токсическихъ веществъ, алкалоидовъ (бѣлковыхъ

веществъ или иныхъ), приносимыхъ въ печень воротною веною. На этихъ огромной важности данныхъ построено цѣлое ученіе, начало которому положено первыми предположеніями *Schiff'a* и *Héger'a*, и которое, поддерживаемое опытами *Bouchard'a* и *Roger*, нашло себѣ, повидимому, окончательную опору въ блестящихъ изысканіяхъ *Eck'a*, повторенныхъ въ послѣдствіи *Ненцимъ* и *Павловымъ*.

Защитительная роль печени, безспорно, не подлежитъ сомнѣнію, но она распространяется не на всѣ ядовитыя вещества. Между тѣмъ какъ опытами *Queirolo* доказано, повидимому, что кишечный эпителий занимаетъ видное мѣсто среди орудій защиты, отражающихъ источники интоксикаціи кишечнаго происхожденія, повторныя изслѣдованія, произведенныя нами совместно съ *Guinard'омъ*, выяснили, какъ намъ кажется, самымъ рѣшительнымъ образомъ, что печень играетъ какъ разъ обратную роль по отношенію къ извѣстнымъ микробнымъ ядамъ, какъ то къ токсинамъ дифтеріи, сапа или перипнеймоніи, усиливая ихъ вредное дѣйствіе и увеличивая въ той же мѣрѣ опасности инфекціи. Можетъ быть, эта роль ея находится въ связи съ ея гликогенною функціею.

Какъ бы то ни было, уже изъ этого простаго перечня мы можемъ, не входя въ ближайшій разборъ фактовъ, заключить о тѣхъ послѣдствіяхъ, кои неизбѣжно должно повлечь за собою преходящее или стойкое разстройство печеночной клѣтки, и о томъ нарушеніи обмѣна и усвоенія, которое роковымъ образомъ должно вытекать изъ всякаго ограниченнаго или общаго разстройства отравленій печеночной паренхимы. Мы не говоримъ уже о томъ вліяніи, которое должно оказывать пораженіе столь дѣятельной сосудистой системы железы на сосѣдніе органы и разстройствахъ, порождаемыхъ рефлекторнымъ путемъ въ отдаленныхъ органахъ.

II.

Общая этиологія.

По своимъ связямъ съ другими органами, по самому положенію своему въ полости брюшины, печень подвержена множеству вредныхъ вліяній.

А. Черезъ желчные пути въ нее могутъ проникнуть многочисленныя болѣзнетворныя зародыши въ состояніи размноженія, столь частаго въ пищеварительномъ каналѣ. При физиологическихъ условіяхъ желчь, безъ сомнѣнія, стерильна (опыты *Dupré* и *Letienne*, клиническія наблюденія *Schwartz'a*), но достаточно какого нибудь замедленія нормальной скорости истеченія ея, какъ оно наблюдается у лицъ, ведущихъ преимущественно сидячій образъ жизни, или вслѣдъ за протекшей горячкою, достаточно какого нибудь общаго разстройства питанія, измѣняющаго реакцію соковъ, уменьшающаго кислотность желчи и ограничивающаго

образованіе таурохолевыхъ солей, и печень становится беззащитною противъ нашествія микробовъ, какъ тѣхъ, которые живутъ нормально въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ двѣнадцатиперстной кишки вблизи *Vater*'овскаго расширенія (*Duclaux* и *Netter*), такъ и тѣхъ, которые обычно собираются въ кишечникѣ. А извѣстны послѣдствія такого захвата микробами желчныхъ путей: въ слабой степени это заразный катарръ, ведущій къ образованію камней (*Naunyn*), въ болѣе сильной степени это нашествіе микробовъ выражается различными видами нагноенія въ желчныхъ путяхъ, ангиохолитомъ или холециститомъ или же тѣми приступами печеночной лихорадки, патогенезъ которыхъ, въ настоящее время достаточно выясненный, служитъ основою весьма опредѣленныхъ терапевтическихъ показаній, которые будутъ нами ниже подробно разсмотрѣны.

Такимъ же вторженіемъ въ желчные пути болѣзнетворныхъ зародышей обуславливаются нагноенія, осложняющія ангиохолитическій литіазъ, извѣстныя формы бугорчатки печени (*Pilliet*), гидатидныя кисты и прочія, первично безгнилостныя гнѣзда.

Мы не можемъ войти здѣсь въ подробный разборъ различныхъ инфекцій, способныхъ проникнуть этимъ путемъ въ печень, но мы считаемъ необходимымъ напомнить, что чаще всего въ нее проникаетъ *кишечная палочка*, можетъ быть, благодаря присущей этому микробу подвижности. Какъ бы то ни было, весьма вѣроятно, что именно ея присутствіемъ или вліяніемъ выделяемыхъ ею продуктовъ обуславливаются приступы интенсивной печеночной лихорадки; она нѣкоторымъ образомъ вызываетъ въ желчныхъ путяхъ явленія, аналогичныя тѣмъ, которыя она вызываетъ въ мочевыхъ путяхъ: желчная лихорадка и мочева лихорадка являются выраженіемъ дѣйствія одного и того же элемента или одного и того же яда. Второе мѣсто, послѣ кишечной палочки, занимаютъ, повидимому, гноеродные возбудители—гроздековки и цѣпековки. Особого вниманія заслуживаетъ также *Eberth*'овская палочка, составляющая причину печеночныхъ коликъ, наблюдаемыхъ нерѣдко въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа (*Dufourt*). На счетъ ея же слѣдуетъ отнести сравнительно часто развивающіеся послѣ брюшного тифа воспаленія желчнаго пузыря. Но весьма любопытенъ и интересенъ, прямо съ терапевтической точки зрѣнія, тотъ фактъ, что *Eberth*'овская палочка, разъ проникши въ желчные пути, водворяется въ нихъ уже столь прочно, что переживаетъ общую инфекцію, и уже по угасаніи послѣдней зараженная еще желчь, изливаясь въ кишечникъ, вновь инфицируетъ его и такимъ образомъ вызываетъ новый взрывъ болѣзни. Случаи такого рода отнюдь не составляютъ исключенія и мы сами наблюдали нѣсколько таковыхъ.

Черезъ желчные пути могутъ проникнуть также и нѣкоторые болѣе крупныя паразиты (аскариды, двуустка и проч.), способные въ извѣст-

ный моментъ вызвать своимъ присутвіемъ болѣе или менѣе серьезныя разстройства. Должно имѣть въ виду, наконецъ, что раздѣленіе желчнаго протока на уровнѣ *Vater'*овскаго расширенія также можетъ дать поводъ къ самымъ тяжкимъ разстройствамъ (вслѣдствіе непосредственныхъ сношеній съ сосѣдними органами). Таковы прежде всего, тѣ интенсивныя желтухи, которыя указываютъ на закупореніе протока и прижатіе его новообразованіемъ въ головкѣ поджелудочной железы или *Vater'*овскаго расширенія или же еще на рубцовое зарощеніе, какъ его можетъ повлечь за собою простая язва двѣнадцатиперстной кишки.

В. Благодаря *своему весьма живому кровообращенію*, печень способна подвергаться вліянію всѣхъ общихъ инфекцій, могущихъ локализоваться въ извѣстный моментъ, какъ напр., бугорчатка или сифились. Большинство горячекъ, впрочемъ, могутъ нарушить этимъ путемъ отправленія печеночныхъ клѣтокъ, и большая часть болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ проникаютъ обыкновенно въ печень чрезъ *печеночную вену*, чтобъ создать здѣсь столь хорошо описанные *Gaston* и *Hanot* *заразные очаги печени*, хотя по изслѣдованіямъ *нашимъ* и *Guinard'a*, подтвержденнымъ *Doyon'*омъ, *Courmont'*омъ и *Paviot*, эти процессы обусловливаются скорѣе токсическимъ вліяніемъ, а не дѣйствіемъ самихъ микробовъ на печеночную клѣтку.

Но микробы могутъ пробраться въ печень и чрезъ *венные пути*, не столько чрезъ воротную вену, которая на первый взглядъ, казалось бы, представляется для этого болѣе благопріятнымъ путемъ (въ дѣйствительности, систему воротной вены защищаетъ отъ нашествія микробовъ кишечный эпителий, если онъ предварительно не былъ разрушенъ), сколько чрезъ *печеночную вену*.

Въ настоящее время преобладаетъ мнѣніе, что присоединяющіеся къ раненіямъ головы переносные гнойники печени имѣютъ исходною точкою проникновеніе гноеродныхъ микробовъ чрезъ печеночныя вены, дѣло идетъ какъ бы о попятномъ вторженіи, облегчаемомъ сердечнымъ застоємъ и расширеніемъ правыхъ полостей сердца. Неизбѣжными послѣдствіями такого застоя являются, однако, главнымъ образомъ механическія разстройства, всегда рѣзко выраженныя со стороны печени, и ведущія у однихъ къ циррозу, у другихъ къ простому приливу съ растяженіемъ паренхимы, но съ такою рѣзкою проходимостью сосудовъ, что каждая сердечная систола можетъ, при переутомленіи трехстворчатой заслонки, вызвать синхроничныя приподниманія печени, настоящій печеночный пульсъ, изученный подробно *Potain'*омъ.

Чрезъ *воротную вену* главнымъ образомъ приносятся въ печень *токсическія вещества*, являющіяся источникомъ большинства страданій печени. Она безъ сомнѣнія, не закрыта и для микробовъ, и весьма вѣроятно, что именно чрезъ нее разсеваются гноеродные агенты изъ

гнойнаго гнѣзда въ прямой кишкѣ или амебы, образующія нарывы печени дизентерійнаго происхожденія, разумѣется если имъ удалось пройти черезъ эпителиальный барьеръ, но главнымъ образомъ воротная вена служитъ путемъ для распространенія интоксикацій, какъ тѣхъ, которыя имѣютъ исходною точкою порочную переработку пищевыхъ веществъ въ желудкѣ, такъ и тѣхъ, которыя обуславливаются всасываніемъ продуктовъ броженія, образуемыхъ въ кишечномъ каналѣ, этомъ обширномъ разсадникѣ микробовъ, этой неутомимой фабрикѣ ядовъ. Эти данныя бросаютъ яркій свѣтъ на происхожденіе и природу хроническихъ страданій печени, начиная съ самыхъ простыхъ—банальнаго прилива, обязательнаго спутника извѣстныхъ формъ расширения желудка и обычнаго предшественника столь часто встрѣчающагося у женщинъ страданія—смѣщенія правой почки,—и кончая самыми опасными, какъ то циррозами, происхожденіе коихъ въ настоящее время составляетъ предметъ совершенно новыхъ толкованій.

Вплоть до послѣдняго времени происхожденіе простаго атрофическаго цирроза (цирроза *Laennec's*а) и большинства смѣшанныхъ или гипертрофическихъ циррозовъ приписывалось продолжительному злоупотребленію спиртными напитками и алкоголемъ въ различныхъ его видахъ. Недавніе еще опыты *Strauss's*а какъ будто подтверждали это предположеніе, но новѣйшія изслѣдованія, въ томъ числѣ *Lafitt'e*, бросили новый свѣтъ на этотъ вопросъ и возбудили сомнѣнія относительно самого дѣйствія алкоголя, выяснивъ, что преобладающую роль играетъ инфекция, присоединяющаяся къ травмѣ, вызываемой зондомъ, черезъ который вводится въ желудокъ алкоголь въ опытахъ надъ животными. Классическія наблюденія *Hanot* и *Bois*, касающіяся случаевъ развитія атрофическаго цирроза печени въ теченіе расширения желудка, опыты, произведенные этими же авторами съ цѣлью опредѣлить участие каждой изъ кислотъ или продуктовъ броженія въ кишечномъ каналѣ въ происхожденіи цирротическаго процесса, установили, повидимому, самымъ рѣшительнымъ образомъ, выдающуюся роль, которую играютъ эти ядовитыя вещества въ развитіи межуточнаго воспаленія печени, воспаленія, теченіе и топографія котораго регулируются скорѣе количествомъ и продолжительностью дѣйствія принятыхъ веществъ, чѣмъ собственно природою ихъ, какъ это выяснено было нами на съѣздѣ въ Бордо. Нельзя, конечно, совершенно выбросить за бортъ вліяніе алкоголя въ этиологіи атрофическаго цирроза, но въ настоящее время, когда мы лучше ознакомились съ сопровождающими атрофическій циррозъ кишечными пораженіями (которыя предугадывалъ еще *Bright* и которыми объясняются пищеварительныя разстройства, знаменующія начало такъ наз. предцирротическаго періода) правильнѣе будетъ думать, что алкоголь дѣйствуетъ сначала мѣстно на желудочно-кишечный каналъ, вызываетъ здѣсь катаръ

ральное раздраженіе, которое обнаживъ слизистую оболочку стѣ защищающаго ее эпителія, облегчаетъ всасываніе токсическихъ веществъ и проникновеніе ихъ въ беззащитную отнынѣ систему воротной вены.

С. Въ непосредственныхъ связяхъ печени и положеніи ея въ брюшномъ брышинномъ мѣстикѣ кроются причины непосредственнаго пораженія или перерожденія ея. Частое пораженіе брюшины бугорчаткою объясняютъ многочисленные примѣры бациллярнаго перигепатита, а тѣмъ фактомъ, что гораздо рѣже встрѣчаются септические формы перитонита объясняются и исключительные случаи нагноенія въ надпочечной области (поддіафрагменный гнойникъ *Ehrlich'a*). Съ другой стороны, хроническія раздраженія брюшины могутъ вести къ болѣе интенсивному развитію процесса на уровнѣ покрова печени и сдѣлаться исходною точкою такъ наз. капеулярнаго цирроза: аналогичнымъ механизмомъ объясняется участіе въ происхожденіи гепатитовъ секреторнаго раздраженія брюшины (воспалительная водянка *Talma*), пунктъ весьма важный въ патогенезѣ этого страданія и оправдывающій извѣстныя терапевтическія мѣры, о которыхъ рѣчь будетъ еще впереди.

Д. Наконецъ, по самому роду своихъ отравленій печень легко доступна измѣненіямъ и страданіямъ. Мы не будемъ останавливаться на второстепенныхъ отравленіяхъ органа, а разберемъ только три главныя функціи его, вокругъ которыхъ тяготеютъ всѣ остальные. Эти три функціи: желчеобразовательная, гликогенная и мочевинородная играютъ огромную, хотя и различную роль. Желчеродная дѣятельность обезпечиваетъ асептическое состояніе желчнаго протока и защищаетъ печень отъ всѣхъ источниковъ кишечнаго самозараженія и самоотравленія; она понижаетъ въ значительной мѣрѣ токсическій коэффициентъ кишечнаго содержимаго, ибо желчь, обладая лишь слабымъ антисептическимъ дѣйствіемъ, одарена за то весьма значительною антитоксическою силою. Это доказали опыты мои и *Jardon'a*: если наложить собакѣ желчный свищъ, опредѣливъ у нея предварительно коэффициентъ ядовитости мочи, то окажется, что ядовитость эта послѣ операціи значительно повысится, другими словами усилится значительно броженіе въ кишкахъ, броженіе, которое удастся, впрочемъ, задержать, если давать животному вмѣстѣ съ пищею извѣстныя количества желчи. Но, помимо того, желчь играетъ извѣстную роль въ пищеварительномъ актѣ, которою отнюдь нельзя пренебрегать; опыты *Bernard'a* и *Dastr'a* доказываютъ, повидимому, что присутствіе желчи необходимо для хорошаго эмульгированія жировъ, а опыты *Williams'a*, что она необходима и для прохожденія этихъ эмульгированныхъ жировъ чрезъ кишечную стѣнку. Большинство входящихъ въ составъ желчи элементовъ (известъ, холестеринъ, свободныя кислоты) представляютъ въ общемъ мало количественныхъ колебаній, но нельзя, сказать того же о пигментахъ, и можетъ случиться, что сопротивляемость

печеночной кѣтки, выработавшей большое количество пигментовъ (какъ это происходитъ при такъ наз. *пизохромной желтухѣ Stadelman'a*, механизмъ которой намъ хорошо извѣстенъ и который выясняетъ намъ лучше *modus faciendi* старинной *гѣмафической желтухи*), засоренной, съ одной стороны, пигментнымъ матеріаломъ и истощенной, съ другой, чрезмѣрною работою, понизится и она легко поддастся первой инфекціи, на которую натолкнется.

Тоже самое относится къ *гликогенной и мочевинородной* функціи печени. — Идетъ ли дѣло о наследственно повышенной дѣятельности, какъ она наблюдается при подагрѣ, составляетъ ли пищевая азотурія или гликозурия послѣдствіе чрезмѣрной работы, налагаемой на печеночную кѣтку порочною гигиеною или несоотвѣтствующею потребностямъ организма пищею, всегда можетъ наступить моментъ, когда переутомленная печеночная кѣтка не въ силахъ будетъ больше выполнять свою задачу, и это безсиліе скажется уменьшеннымъ сопротивленіемъ инфекціоннымъ вліяніямъ или склонностью къ функціональной недостаточности. Если азотурія въ общемъ представляется опасною въ томъ смыслѣ, что она указываетъ на переутомленіе железы, что она во всякомъ случаѣ благоприятствуетъ *мочекислому худосочию*, особенно при наличности одновременно пищеварительныхъ расстройствъ съ молочнокислымъ броженіемъ (*A. Gautier* доказалъ, что организмъ можетъ вырабатывать синтетически мочевую кислоту, имѣя въ своемъ распоряженіи мочевины и молочную кислоту), то, съ другой стороны, она входитъ въ число тѣхъ общихъ орудій защиты, коими располагаетъ печень для предохраненія насъ отъ вредныхъ или токсическихъ вліяній, исходящихъ изъ кишечника и угрожающихъ всему организму. *Bouchard* доказалъ, что мочевины менѣе ядовита, чѣмъ бѣлковое вещество того же вѣса, а опыты *Eck'a* выяснили всю опасность, которая угрожаетъ животному, если бѣлковыя вещества въ его печени не превратятся въ мочевины, а останутся въ состояніи амміачнаго карбамида.

Мы не будемъ долѣе останавливаться на этомъ нынѣ общепризнанномъ защитительномъ свойствѣ печени, представляющемъ одну изъ наиболѣе любопытныхъ сторонъ функціональной дѣятельности ея: извѣстно, чрезъ сколько инстанцій прошла эта доктрина, извѣстно, какъ умѣряющая сила печени, которую вначалѣ признавали только по отношенію къ извѣстнымъ минеральнымъ солямъ (мѣди, мышьяку, ртути) вскорѣ распространилась и на алкалоиды, а затѣмъ и на извѣстные токсины микробнаго происхожденія, благодаря, именно, работамъ *Heger'a*, *Bouchard'a*, *Roger* и др. Если мы коснулись здѣсь этого вопроса, то лишь съ тѣмъ, чтобы показать, какую пользу можетъ извлечь изъ него практической врачъ: зная, въ самомъ дѣлѣ, что печеночная кѣтка способна удерживать и фиксировать извѣстные медикаменты, онъ будетъ назначать эти послѣдніе

въ увѣренности, что они доставлены будутъ непосредственно намѣченному органу и окажутъ здѣсь свое специфическое дѣйствіе.

Но существуетъ одинъ болѣе щекотливый пунктъ, на которомъ мы остановимся подробнѣе, потому что онъ менѣе извѣстенъ, хотя изъ него вытекаютъ дѣйствительно важныя терапевтическія показанія.

До самого послѣдняго времени, въ самомъ дѣлѣ, ученіе о печени — *барьеръ* не подвергалось ни малѣйшимъ нападкамъ. Мы сами раздѣляли этотъ взглядъ и не сомнѣвались, что дѣло идетъ объ общемъ законѣ, когда нѣкоторые клиническіе факты, которые, казалось намъ, противорѣчатъ этому взгляду, побудили насъ проверить экспериментально этотъ вопросъ изъ области общей патологической физиологіи. На сѣздѣ въ Бордо въ 1895 г. мы изложили результаты нашихъ совмѣстныхъ съ *Guinard* омъ изысканій и доказали, возможно убѣдительною образомъ, что существуютъ исключенія, которыя не мѣшаютъ знать, что извѣстные бактерійные яды не только не удерживаются и не разрушаются печенью, но, что будучи впрыснуты въ воротную вену, они безспорно пріобрѣтаютъ приращеніе вредоносности, до такой степени, что одна и та же доза дифтерійнаго яда, пнеймо-бациллина или малленна, впрыснутая въ воротную вену, вызываетъ смерть гораздо быстрѣе, чѣмъ у контрольнаго животнаго, которому токсинъ введенъ былъ чрезъ какую нибудь изъ периферическихъ венъ. Эти факты заслуживаютъ вниманія не только по своей новизнѣ и не только потому, что легко объясняютъ извѣстныя, иначе трудно понятныя патологическія явленія, каковы напр. общіе припадки въ извѣстныхъ случаяхъ колбаснаго отравленія съ молниеноснымъ теченіемъ, или острѣйшіе припадки, сопутствующіе холеровиднымъ поносамъ, или взрывъ общаго распространенія бугорчатки вслѣдъ за латентнымъ страданіемъ кишекъ, объясняемый тѣмъ, что по разрушеніи кишечнаго эпителія печень наводняется продуктами инфекціи; эти данныя получаютъ особое значеніе еще потому, что изъ нихъ вытекаютъ весьма полезныя для пракческаго врача терапевтическія показанія, о коихъ умѣстно будетъ сказать здѣсь нѣсколько словъ.

Пытаясь отдать себѣ отчетъ о причинахъ и механизмѣ этихъ, на первый взглядъ парадоксальныхъ фактовъ, мы пришли къ несомнѣнному заключенію, что они обуславливаются отнюдь не присоединеніемъ къ первичнымъ явленіямъ ятоксикаціи припадковъ недостаточности печени. Правда, мы большею частью находили у погибшихъ животныхъ тѣ измѣненія печеночныхъ клѣтокъ, которыя *Hanot* и *Gaston* описали какъ характерныя для инфекціонной печени, но эти измѣненія зачастую оказывались рѣзче выраженными у животныхъ, погибшихъ отъ введенія яда въ яремную вену. Болѣе энергичное дѣйствіе яда можно, стало бытъ, объяснить только повышеніемъ присущаго ему самому токсическаго дѣйствія, и намъ удалось установить, что это повышеніе токсической силы

находится въ непосредственной связи съ интенсивностью и энергіею гликогенной функціи печени. Въ печеняхъ погибшихъ животныхъ мы констатировали исчезновеніе гликогена, а тотъ, который намъ удалось извлечь изъ железы, представлялся сѣрымъ, грязнымъ и имѣлъ совершенно видоизмѣненное молекулярное строеніе. Съ другой стороны, намъ удалось также установить, что если низвести продолжительнымъ постомъ у испытываемаго животнаго гликогенную дѣятельность до минимума, то можно *безнаказанно* впрыскивать ему въ воротную вену большія и быстро убивающія контрольныхъ животныхъ дозы тѣхъ же самыхъ токсиновъ. Но эти послѣдніе быстро пріобрѣтали свою прежнюю вредность, какъ только мы начинали кормить животное, другими словами, какъ только мы начинали снабжать печень гликогеномъ. Какое бы толкованіе мы ни давали этимъ даннымъ, установленнымъ самымъ положительнымъ образомъ цѣлымъ рядомъ опытовъ, несомнѣнно, что изъ нихъ вытекають весьма важные, съ практической точки зрѣнія, выводы ¹⁾.

Они, кажется намъ, оправдываютъ безусловно назначеніе діеты при заразныхъ горячкахъ и легко объясняютъ тѣ внезапные возвраты лихорадки, которые наблюдаются въ періодѣ выздоравливанія отъ извѣстныхъ инфекцій вслѣдъ за первымъ уклоненіемъ отъ режима, напр. при брюшномъ тифѣ, гдѣ такіа явленія иногда даютъ поводъ подозрѣвать возвратъ болѣзни. Мы ниже еще вернемся къ этимъ пунктамъ.

Е.—Наконецъ, печень можетъ *унаследовать* повышенную возбудимость къ функціональнымъ раздраженіямъ или структурнымъ измѣненіямъ, которыя позднѣе могутъ выродиться въ органическое страданіе. Мы упоминали уже о чрезмѣрной возбудимости печени, присущей подагрику отъ самого рожденія, возбудимости, которая въ дѣтствѣ сказывается азотуріею, въ юношескомъ возрастѣ перемежною альбуминуріею, въ возмужалые гликозурию, все это измѣненія, которыя врачъ долженъ имѣть въ виду, чтобы руководствоваться ими при назначеніи гигиеническихъ или діететическихъ мѣръ. Укажемъ еще на вліяніе бугорчатки у предковъ: пронизываніе зародыша туберкулиномъ, способное вызвать прирожденное суженіе лѣваго венознаго отверстия, должно, намъ кажется, благоприятствовать и склерозу печени и оказывать непосредственное вліяніе на развитіе цирроза сердечнаго происхожденія. За это говоритъ уже тотъ фактъ, что циррозъ сердечнаго происхожденія встрѣчается несравненно чаще у молодыхъ субъектовъ, страдающихъ суженіемъ митральнаго отверстия не эндокардитическаго происхожденія, чѣмъ при страданіяхъ митральнаго отверстия, составляющихъ послѣдствіе остраго суставнаго ревматизма.

¹⁾ J. Teissier et A. Guinard. *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.* 1896, и *Arch. de médéc. experim.* 1897.

III.

Общія терапевтическія показанія, вытекающія изъ вышеназложенныхъ патологическихъ соображеній.

Изъ этого, хотя общаго, но длиннаго обзора множественныхъ условий, способныхъ привести печень въ состояніе органическаго или функціональнаго расстройства, видно какъ много и сколько разнообразныхъ свѣдѣній можетъ извлечь изъ нихъ практической врачъ, озабоченный прежде всего тѣмъ, чтобы подчинить свои терапевтическія указанія или совѣты тому представленію, которое онъ составилъ себѣ о самой природѣ расстройства или о предполагаемомъ процессѣ.

Возьмемъ примѣръ: мы знаемъ, что всякая горячка, въ томъ числѣ брюшной тифъ, уменьшаетъ выдѣленіе желчи и поражаетъ, дѣйствіемъ самого заразнаго агента, жизнённость печеночныхъ клѣтокъ; этимъ объясняются исхуданіе и общая слабость, связанныя съ уменьшеніемъ гликогенной дѣятельности печени, возможность зараженія желчныхъ путей въ связи съ измѣненіемъ реакціи желчи и, наконецъ, присоединеніе въ послѣдствіи такихъ осложненій, какъ ангиохолитъ, холециститъ или просто желчныхъ камней.

Уменьшеніе гликогенной способности печени въ сущности не должно намъ внушать большихъ опасеній, ибо оно представляетъ и извѣстныя преимущества, уменьшая, какъ мы видѣли выше, шансы на тяжесть инфекціи. Его, слѣдовательно необходимо вначалѣ шадить, въ надеждѣ возстановить потери организма укрѣпляющею діетою въ періодѣ выздоровленія. Но нельзя сказать того-же о замедленномъ выдѣленіи желчи, угрожающемъ всѣми опасностями зараженія желчнаго протока: отсюда необходимость, смотря по случаю, усилить помощью слабительныхъ (ревеня или каломеля) или возбудить посредствомъ желчегонныхъ выдѣленіе желчи, если-же зараженіе уже произошло, то показуется сразу назначеніе обеззараживающихъ желчные пути средствъ, какъ тѣ: салолъ или салицилового натра.

Но пойдѣмъ еще дальше: положимъ, что подъ вліяніемъ такого зараженія желчныхъ путей въ связи съ замедленнымъ выдѣленіемъ желчи, а иногда также съ семейнымъ предрасположеніемъ, слизистый катарръ желчныхъ канальцевъ вызвалъ выпаденіе холестерина и извести: образовались камни и развернулась вся картина желчныхъ коликъ. Открылась новая сцена съ новыми терапевтическими показаніями. Эти послѣднія опираются цѣликомъ на уразумѣніи припадковъ, связанныхъ съ странствованіемъ камня, на знаніи осложненій, которыя можетъ вызвать пребываніе камня внѣ обычныхъ для него путей, на знаніи вліянія на извѣстные органы, наконецъ, на знаніи отдаленныхъ послѣдствій задержки камня и хронической желтухи, составляющей неизбѣжный результатъ закупоренія

желчнаго протока. Ясно какимъ разнообразнымъ показаніямъ должно удовлетворить терапевтическое вмѣшательство: необходимо предупредить или облегчить естественное шествіе или изгнаніе камня и побороть боли, отразить непосредственную опасность, послѣдствія разрыва пузыря или вѣдренія камня въ аномальный путь, побороть рефлекторныя явленія, могущія вызвать остановку сердца или опасныя припадки асистолиі печеночнаго происхожденія, устранить неудобства судорожнаго сокращенія кишки или бороться съ послѣдствіями дѣйствительнаго закупоренія этого канала желчнымъ камнемъ. Затѣмъ, если развилась желтуха, то должно стараться предотвратить послѣдствія дѣйствія желчныхъ солей на сердечную мышцу, бороться съ упорнымъ зудомъ, обусловливаемымъ скопленіемъ желчнаго пигмента въ клѣткахъ мальпигіева слоя, бороться съ нервнымъ возбужденіемъ, составляющимъ послѣдствіе всасыванія желчи и дѣйствія ея на клѣтки корковаго слоя полушарій, возбужденіемъ, которое можетъ дойти до бреда и принять характеръ настоящаго *печеночнаго помѣшательства*, а позднѣе приходится даже отражать анатомическія измѣненія со стороны спинного мозга и системы симпатическаго нерва, ибо мы наблюдали случаи, гдѣ велѣдъ за интоксикаціею желчью развивались спинномозговая сухотка, болѣзнь *Parkinson'a* или зубное пучеглазіе ¹⁾. Мы оставили еще въ сторонѣ весь рядъ показаній, вытекающей изъ наличности печеночной лихорадки, обычнаго симптома ангиохолита, или изъ недостаточности печеночной клѣтки, начиная съ той, которая, легкая вначалѣ, выражается попросту пищевою гликозуріею и присутствіемъ въ мочѣ измѣненныхъ желчныхъ пигментовъ (уробилинъ *Hayem'a* и *Teissier*) и кончая той, которая выражается полной драматизма картиною печеночной урэміи или тяжелой желтухи.

Еслибы, наконецъ, удалось предотвратить всѣ эти припадки или удовлетворить нѣкоторымъ изъ вытекающихъ изъ нихъ показаній, то надлежало бы еще обратиться къ *патогенетической терапіи*, принимающей въ расчетъ самую причину болѣзни—литіазъ, имѣющей цѣлью повліять на дискразическій или конституціональный процессъ, на мѣстныя измѣненія, благопріятствующія развитію камней, цѣль, которой удается достигнуть только помощью множества правильно установленныхъ діететическихъ мѣръ или помощью раціональнаго леченія.

Тѣмъ не менѣе, если внимательно разобраться въ этомъ множествѣ и на первый взглядъ даже какъ будто противоположныхъ показаній, то мы увидимъ, что можно выдѣлить изъ нихъ нѣсколько точно опредѣленныхъ правилъ, которыя могутъ служить путеводными вѣхами и даютъ возможность вмѣшаться при страданіяхъ печени дѣятельнымъ и логичнымъ образомъ.

¹⁾ *I. Teissier*. *Maladies nerveuses consécutives aux maladies du foie*. Assoc. franç. Av. Sciences, congrés de Paris 1889.

Всякая болѣзнь печени, въ самомъ дѣлѣ, требуетъ 1) *предупреждающаго лѣченія*, 2) *цѣлебнаго* или *патогенетическаго лѣченія*; 3) мѣръ, имѣющихъ цѣлью бороться съ симптомами и ближайшими или отдаленными послѣдствіями ихъ. Достаточно привести для поясненія нашей мысли два примѣра.

Вернемся къ печеночной коликѣ: *предупреждающее лѣченіе* обнимаетъ собою всю серію діететическихъ правилъ, имѣющихъ цѣлью либо препятствовать развитію кислой дискразіи, однимъ изъ послѣдствій которой является образованіе желчныхъ камней, либо (если мочекислая дискразія уже развилась или унаслѣдована) устранить вторичныя условія, способныя благопріятствовать образованію камней и водворенію ихъ въ желчномъ пузырьѣ. *Цѣлебной терапіи* отвѣчаетъ весь рядъ средствъ, которыя предложены были одно за другимъ для облегченія всасыванія камней (старая *Durande*'ова смѣсь) или съ цѣлью благопріятствовать ихъ изгнанію, начиная съ оливковаго масла и глицерина и кончая массажемъ пузыря, дававшимъ столь поразительные результаты въ рукахъ *Harley*. Наконецъ, *симптоматическое лѣченіе* имѣетъ въ виду прежде всего явленія, связанныя непосредственно со странствованіемъ камня, начиная съ боли, рвоты и склонности къ обморокамъ и кончая лихорадкою или могущими обнаружиться въ такихъ случаяхъ приступами острой асистолии, а затѣмъ *отдаленные симптомы*, какъ тѣ, которые указываютъ на блужданіе камня внѣ естественныхъ для него путей, такъ и тѣ, которые находятся въ связи съ инфекціею органа или упадкомъ его функциональной дѣятельности.

Тѣ же соображенія приложимы къ терапіи циррозовъ. Въ настоящее время, когда мы лучше ознакомились съ производящими межуточный гепатитъ процессами, когда мы лучше освѣдомлены насчетъ роли, которую играетъ злоупотребленіе алкоголемъ и насчетъ въ высокой степени важнаго значенія, которое имѣютъ хроническія раздраженія кишечника и ауто-интоксикаціи, мы вправѣ утверждать, что *предупреждающая терапія* способна оказать при разсматриваемомъ страданіи огромныя услуги, потому что правильно выбранной діета, нѣжной и по возможности мало токсической пищи, надлежащей антисептики кишекъ и печени во многихъ случаяхъ достаточно бываетъ, чтобы пріостановить дальнѣйшее развитіе цирротическаго процесса, даже въ то время, когда у больного обнаружались уже явственно малые признаки страданія печени, т. е. желудочно-кишечныя разстройства со вздутіемъ живота, отечность голеней, пищевая гликозурия и уробилинурия.

За этой предупреждающею терапіею должна слѣдовать или къ ней должна примыкать цѣлебная терапія, имѣющая цѣлью самый процессъ, т. е. межуточный склерозъ. Но и здѣсь должно принимать въ расчетъ самую природу склеротическаго процесса и его исходную точку. Если

дѣло идетъ о чисто периваскулярномъ процессѣ и брюшина играетъ второстепенную роль, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ измѣняющимъ медикаментамъ, къ іоду, двууглекислому натру и, въ особенности, къ каломелю. Если же, напротивъ того, циррозъ исходитъ изъ капсулы печени, какъ это бываетъ зачастую въ случаяхъ цирроза съ обильною брюшною водянкою и значительно расширенною венозною сѣтью живота, то леченіе направляютъ преимущественно противъ асцита и перитонита, причемъ изъ средствъ, коими мы располагаемъ, наиболѣе дѣйствительнымъ нужно и по сіе время считать проколъ съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ обезпложеннаго кислорода по способу профессора *Potain'a*.

Наконецъ, часто умѣстно бываетъ прибѣгнуть къ чисто симптоматической терапіи, либо потому, что вмѣшательства врача потребуютъ извѣстныхъ явленій, связанныя непосредственно съ цирротическимъ процессомъ, напр. гастрическія разстройства, отраженные сердечныя разстройства, кровоизліяніе въ кишечникъ и пр., либо потому, что болѣе серьезное осложненіе, какъ то разрывъ расширенной вены пищевода, асистолия или картина тяжелой желтухи, потребуютъ немедленныхъ энергичныхъ мѣръ, къ сожалѣнію, болшею частью остающихся безуспѣшными.

Перейдемъ теперь къ подробному разбору тѣхъ средствъ и путей, коими мы располагаемъ для удовлетворенія этимъ троякимъ терапевтическимъ показаніямъ.

А. Предупреждающее или профилактическое леченіе.

Оно достигается тремя путями: 1) діететикою; 2) назначеніемъ препаратовъ, имѣющихъ цѣлю обезпечить антисептику печени и желчныхъ путей; 3) рядомъ мѣръ, способныхъ уменьшить гиперэмію органа и ограничить интенсивность воспалительныхъ явленій.

А. Діета, имѣющая огромное значеніе въ общей терапіи болѣзней печени, само собою разумѣется будетъ различна, смотря по намѣченной цѣли, но она всегда должна имѣть исходною точкою точное разумѣніе столь сложныхъ отправленій органа, возможно полное представленіе о подозрѣваемомъ анатомическомъ процессѣ и о способныхъ вызвать его патогенетическихъ условіяхъ. Во всякомъ случаѣ, устанавливая діету, должно всегда руководствоваться свойствами болѣзни, состояніемъ сопротивляемости, хорошимъ или дурнымъ функціонированіемъ печеночныхъ клѣтокъ, что легко провѣрить изслѣдуя тщательно испражнения и, въ особенности, мочу, такъ какъ констатированіе альбуминурии, пищевой гликозурии, уробилинурии имѣетъ огромное значеніе въ этомъ отношеніи.

Обратимся снова къ тѣмъ двумъ главнымъ болѣзнямъ, которыя уже послужили намъ примѣромъ и которыя болше всѣхъ прочихъ страданій печени могутъ быть предотвращаемы, измѣняемы и задерживаемы предупредительною діететикою, мы говоримъ о желчныхъ камняхъ и циррозѣ печени.

Извѣстно, что образование камней обуславливается сложнымъ патогенетическимъ процессомъ, въ которомъ, одновременно или одинъ за другимъ, принимаютъ участіе нѣсколько факторовъ. На первомъ планѣ стоитъ мочевиный діатезъ, прямыми послѣдствіями котораго являются во-первыхъ снабженіе желчи ненормальнымъ количествомъ извести, во-вторыхъ, выпаденіе холевой кислоты изъ ея соединеній съ натромъ и ограниченіе количества холевокислаго натра, благодаря которому остается въ растворѣ холестеаринъ (*Bouchard*). Затѣмъ, замедленное выдѣленіе желчи благоприятствуетъ зараженію желчныхъ путей и развитію слизистаго катара, влекущаго за собою расплавленіе или просто чрезмѣрную работу эпителия, которая, по *Naunyn*'у, обуславливаетъ выдѣленіе холестеарина, а этотъ послѣдній, выпадая, образуетъ ядро камня; вокругъ этого ядра затѣмъ осаждается известь, привлекаемая освобождающимися изъ растворенной кѣлочной протоплазмы бѣлковыми веществами (*Naunyn*).

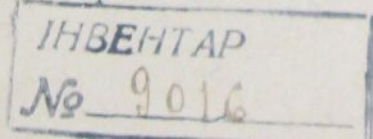
Отсюда ясно, что изъ пищевого режима артритика, предрасположеннаго къ желчнымъ камнямъ, должно прежде всего устранить всѣ пищевыя вещества, кушанья или напитки, богатые известью и холестеариномъ, стало быть раки, яйца, кровяную колбасу, извѣстныя мучнистыя овощи, селенистыя воды и минеральные источники, содержащія углекислую известь. Вмѣстѣ съ тѣмъ предписываются извѣстныя общія гигиенискія мѣры: упражненіе, массажъ или фехтованіе или еще верховая ѣзда, которая, благоприятствуя глубокимъ дыхательнымъ движеніямъ и игрѣ діафрагмы, облегчаетъ выдѣленіе и выталкиваніе желчи.

Совершенно иныя мѣры показуются при циррозѣ печени, даже въ то время, когда подозрѣвается еще только его развитіе и когда помимо малыхъ признаковъ недостаточности печени, нѣтъ ни одного изъ кардинальныхъ симптомовъ, оправдывающихъ діагнозъ и позволяющихъ утверждать наличность склероза органа. У больного не находятъ ничего, кромѣ легкаго вздутья подъ ложечкою, небольшой и симметричной отечности вокругъ лодышекъ, иногда констатируется преходящая дневная альбуминурия или пищевая гликозурия, но спектроскопическое изслѣдованіе мочи по способу *Gerhard*'а открываетъ присутствіе въ ней уробилина, указывающее на страданіе печеночныхъ кѣлочекъ. Здѣсь показаніе ясно: дѣло идетъ уже не объ извести и холестеаринѣ, а всѣ мѣры должны быть направлены къ тому, чтобы низвести до минимума опасность ауто-интоксикаціи, играющей столь дѣятельную роль въ развитіи цирроза. Недостаточно устранить алкоголь и всѣ возбуждающія вещества, способныя воспалить кишечный эпителий и понизить его сопротивляемость, необходимо допускать въ печени только такія вещества, которыя могутъ быть доставлены къ ней въ переработанномъ уже частью видѣ; необходимо ограничить количества бѣлковыхъ веществъ, которыя, если они не подверглись надлежащей гидратаціи, приносятся въ печень въ ядовитой формѣ и не бу-

лучи превращенными ею, могутъ, выдѣляясь чрезъ почки, вызвать здѣсь воспалительный процессъ, который въ свою очередь самымъ плачевнымъ образомъ отразится на питаніи печеночныхъ кѣлокъ. Но не нужно также, чтобы больней терялъ свои силы и безъ того уже страдающія отъ пониженія гликогенной функціи печени. Сахаръ и крахмалистыя вещества здѣсь не противопоказуются, а жировыя вещества, которыя вмѣстѣ съ сахаромъ служатъ источникомъ теплоты и движенія, могутъ быть рекомендованны въ формѣ яицъ, т. е. жира, эмульгированнаго лецитиномъ. Мы убѣдились, что въ подобныхъ случаяхъ телячья печенка, исключаемая обыкновенно изъ діеты диабетиковъ, уменьшаетъ пищевую гликозурию, весьма вѣроятно, потому, что она доставляетъ печени часть гликогена, въ которой послѣдняя нуждается для удовлетворенія потребности теплообразования.

2. *Вторая мѣра*, способная защитить печень противъ источниковъ *инфекціи* и *интоксикаціи*, состоитъ въ *антисептикахъ печени*. Это общій терминъ, истинное значеніе котораго не трудно уразумѣть, хотя съ абсолютной точки зрѣнія онъ примѣнимъ только по отношенію къ противомикробнымъ средствамъ. Мы же понимаемъ его здѣсь въ самомъ широкомъ смыслѣ, т. е. распространяемъ его и на антитоксическихъ дѣятелей.

Обезгниливать печень можно прямо или косвенно. *Косвенная* антисептика осуществляется совокупностью мѣръ, способныхъ снизить до минимума ядовитость кишечнаго содержимаго, что достигается надлежащею діетою, изъ которой исключаютъ по возможности всѣ жировыя вещества (*Jardon* доказалъ, въ самомъ дѣлѣ, что ядовитость мочи увеличивается значительно у собакъ, получающихъ въ пищу жирное мясо) и назначеніемъ обеззараживающихъ кишечникъ средствъ, на которыхъ мы не будемъ здѣсь останавливаться. Достаточно будетъ перечислить ихъ: салоль, нафтолъ, бензонафтолъ, уголь и пр. Къ этому списку мы должны прибавить еще желчь, которой *антитоксическое дѣйствіе* кажется намъ безспорнымъ, что мы доказали въ нашемъ докладѣ на съѣздѣ въ Бордо. Это вытекаетъ уже изъ установленнаго нами рядомъ опытовъ огромнаго наростанія ядовитости мочи у собаки послѣ наложенія желчнаго свища, предотвращающаго изліяніе желчи въ кишечникъ, но еще болѣе убѣдительно тотъ фактъ, что достаточно такимъ образомъ оперированной собакѣ, съ сильно ядовитою мочою, давать внутрь сравнительно небольшія количества желчи (15 грм. на 300 грм. нежирнаго гнилого мяса), чтобы ядовитость мочи упала до нормы. Кромѣ того желчь обладаетъ еще противогнилостными слегка (*Charrin, Roger, Gley, Lamb-ling*) и противобродильными свойствами (*Maly* и *Emich*). Этими свойствами она, безъ сомнѣнія, обязана таурохолевому натру, какъ это предполагали еще *Charrin, Limburg, Bufalini* и какъ это, повиди-



тому, установлено изслѣдованіями нашими и *Baron'a* (разводки на бульонѣ, къ которому примѣшана избыточная таурохолевымъ натромъ собачья желчь, развиваются гораздо медленнѣе развонокъ, засѣянныхъ въ бульонъ, содержащій такое же количество бычачьей желчи, избыточной гликохолевымъ натромъ). Но не слѣдуетъ слишкомъ полагаться на эти свойства желчи, во всякомъ случаѣ очень ограниченныя. *Letienne* показалъ, какъ легко происходитъ зараженіе желчи въ трупахъ, а старыя изслѣдованія *Capeman'a* и *Winston'a*, равно какъ и новѣйшія *Corrado* не оставляютъ на этотъ счетъ никакихъ сомнѣній.

Необходимо, слѣдовательно, чтобы добиться антисептики самой печени и желчныхъ путей, обратиться къ другимъ, болѣе дѣятельнымъ агентамъ. Очень многіе агенты изъ такъ наз. антисептическаго ряда способны выдѣлиться чрезъ печень, и списокъ этихъ агентовъ отчасти извѣстенъ намъ, благодаря изслѣдованіямъ *Prévoſt* и *Binet*. Но надлежало еще установить, существуютъ ли между этими различными средствами и такія, которыя, будучи смѣшаны съ желчью, способны были бы замедлить или задержать, въ большей степени, чѣмъ другія средства, размноженіе болѣзнетворныхъ зародышей. Этотъ вопросъ мы и пытались разрѣшить совмѣстно съ *Baron'омъ*, изслѣдуя послѣдовательно бактеріе-убійственную силу желчи, обработанной обычно употребительными противогнилостными агентами (салолъ, салициловый натръ, нафтолъ, хлористый калий, бензойнокислый натръ, каломель и пр.). Результаты этихъ многочисленныхъ опытовъ, произведенныхъ въ лабораторіи профессора *Arloing'a*, обнародованы были частью въ обстоятельной монографіи *Baron'омъ*; выводъ изъ нихъ тотъ, что наисовершеннѣйшимъ образомъ удовлетворяютъ разсматриваемой цѣли *салициловый натръ* и *салолъ*: они задерживаютъ развитіе кишечной палочки и бѣлаго гроздекокка на 8 дней, между тѣмъ какъ прочія вещества задерживаютъ его лишь на три дня. Мы убѣдились даже, что салициловый натръ, смѣшанный съ желчью, паразитическимъ образомъ умѣряетъ бродильное дѣйствіе кишечной палочки, и если смѣшать разводки этого микроба съ салициловою желчью и пересѣять въ свѣжій бульонъ, то послѣдній даже чрезъ двѣ недѣли не мутнѣетъ.

3. Чтобы уменьшить гиперэмію органа, мы располагаемъ двумя главными средствами (не считая отвлеченія на кожу, о которомъ мы не будемъ говорить здѣсь, хотя оно во многихъ случаяхъ можетъ оказать услуги): *слабительными* и *желчегонными*. Слабительныя, особенно слабительныя соли, вызывая обильную сывороточную эксудацію, обуславливаютъ замѣтное опорожненіе системы воротной вены, а чрезъ нее и всего сосудистаго аппарата печени. Въ томъ же смыслѣ дѣйствуютъ желчегонныя, усиливая выдѣленіе желчи; они представляютъ еще то преимущество, что ускоряя токъ желчи, охраняютъ желчные пути отъ втор-

женія микробовъ, препятствуютъ сгущенію продуктовъ выдѣленія и предотвращаютъ развитіе слизистаго катарра, ведущаго легко къ образованию камней.

Мы не можемъ здѣсь, говоря объ общей терапіи, останавливаться подробно на этомъ ограниченномъ пунктѣ терапіи печени, столь хорошо, къ тому же, разобранномъ въ превосходной монографіи *Prévoſt* и *Binet*. Мы желали бы только отмѣтить тотъ интересный пунктъ общей патологической фізіологіи, что лучшія обеззараживающія желчныя пути средства являются вмѣстѣ съ тѣмъ и лучшими желчегонными, и *салициловый натръ и салолъ* стоятъ во главѣ истинно желчегонныхъ агентовъ, особенно салициловый натръ, согласно съ старымъ уже взглядомъ *Rutherford'a* и новѣйшими опытами *Prévoſt* и *Binet* или *Stiller'a*, которые намъ удалось безусловно подтвердить. Съ этими результатами экспериментальныхъ изслѣдованій согласуются вполне и клиническія наблюденія, обнародованныя *Cassaët* и *Cornet*, *Galliard'омъ*, *G. Sée*, *Chauffard'омъ* и многими другими авторами. Съ другой стороны, есть одинъ фактъ, констатированный мною и *Baron'омъ* и не лишенный практическаго значенія, это именно то, что соли ртути, въ особенности каломель, не дѣйствуютъ желчегонно, въ противоположность тому, что можно было бы предположить, основываясь на доказанномъ выдѣленіи ртути желчью, въ которой удается доказать ея присутствіе химическимъ анализомъ. Въ этомъ легко убѣдиться, давая соли ртути собакѣ съ желчною фистулою и перевязаннымъ желчнымъ протокомъ. Каломель остается первокласснымъ антисептическимъ агентомъ для кишекъ, но если желательно пользоваться его дѣйствіемъ въ терапіи болѣзней печени, то должно искать другихъ его свойствъ: предполагаемое противогнилостное и желчегонное его дѣйствіе подлежитъ большому сомнѣнію.

Мы вѣримъ, на основаніи клиническихъ наблюденій, въ желчегонное дѣйствіе *boldo*, хотя это и не вытекаетъ явственно изъ опытовъ *Prevoſt*, *Binet*, *Quinquaud*, *Laborde* и др. Что же касается оливковаго масла, то его желчегонное дѣйствіе безспорно, такъ какъ патологическіе факты тутъ вполне согласуются съ результатами опытовъ *Rosenberg'a*, *Combetale'a* и др.

Во всякомъ случаѣ, лучшимъ изъ желчегонныхъ мы считаемъ все таки *желчь* или, вѣрнѣе, *желчныя соли*. А между тѣмъ врачи очень рѣдко пользуются этимъ желчегоннымъ дѣйствіемъ желчи, отмѣченнымъ фізіологами и на которое указывается даже въ руководствахъ терапіи. Въ нашемъ докладѣ на сѣздѣ въ Бордо мы старались доказать всю пользу, которую можно извлечь изъ назначенія внутрь желчи, какъ желчегоннаго и вмѣстѣ антисептическаго. Мой отецъ, профессоръ *B. Teissier* пользовался горькими свойствами желчи въ борьбѣ съ жаждою диабетиковъ. Мы полагаемъ, что желчь обладаетъ болѣе сложнымъ дѣйствіемъ

и болѣе высокими свойствами: это могущественное желчегонное желчевыделительное, въ послѣдніе два года мы неоднократно имѣли случай убѣдиться, какъ давно уже изсякшее выдѣленіе желчи снова начинало вводиться въ кишки подѣ влияніемъ ежедневныхъ пріемовъ внутрь отъ 0.4 до 1.0 желчи, свиной или бычачьей (*Jardon* доказалъ, что можно, не опасаясь ядовитаго дѣйствія, давать животнымъ по 10 грм. желчи на килограммъ вѣса). Но мы склонны допустить вмѣстѣ съ *Jardon*'омъ, что желчь, кромѣ того, способна въ высокой степени возбуждать отправления печеночныхъ клѣтокъ и что различныя свойства этихъ железистыхъ элементовъ, гликогенное, антисептическое и другія, оживляются дѣйствіемъ желчи или ея солей. Не этой ли способности ея и отчасти оживленію гликогенной функціи печени слѣдуетъ приписать улучшение, которое наблюдалъ у діабетиковъ *B. Teissier*?

Мы еще вернемся ниже къ этому пункту, когда рѣчь будетъ о леченіи недостаточности печени.

В. Цѣлебная терапия.

Цѣлебная терапия обнимаетъ собою совокупность средствъ, какъ хирургическихъ, такъ и терапевтическихъ, способныхъ бороться съ уже разразившимся страданіемъ. Мы не можемъ ихъ рассмотреть здѣсь все, потому что они также многочисленны какъ разнообразны патологическіе процессы, могущіе поразить печень. Тѣмъ не менѣе, если разобраться повнимательнѣе, то окажется, что эти сложные на первый взглядъ процессы можно, въ сущности подвести подѣ *четыре главныхъ типа*: 1) *инфекція*, разумѣя, какъ мы упоминали уже выше, этотъ терминъ въ самомъ широкомъ его значеніи и причисляя сюда также литіазъ, представляющій обыкновенно естественное послѣдствіе инфекции; 2) *хроническія воспаленія*, обусловливаемая большею частью инородною или внутриродною *интоксикаціею*, и ведущія къ разрощенію межуточной соединительной ткани и развитію различныхъ клиническихъ разновидностей цирроза; 3) далѣе слѣдуетъ цѣлый рядъ *нагноеній*, то какъ будто первичныхъ, какъ напр. извѣстные крупные нарывы печени, то вторичныхъ, присоединяющихся напр. къ калкулезному ангиохолиту или нагноившейся гидатидной кистѣ; 4) наконецъ, *перерожденія*, то раковое, считающееся донинѣ неизлѣчимымъ, то *кистовидное*, доступное обыкновенно успѣшному вмѣшательству. Мы намѣренно оставляемъ здѣсь въ сторонѣ закупориваніе желчнаго протока съ его неизбѣжною спутницею хроническою желтухою и обычными явленіями недостаточности печени или тяжелой желтухи, такъ какъ эта разновидность входитъ скорѣе въ группу осложненій. Противъ той или другой изъ четырехъ перечисленныхъ формъ, слѣдовательно, долженъ быть направленъ цѣлебный агентъ.

1. *Инфекціи* требуютъ прежде всего примѣненія антисептическаго

метода, о которомъ мы говорили уже достаточно по поводу профилактики и который не только способенъ предотвратить вторженіе микробовъ въ желчные пути и различные сосудистые отдѣлы печени, но можетъ даже остановить уже совершившуюся инфекцію, какъ напр. мы это видимъ при заразной желтухѣ, при развивающемся послѣ брюшного тифа холециститѣ, при гнойныхъ ангиохолитахъ или еще при извѣстныхъ, зачастую очень тяжкихъ, формахъ желтухи, присоединяющейся къ застарѣлому ли- тиазу, циррозу или раку печени.

Чтобы добиться такого результата, мы располагаемъ все́мъ уже перечисленнымъ нами выше рядомъ антисептическихъ агентовъ, начиная съ *салициловаго натра* и *салола* и кончая *бензойнокислымъ натромъ*, *бетоломъ*, *нафтоломъ* и пр. Изъ все́хъ этихъ средствъ самое почетное мѣсто принадлежитъ безспорно *салициловому натру*, который въ самыхъ тяжкихъ случаяхъ проявлялъ по истинѣ волшебное дѣйствіе; это зачастую чудотворное антисептическое средство вполне оправдываетъ качества, которыя мы признали за нимъ на съѣздѣ въ Бордо, когда назвали его медикаментомъ печеночной недостаточности, сравнивая его съ наперстянкою, этимъ истиннымъ лекарствомъ противъ недостаточности сердца.

Антисептика печени достигается не только чрезъ посредство желудочно-кишечнаго пути или воротно-желчныхъ путей; въ болѣе ограниченномъ числѣ случаевъ можно ввести медикаментъ непосредственно въ печень чрезъ кожу, какъ это практикуется напр. при леченіи гидатидныхъ кистъ печени по способу, предложенному нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Ménard'*омъ въ Бордо. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ сулемѣ, которая вырывается въ формѣ либо простого воднаго раствора, либо *жидкости Van Svieten'a*.

2. *Хроническіе воспалительные процессы*, распространенные, какъ напр. при различныхъ видахъ цирроза, или локализованные, какъ напр. сифилитическія гуммы, все́ требуютъ назначенія *измѣняющихъ* агентовъ; обыкновенно съ этой цѣлью пользуются солями *іода*, *ртути* и *щелочами*. Іодистый калий часто оказываетъ безспорныя услуги въ терапіи гепатитовъ, причемъ его прямо цѣлебное дѣйствіе проявляется не только при специфическомъ гепатитѣ, но его наблюдали и въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкогольнаго цирроза. Онъ назначается въ прогрессивно нарастающихъ дозахъ, до 10 грм. въ сутки, по способу *Semmola*, если онъ переносится желудкомъ и не существуетъ противопоказанія со стороны слабости сердца. Этотъ послѣдній пунктъ всегда слѣдуетъ имѣть въ виду, назначая іодъ при страданіяхъ печени, потому что нѣкоторыя формы хроническаго гепатита нерѣдко сопутствуются миокардитомъ или же легко вызываютъ рефлекторнымъ путемъ растяженіе правыхъ полостей сердца, и въ такихъ случаяхъ продолжительное употребленіе іода неоднократно вызывало приступы острой асистолии.

Подобно іодистымъ, и *ртутными солями* пользуются въ расчетѣ на ихъ способность фиксироваться въ известной мѣрѣ печеночными клѣтками и выдѣляться затѣмъ черезъ желчные пути. Во Франціи приобѣгаютъ обыкновенно къ *каломелю*; въ Англии отдають предпочтеніе *синимъ пилюлямъ* или *спрому порошку*. Это средство дѣйствительно цѣлбное. Мы видѣли уже много случаевъ, гдѣ больные съ явною гипереміею печени, значительнымъ увеличеніемъ органа въ объемѣ и несомнѣнно угрожающимъ гепатитомъ, выздоровѣли, благодаря систематическому назначенію каломели по уграмъ, по 0.01—0.03, въ продолженіи 20 дней подрядъ съ возобновленіемъ леченія чрезъ каждые два или три мѣсяца. Можно также назначать каломель въ большихъ дозахъ, въ качествѣ слабительнаго; для нѣкоторыхъ клиницистовъ, въ томъ числѣ *Nothnagel*'я, это лучшее слабительное при гипереміи печени вслѣдствіе застоя сердечнаго происхожденія, и къ нему всегда слѣдуетъ приобѣгать прежде, чѣмъ назначить наперстянку.

Щелочи имѣють болѣе сложное дѣйствіе; онѣ также могутъ дѣйствовать мѣстно, либо тѣмъ, что благоприятствуютъ образованію мыль, которыя поддерживаютъ въ желчныхъ путяхъ сохраненіе молекулярнаго строенія холевоксислаго натра, этого существеннѣйшаго агента растворенія холестеарина, либо тѣмъ, что возбуждаютъ жизненность печеночной клѣтки и повышаютъ этимъ путемъ гликогенную функцію печени, столь необходимую для равновѣсія питанія и для обезпеченія полной резистентности печеночной клѣтки. Но щелочи могутъ приносить пользу и другимъ путемъ. Благоприятствуя перевариванію жировъ, онѣ содѣйствуютъ въ значительной мѣрѣ обеззараживанію кишечника, а умѣряя неудобства мочекислаго діатеза, онѣ задерживаютъ развитіе склеротической ткани, столь часто завершающее собою теченіе артритизма. Отсюда ясно, какимъ сложнымъ показаніямъ онѣ способны удовлетворить въ цѣлбной терапіи болѣзней печени, и именно чудотворное порою дѣйствіе при этихъ страданіяхъ создало репутацію теплымъ источникамъ *Grande Grille* и *Hôpital* въ *Buoni* и *Sprudel* въ *Карлсбадѣ*.

Мы видѣли выше, какую важную роль играетъ воспаленіе брюшины съ водянкою въ происхожденіи цирроза печени, а отсюда ясно, что леченіе асцита можетъ вліять непосредственно цѣлбно на самый гепатитъ. Существуютъ, впрочемъ, уже многочисленныя наблюденія алкогольнаго цирроза смѣшаннаго типа съ большою печенью, гдѣ выздоровленіе достигнуто было, благодаря ряду проколовъ, особенно если леченіе начато было достаточно рано. Мы имѣемъ также наблюденія *Dieulafoy* отца и *B. Teissier*, доказывающія, что выздоровленіе достигается еще быстрѣе, если послѣ прокола выпрыскивать въ *полость брюшины іодъ*. При современномъ состояніи нашихъ свѣдѣній по патогенезу, не трудно объяснить себѣ возможный механизмъ осуществляемаго такимъ путемъ

выздоровленія, но эти впрыскиванія болѣзненны и зачастую влекутъ за собою серьезныя осложненія. Недавно проф. *Potain* предложилъ другой, безопасный и, повидимому, много обѣщающій методъ. Въмѣсто іода онъ впрыскиваетъ въ брюшину непосредственно послѣ прокола *обезпложенный кислородъ*. Не говоря уже о весьма обнадеживающихъ случаяхъ, которыхъ я былъ свидѣтелемъ въ его отдѣленіи, я самъ получилъ столь поразительные результаты, что смотрю на эти факты какъ на примѣры симптоматическаго, по меньшей мѣрѣ (не смѣю сказать анатомическаго) излеченія цирроза печени.

Поэтому поводу умѣстно будетъ сказать нѣсколько словъ о *хирургическомъ вмѣшателствѣ* при болѣзняхъ печени. Оно, правда, не входитъ въ нашу область, но мы не можемъ его обойти, ибо здѣсь дѣло идетъ объ истинно цѣлебныхъ мѣрахъ. Имѣемъ-ли передъ собою нарывъ въ печени или эмпіему желчнаго пузыря, требуется-ли произвести проколъ или вскрытіе гидатидной кисты, идетъ-ли дѣло о холецистотоміи или холецистектоміи, всегда часть отвѣтственности лежитъ и на терапевтѣ, потому что отъ него зависитъ выборъ и родъ вмѣшательства и онъ же опредѣляетъ моментъ, когда надлежитъ оперировать. Не на точномъ-ли знаніи нами естественнаго развитія камней въ желчныхъ путяхъ и осложненій, обусловливаемыхъ застрѣваніемъ камня въ томъ или другомъ пунктѣ, опирается сужденіе хирурга и выборъ имъ, смотря по случаю, то холецистектоміи, то простой холецистотоміи? Не терапевтъ-ли устанавливаетъ время операціи и внимательнымъ изученіемъ симптомовъ, равно какъ и правильнымъ толкованіемъ результатовъ анализа мочи опредѣляетъ самымъ точнымъ образомъ степень резистентности печеночной клѣтки и моментъ ослабѣванія ея? Терапевтъ же можетъ воспротивиться слишкомъ поспѣшному вмѣшательству, даже въ такихъ случаяхъ, когда существующая уже нѣсколько мѣсяцевъ желтуха заставляетъ опасаться самыхъ тяжелыхъ послѣдствій. Мы сами недавно были свидѣтелемъ такого случая, изъ котораго ясно видно, какое огромное значеніе имѣетъ точное пониманіе врачомъ всѣхъ деталей болѣзни. У одной изъ нашихъ больныхъ, уже нѣсколько (13—14) мѣсяцевъ страдавшей хроническою желтухою вслѣдствіе полного закупоренія желчнаго протока, какъ это позволительно было заключить изъ интенсивной окраски кожи и совершенно обезцвѣченныхъ испраженій, каждый возвратъ *quasi* періодическихъ приступовъ колики съ сильными болями въ печени вызывалъ такое сильное исхуданіе и общій упадокъ силъ, что мы нѣсколько разъ уже обсуждали умѣстность радикальнаго вмѣшательства, остановивъ сразу же нашъ выборъ на холецистентеростоміи; но два обстоятельства побудили насъ не торопиться съ операціею: во-первыхъ, въ концѣ третьяго мѣсяца болѣзни возстановилось было на двѣ недѣли нормальное отдѣленіе желчи, которое вскорѣ снова прекратилось вслѣдъ

за приступомъ коликъ, вызваннымъ легкимъ слабительнымъ, и мы надѣялись, что протокъ можетъ освободиться самопроизвольно какъ въ первый разъ, во-вторыхъ, мы ни разу не могли констатировать у больной, получавшей до 3 литровъ молока въ сутки, пищевую гликозурию, даже послѣ того, какъ она приняла 150 гр. винограднаго сахара, и точно также спектроскопическое изслѣдованіе мочи ни разу не открыло въ ней присутствіе уробилина. Въ виду этихъ условій, мы вправѣ были утверждать, что почечныя вѣтки здоровы и обладаютъ полною своею резистентностью, а разъ послѣднія были интактны, намъ нечего было опасаться, и мы рѣшили выжидать. Будущее оправдало наше рѣшеніе. Подъ вліяніемъ повторнаго массажа желчнаго пузыря и систематическаго назначенія оливковаго масла и свиной желчи протокъ освободился отъ закупоривавшаго его камня, и вотъ прошло уже три мѣсяца со времени достиженія этого счастливаго результата, а выздоровленіе остается стойкимъ; питаніе превосходно и больная приобрѣла въ вѣсѣ болѣе 10 килограммъ.

С.—Леченіе симптомовъ и осложнений.

Всякая болѣзнь печени, даже самая по виду тихая, вызываетъ извѣстное число припадковъ и обуславливаетъ органическія реакціи, различныя въ связи съ конституціональнымъ предрасположеніемъ субъекта.

Слѣдуетъ также принимать въ расчетъ анатомическую основу страданія печени. Функціональныя проявленія, понятно, находятся въ зависимости отъ мѣстоположенія, протяженія и роли пораженной территоріи. Различныя патологическіе процессы вызываютъ и различныя симптоматическія реакціи. Такъ напр. боль, неизмѣнно сопровождающая странствованіе желчнаго камня, составляетъ исключеніе при гидатидной кистѣ, при ракѣ или циррозѣ печени, если только осложняющій перигепатитъ не вызоветъ, интенсивныхъ часто, явленій со стороны чувствительной сферы.

Но можетъ случиться, что и одинъ и тотъ же анатомическій процессъ, одного и того же порядка патологическое разстройство дастъ различныя симптоматическія реакціи. Такъ, печеночная колика вызоветъ у одного больного боли и рвоту, у другого отраженныя сердечныя явленія съ угрожающимъ параличемъ, у третьяго картину грудной жабы или приступъ гиперхлоргидрии, наконецъ, у четвертаго протечетъ подъ видомъ остраго перитонита или же выразится просто приступомъ лихорадки безъ болей въ надчревиі или желчномъ пузырьѣ, какъ это наблюдается у нѣкоторыхъ стариковъ.

Точно также циррозъ, смотря по распредѣленію склерозной ткани, вызоветъ желтуху или брюшную водянку, а иногда одновременно и ту,

и другую, у одного дастъ уже очень рано кишечныя кровотеченія или приступы поносовъ, у другого окончится разрывомъ расширенной вены пищевода.

Противъ этихъ ближайшихъ или отдаленныхъ симптомовъ, могущихъ обнаружиться въ теченіе всякой болѣзни печени, и приходится направить терапію на ряду съ предупреждающими мѣрами, высокое значеніе коихъ выяснено было нами выше, и съ цѣлебными методами, которые должны лечь въ основу терапіи.

Мы не имѣемъ здѣсь ни мѣста, ни охоты для скучнаго перечисленія всѣхъ средствъ, способныхъ побороть эти безконечно измѣнчивыя, подвижныя и разнообразныя симптоматическія проявленія страданій печени. Достаточно будетъ, если мы отмѣтимъ главныя показанія, съ коими приходится сталкиваться практическому врачу, и вытекающія изъ этихъ показаній существеннѣйшія терапевтическія мѣры.

1. *Боли.* —Противъ нихъ примѣняются различныя мѣры, въ зависимости отъ того, имѣютъ ли онѣ исходною точкою периферическое возбужденіе (перигепатитъ или ограниченное воопаленіе брюшины) или возбужденіе чувствительныхъ нервовъ желчныхъ путей. Между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ прибѣгаютъ къ *отвлеченію*, успокаивающимъ наружнымъ средствамъ, во второмъ показуются противосудорожныя средства: *эфиръ, хлораль, морфій*. Съ болями слѣдуетъ бороться не изъ одного лишь состраданія, а главнымъ образомъ потому, что онѣ могутъ дать поводъ къ чрезвычайно тяжкимъ припадкамъ (спазмы или задерживающіе рефлексы), изъ коихъ наибольшую опасность представляетъ параличъ вслѣдствіе рефлекторнаго возбужденія блуждающаго нерва. Должно, однако, всегда имѣть въ виду, что страданія печени зачастую сопровождаются аналогичными разстройствами со стороны почекъ; поэтому, назначая наркотическія, необходимо предварительно провѣрить состояніе почекъ.

2. *Желтуха* также является однимъ изъ тѣхъ частыхъ спутниковъ страданій печени, которые уже однимъ своимъ существованіемъ могутъ дать поводъ къ особымъ разстройствамъ, требующимъ соответственныхъ терапевтическихъ мѣръ. Иногда это разстройства ничтожныя, какъ напр. зудъ, составляющій послѣдствіе отложенія пигмента въ анатомическихъ элементахъ мальпигіева слоя, но нерѣдко своею интенсивностью могущій вызвать серьезныя нервныя явленія, упорную бессонницу и даже явленія мозговаго возбужденія и требующій при такихъ условіяхъ энергичнаго врачебнаго вмѣшательства; пронизываніе элементами желчи извѣстныхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ можетъ пагубно отразиться на питаніи, особенно если оно угнетаетъ дѣятельность клѣточныхъ элементовъ, принимающихъ существенное участіе въ оборонѣ организма, а извѣстно, что печеночныя клѣтки играютъ въ этомъ отношеніи первоклассную роль. Въ

другихъ случаяхъ желчныя соли проявляютъ свое токсическое дѣйствіе на сердечную мышцу и периферическіе капилляры, вызывая явленія внезапнаго паденія артеріальнаго давленія, угрожающія жизни и оправдывающія *отрыскиванія искусственной сыворотки*, къ которымъ неоднократно уже съ успѣхомъ прибѣгали въ подобныхъ случаяхъ.

3. Въ теченіе болѣзней печени могутъ обнаружиться чрезвычайно разнообразныя *симптоматическія явленія рефлекторнаго происхожденія*. Таковы перебои сердца, начиная съ самыхъ обыкновенныхъ и кончая остановкою сердца, далѣе, столь хорошо изученныя *Potain'*омъ приступы острой асистолии, признаки ущемленія кишекъ и, наконецъ, периферическіе сосудодвигательные параличи, влекушіе за собою весьма значительныя иногда отеки, въ объясненіе которыхъ нельзя привести никакого механическаго препятствія. Каждому изъ этихъ различныхъ симптомовъ соотвѣтствуетъ своя терапия летучія возбуждающія, *кофеинъ* или *дигиталинъ*, смотря по случаю, противъ сердечныхъ явленій, *электрическая клизма* для возбужденія временно угасшей сократительности кишечника. Обращаю, между прочимъ, вниманіе читателя на прекрасное дѣйствіе, оказываемое при рефлекторныхъ сердечныхъ разстройствахъ, исходящихъ изъ желчныхъ путей, клизмами изъ раствора *бромистаго аммонія* въ *настоѣ валеріаны*, по методу профессора *Potain'a*.

4. Специальнаго вмѣшательства требуетъ также *лихорадка*. Назначая то или другое леченіе, должно, разумѣется, руководствоваться прежде всего причиною этого симптома, отыскать исходную точку лихорадки: нарывъ, нагноившуюся кисту, ангиохолитъ, или простой приступъ желчныхъ коликъ въ связи съ преходящимъ всасываніемъ токсическихъ веществъ или вторженіемъ заразныхъ агентовъ въ желчные пути. Всѣмъ этимъ противоположнымъ условіямъ соотвѣтствуютъ и различныя терапевтическія мѣры: въ одномъ случаѣ показуется широкой разрѣзъ по способу *Stromeyer-Little'*я, въ другомъ *салициловый натръ*, одинъ или въ соединеніи съ *хининомъ* при перемежности приступовъ.

5. Изъ *желудочно-кишечныхъ разстройствъ и кровотеченій* также иногда вытекаютъ особыя показанія, опирающіяся на семіологическое значеніе, которое приписывается этимъ разстройствамъ. Если, примѣрно, у насъ будетъ основаніе смотрѣть на поносъ, какъ на викарирующее явленіе, родъ выгрузки, способнаго уравновѣсить недостатокъ ядоразрушительной функціи печени, то мы должны его щадить; если же, напротивъ того, мы имѣемъ право смотрѣть на поносъ какъ на вѣстника бугорчатаго пораженія кишекъ и брюшины, явленія довольно обычнаго втеченіе цирроза печени, то необходимо безотлагательно назначить діету или принять соотвѣтственныя мѣры, которыя мы считаемъ способными задержать дальнѣйшее развитіе язвенно-бугорчатаго процесса. Кровотеченія также требуютъ specialнаго леченія, особенно

предупреждающаго, ибо въ настоящее время можно считать доказаннымъ, что большую роль въ ихъ происхожденіи играютъ авто-интоксикація и инфекция, какъ это явствуетъ изъ зачастую предшествующаго имъ лихорадочнаго движенія.

6. *Явленія интоксикаціи*, составляющей послѣдствіе полнаго или частичнаго угнетенія функціи печеночныхъ клѣтокъ, требуютъ фармацевтическаго вмѣшательства или назначенія соотвѣтствующей ихъ значенію діеты. Если все дѣло ограничивается извѣстною степенью упадка силъ и исхуданія въ связи съ пониженіемъ гликогенной функціи печени и плохимъ усвоеніемъ жировъ, составляющимъ неизбежное послѣдствіе ограниченія желчеобразовательной работы печени и уменьшенія количества извергаемой нормально въ кишечникъ желчи, то зачастую достаточно соотвѣтственной діеты, чтобъ устранить эти явленія; систематическое назначеніе сахара одновременно съ непосредственно усвояемыми жирами, въ видѣ яичныхъ желтковъ, можетъ иногда, въ сочетаніи съ обеззараживающими желчные пути средствами и возможно мало ядовитою пищею, предотвратить развитіе болѣе тяжелыхъ przypadковъ. Но если обнаружались уже явленія, болѣе тяжелыя, недостаточности печени, извѣстныя еще подъ названіемъ печеночной урэміи, то одной діеты недостаточно, необходимо прибѣгнуть къ болѣе радикальнымъ мѣрамъ: кровопусканію съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ искусственной сыворотки для предупрежденія паденія кровяного давленія, подкожнымъ впрыскиваніемъ кофеина, вдыханіемъ кислорода, однимъ словомъ къ всевозможнымъ средствамъ, способнымъ отразить непосредственный эффектъ самоотравленія организма. Можно еще испытать впрыскиванія подъ кожу вытяжки изъ органовъ, напр. яичекъ или почекъ, въ ожиданіи пока выяснено будетъ ближе фізіологическое дѣйствіе вытяжки самой печени.

Таковы главные симптомы, которые въ теченіе болѣзней печени возбуждаютъ постоянно прозорливость врача, заставляютъ его быть осторожъ и которые, помимо неизмѣнныхъ причинныхъ показаній, вытекающихъ изъ самой сущности болѣзни, требуютъ столь разнообразныхъ, смотря по случаю, мѣръ, которыя иногда приходится мѣнять изо дня въ день въ теченіе одной и той же болѣзни. Но среди этихъ множественныхъ показаній, ежеминутно настораживающихъ наше вниманіе, есть одинъ пунктъ, котораго врачъ никогда не долженъ упускать изъ виду: необходимо всѣми средствами поддерживать интактность орудій защиты печени, и не только какъ превосходнѣйшую профилактическую силу, о которой мы уже достаточно говорили выше, но и какъ вѣрнѣйшее средство избѣгнуть, при развивающейся болѣзни, тяжелыхъ симптомовъ, предшествующихъ не-исправимымъ большею частью анатомическимъ измѣненіямъ органа. Должно, стало быть, всѣми мѣрами поддерживать желчеобразовательную дѣятельность, столь необходимую для правильности кишечнаго пищеваренія,

давно какъ и для введенія въ дѣйствіе всѣхъ прочихъ отравленій печеночной кѣтки; должно, далѣе, поддерживать невредимость кишечнаго эпителия, этого оплота, охраняющаго печень (*Tannoser* и *Queriolo*) отъ всѣхъ причинъ интоксикаціи, угрожающей ей со стороны кишечнаго канала, должно, наконецъ, заботиться о *правильной работѣ почекъ*, невредимость коихъ тѣмъ болѣе необходима для борьбы съ явленіями интоксикаціи, что печень уже отчасти не въ силахъ выполнить вполне свою роль и что зачастую достаточно измѣненія почекъ, чтобы первоначально доброкачественныя страданія желчно-печеночнаго аппарата превратились въ смертельныя болѣзни.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Лечение гипереміи печени.

E. Voinet.

I.

Общія замѣчанія.

A. Опредѣленіе предмета.

Патологическая область гипереміи печени столь же обширна, сколько мало размежевана. Она обнимаетъ собою, въ самомъ дѣлѣ, цѣлый рядъ патологическихъ расстройствъ кровообращенія, отличающихся между собою своею продолжительностью и предсказаніемъ, своимъ патогенезомъ и этиологіею, своими терапевтическими показаніями.

Въ дѣйствительности, встрѣчаются различные виды гипереміи печени. Она можетъ быть *острою* или *хроническою*, *активною* или *пассивною*, *механическою*, *отраженною*, *дополнительною*; она можетъ быть связана съ различными причинами, *интоксикаціею* (инородною или внутривидною), *инфекціею*, *токси-инфекціею*, извѣстными *дискрязіями діатезами*, или же она обязана своимъ происхожденіемъ *сердечно-легочнымъ* расстройствамъ.

То гиперемія представляется доброкачественною, преходящею и сводится лишь къ внезапному усиленію фізіологическаго прилива, то она носитъ *острый* характеръ и находится въ связи съ желудочно-кишечною интоксикаціею, съ заразною болѣзною, въ особенности съ маляріею; зачастую она ожесточается и упорствуетъ подъ вліяніемъ интенсивныхъ, часто повторяющихся и продолжительныхъ аномальныхъ возбужденій и становится *хроническою*; при такихъ условіяхъ она граничитъ уже съ болѣзною и указать неопредѣленныя границы, опредѣлить точно демарка-

ционную черту, отделяющую хроническую гиперемію отъ склерознаго или дегенеративнаго процесса почти невозможно. Эти затажныя гипереміи зачастую составляютъ прелюдію, исходную точку большинства заболѣваній паренхимы печени. На упорную гиперемію можно смотрѣть какъ на кандидку на циррозъ. Терминъ хроническая гиперемія не вполне примѣнимъ для большинства случаевъ; поэтому принять еще одинъ терминъ предциррозъ. Старые клиницисты, осторожнѣе относившіеся къ предсказанію, ограничивались выраженіемъ *заваль*; это слово заслуживаетъ, чтобъ его сохранили, потому что если извѣстныя конгестивныя состоянія печени дѣйствительно предшествуютъ циррозу, то, съ другой стороны, невозможно предвидѣть, осуществится ли въ каждомъ данномъ случаѣ это мрачное ожиданіе.

В. Необходимость ранняго леченія.

Къ надлежащему, активному, энергичному леченію должно приступить достаточно рано, не дожидаясь, чтобы гиперемія печени приблизилась къ границамъ настоящей болѣзни печени; еще до этого должно устранить хроническую гиперемію, этотъ заваль печени, выражаясь старымъ терминомъ, настолько же удобнымъ въ клиническомъ смыслѣ, насколько онъ неудовлетворителенъ, невѣренъ и смутенъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія. Эта хроническая, предцирротическая гиперемія можетъ уступить дѣйствию хорошаго леченія, вмѣсто того, чтобы медленно и прогрессивно выродиться въ склеротическія или дегенеративныя страданія, болѣе глубокія, трудно излечимыя, зачастую непоправимыя, роковыя. По мѣткому замѣчанію *Frerichs'a*, терапия въ стадіи гипереміи печени можетъ еще разсчитывать на успѣхъ, котораго бы она тщетно пыталась искать позднѣе. Это раннее леченіе хронической гипереміи печени представляетъ еще слѣдующее преимущество: по истеченіи извѣстнаго времени къ продолжительнымъ расстройствамъ кровообращенія присоединяются периваскулярные трансудаты и легкое размноженіе печеночныхъ кѣтокъ; отравленія печени при такихъ условіяхъ разстраиваются; не только уменьшается выведеніе желчью ядовитыхъ продуктовъ и отбросовъ, но обмѣнъ веществъ совершается менѣе дѣятельно, питаніе и расщепленіе совершаются менѣе равномерно, печень проявляетъ неполное дѣйствіе на фибринъ, бѣлковыя вещества, на токсическія вещества, приносимыя извнѣ или составляющія продуктъ броженія и гніенія въ кишкахъ (*Hannot, Teissier, Roger*); оно несовершенно удерживаетъ, нейтрализуетъ, разрушаетъ яды, приносимые ей воротною веною (*Hegar, Schiff, Jaques, Autenbach, Roger*); организмъ оказывается плохо защищеннымъ противъ осаждающихъ его со всѣхъ сторонъ столь многочисленныхъ причинъ интоксикаціи и инфекціи. Извѣстно, что еще энергичнѣе, чѣмъ по отношенію къ ядамъ, охранительная роль печени сказывается по отношенію

къ микробамъ: въ послѣднемъ засѣданіи Біологическаго общества *Roger* показалъ, что если впрыснуть кролику разводку сибиреязвенныхъ палочекъ въ воротную вену, то онъ переноситъ дозу въ 64 раза превосходящую ту дозу, которой достаточно бываетъ, чтобы убить его, если ввести ее черезъ периферическую вену.

И такъ, въ интересахъ терапіи необходимо уже очень рано, начать борьбу съ хроническою гиперэміею печени, уменьшающею сопротивляемость организма ¹⁾ по отношенію къ различнымъ интоксикаціямъ и инфекціямъ и отягочающею ихъ предсказанье, органичивая функція выдѣлительная, дезассимилирующія и антитоксическую, свойственныя этому столь важному органу. *Brown-Sequard* въ 1860 г. описалъ даже параличи и болѣзни нервной системы, развившіяся подъ вліяніемъ ядовъ, задержанныхъ въ крови печени въ теченіе страданій этого органа ²⁾.

С.—Патогенезъ.

Большая частота гиперэміи печени и ея патогенезъ объясняются слѣдующими: а) *анатомическими*, б) *физиологическими* и в) *патогенетическими* соображеніями, которыя позволяютъ извлечь изъ *этіологіи* страданія рядъ весьма цѣльныхъ терапевтическихъ указаній.

1) Рядъ особыхъ *анатомическихъ условій* предрасполагають печень къ приливамъ. Въ самомъ дѣлѣ, это органъ въ высокой степени сосудистый, пронизанный двойною кровеносною сѣтью; одна состоитъ изъ многочисленныхъ развѣтвленій воротной вены и венъ печеночныхъ—это преимущественно функциональная сѣть; другая артеріально-капиллярная завѣдуетъ главнымъ образомъ питаніемъ. Расположенная между пищеварительнымъ каналомъ и верхнею полою веною и снабженная двойною венозною системою, печень претерпѣваетъ всѣ измѣненія кровообращенія, совершающіяся то въ системѣ воротной вены, то въ общей венозной системѣ. Отсутствіе клапановъ въ венахъ печени, ихъ распредѣленіе двойною капиллярною сѣтью еще болѣе благоприятствуютъ возникновенію гиперэміи печени.

2) Нѣкоторыя *физиологическія условія* въ свою очередь дѣлають печень доступною частымъ приливамъ. Въ самомъ дѣлѣ, кровообращеніе въ толщѣ органа происходитъ весьма живое, въ этомъ не трудно убѣдиться на разрѣзахъ, которые дѣлаются при вскрытіи глубокихъ печеночныхъ нарывовъ. Опыты *Flügge* позволяютъ заключить, что количество крови, протекающее въ теченіе сутокъ чрезъ воротную вену, равно почти $\frac{1}{12}$ находящейся въ оборотѣ во всей кровеносной системѣ крови. По дан-

¹⁾ См. *Poucel*.—De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genése des maladies, 1883.

²⁾ *Brown-Sequard*.—Course of lectures on the physiology and pathology of the control nervous, Philadelphia, 1860.

нымъ *Seegen*'а чрезъ печень собаки вѣсомъ въ 10 клгрм. протекаетъ въ теченіе сутокъ 170 литровъ крови, откуда слѣдуетъ, повидимому, что у человѣка, вѣсящаго 80 клгрм. это количество достигнетъ огромной цифры 1500 литровъ, что составляетъ вѣсь, превосходящій въ 18 разъ вѣсь всего его тѣла. По *Sappey* печень при жизни заключаетъ въ себѣ 550 грм. крови, но она легко растягивается. и *Monneret* удавалось впрыснуть въ этотъ органъ до 900 грм. крови.

Спеціальныя фізіологическія условія, въ коихъ совершается кровообращеніе въ печени, въ значительной степени благоприятствуютъ приливамъ. Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что раньше, чѣмъ попасть въ печень чрезъ стволъ воротной вены, кровь прошла уже чрезъ капиллярную сѣть, понижающую давленіе ея въ венѣ, такъ что въ этой послѣдней давленіе колеблется между 7 и 20 мм. ртути. Наконецъ, скорость теченія крови, уменьшенная уже вертикальнымъ направленіемъ воротной вены и отсутствіемъ клапановъ, достигаетъ лишь 33 мм. въ секунду въ большихъ стволахъ воротной вены, падаеть до 5 мм. въ капиллярахъ и колеблется между *minimum* 4 и 5 мм. въ печеночныхъ венахъ. Ихъ зіяющее состояніе, срастаніе съ паренхимой, низкое давленіе господствующее въ печеночной сѣти, присасывающее дѣйствіе діастолы праваго предсердія, образующаго вмѣстѣ съ верхнею полою веною родъ дивертикула для этой венозной территоріи, присасываніе крови во время вдыханія (*Haller* 1764, *Schau* 1842, *C. Bernard*) образуютъ вмѣстѣ съ кишечною перистальтикою и ритмическими сокращеніями ствола воротной вены фізіологическія условія, обезпечивающія кровообращеніе внутри печени.

Особенно благоприятствуютъ ему энергичныя дыхательныя движенія, могущія низвести давленіе въ печеночныхъ венахъ ниже 8 мм. ртути. Напротивъ того, выдыханіе, разстройства дыханія, обусловленныя легочными страданіями, повышенное давленіе въ правомъ предсердіи вслѣдствіе пораженія клапановъ или сердечной мышцы препятствуютъ легкости теченія крови по сѣти воротной вены и влекутъ за собою пассивный приливъ въ печеночныя вены. Опыты и фізіологическія кривыя *F. Franck*'а и *Hallion*'а ¹⁾ наглядно показываютъ эффектъ прижатія нижней поллой вены выше уровня печени и вліяніе функціональной недостаточности трехстворчатой заслонки на обратный притокъ въ печень веновой крови. Они установили, что центростремительное возбужденіе блуждающаго нерва на различныхъ уровняхъ, вызываетъ зачастую расширеніе сосудовъ печени. Авторы обѣщаютъ дать въ скоромъ будущемъ болѣе подробное изложеніе сосудорасширяющихъ нервовъ этого органа. Нервы эти, по *M. Laffont*'у, выходятъ изъ расположенныхъ въ про-

¹⁾ *Francois Frank et Hallion.*—Arch. de physiologie 1896.

долговатомъ мозгу, симметрично на обѣихъ сторонахъ, сосудо-расширяющихъ центровъ. Возбужденіемъ этихъ послѣднихъ объясняется интенсивная гиперемія печени, которую влечетъ за собою уколъ въ дно четвертаго желудка въ классическомъ опытѣ *Cl. Bernard'a*. Наконецъ, эти сосудорасширители, спустившись по первой, второй и третьей парѣ спинныхъ нервовъ, входятъ затѣмъ въ стволъ грудного симпатическаго и брюшныхъ нервовъ (*n. Splanchnici*). По *Cavazani* и *Manca*, блуждающій нервъ обыкновенно проявляетъ сосудорасширяющее дѣйствіе. Эти немногія подробности о регулирующемъ вліяніи нервной системы на печеночное кровообращеніе бросаютъ нѣкоторый свѣтъ на патогенезъ приливовъ къ печени рефлекторнаго происхожденія. Напомнимъ, между прочимъ, что усиленное венозное кровообращеніе въ печени можетъ быть вызвано активнымъ сокращеніемъ селезенки, которая механически выжимаетъ въ воротную вену свою кровь (*Боткинъ, Дроздовъ и Бошкель, Паль и Икаловичъ Frank* и *Hallion*). Этотъ фактъ должны имѣть въ виду клиницисты.

D. Этіологія.

Весьма многочисленны, наконецъ, паталогическія условія, влекущія за собою гиперемію печени. Опираясь на этиологію и патогенезъ различныхъ случаевъ приливовъ печени, ихъ можно подвести подъ слѣдующія группы. Это дѣленіе позволяетъ извлечь извѣстное число причинныхъ терапевтическихъ показаній.

I. Активные приливы.

A. *Токсическіе агенты*. Чаще другихъ встрѣчаются приливы къ печени, имѣющіе исходною точкою *токсическія* или *заразныя* вещества, черпаемая съ поверхности пищеварительнаго канала корнями воротной вены. *Vena portae, porta molorum*, говорилъ *Stahl* въ 1698 г. *Tiedeman* и *Magedie* подтвердили фактъ всасыванія воротною веною, предполагавшійся еще Галеномъ.

Вся патологія печени подчиняется у человѣка вліянію кишечнаго канала (*Hanot*). Эти отношенія между кишечникомъ и печенью подробно рассмотрѣны были на съѣздѣ въ Бордо, въ 1894 г.; они послужили предметомъ обширныхъ докладовъ (*Hanot, Teissier, Cassaet, Planté* и др.). Что же касается токсическихъ свойствъ кишечнаго содержимаго, то его доказали своими изслѣдованіями *Panum, Hemmer, Schwenniger, Zulzer, Sonnenschein, Schiffer, Stich, Schmiedeberg, Bergmann, Baumann, Müller, Röhrig, Bouchard, Charrin*.

Пищеварительный каналъ заключаетъ въ себѣ троякаго рода яды: происходящія изъ пищи, желчи и гнѣющихъ веществъ. Находятъ въ кишкахъ еще химическія вещества, изъ коихъ одни растворимы, другія неразтворимы въ алкоголь: ацетонъ, кислоты маслянную, пропіоновую,

валеріановую, молочную, уксусную, индолъ, скатолъ, фенолы, кретолъ, экскретинъ *Marcel*, извѣстное количество растворимыхъ и нерастворимыхъ солей, происходяшіе отъ бактерій алкалоиды (*Selmi, Gautier, Brieger, Tanret*, производныя расщепленія кислотъ пищеварительнаго канала (*Boas*), парныя сѣрныя кислоты, образующіеся при гніеніи въ кишкахъ индиканъ. Кромѣ того, кишечный каналъ заселенъ многочисленными бактеріями (*Goodsir, de Bary, Abelous, Moreau* и *Capitan, Неникій* и *Зуберъ, Macfadyen, Escherich, Sucksdorf, Giaxa, Miller, Raczkuski, Bienstock, Lesage, Gilbert u Dominici*). Нѣкоторые изъ этихъ микроорганизмовъ могутъ пріобрѣсти при извѣстныхъ условіяхъ вирулентность, какъ напр. кишечная палочка, цѣпкокки, но могутъ встрѣчаться и прямо болѣзнетворные микробы (тифозная, бугорчатая палочка и пр.).

Ядовитость кишечнаго содержимаго увеличивается еще цѣлымъ рядомъ птомаиновъ, многочисленными алкалоидами гніенія, таковы: невридинъ, кадаверинъ, сепсинъ, путресцинъ, пенто-токсинъ, мидалеинъ, коллидинъ, далѣе, токсическими веществами, каковы триметиламинъ, амиламинъ (*Gautier* и пр.), испорченными консервами (*Polin* и *Labit*), гниющею свининою (*Du Mesnil, Darnet, Doyen, Ehrenberg, Bouchereau, Noir, Charrin*), дичью, рыбою, старыми или гнилыми моллюсками, колбаснымъ ядомъ. Наконецъ интенсивности броженія, размноженію многочисленныхъ микробовъ, *Gärtner*'овской палочки при колбасномъ отравленіи, можетъ еще благоприятствовать, какъ это было въ Клотенѣ и Бирмендорфѣ, очень молодая телятина, образующая прекрасную питательную среду для бактерій. По *Hanot*, большая часть ядовъ желудочно-кишечнаго канала производится бактеріями, разлагающими азотистыя и безъазотистыя вещества пищи. Всасыванію всѣхъ этихъ токсическихъ веществъ изъ слизистой пищеварительнаго канала и занесенію ихъ въ воротную вену обязаны своимъ происхожденіемъ острые или хроническіе приливы печени, наблюдаемые у обжоръ (*Portal 1813, Andral 1839*), у больныхъ съ расширеніемъ желудка (*Bouchard*), у диспептиковъ, (*Hanot* и *Voix*), у алкоголиковъ. Въ виду важнаго клиническаго и терапевтическаго значенія гиперемій печени, связанныхъ съ злоупотребленіемъ столомъ, расширеніемъ желудка и диспепсіею, мы посвятимъ ихъ леченію отдѣльныя главы. Уже *Van Helmont* сознавалъ болѣзнетворную роль заключенныхъ въ желудкѣ токсическихъ веществъ, но онъ преувеличивалъ ихъ значеніе въ своемъ знаменитомъ афоризмѣ: *gaster sentina omnium malorum*. Разсматриваемыя условія нерѣдко играютъ также роль въ происхожденіи конкестивныхъ состояній печени жаркихъ странъ. Вопросъ этотъ былъ предметомъ многочисленныхъ споровъ, изложенныхъ въ книгѣ *Corre* и въ докладѣ *Planté* на сѣздѣ врачей въ Бордо. Этимъ приливамъ благоприятствуютъ, повидимому, высокая окружающая темне-

ратура, недостатокъ тѣлесныхъ упражненій, отчасти слишкомъ обильный столъ, злоупотребленіе пряностями, пикантными кушаніями, алкогольными напитками; все это увеличиваетъ ядовитость кишечнаго содержимаго и количество яда, который печени надлежитъ нейтрализовать, уничтожить или разрушить. Печени при такихъ условіяхъ приходится чрезмѣрно напрягать свою дѣятельность, она вырабатываетъ желчь, избобляющую красящими веществами (*Rattrey*) и находится постоянно въ состояніи, близкомъ къ патологическому, уменьшающемъ ея сопротивляемость и особеннымъ образомъ предрасполагающемъ ее къ вліянію обычныхъ причинъ прилива (простуда, жара, погрѣшности въ діетѣ, обильный столъ, спиртные напитки и пр.).

Нѣкоторые авторы (*Rattrey, Layet, Talmy, Mourson, Cunisset, Corré*) относятся скептически къ такому чисто функциональному происхожденію тропическихъ гиперемій печени. *Kelsch* и *Kiener* утверждаютъ, что всѣ тропическія гипереміи печени можно объяснить наличностью маляріи, пнеймоніи или дизентеріи. Я, однако, наблюдалъ въ Ганѣ нѣсколько случаевъ, гдѣ положительно можно было исключить эти двѣ обычныя причины тропической гипереміи печени — дизентерію и болотную инфекцію; тѣмъ не менѣе, на ихъ счетъ слѣдуетъ отнести подавляющее большинство случаевъ.

Гиперемія печени можетъ быть вызвана также всасываніемъ токсиновъ, выделяемыхъ микробами брюшнаго тифа, холеры, кишечной бугорчатки. При поносахъ и дизентеріи кишечникъ кишитъ микроорганизмами, особенно въ жаркихъ странахъ (*Calmette*). Зачастую въ кишечникѣ инфекция сочетается съ интоксикаціею. Мы недавно наблюдали въ клиническомъ отдѣленіи *Hôtel-Dieu* три случая гипереміи печени, которые можно было приписать аппендициту и изъязвленіямъ въ слѣпой кишкѣ. Всѣ такого рода процессы, въ самомъ дѣлѣ, уменьшаютъ функциональное участіе слизистой кишки въ оборонѣ организма (*Charrin* и *Cassin*) и умаляютъ охранительную роль ея эпителия (*Stich, Ribbert, Charrin, Denis, Repin, Queirolo*).

Наконецъ, цѣлый рядъ токсическихъ агентовъ, какъ то алкоголь, заключенный въ винахъ, ликерахъ, въ укрѣпляющихъ пищевареніе настойкахъ, въ абсентѣ и проч., свиноецъ, употребляемый для очищенія винъ, салициловая кислота, прибавляемая къ пиву и вареніямъ съ цѣлью задержать броженіе, окись углерода, карболовая кислота, наконецъ, жирородные яды — фосфоръ и мышьякъ, всѣ вызываютъ приливы къ печени, которой воротная вена доставляетъ всѣ заносимые извне яды.

В. Заразные агенты. Сытная горячка, тифъ, родильная горячка, иноокровіе, желтая лихорадка, возвратная горячка, вторичный сифилисъ (*Murchison*) острый заразный ревматизмъ и, въ особенности,

малярия вызываютъ приливы къ печени, благодаря либо дѣйствию вырабатываемыхъ соотвѣтственными микробами токсиновъ, либо присутствію въ печени самого болѣзнетворнаго микроорганизма. Въ большинствѣ случаевъ вторженіе въ печень элементовъ общей инфекціи, вырабатываемыхъ въ организмѣ токсиновъ и болѣзнетворныхъ микробовъ происходитъ чрезъ печеночную артерію. Паразитъ болотной лихорадки дѣйствуетъ существенно разрушающимъ образомъ на красные кровяные шарики, въ которыхъ онъ живетъ, давая этимъ поводъ къ образованію меланэмического и желтаго пигмента и увеличивая такимъ образомъ столь сложныя отравленія печеночной железы. Этими условіями объясняется отчасти важная роль, которую играетъ *малярия* въ происхожденіи острой или хронической гипереміи печени. Эта роль такъ велика, что заслуживаетъ отдѣльнаго разсмотрѣнія.

1) Нерѣдко страданія печени малярійнаго происхожденія приобретаютъ выдающееся клиническое значеніе, сообщая нѣкоторымъ формамъ маляріи спеціальнй отпечатокъ. Всѣ эти *простыя желчныя лихорадки, гѣморрагическія лихорадки, желчныя послабляющія лихорадки*, такъ наз. *льсныя лихорадки*, которыя мы такъ часто наблюдали въ Тонкинѣ, особенно въ лѣсистыхъ мѣстностяхъ, въ теченіе іюня, іюля и августа, сопровождаются огромными приливами къ печени. Органъ выдается на 3—5 поперечныхъ пальцевъ изъ подъ края ложныхъ реберъ; желтуха рѣзко выражена и носовыя кровотеченія зачастую весьма обильны. Эта острая гиперемія печени сопровождается часто *простые*, но, въ особенности, *злокачественные приступы*; также рѣзко выражена она бываетъ при *постоянной болотной лихорадкѣ*, при *тифо-маляріи*. Она въ такихъ случаяхъ представляетъ собою лишь эпизодическій симптомъ этихъ острыхъ проявленій болотной заразы и исчезаетъ вмѣстѣ съ припадками послѣдней. У нашихъ больныхъ эта гиперемія обыкновенно носитъ преходящій характеръ и составляетъ послѣдствіе единичнаго приступа маляріи, которую они приобрѣли, пробывъ съ недѣлю въ Камаргѣ во время сбора винограда. Мы наблюдали въ госпиталяхъ въ Марсели нѣсколько случаевъ, изъ коихъ видно, что болотная миазма можетъ проникнуть чрезъ дыхательные пути, ибо при дешевизнѣ вина въ Камаргѣ никто изъ этихъ больныхъ не пилъ тамъ воды. Точно также, въ Тонкинѣ мы наблюдали злокачественные приступы у европейцевъ, употреблявшихъ для питья только минеральныя воды.

2) Если *малярия* становится *хроническою*, то печень подвергается *воспалительнымъ приливамъ*, которые подробно изучены были *Kelsch*'омъ и *Kiener*'омъ. Существующая гиперемія еще увеличивается, если въ теченіе хронической болотной янтотоксикаціи обнаруживаются новые приступы простой лихорадки, простые, злокачественные и, въ особенности, *гѣмоглобинурическіе*. Въ опорѣ этого послѣдняго положенія мы могли бы

привести цѣлый рядъ наблюденій. У многихъ аннамитовъ и у нѣкоторыхъ европейцевъ *хроническая сразу малярія* вызывала хроническое малокровіе и стойкую гиперемію печени и селезенки, но большинство европейцевъ перенесли передъ тѣмъ болѣе или менѣе длинный рядъ проявленій лихорадки.

При этихъ разновидностяхъ болотнаго прилива, при этихъ воспалительныхъ гипереміяхъ печень вѣситъ иногда 3 и даже 4 клгрм. Констатируется полная и общая гиперемія, затѣмъ скопленіе блуждающихъ тѣлецъ и лейкоцитовъ въ капиллярахъ: это вступленіе къ малярійному циррозу.

3) При *хроническомъ болотномъ худосочиі* печень претерпѣваетъ преимущественно перерожденіе, которое уже не входитъ въ разсматриваемую нами область.

C. — *Дискразіи и діатезы.* — Въ третью группу входятъ приливы къ печени, находящіеся въ связи съ дискразическими измѣненіями крови, какъ напр. тѣ, которые наблюдаются при *цизмъ* (*Baillon, Portal, Andral*), лейкоміи, либо съ діатезами, какъ то *артритизмомъ, подагрой, сахарнымъ мочеизнуреніемъ*. Изъ гипереміи печени, зависящей отъ послѣднихъ двухъ страданій, вытекаютъ спеціальныя терапевтическія показанія, которыя изложены будутъ въ отдѣльныхъ главахъ.

Рефлекторное или нервное происхожденіе. — Причины гипереміи печени, входяція въ эту четвертую группу, довольно разнообразны. Въ однихъ случаяхъ дѣло идетъ о *дополнительныхъ приливахъ* при *менструаціяхъ*, при *тепоропазисъ*, особенно у женщинъ, страдающихъ желчными камнями. Извѣстно также, что у нѣкоторыхъ женщинъ существующіе уже со стороны печени симптомы обостряются въ моментъ появленія регуль. Въ другихъ случаяхъ гиперемія печени сопутствуетъ *почечуйному кровотеченію*. Третья разновидность обнимаетъ собою гипереміи *рефлекторнаго происхожденія*, зависяція то отъ правосторонней пневмоніи, то отъ желчныхъ камней. Гипереміи вслѣдствіе холода или зноя, активные приливы, обязанные своимъ происхожденіемъ нервному вліянію, сильному волненію, сотрясенію головного или спинного мозга, входятъ въ эту же группу. Патогенезъ этихъ нервныхъ или рефлекторныхъ гиперемій не совсѣмъ ясенъ; нѣкоторый свѣтъ на нихъ бросаютъ, впрочемъ, экспериментальныя изслѣдованія, въ коихъ удавалось вызвать гиперемію печени уколомъ въ дно четвертаго желудочка (*C. Bernard*), раздраженіемъ сосудо-расширителей, проходящихъ чрезъ три первыя пары спинныхъ нервовъ (*Laffont*), перерѣзкою полулунныхъ ганглий, вылуценіемъ *Ganglii coeliaci* (*Frerichs*), *Bonome* 1892 г.) или вылуценіемъ g. coeliaci и части солнечнаго сплетенія (*Munk* и *Klebs*). Но, въ особенности, нервному вліянію рефлекторнаго характера обязаны своимъ происхожденіемъ расстройства кровообращенія въ печени, обусловливаемыя то мѣстнымъ стра-

даніемъ, какъ то ракомъ, гидатидною кистою, гуммою, нарывомъ, желчными камнями, печеночными камнями, то травматическими поврежденіями (*Piorry, Frerichs, Bright* и др.).

2. Пассивная гиперемия.

Онѣ имѣютъ механическое происхождение (*Murchison*); онѣ обуславливаются сердечно-легочными расстройствами и зависятъ отъ притока въ печеночныя вены крови, застаивающейся въ правомъ предсердѣи и нижней полой венѣ. Это пассивное растяженіе правыхъ полостей вызывается пороками клапановъ, миокардитомъ, сращеніемъ сердца, распространеннымъ артритомъ (*Talamon*), процессами въ легкихъ (эмфизема, склерозъ), опухолями въ средостѣнии. Наконецъ, прижатіе нижней полой вены непосредственно аневризмою аорты (*Watson*), ретроперитонеальнымъ раковымъ новообразованиемъ также можетъ повлечь за собою пассивную гиперемію печени.

II.

Лечение.

A. Острые приливы.

Почти всегда они обуславливаются инфекціею и интоксикаціею; инфекция большею частью дѣйствуетъ чрезъ растворимые продукты, выделяемые микробами, чрезъ вредные альбумины, птомаины, лейкомаины, нуклео-альбумины, растворимыя бродила, амміачныя соединенія, однимъ словомъ чрезъ физиологическіе продукты жизнедѣятельности микробовъ. Это дѣйствіе микробныхъ ядовъ на острые приливы къ печени доказано, впрочемъ, экспериментальными изслѣдованіями; почти всегда, стало быть, дѣло идетъ о настоящей интоксикаціи. Очень многія заразныя болѣзни могутъ вызвать острый приливъ печени, но большею частью причина кроется въ маляріи. Еще болѣе благопріятствуетъ гипереміи печени у маляриковъ простуда, дизентерія и, въ особенности, злоупотребленіе алкоголемъ. Интоксикаціи желудочно-кишечнаго происхожденія образуютъ одну изъ наиболѣе частыхъ причинъ острой гипереміи печени: то вредоносное вещество доставляется печени непосредственно, какъ напр., алкоголь, то изъ слизистой оболочки кишечнаго канала всасываются перечисленные выше токсины и заносятся въ печень воротною веною; одни изъ нихъ происходятъ изъ расширеннаго желудка, другіе изъ кишекъ.

Въ терапіи острой гипереміи печени на первомъ планѣ стоитъ *діета*. Больного переводятъ на *молоко* въ раздѣльныхъ дозахъ. Назначаютъ вначалѣ *слабительную соль*, съ цѣлью освободить пищеварительный каналъ отъ токсическихъ веществъ, которыя еще могутъ въ немъ заключаться, но не слѣдуетъ часто повторять слабительныя изъ опасенія

усилить приливъ. Въ случаѣ явственно выраженнаго засоренія желудка, при острой болотной интоксикаціи полезно дать немедленно 1,0—1,5 грм. *ипекакуаны*. Это средство оказываетъ не только опорожняющее дѣйствіе, но по *Frerichs*'у, оно механически освобождаетъ печень отъ избытка крови: обусловливаемая рвотными движеніями сокращенія діафрагмы сдавливаютъ печень. При наличности лихорадки показуется *хининъ*; при острыхъ приступахъ маляріи назначается 0,5 грм. послѣ приступа и 0,75 за 6—7 часовъ предъ предполагаемымъ слѣдующимъ приступомъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ, либо если приему лекарства внутрь препятствуетъ рвота, прибѣгаютъ къ подкожнымъ впрыскиваніямъ средняго соляно-кислаго, бромистаго или сѣрно-винокаменнокислаго хинина *).

Обеззараживающія кишечникъ средства, какъ напр. *бензонафтолъ*, *салолъ* уменьшаютъ ядовитость желудочно-кишечнаго содержимаго и частью предотвращаютъ прочія, обусловливаемая гніеніемъ въ кишкахъ интоксикаціи; той же цѣли удовлетворяетъ *каломель*, въ дробныхъ дозахъ, который вліяетъ также на гиперемію печени. Если боли и ошупываніе обнаруживаютъ интенсивный приливъ, въ острой формѣ, повторяющийся пароксизмами, приступами, то ставятъ *пѣвки* къ заднему проходу или *крососныя банки* на область печени, назначаются холодные компрессы, часто мѣняемые, смазыванія *іодною настойкою, мушки (Pringle, Lind, Portal, Haspel)*, *точечныя прижиганія*. Эти двѣ послѣднія отвлекающія мѣры показываются, впрочемъ, больше при хронической гипереміи печени.

Лечение острой гипереміи печени заслуживаетъ особеннаго вниманія тѣмъ болѣе, что иногда она переходитъ въ хроническую. Рѣже это наблюдается относительно приливовъ, обусловливаемыхъ острыми заразными болѣзнями, хотя такіе случаи констатированы при кори у дѣтей (*Laure, Honnorat*), при дизентеріи, брюшномъ и сыпномъ тифѣ, при пневмоніи; но гораздо чаще, чѣмъ при всѣхъ этихъ страданіяхъ, переходитъ въ хроническую форму гиперемія печени малярійнаго происхожденія.

В. Хроническія гипереміи.

Какое бы происхожденіе ни имѣли эти гипереміи, имѣютъ ли онѣ исходною точкою желудочно-кишечный каналъ, связаны ли онѣ съ злоупотребленіемъ столомъ, съ расширеніемъ желудка или диспепсіею, зависятъ ли онѣ отъ подагры, диабета, болотной интоксикаціи, всѣмъ имъ, съ терапевтической точки зрѣнія, свойственъ рядъ общихъ показаній. А потому, во избѣжаніе повтореній, мы начнемъ съ общаго обзора способовъ леченія, примѣнимыхъ при всѣхъ формахъ хронической гипереміи

*) При всѣхъ острыхъ состояніяхъ противопоказуется лечение минеральными водами: это общій законъ, господствующій въ бальнеологической терапіи.

печени, а затѣмъ, въ другой главѣ, изложимъ требуемыя каждою разновидностью спеціальныя мѣры.

1. Общія терапевтическія показанія.

А. Первое терапевтическое показаніе, особенно при хроническихъ гипереміяхъ печени желудочно-кишечнаго происхожденія, состоитъ въ томъ, чтобы уменьшить или устранить ядовитость содержамаго пищеварительнаго канала: 1) надлежащимъ образомъ понятаю діетою; 2) примѣненіемъ *опорожняющихъ мѣръ* (легкія *слабительныя*, въ исключительныхъ случаяхъ *рвотныя*, иногда *промыванія желудка*, часто *большія промывательныя Krull'я*); 3) назначеніемъ въ раздѣльныхъ, дробныхъ дозахъ *кишечныхъ обеззараживающихъ*, состоящихъ изъ бактерицидныхъ и нерастворимыхъ веществъ. *Салолъ* заслуживаетъ предпочтенія предъ *бензоафтоломъ*, потому что, разлагаясь на салициловую кислоту, онъ удовлетворяетъ и второму терапевтическому показанію (В). Салициловая кислота дѣйствуетъ и на самую *печень*, поддерживаетъ и поднимаетъ ея антитоксическую силу, такъ что этотъ органъ, съ своей стороны, содѣйствуетъ обезвреживанію кишечныхъ ядовъ. Чтобы не остаться безплодною, антисептика должна мѣтить одновременно въ *печень и кишки*. Такъ какъ извѣстное число ядовъ выводится желчью (*Orfila, Cl. Bernard, Heidenhein, Heger, Schiff, Roger*), то съ цѣлью повыситъ выдѣленіе и отдѣленіе послѣдней назначаютъ еще *желчегонныя*. Что касается *минеральныхъ водъ*, то онѣ играютъ такую огромную роль въ леченіи гипереміи печени, что мы посвятимъ имъ отдѣльную главу.

В. Пытаются уменьшить непосредственно количество крови въ печени, либо мѣстными мѣрами (отвлекающія на кожу, точечныя прижиганія, смазыванія іодною настойкою, мушки, сухія или кровесосныя банки, иногда мѣстные души) либо *отдаленнымъ кровоизвлеченіемъ* (піявки къ заднему проходу).

С. Наконецъ, третье показаніе, патогенетическое, причинное, имѣетъ цѣлью устранить, уменьшить или уничтожить различныхъ этиологическихъ факторовъ хроническихъ гипереміи печени.

2. О діетѣ въ леченіи хронической гипереміи печени.

Значеніе ея велико. Нижеслѣдующія соображенія выясняютъ роль, которую играетъ алкоголь, слишкомъ плотная ѣда или даже обильный столъ въ развитіи хронической гипереміи печени. Они же поясняютъ также вліяніе, оказываемое броженіемъ токсическими веществами, содержащимися въ желудкѣ у нѣкоторыхъ диспептиковъ и въ расширенномъ желудкѣ. Изъ нихъ видно также, какихъ кропотливыхъ подробностей требуетъ значеніе надлежащей діеты.

А. Приливъ вследствие злоупотребленія пищевыми веществами.

Хотя большія дозы алкоголя могутъ вызвать острый приливъ, но обыкновенно развивается хроническая гиперемія, медленно, такъ что больной, не зная этого, не считаетъ нужнымъ измѣнить своей привычкѣ. Алкоголь является самымъ крупнымъ этиологическимъ факторомъ этихъ страданій печени, и въ нашемъ умѣренномъ климатѣ болѣе или менѣе продолжительное злоупотребленіе алкоголемъ, краснымъ виномъ (*Lance-reaux*) зачастую предшествуетъ опуханію печени. Кромѣ алкоголя, въ этихъ случаяхъ вліяетъ еще *иногда слишкомъ обильная*, слишкомъ приправленная пряностями и вообще привычка много ѣсть. Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что пищеварительный актъ и при физиологическихъ условіяхъ сопровождается увеличеніемъ печени; если это увеличеніе перешагнетъ за извѣстные предѣлы, то можетъ случиться, что органъ уже не вернетъ себѣ нормальнаго объема и установится хроническая гиперемія, аналогично тому, какъ легкія, часто растягиваемыя усиленными вдыханіями, напр. у астматиковъ, неизбѣжно становятся эмфизематозными.

В. Приливы при расширеніи желудка и диспепсін.

Но даже, если не было злоупотребленія алкоголемъ или обильнымъ столомъ, достаточно усиленнаго броженія въ желудкѣ или кишечномъ каналѣ, чтобы печень не въ состояніи была перенести, не реагируя поставляемыхъ ей недостаточно переработанныхъ веществъ или ядовитыхъ продуктовъ, которыхъ она не способна нейтрализовать. Такъ, *Boucharde* нашелъ гиперемированную печень въ 23% при *расширеніи желудка*, а о большой печени *диспептиковъ* знаютъ вотъ уже нѣсколько лѣтъ. *Hanot* и *Voix* описали циррозъ диспептиковъ, и несомнѣнно, что встрѣчаются часто случаи, для которыхъ нельзя подыскать иной этиологіи.

Гиперемія печени въ подобныхъ случаяхъ зависитъ главнымъ образомъ отъ дѣйствія цѣлаго ряда заключенныхъ въ желудкѣ токсическихъ веществъ, *Bouveret* и *Devic*, *Terret* и *Cassaet* находили въ послѣднемъ тетанизирующія вещества. Значительное броженіе происходитъ при гиперхлоридріи (*Bouveret*, *Lesage*). *Debove* и *Rémond* находили въ такихъ желудкахъ пропионовую кислоту. *Voix* приписываетъ особенное значеніе кислотамъ броженія: молочной, уксусной, масляной и валериановой; ими изобилуютъ расширенныя желудка у лицъ съ гиперхлоридріею (*Mathieu* и *Rémond*, *Soupaault*, *Bouveret*). Кромѣ того, при такихъ условіяхъ находятъ еще токсины, вырабатываемыя различными микробами, размноженію которыхъ благопріятствуютъ гиперхлоридрія и вялое пищевареніе.

Дѣта. — Всякое пищевое вещество, претерпѣвшее пищеварительное дѣйствіе желудочнокишечнаго канала, всасываясь, подвергается затѣмъ

въ печени спеціальной переработкѣ, все равно, принадлежитъ ли оно къ азотистымъ тѣламъ, къ углеводамъ или къ жирамъ. Слѣдовательно, идеальной діетой, съ точки зрѣнія спокойствія органа, было бы полное воздержаніе. Но такъ какъ такая радикальная мѣра неосуществима, то мы должны позаботиться о такой пищѣ, которая задавала бы минимальную работу печеночнымъ клѣткамъ и, слѣдовательно, вызывала бы минимальный приливъ. Во всѣ времена страдающимъ печенюю запрещали *жиры*; клиницисты замѣтили, что такіе больные плохо перевариваютъ жиры и даже получаютъ къ нимъ извѣстное отвращеніе. Мы знаемъ въ настоящее время, что пищеварительная работа въ такихъ случаяхъ сопровождается скопленіемъ жировыхъ капелекъ въ периферіи долекъ и что желчь необходима для эмульгирования жировъ. Налагая по *Dastre*'у желчепузырно-кишечный свищъ, нетрудно убѣдиться, что млечные каналцы остаются прозрачными въ томъ отрѣзкѣ кишечника, который получаетъ одинъ панкреатическій сокъ, безъ желчи. Наконецъ, въ противоположность мнѣнію старыхъ физиологовъ, животное съ желчною фистулою, устраняющею всякій притокъ желчи въ кишки, остается здоровымъ только при томъ условіи, если исключить изъ его корма всякій жиръ. Больнымъ, страдающимъ гипереміею печени должно, слѣдовательно, запретить жирную пищу. Постные супы заслуживаютъ, стало быть, предпочтенія предъ жирными похлебками.

Печень водоизмѣняетъ также *бѣлковыя вещества*. *C. Bernard*, впрыскивая яичный бѣлокъ въ яремную вену кролика, затѣмъ находилъ его въ мочѣ, между тѣмъ какъ введенный въ воротную вену бѣлокъ не появлялся въ мочѣ: онъ, слѣдовательно, дѣлается усвояемымъ, пройдя чрезъ печень. *Buchard* установилъ тотъ же фактъ по отношенію къ *пептонамъ*. Въ дѣйствительности, однако, больные печенюю сравнительно хорошо переносятъ *мясо*, такъ что мы напрасно стали бы запрещать его на основаніи только что изложенныхъ теоретическихъ соображеній. Но слѣдуетъ выбирать менѣе раздражающіе и болѣе удобоваримые сорта. Цыплята, телятина, ягнятина, бараньи ножки, свинина заслуживаютъ предпочтенія. Говядина и баранина разрѣшаются въ небольшихъ количествахъ. *Dujardin-Beaumont* рекомендуетъ хорошо прожаренное или студенистое мясо. Совершенно воспрещаются дичь и колбасные товары, за исключеніемъ не очень соленой ветчины.

Яйца можно разрѣшить, чтобы ни говорили, потому что нѣтъ никакого серьезнаго основанія, чтобы ихъ запретить. *Рыба* не вредна, если она безусловно свѣжа, слѣдуетъ только воздерживаться отъ трудно переваримой, какъ—то лососины, макрели, тунца, угря; раковыхъ слѣдуетъ избѣгать, равно какъ и всякаго рода консервовъ, которые слишкомъ часто подвергаются броженію. Не слѣдуетъ, далѣе, забывать, что у многихъ больныхъ, одержимыхъ гипереміею печени, первоначальный источ-

никъ болѣзни кроется въ обильной вообще ѣдѣ, поэтому слѣдуетъ также ограничить количество пищи.

Углеводовъ не слѣдуетъ запрещать, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ больной диабетикъ. При нормальномъ состояніи гликогенной функціи печени (въ чемъ легко отдать себѣ отчетъ испытаніемъ пищевой гликозури) можно рекомендовать умеренныя количества крахмалистыхъ веществъ. Если же существуютъ опасенія, что работа превращенія крахмала будетъ слишкомъ велика и можетъ вызвать нежелательное раздраженіе печени, то устраняють изъ діеты сахаръ; больной охотнѣе отказывается отъ послѣдняго, чѣмъ отъ крахмалистыхъ веществъ.

Напомнимъ, что извѣстныя отравленія печени требуютъ присутствія значительныхъ количествъ гликогена: печень содержащая мало или лишенная гликогена, не задерживаетъ ядовъ (*Roger*). Правда, организмъ могъ бы вырабатывать гликогенъ изъ бѣлковыхъ веществъ, но это была бы для него болѣе сложная работа, чѣмъ переработка углеводовъ.

Овощи, свѣжія и хорошо проваренныя, особенно зелень, рекомендуются всѣми авторами; ихъ нужно употреблять въ большихъ количествахъ, равно какъ и плоды, въ особенности виноградъ. Польза отъ леченія виноградомъ безспорна. Для больного, одержимаго гиперемією печени, лучше всего сдѣлаться вегетеріанцемъ (*Dujardin-Beaumez, Vonnefoy*), если онъ можетъ примѣниться къ этому режиму. Слабые больные, напр. малярики должны, однако, получать и немного азотистой пищи.

Молоко разрѣшается всегда. Оно заключаетъ въ себѣ пищевые элементы въ особенно легко усвояемой формѣ и обусловливаетъ сравнительно асептическое состояніе кишечника (*Gilbert* и *Dominici*). Напомнимъ по этому поводу, что *Charrin*'у и *Roger* удавалось понизить на половину токсическое и конвульсирующее дѣйствіе мочи у кролика, устранивъ изъ его пищи калий и замѣнивъ его молокомъ. Кромѣ того, молоко дѣйствуетъ мочегонно, и при подострыхъ формахъ показуется даже исключительно молочная діета. Можно разрѣшить свѣжій творогъ, сыры же, содержащіе токсины, воспрещаются. Чай и кофе вредны. Но что безусловно должно запретить всякому субъекту съ гиперемією печени, если только онъ не кахэктикъ, это алкоголь во всѣхъ его видахъ. Что касается спиртныхъ, такъ называемыхъ гигиеническихъ и иныхъ напитковъ, то ихъ слѣдуетъ воспретить, разрѣшая ихъ лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ.

С. Кишечная антисептика.

1) Внутреннее леченіе сводится къ примѣненію *слабительныхъ, антисептическихъ, желчегонныхъ* и пользованію *минеральными водами*. Изъ слабительныхъ предпочтительны *соли* (сѣрнокислый натръ,

магнезія) и растительныя слабительныя (ревень, подофілинъ, cascara). Отъ проносныхъ слѣдуетъ воздерживаться изъ опасенія увеличить приливъ къ печени. Лучшій способъ состоитъ въ назначеніи малыхъ, часто повторяемыхъ дозъ: такъ напр. прописываютъ по 15 грм. сѣрнокислаго натра, два раза въ недѣлю. Въ исключительныхъ случаяхъ назначаются еще *рвотныя*. Рвотный корень представляетъ то преимущество, что онъ не только освобождаетъ желудокъ отъ извѣстнаго количества вредныхъ веществъ и проявляетъ слабительный эффектъ, но еще механически, благодаря рвотнымъ движениямъ, выжимаетъ кровь изъ печени (*Frerichs*). *Промыванія желудка* растворомъ двууглекислой соды имѣютъ цѣлью удалить изъ расширеннаго желудка застоявшіяся въ немъ массы и уменьшить, гдѣ это требуется, гиперхлоргидрію. *Большія холодныя промывательныя* изъ 1 — 2 литровъ, предложенныя *Krull* емъ въ 1877 г., оказываютъ при хронической гипереміи печени такія же услуги, какъ и при катаральной желтухѣ; они дѣйствуютъ, повидиму, оживляя кровообращеніе въ печени и вызывая судорогу желчныхъ канальцевъ: подъ вліяніемъ ускореннаго тока крови печень очищается отъ застоявшихся въ ней отбросовъ питанія, а большія количества воды понижаютъ ядовитость кишечнаго содержимаго.

2) Эта послѣдняя цѣль достигается вѣрнѣе помощью *обезничивающихъ кишки* средствъ, которыя должны состоять изъ бактерицидныхъ и мало растворимыхъ веществъ: лучше давать ихъ раздѣльными, дробными дозами, дабы увеличить соприкосновеніе съ организованными бродами и вырабатываемыми въ кишкахъ токсическими веществами. *Naagen* и *Joffé* изучили сравнительное дѣйствіе, какъ антисептическихъ, *салола*, *тимола*, *нафталина* и *іодоформа*. Салоль заслуживаетъ предпочтенія, потому что онъ расщепляется только въ присутствіи панкреатическаго сока и, стало быть, не нарушаетъ отправленій желудка; мало того, онъ даетъ салициловую кислоту, которая выдѣляется желчью. *Іодоформъ*, по этимъ авторамъ, обладаетъ лишь ничтожнымъ противогнилостнымъ дѣйствіемъ, хотя *Moraux* хвалитъ его противобродильныя свойства. Хорошими противогнилостными для кишекъ служатъ еще *нафтолъ*, *бензонафтолъ* и *бетолъ*. *Каломель*, разлагаясь въ кишкахъ на сулему и сѣрнистую ртуть, дѣйствуетъ противогнилостно: но съ такою цѣлью его должно назначать въ дробныхъ приемахъ, осторожно, съ болѣе или менѣе короткими промежутками.

3. *Общая антисептика*. — Не слѣдуетъ забывать, что всякій больной, страдающій хроническою гипереміею печени, есть кандидатъ на недостаточность печени: это величайшая опасность, за которою предусматривается иногда тяжкая желтуха. Слѣдовательно уменьшить образованіе токсиновъ, вывести, сжечь ихъ — вотъ три главныхъ требованія со стороны будущности больного. Если, не взирая на примѣненіе обеззара-

живающихъ кишки, токсины все-таки проникли въ общій токъ крови, то ихъ необходимо оттуда вывести. Молоко ограничиваетъ производство токсиновъ и увеличиваетъ мочеотдѣленіе. Большія холодныя клизмы, независимо отъ прямого дѣйствія на кровообращеніе въ печени, обладаютъ еще способностью увеличивать мочеотдѣленіе. Наконецъ, съ цѣлью увеличивать сгораніе, прибѣгаютъ къ окислительному методу *A. Robin'a*; къ бензойнокислымъ щелочамъ, гиттуровой кислотѣ, вдыханіямъ кислорода, упражненіямъ на открытомъ воздухѣ, раздражающимъ растираніямъ кожи, къ массажу.

Д. Желчегонныя.

У больныхъ, страдающихъ гипереміею печени, находятъ зачастую слабо желтушную окраску покрововъ, затрудненное пищевареніе, мало окрашенныя испраженія. Наконецъ, констатируется та характеризующая это состояніе совокупность симптомовъ, которая извѣстна у англичанъ подъ названіемъ *torpor of liver, вялости печени*. Отсюда выводили заключеніе, что необходимо повысить желчеобразовательную работу этого органа: съ этой цѣлью давали желчегонныя. Последнія представляютъ еще то преимущество, что вмѣстѣ съ увеличенными количествами желчи выводятъ и болѣе значительное количество ядовъ. Извѣстно, вѣдь, что эта роль печени въ достаточной степени, установлена изслѣдованіями *Orfila, Cl. Bernard'a, Хжронщевскаго, Heidenheim'a, Peiper'a, Mosler'a, Heger'a, Schiff'a, Charrin'a, Roger, Camara-Pestana*.

Истинныхъ желчегонныхъ немного. Экспериментаторы, производившіе свои опыты при не вполне тождественныхъ условіяхъ (*Rutherford, Röhrig, Baldi, Paschkis, Prevost* и *Binet*) пришли къ крайне разнорѣчивымъ заключеніямъ, такъ что въ составленныхъ ими таблицахъ мы наталкиваемся на вопіющія разногласія относительно желчегонной силы различныхъ веществъ. Въ дѣйствительности, съ этой точки зрѣнія, вѣ сомнѣнія стоитъ только дѣйствіе желчи и натра салицилового. Весьма вѣроятно, что тѣ небольшія дозы желчи, которыя можно назначить безъ ущерба для желудка, проявляютъ лишь слабое дѣйствіе, тѣмъ не менѣе, ими не слѣдуетъ пренебрегать. Можно прописать пилюли *Huteland'a*:

Rp. *Extr. feli tauri*
Sapon. med.
Pulv. rhei aa 3,0.
Extr. tarax. off. q. s.
Ut f. pil. № 100.

DS. 5—10 пилюль въ день.

Безъ всякаго сомнѣнія, желчныя соли заслуживаютъ примѣненія въ практикѣ. Салициловый натръ назначается съ осторожностью и въ торпидныхъ случаяхъ, потому что онъ можетъ вызвать приливъ къ печени (*Lépine*). Менѣе энергичный бензойно-кислый натръ можно назначать

безъ опасеній. Салициловый натръ представляетъ, однако, то преимуще-ство, что задерживаетъ размноженіе микробовъ въ желчи ¹⁾. *Салолъ*, вмѣстѣ съ истинно желчегонными свойствами, проявляетъ полезное анти-септическое дѣйствіе на кишечникъ и желчные пути, потому что расщепляется панкреатическимъ сокомъ на салициловую и карболовую кислоту. *Эвониминъ*, *подофилинъ* въ умѣренныхъ дозахъ (*Rutherford*), ревенъ, *алоэ* назначаютъ скорѣе какъ слабительныя, ибо въ то время какъ одни изъ авторовъ (*Rutherford*, *Prévost* и *Binet*) признаютъ за ними желчегонное дѣйствіе, другіе отрицаютъ его. Сабуръ заслуживаетъ отдѣльнаго упоминанія, потому что онъ проявляетъ отводящее дѣйствіе въ вены прямой кишки и такой оттокъ крови въ почечуиыя вены можетъ быть только благотвѣльнымъ для больныхъ, страдающихъ гипереміею печени.

Boldo, весьма употребительный при страданіяхъ печени въ Америкѣ, введенный во Франціи *Dujardin-Beaumez*'омъ, проявляетъ лишь слабое желчегонное дѣйствіе по *Prévost* и *Binet*, но это бесспорно возбуждающее для печени, и *Dufourt* наблюдалъ нерѣдко, что печень подъ вліяніемъ этого медикамента становилась болѣзненною. Его можно поэтому либо давать, либо не давать, смотря потому, желательна ли возбудить или, напротивъ того, умѣрить дѣятельность печени. Суточные дозы его: 10:1000 въ настоѣ, 1—2 грм. спиртной настойки, 60 грм. вина, 0.3 эссенціи въ капсулахъ. *Иридинъ*, смолистое вещество, извлекаемое изъ *rhizoma iridis versicolor*, примѣняется въ Соединенныхъ Штатахъ, по 0.06—0.3 на приемъ, въ качествѣ слабительнаго и желчегоннаго. Американцы назначаютъ его при страданіяхъ печени, а *Rutherford* при заболѣваніяхъ желчныхъ путей. *Эвониминъ* добывается изъ коры *evonymus atropurpureus*; онъ оказываетъ слабительное дѣйствіе подобно ревеню и показуется при гипереміи печени; лучше всего дать на ночь 0.15—0.2, а на другой день, въ дополненіе дѣйствія его, 60 грм. воды *Pullna. G. de Mussy* рекомендуетъ пилюли изъ 0.025 подофилина, 0.05—0.10 эвонимина, вытяжки бѣлены 0.05; такая пилюля оказываетъ слабительное, желчегонное и желчеотдѣлительное дѣйствіе. — *Фитолаксинъ*, (0.1—0.2), *сангвинаринъ* (0.005—0.01) *бантлизинъ* (0.1—0.3), *стиллинтинъ*, *chionantus virginica*, *hydrastis canadensis*, *leptandra virginica* обладаютъ ничтожными или недостаточными желчегонными свойствами; вещества эти, весьма употребительныя въ Соединенныхъ Штатахъ, почти не назначаются во Франціи. *Яланна* и *скаммэній* проявляютъ лишь слабое желчегонное дѣйствіе. Могушественнымъ желчегоннымъ *Rutherford* считаетъ *рвотный корень*. Наконецъ, *эллеборинъ*, *chelidonia majus*, *бріонія*, *fol. euphorcae* *тысячелистникъ*, *жимолость*, *яборанди* и, въ особенности, *ането-*

¹⁾ *I. Teissier*. Les rapports du foie et de l'intestin en pathologie (Congrès de 1895).

nium hepaticus поочередно фигурировали въ роли измѣнителей желчегонной функціи печени. Эта послѣдняя трава пользуется большою славою въ народѣ на югѣ Франціи.

Перейдемъ теперь къ двумъ, освященнымъ практикою медикаментамъ въ терапіи печени, относительно которыхъ споры не улеглись еще и донинѣ. Мы говоримъ о *каломель* и *двууглекислой соды*.

Е. Каломель.

Каль, испражняемый послѣ назначенія каломеля, имѣетъ характерную зеленоватую окраску, которую *Buckheim* приписывалъ увеличенному отдѣленію желчи; на этомъ легко констатируемомъ фактѣ и основалась репутація каломеля. Если, однако, дать слабительную дозу каломеля животному съ желчною фистулою, у котораго ни одна капля желчи не можетъ попасть въ кишки, то испражненія его всетаки получаютъ зеленоватую окраску (*Prévost* и *Binet, Dufourt*): желчь тутъ, слѣдовательно, не причесть. Весьма вѣроятно, что дѣло идетъ объ образованіи сѣрнистой ртути (*Traube*). Каломель не желчегонное, мало того, въ настоящее время можно считать даже почти установленнымъ, что онъ уменьшаетъ количество желчи, отдѣляемое въ единицу времени (*Scott, Mosler, Kölliker* и *Müller, Röhrig, Rutherford, Bennet, Радзневскій, Prévost* и *Binet*). Недавно *Dufourt* обнародовалъ рядъ весьма интересныхъ наблюденій о вліяніи нѣкоторыхъ медикаментовъ на количество желчи и ея главныхъ составныхъ частей. Каломель въ слабительной дозѣ уменьшаетъ наполовину (въ первые 9 часовъ послѣ приѣма) количество выдѣляемой у собаки желчи. Уменьшается одинаково отдѣленіе воды, желчныхъ солей и мыль. Можетъ быть, каломель содѣйствуетъ выдѣленію желчи, вызывая сокращенія желчныхъ путей, способная ускорить истеченіе желчи. Въ настоящее время на каломель склонны смотрѣть какъ на типичнаго желчеизгоняющаго агента. *Köhler* полагаетъ, что каломель можетъ увеличить выдѣленіе желчи либо тѣмъ, что устраняетъ катарръ желчныхъ путей, либо тѣмъ, что выталкиваетъ слизистыя пробки, препятствовавшія свободному истеченію желчи. И по *Louder-Brunton*'у, каломель дѣйствуетъ, устраняя легкій катарръ двѣнадцатиперстной кишки и частью возбуждая перистальтику этой и тощей кишки. Невозможно, по замѣчанію *Murchison*'а, чтобы раздраженіе каломелемъ двѣнадцатиперстной кишки не распространилось на желчный пузырь, вызывая его сокращенія, выталкивающія его содержимое. Такимъ образомъ можно объяснить отчасти увеличеніе количества желчи въ испражненіяхъ.

Въ объясненіе безспорной терапевтической цѣнности каломеля приводили еще много другихъ предположеній.

По *Васильеву*, онъ задерживаетъ броженіе органическихъ веществъ,

особенно бѣлковыхъ; въ испражненіяхъ послѣ каломеля не находятъ, въ самомъ дѣлѣ, ни индола, ни скатола; это превосходное асептическое и антисептическое средство; этимъ двумъ свойствамъ своимъ онъ и обязанъ успѣшнымъ вліяніемъ при расстройствахъ желудочно-кишечныхъ отправленій; по этому автору, наконецъ, зеленая окраска испражнений зависитъ просто отъ присутствія неизмѣненныхъ желчныхъ пигментовъ, которые при сказанныхъ условіяхъ не разрушаются процессомъ гніенія въ кишкахъ. *Steiff* утверждаетъ, однако, что доза въ 0,3 каломеля не задерживаетъ процессовъ броженія и гніенія въ кишкахъ, потому что содержаніе парныхъ сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ не уменьшается. Другіе авторы объясняютъ противогнилостное дѣйствіе каломеля тѣмъ, что онъ распадается то на сѣрнистую ртуть и сулему, то на металлическую ртуть и сулему (*Voit, Rabuteau*). Это превращеніе каломеля въ сулему составляетъ причину экхимозовъ и кровавистыхъ испражнений, которыя *Riederer* наблюдалъ у собакъ, получавшихъ каломель. Тѣмъ не менѣе, *Buchheim, Verne, Mossé, Adam* полагаютъ, что медикаментъ этотъ не такъ легко переходитъ въ сулему; а по *Riederer*'у большая часть каломеля выводится испражненіями въ неизвѣстномъ видѣ. *Otholenghi*, опираясь на результаты своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, также утверждаетъ, что терапевтическія и токсическія свойства каломеля зависятъ не отъ превращенія его въ сулему; онъ приписываетъ ихъ средству бѣлковыхъ веществъ къ этому соединенію ртути; имъ благоприятствуютъ хлористыя щелочи и соляная кислота. По *Dufourt*'у, наконецъ, благоприятное вліяніе каломеля при гипереміи печени объясняется тѣмъ, что онъ умѣряетъ работу органа.

Какъ бы то ни было, успѣшное дѣйствіе каломеля установлено клиническимъ опытомъ. Его можно назначать либо одною массивною дозою (0,5—0,8), либо раздѣльными пріемами, по 0,1. Нѣкоторые клиницисты даютъ ежедневно по 0,01—0,03, продолжительное время, съ промежутками покоя, втеченіе коихъ назначаютъ щелочи: при такомъ леченіи очень упорные завалы печени исчезали чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Но продолжительное леченіе каломелемъ требуетъ бдительнаго надзора, потому что нерѣдко влечетъ за собою нежелательное меркуріальное слюнотеченіе. Чтобы предотвратить образованіе ядовитыхъ соединеній, каломеля не слѣдуетъ давать одновременно съ повареною солью, съ ціанистыми препаратами или съ медикаментами, содержащими синильную кислоту, напр. съ лавровишневою водою. Такъ какъ каломель образуетъ въ кишечникѣ *черную сѣрнистую ртуть*, то по *Serres* и *Becquerel*'ю, проще было бы прописывать просто прямо это послѣднее соединеніе. Наконецъ, съ цѣлью повысить противогнилостное и желчегонное дѣйствіе каломеля, *Dujardin-Beaumont* прописываетъ его вмѣстѣ съ 0,002 сулемы (на 0,1 каломеля). Одна такая пилюля дается на тощакъ и другая только чрезъ длинный промежутокъ.

Ф. Двууглекислый натръ.

Одна за другою измышлялись физиологами различныя гипотезы въ объясненіе дѣйствія *двууглекислаго натра* при страданіяхъ печени, но ни одной изъ нихъ не удалось подтвердить экспериментально. Количество отдѣляемой желчи не увеличивается (*Nasse, Röhrig, Rutherford, Prévost* и *Binet, Dufourt*), а отъ большихъ дозъ оно даже уменьшается (*Nissen*); но дозы, которыя *Nissen* называетъ большими, въ дѣйствительности огромны; этотъ авторъ давалъ взрослому больному 50—75 грм. соды и весьма вѣроятно, вызывалъ такимъ образомъ пищеварительныя разстройства, угнетающія желчеобразовательную функцію печени. *Левашевъ* и *Кликовичъ* находили увеличеніе количества желчи, выраженное янѣе отъ слабой дозы, въ 1.0, чѣмъ отъ пріемовъ 2—3 грм. Двууглекислый натръ не переходитъ въ желчь и не можетъ повысить ея щелочность, какъ это утверждали 1). Предполагали еще, что желчь, измененная щелочью, растворяетъ слизь въ воспаленныхъ желчныхъ путяхъ и оказываетъ благоприятное умѣряющее вліяніе на эпителий желчныхъ протоковъ. Это возможно. Но возможно также, что дѣйствіе соды на печень объясняется иначе, что дѣло идетъ объ усиленной васкуляризаціи органа, оживляющей кровообращеніе въ немъ и освобождающей его отъ всѣхъ застоявшихся въ немъ отбросовъ обмѣна и иныхъ. (*Dufourt*). Во всякомъ случаѣ такое именно вліяніе оказываетъ, повидимому, какъ это мы увидимъ ниже, лечение на минеральныхъ водахъ.

Сюда можно прибавить еще улучшеніе пищеварительныхъ отправленияхъ, несомнѣнное у большинства больныхъ и отражающееся непосредственно на отправленияхъ печени.

Это улучшеніе отправленияхъ печени доказывается, въ самомъ дѣлѣ, экспериментально увеличеніемъ количества гликогена печени у животныхъ, получающихъ двууглекислую соду (*Dufourt*) 2). А извѣстно, что одна изъ наиболѣе важныхъ функцій печени—фиксированіе ядовъ, заносимыхъ изъ кишечника, связана непосредственно съ присутствіемъ и обиліемъ гликогена (*Roger*). Двууглекислый натръ заслуживаетъ, стало быть, то мѣсто, которое онъ занимаетъ въ терапіи гипереміи печени и его всегда можно съ надеждой на успѣхъ назначать страдающимъ этимъ разстройствомъ больнымъ.

Г. Минеральныя кислоты.

Мы не можемъ обойти молчаніемъ способа леченія минеральными кислотами, рекомендуемаго въ Индіи англійскими врачами *Scott*’омъ и *Annessey, Sydney, Ringeg*’омъ и *Bartholow*. Они берутъ смѣсь изъ 3

1) *Gloss*.—Arch. f. experim. Pathol. und Pharmac. 1892.

2) *Dufourt*.—Arch. de médecine expérimentale, 1890.

частей азотной и 4 частей соляной кислоты и чрезъ 24 часа разводять эту смѣсь 25 частями воды. Дается на пріемъ 5—25 капель этого раствора. *Rutherford* считаетъ это средство желчегоннымъ. *Murchison*, имѣвшій возможность оцѣнить его, заявляетъ, что дѣйствіе его ничтожно или даже вредно и признаетъ за нимъ только способность улучшать въ извѣстныхъ случаяхъ желудочное пищевареніе. Весьма вѣроятно, что кислоты эти дѣйствуютъ главнымъ образомъ, обеззараживая пищеварительный каналъ. *Steibert* въ 1879 г. горячо хвалилъ *хлористый аммоній*, по 2—4 грм. въ сутки, въ двухъ или трехъ пріемахъ. По *Murchinson*'у, этотъ медикаментъ увеличиваетъ потоотдѣленіе и мочеотдѣленіе, уменьшаетъ гиперемію въ системѣ воротной вены и облегчаетъ исходящія изъ печени боли. Мы сами примѣняли его нѣсколько разъ безъ особеннаго успѣха.

Н.—Опотерапія.

При увлеченіи въ послѣдніе годы вытяжками изъ органовъ, сдѣланы были, цонятно, и попытки опотерапіи печени. Съ физиологической точки зрѣнія, вытяжка печени вызываетъ паденіе температуры, увеличеніе количества мочи, мочевины, фосфорной кислоты, болѣе обильныя и даже поносныя испражненія (*Mairet* и *Vires*¹). *Gilbert* и *Carnot*²) получали хорошіе результаты при страданіяхъ печени съ недостаточностью, въ особеннсти остановки столь частыхъ при этой болѣзни кровотеченій. Но это все только первые зачатки метода, который нуждается еще въ провѣркѣ, прежде чѣмъ войти въ употребленіе.

І.—Минеральныя воды.—Водолечение. Мѣстное лечение.

Минеральныя воды пользуются заслуженною репутаціею въ терапіи хронической гипереміи печени. На водахъ нерѣдко разрѣшаются старые завалы, не уступавшіе никакому другому леченію. Двѣ бальнеологическія станціи считаются соперницами на этомъ поприщѣ: *Виши* и *Карлсбадъ*. Мы и поговоримъ о нихъ подробнѣе. Виши, о которомъ *Dufourt* сообщилъ намъ рядъ крайне интересныхъ данныхъ, является типомъ крѣпкихъ углекисло-щелочныхъ водъ. Различные источники его содержатъ около 5 грм. двууглекислой соды, 1 грм. углекислыхъ калия, извести и магнезіи, а нѣкоторые источники еще, кромѣ того, небольшія количества мышьяка и желѣза. Вліяніе на печень при пользованіи водами на мѣстѣ не подлежитъ сомнѣнію. Это возбуждающее дѣйствіе, которое иногда обнаруживается уже послѣ первыхъ стакановъ *Grande Grille* (41,8°): печень изъ вялой становится чувствительною, если не болѣзненною; больные, слѣдящіе за собою,

¹) *Mairet et Vires*.—Soc. de Biologie 1 мая 1897.

²) *Gilbert et Carnot*.—Soc. de Biologie 21 ноября 1896 и 8 мая 1897.

говорять, что у нихъ печень начинаетъ работать ¹⁾). Откуда это ощущение? Говорили о замѣщающемъ раздраженіи, но это только слово, не имѣющее того значенія, которое желали ему придавать. По мнѣнію *Dufourt*'а и нѣкоторыхъ врачей въ Виши, дѣло идетъ объ усиленной васкуляризаціи печени, васкуляризаціи, оживляющей обмѣнъ веществъ въ органѣ, въ которомъ преобладали явленія застоя и торпидности. Кровообращеніе становится болѣе дѣятельнымъ, всѣ отправления печени совершаются съ нормальною интенсивностью, и если желчные пути не были свободны отъ инородныхъ тѣлъ, то сокращенія желчнаго пузыря могутъ вызвать приступы болей. Иногда во время курса леченія обнаруживаются поносныя желчныя испражненія, и можно было-бы думать, что опорожненіе печени совершается путемъ усиленнаго выдѣленія желчи, но въ другихъ случаяхъ существуетъ склонность къ запорамъ.

Это специальное дѣйствіе обусловливается сложными свойствами Виши, и его трудно объяснить извѣстными намъ свойствами двууглекислой соды. Мало того, даже сами воды Виши, если пить ихъ не на мѣстѣ, лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ вызываютъ подобныя явленія. Виши, слѣдовательно, противопоказуется при острыхъ приливахъ печени и прежде, чѣмъ послать на эти воды больного, необходимо выждать, чтобы прошелъ острый періодъ. Равнымъ образомъ, еслибы страданіе обострилось въ Виши, то должно немедленно прекратить леченіе. Существуютъ извѣстныя границы, въ которыхъ зачастую не легко бываетъ ориентироваться, такъ что руководить курсомъ леченія въ Виши не такъ легко, какъ это думаютъ многіе врачи. Во всякомъ случаѣ, никоимъ образомъ не слѣдуетъ предоставить больного самому себѣ, безъ врачебнаго контроля.

Кромѣ этого дѣйствія на самую печень, констатируется еще улучшеніе пищеварительныхъ отравленій, питанія, усвоенія и мочеотдѣленія, регулированіе количества мочевины (потому что мочевина, чтобы ни говорили, либо увеличивается, либо уменьшается въ Виши, смотря по обстоятельствамъ). За начальнымъ возбужденіемъ печени слѣдуетъ успокоеніе и, какъ конечный результатъ, значительное уменьшеніе объема печени, которая становится вмѣстѣ съ тѣмъ и мягче (*Dufourt*).

Аналогичные результаты получаются въ *Карлсбадѣ*, хотя составъ водъ здѣсь иной. *Sprudel* содержитъ 1,29 грм. двууглекислой соды, 2,40 сѣрнокислаго натра и 1,04 поваренной соли; это, стало быть, вода углекисло-натронная, хлористая и сульфатная. Общее количество солей равно 5,51 грм. на литръ, въ то время какъ *Grande-Grille* въ Виши содержитъ ихъ 7 грм. на литръ. Карлсбадъ даетъ слабительный эффектъ, рѣдкій въ Виши. Главнымъ образомъ сѣрно-кислый натръ, заключаю-

¹⁾ Источникъ *Hôpital* дѣйствуетъ, повидимому, менѣе энергично, но онъ меньше также угрожаетъ приступами остраго прилива.

щійся въ карлсбадскихъ водахъ (которыя совѣтуютъ пить маленькими глотками), вызываетъ особая, мягкія, такъ наз. карлсбадскія испражненія; съ другой стороны, мочеотдѣленіе здѣсь меньше, что зависитъ, безъ сомнѣнія, отъ болѣе высокой температуры воды (72,5° вмѣсто 42,5°). Но возбуждаютъ они печень также, какъ Виши, и печеночные приступы въ Карлсбадѣ наблюдаются даже чаще. Чѣмъ руководствоваться въ выборѣ между Виши и Карлсбадомъ? Это въ большинствѣ случаевъ одинъ изъ наиболѣе трудно разрѣшимыхъ въ медицинской практикѣ пунктовъ. Лечение въ Карлсбадѣ болѣе бурно, менѣе измѣняющее (въ старомъ смыслѣ этого слова); оно, повидимому, направлено преимущественно на кишечникъ. Для полнокровныхъ больныхъ съ очень развитою венозною сѣтью живота, подверженныхъ запорамъ, слѣдуетъ предпочитать Карлсбадъ. Если же находятся къ дурномъ состоянію отправления желудка, то останавливаютъ выборъ на Виши. По мнѣнію *Науета*, Виши показуется болѣе при гиперпенсіи и азотуріи. На дѣлѣ, однако, теоретическія соображенія, основанныя, впрочемъ, на недостаточномъ знакомствѣ съ фактами, терпятъ полное крушеніе, и весьма часто больные, безуспѣшно побывавшіе въ Карлсбадѣ, чувствуютъ себя превосходно послѣ курса леченія въ Виши, между тѣмъ, какъ другіе, мало повидимому отличающіеся отъ первыхъ, не получивъ облегченія въ Виши, выздоравливаютъ въ Карлсбадѣ.

Если существуютъ противопоказанія къ примѣненію Виши или Карлсбада, то могутъ принести облегченіе нѣкоторыя другія минеральныя воды, изъ коихъ мы назовемъ лишь главнѣйшія. Изъ содовыхъ водъ мы имѣемъ во Франціи *Вальсъ*, обладающій только холодными источниками, но съ чрезвычайно разнобразною минерализаціею, *Монтронъ*, *Булу*, въ Богеміи *Билингъ*, въ Пруссіи *Нейенаръ*. Въ группу Карлсбада входятъ еще *Маріенбадъ* и *Франценбадъ*, владѣющіе только холодными ключами. *Шатель-Гюонъ*, съ 2 грм. углекислой извести, 1 грм. углекислаго натра, 1,5 хлористой магnezіи и 1,60 поваренной соли, обладаетъ слабительными свойствами, которыми можно успѣшно пользоваться. Тоже самое можно сказать о *Бридь*, съ его теплыми, содержащими поваренную и глауберовую соль водами. Изъ водъ, богатыхъ поваренною солью, назовемъ еще *Гомбургъ*, *Киссингенъ*, *Монтэ-Каттини* и *Салэнъ-Мутье*. Наконецъ, *Канфернъ*, *Контрѣксевилъ* съ 1,22 сѣрнокислой извести, 0,78 двууглекислыхъ извести и магnezіи, воды *Эвлянъ* съ небольшимъ содержаніемъ солей, но сильно мочегонныя, могутъ удовлетворить нѣкоторымъ частнымъ показаніямъ. *Murchinson* рекомендуетъ еще минеральныя воды, въ которыхъ слабительные элементы соединены съ желѣзомъ (*Гаррогатъ*, *Чэльтенгэмъ*, *Лэмингтонъ* и др.).

Bing, *Murchinson*, *Bartholow*, англичане и американцы прибѣ-

гаютъ еще къ ваннамъ изъ раствора *азотной* и *соляной кислотъ* (1 : 100). Въ эту смѣсь погружаются только ноги, на полчаса, утромъ и вечеромъ; бедра обтираются смоченною въ смѣси губкою, также какъ и область печени, а вокругъ живота кладутъ смоченный въ этой же ваннѣ фланелевый компрессъ. Хорошіе результаты можетъ дать *водолечение*. Примѣняютъ либо холодные *струевые души* на печень, продолжительностью не болѣе одной минуты, притомъ только при безболѣзненныхъ формахъ и направляя на печень прерывистую струю, ибо нерѣдко сильный душъ, направленный на органъ, еле оправившійся отъ подостраго приступа, вызываетъ острѣйшія боли и ожесточеніе симптомовъ; либо рекомендуются *шотландскіе души* (Benti-Barde), либо, наконецъ, души въ формѣ *лебединой шеп*, дающіе объемистую, но слабого давления струю. *Durand-Fardel* назначаетъ мѣстный душъ впродолженіи 8 недѣль, *дождевые души* впродолженіи мѣсяца, съ сильнымъ давленіемъ; онъ начинаетъ съ того, что называютъ въ *Виши ванномъ душемъ* (*douche en beignoire*) и настаиваетъ на преимуществахъ *разрѣшающихъ* душей въ 34°, впродолженіи 5—10 минутъ, непосредственно передъ ванною. Онъ же примѣнялъ, наконецъ, *массажъ* гиперэмированной печени, чрезъ каждые два дня, впродолженіи 5—15 минутъ: сначала онъ перкутировалъ ее короткими ударами ладонной поверхности пальцевъ и затѣмъ осторожно и нѣжно разминалъ.

Не слѣдуетъ также пренебрегать мѣстнымъ леченіемъ, которое состоитъ изъ отвлекающихъ на кожу, смазываній іодомъ, мушекъ, точечныхъ прижиганій, сухихъ банокъ. Если появился болѣзненный приступъ подостраго прилива, то приносить облегченіе прикладываніе пѣвоекъ на область печени или къ заднему проходу.

III.

Лечение различныхъ клиническихъ формъ.

Третье показаніе, управляющее терапіею гиперэміи печени, вытекаетъ изъ различныхъ причинъ болѣзни. Слѣдовательно, мы должны теперь разсмотрѣть отдѣльно свойственныя каждой клинической разновидности терапевтическія особенности: леченіе гиперэміи вслѣдствіе *злоупотребленія пдою*, гиперэміи *диспептиковъ*, *подагриковъ*, *диабетиковъ*, *маляриковъ* и *сердечныхъ*.

A. Гиперэмія вслѣдствіе злоупотребленія столомъ.

Предписывается вышеуказанная діета. У *алкоголиковъ* эта гиперэмія довольно часто сопровождается *подострыми приступами* съ болями въ подреберьи, слегка желтушною окраскою и засореніемъ желудка. Эти приступы лечатся, по крайней мѣрѣ временно, *молочною*

диэтой; изъ мѣстныхъ средствъ оказываютъ услуги *кросососныя банки*. Можно также пставить *пѣвки* на подреберье. Если страданіе приняло вполнѣ хроническій характеръ, то весьма полезны маленькія кровопизвлечения, каждый мѣсяцъ, помощью трехъ или двухъ пѣвокъ у задняго прохода; онѣ дѣйствуютъ скорѣе отвлекая, чѣмъ извлекая кровь. Слѣдуетъ остерегаться мушки, которая очень худо переносится больными, у которыхъ кожа очень часто плохо функционируетъ и у которыхъ на первомъ планѣ должно поставить неприкосновенность почекъ. Если подреберье остается болѣзненнымъ, напряженнымъ, то весьма полезны продолжительныя *теплыя ванны*. Холодные струевые души переносятся только при безболѣзненныхъ формахъ; если же они направляются непосредственно на печень, едва оправившуюся отъ подостраго приступа, то могутъ вызвать ожесточеніе симптомовъ. Весьма полезны большія *холодныя клизмы*, рекомендованныя *Krull*'емъ. Наконецъ, назначаются перечисленные выше средства.

В. Гиперемія печени у диспептиковъ.

Она встрѣчается главнымъ образомъ при расширеніи желудка (*Bouchard*). Если она часто повторяется, то можетъ даже повлечь за собою опущеніе правой почки, особенно у туго шнурующихся женщинъ. Она можетъ кончиться циррозомъ (*Hanot* и *Voix*). Эту разновидность гипереміи приписываютъ порчѣ крови воротной вены желудочными токсинами. Желудокъ въ подобныхъ случаяхъ содержитъ тетанизирующія начала (*Bouveret* и *Devic Cassaet* и *Fèrré*), пропионовую кислоту (*Debove* и *Reinaud*), кислоты броженія (*Hanot* и *Voix*) и всѣ токсины, выделяемые микробами, размноженію коихъ благоприятствуютъ измѣненія химическаго состава желудочнаго содержимаго.

На первомъ планѣ стоитъ лечение желудочнаго страданія. Необходимо возстановить нормальную секрецію, побороть атонію, предотвратить расширение, уменьшить броженіе, нейтрализовать продукты послѣдняго. Примѣняются всѣ направленныя противъ диспепсіи средства: *горькія, щелочи, промыванія желудка*, смотря по обстоятельствамъ. Особенно показуется *молоко*. Назначается *каломель*, ежедневно по 0,01—0,04. *Bouchard* рекомендуетъ *перекись водорода* или *хлороформную воду*, и, въ особенности, *соляную кислоту*, которая, по его словамъ, задерживаетъ аномальное броженіе и доканчиваетъ физиологическое пищевареніе: онъ совѣтуетъ выпить нѣсколько глотковъ посреди обѣда или стаканъ въ концѣ раствора, состоящаго изъ 4 грм. дымящейся соляной кислоты въ литрѣ воды.

Въ своей статьѣ о леченіи диспепсіи *A. Robin* доказываетъ, что участіе желудочныхъ токсиновъ въ происхожденіи гипереміи и функциональной гипертрофіи печени не такъ велико, какъ это утверждаютъ.

Мало того, изслѣдованія, произведенныя совместно съ *Kuss'*омъ, доказываютъ, повидимому, что присутствіе ихъ въ желудкѣ составляетъ исключеніе. Вліяніе же диспепсіи на печень онъ объясняетъ раздраженіемъ этого органа непрерывно проходящею надъ *Vater'*овскимъ расширеніемъ слишкомъ кислую пищевою кашицею. Онъ совѣтуетъ поэтому насыщать кислоты, давая чрезъ три часа послѣ ѣды порошокъ магнезіи. Противъ молочнокислаго броженія онъ назначаетъ *нафтолъ* въ маленькихъ дозахъ, *іодистую спирту*, *фтористый аммоній*; маслянокислое броженіе предотвращается *эритроломъ*. *Мышьяковистая кислота*, по 0,001—0,002, дѣйствуетъ умѣряющимъ образомъ на печень. Изъ минеральныхъ водъ предписывается *Виии* или *Вальсг*; *Карлсбадъ*, *Шатель-Гюонъ*, *Бридъ* предпочтительны для полнокровныхъ субъектовъ, страдающихъ запорами.

О. Гиперэмія печени у подагриковъ.

Подагрики рѣдко имѣютъ здоровую печень, говаривалъ *Scudamore*. Заваль печени съ камнями или безъ нихъ, можетъ предшествовать приступу подагры (*Scudamore, Garrot, Gairdner*). Гиперэмія печени составляетъ обычное явленіе у подагриковъ, потому что они зачастую бываютъ диспептиками и склонны къ злоупотребленіямъ столомъ и спиртными напитками. *Murchison* ставитъ даже вопросъ обратно, разсматривая подагру, какъ результатъ функціональнаго расстройства печени. «Много симптомовъ, обыкновенно причисляемыхъ къ подагрическимъ, говоритъ онъ, скорѣе должны быть отнесены насчетъ страданія печени». Это мнѣніе, однако, не раздѣляется большинствомъ клиницистовъ, которые видятъ въ подагрѣ выраженіе общаго нарушенія процессовъ обмѣна веществъ, замедленія обмѣна. Врачъ, стало быть, долженъ поставить себѣ цѣлью видоизмѣнить эту порочную наклонность соотвѣтственною гигиеною, режимомъ, физическими упражненіями, жизнью на свѣжемъ воздухѣ, массажемъ. Образование уратовъ стараются умѣрить помощью щелочей, *улекислаго* или *салициловаго литія*, *типеразиномъ*, *урицединомъ*, *глобулариномъ* и *глобуларитиномъ* (*Heckel*); *чистойскимъ порошкомъ*, аналогичнымъ *противоподагрическому порошку герцоговъ портлендскихъ*, рецептъ котораго приводится еще въ фармакопеяхъ прошлаго столѣтія, *гаарлемскимъ масломъ*, вытяжкою *juniperus oxycedrus*, сложною микстурою *Garrod*. Возбуждается дѣятельность желудка помощью горькихъ средствъ (*Colombo, quassia, рвотный орехъ*) или же еще *спирнокислаго стрихнина*. Если печень болѣзненна, то ставятся на область ея сухія банки, горчичники. Назначаются слабительныя и большія холодныя промывательныя. Изъ минеральныхъ водъ этого рода большимъ приносятъ пользу *Карлсбадъ*, *Шатель-Гюонъ*, *Бридъ*. Эти воды, однако, не всегда хорошо переносятся, и приходится нерѣдко возвра-

щаться къ Виши, Вальсеу или Руая, къ слабымъ углекислонатроннымъ и болѣе тонизирующимъ поваренносоленымъ. Нѣкоторые очень чувствительные субъекты чувствуютъ себя лучше въ Контрэксевиллѣ и Эвианѣ, гдѣ на первомъ планѣ стоитъ мочегонное дѣйствіе.

Гиперемія печени у диабетиковъ.

Она встрѣчается очень часто, особенно при острыхъ формахъ діабета (*Lecorché*); она имѣетъ сложный патогенезъ: во-первыхъ, она находится въ связи съ повышенной дѣятельностью печени, повышенной либо вслѣдствіе рефлекторнаго вліянія, либо вслѣдствіе прямого возбужденія паренхимы: превосходныя работы *Cl. Bernard*'а о гликогенной дѣятельности печени объясняютъ намъ эту связь между чрезмѣрною дѣятельностью печени и гипереміею этого органа. Во-вторыхъ, она зависитъ отъ слишкомъ обильной ѣды, злоупотребленія спиртными напитками и пищеварительныхъ расстройствъ у диабетиковъ, одержимыхъ полифагіею и полидипсіею. Эти обычные этиологическіе факторы гипереміи печени проявляютъ свое дѣйствіе при діабетѣ тѣмъ быстрѣе, что эта болѣзнь создаетъ настоящее предрасположеніе къ гипереміи печени. Этимъ же причинамъ обязаны своимъ возникновеніемъ главнымъ образомъ приступы прилива съ легкою желтухою и кишечными расстройствами, наблюдаемые у диабетиковъ. Не вдаваясь въ разборъ вопроса о гепатогенномъ діабетѣ, который отвлекъ бы насъ слишкомъ отъ нашего предмета, замѣтимъ лишь, что клинически встрѣчаются главнымъ образомъ два рода случаевъ. Въ однихъ дѣло идетъ о давнихъ уже діабетикахъ, у которыхъ печень гипертрофируется длительно, зачастую вслѣдствіе чрезмѣрной функциональной работы и можетъ впоследствии подвергнуться пигментному циррозу. Въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ алкоголиками, представляющими пищеварительныя расстройства, имѣющими большую печень, пищевую гликозурию и превращающимися лишь позднѣе въ настоящихъ диабетиковъ. Этотъ переходъ, эту демаркаціонную линію очень трудно поймать, ибо не взирая на всѣ усилія нозологистовъ, зачастую трудно рѣшить, гдѣ кончается гликозурія и гдѣ начинается діабетъ, и никогда нельзя утверждать, что данный больной, страдающій нынѣ гликозуріею, чрезъ нѣсколько лѣтъ не развернетъ предъ нами полной картины сахарнаго мочеизвуренія со всѣми его симптомами. *Glénard* допускаетъ даже существованіе истиннаго діабета, вызваннаго исключительно алкогольнымъ страданіемъ печени.

Въ подобныхъ случаяхъ исключаютъ алкоголь, сахаръ и крахмалъ и назначаютъ леченіе, примѣнительное при другихъ разновидностяхъ гипереміи печени. Молоко можетъ быть очень полезнымъ; нужно только увѣриться предварительно, что оно не увеличиваетъ у даннаго больного количество сахара въ мочѣ, ибо усвоеніе молочнаго сахара диабетиками

зависитъ отъ индивидуальныхъ условій: у однихъ сахаръ подъ вліяніемъ молочной діеты уменьшается, у другихъ, напротивъ того, значительно увеличивается. А такъ какъ никогда нельзя рѣшить заранее, какое вліяніе будетъ имѣть молоко въ данномъ случаѣ, то необходима провѣрка у каждаго больного. Вмѣстѣ съ тѣмъ предписываются обычныя при діабетѣ терапевтическія мѣры.

Что касается выбора *минеральной воды*, то онъ диктуется степенью тяжести діабета. Въ общемъ, простая гликозурия съ большою печенью подчиняется тѣмъ-же правиламъ и тѣмъ-же показаніямъ, что и гиперэмія алкогольнаго происхожденія. Въ статьѣ *A Robin*'а о леченіи сахарнаго мочеизнуренія можно найти всѣ данныя, коими слѣдуетъ руководствоваться въ выборѣ между *Виши*, *Вальсомъ*, *Ля-Бурбуль*, *Карлсбадомъ*, *Маріенбадомъ*, *Гомбургомъ*, *Киссингенномъ* и пр. Наконецъ, *Gilbert* и *Carnot*¹⁾ наблюдали нѣсколько случаевъ, гдѣ улучшение послѣдовало подъ вліяніемъ опотераціи печени.

Е.—Гиперэмія малярійнаго происхожденія.

Пораженіе брюшныхъ органовъ составляетъ почти правило у маляриковъ, перенесшихъ извѣстное число приступовъ. Селезенка сначала становится болѣзненною, затѣмъ объемистою, и со стороны печени констатируются почти эти-же явленія. Изъ медикаментовъ на первомъ планѣ стоятъ *хина* и *хининъ*, но если заваль печени перешелъ уже въ хроническое состояніе, то хининъ остается безсильнымъ. Въ Индіи назначается *хлористый аммоній*, по 1,0 грм., два, три раза въ день (*Stewart*, *Murchinson*). Но прежде всего, необходимо переселить больного въ другой, болѣе здоровый климатъ, напр. въ горы. Это едва-ли не единственная разновидность печеночной гиперэміи, при которой могутъ дать хорошіе результаты *морскія купанія*, да и то ихъ нужно назначать съ большою осторожностью, сообразуясь съ выносливостью больного. Показуются, далѣе, препараты *жельза*, *мышьяка*, *жидкость Boudina*, въ особенности *мышьяковистый натръ*. *Лодистый калий* можетъ остановить дальнѣйшее развитіе малярійнаго цирроза. Изъ бальнеологическихъ станцій рекомендуются Карлсбадъ, Маріенбадъ, Шатель-Гюонъ, Бридь. Если преобладаютъ разстройства со стороны желудка, то показуется особенно *Виши*, причѣмъ можно назначить источникъ, содержащій немного жельза и мышьяка, напр. *Lardy*. Съ тѣхъ поръ какъ мы расширили наши колоніальныя владѣнія, военный госпиталь въ Виши не въ силахъ вмѣстить въ себѣ всего числа маляриковъ, у которыхъ ядъ оставилъ слишкомъ стойкій отпечатокъ въ формѣ завала печени или селезенки, и результаты, достигаемые тамъ, весьма утѣшительны.

¹⁾ *Gilbert et Carnot. — Semaine méd. 1897, № 24*

Пассивныя гипереміи печени.

Причина пассивной застой. Печень увеличивается въ объемѣ потому, что кровообращеніе ея встрѣчаетъ препятствіе. Преодолѣніе этого препятствія и должно быть цѣлью терапіи, направленной противъ гипереміи печени сердечнаго происхожденія. Назначаются, стало быть, средства, способныя поднять энергію сердца: *наперстянка, кофеинъ, строфантъ, спартеинъ*. Загѣмъ нужно пытаться опорожнить систему воротной вены всевозможными средствами (*пнявки къ заднему проходу, повторныя слабительныя, проносныя, если существуютъ отеки, или даже общее кровопусканіе, либо кровососныя банки, если застой въ печени очень великъ*). *Stokes* и *Grawes* предложили леченіе препаратами *ртуты*. *Jendrassik, Sée* превозносятъ мочегонныя свойства *каломеля* у сердечныхъ больныхъ; это средство дѣйствуетъ также на печень и еще въ качествѣ антисептическаго. *Huet* совѣтуетъ давать сердечнымъ съ большою печенью каломель впродолженіи 4 дней, по 0,4—0,6 въ трехъ порошкахъ, чрезъ довольно большіе промежутки. Но лучше назначать маленькія дозы (по 0,02—0,03), повторяя ихъ три раза въ день, и давать болѣе продолжительное время съ покойными промежутками, въ теченіе которыхъ назначать щелочи (*двуулекислый и бензойнокислый натръ, Виши, Вальсъ*). *Huchard* рекомендуетъ давать впродолженіи трехъ дней, по три раза въ сутки, слѣдующія пилюли:

Водной вытяжки спорыньи.	4.0
Порошка морского лука.	3.0
Каломеля.	2.0
Порошка наперстянки	1.0

На 40 пилюль.

По совѣту *Tapret*, необходимо строго обезгниливать кишечникъ, чтобы оградить печень отъ токсиновъ, которые могли бы ее раздражать. Молочная діета составляетъ правило; запрещаютъ мясо, перевариваніе котораго вызываетъ приливъ къ печени, и совѣтуютъ отказаться совершенно отъ вина (*Lépine*¹). Печень гипереміруется далеко не у всѣхъ сердечныхъ, даже не у всѣхъ съ порокомъ митральнаго клапана, особенно предрасположенныхъ къ этому осложненію. Рѣдко гиперемія печени констатируется въ теченіе болѣзней аорты, для этого требуется особое предрасположеніе. Если у извѣстныхъ больныхъ, у которыхъ нѣтъ почти отековъ, нѣтъ ни брюшной водянки, ни застойныхъ явленій со стороны легкихъ, находятъ болѣзненную печень, выходящую на три поперечныхъ пальца изъ подъ края ложныхъ реберъ, и слегка желтушную окраску покрововъ, то нужно думать, что разстройство кровообращенія сердечнаго

¹ *Lépine*.—Traitement du foie cardiaque (Sem. méd. 20/xi 1895).

происхожденія составляетъ только вспомогательную причину гиперэмии печени, имѣющей совершенно иной источникъ. Таковымъ можетъ быть, напр., алкоголизмъ (*Mathieu*), диспепсія, артритизмъ, вліяніе котораго на страданія печени достаточно выяснилъ *Hanot*¹⁾, далѣе, беременность, предшествовавшія аутоинтоксикація, литіазъ (*Rendu*), подагра, диабетъ, малярія (*Parmentier*), и этими причинными моментами и должна руководствоваться терапия. Такихъ больныхъ можно пользоваться и минеральными водами, которыя обыкновенно противопоказуются, если сердце является единственною или главною причиною страданія печени. Гиперэмия печени въ подобномъ случаѣ протекаетъ подъ видомъ нѣсколькихъ клиническихъ типовъ, изученныхъ хорошо *Corvisart*'омъ, *Andral*'емъ, *Gendrin*'омъ, *Stokes*'омъ, *Murchinson*'омъ, *Hanot*, *Potain*, омъ и *Parmentier*²⁾. Соотвѣтственно тому или другому типу, и терапевтическія показанія будутъ нѣсколько различны. При простой асистолии, если печень гиперэмирована въ такой же степени, какъ и другіе органы или даже хотя бы нѣсколько больше, то достаточно обычныхъ мѣръ: слабительныхъ, молочной діеты, покоя въ постели, нѣсколькихъ приѣмовъ наперстянки, чтобы устранить эту преходящую гиперэмию. При истинно сердечнаго происхожденія гиперэмии печени, эта послѣдняя довольно легко получаетъ снова свой нормальный объемъ: она спадается какъ гармоника, по мѣткому выраженію *Hanot*. Если приступы асистолии повторяются, печень остается объемистою, чувствительною и становится однимъ изъ факторовъ тяжести сердечнаго страданія, то налагаютъ на *наперстянку*, *кофеинъ*, *каломель*, назначаютъ *проносныя слабительныя*, больного переводятъ на *молочную діету*, прибѣгаютъ къ *мъстному отвлеченію*. Мушки слѣдуетъ избѣгать, потому что она опасна для почекъ, функциональная неприкосновенность коихъ такъ необходима въ этихъ случаяхъ. *Hanot* совѣтуетъ немедленно поставить шесть *пнявскъ* въ области печени. При высокой степени печеночной асистолии съ обильнымъ пропотомъ въ полости брюшины прибѣгаютъ къ проколу живота. Наконецъ, лечение должно быть направлено непосредственно противъ гиперэмии печени при тѣхъ клиническихъ формахъ, гдѣ страданіе сердца остается латентнымъ и разстройства кровообращенія сердечнаго происхожденія сосредоточиваются исключительно въ печени и образуютъ то, что *Hanot* столь мѣтко опредѣлилъ подъ названіемъ *печеночной асистолии*. Эти субъекты продѣлываютъ свою асистолию въ печени. Главнымъ образомъ дѣло идетъ о предрасположенныхъ субъектахъ, объ алкоголикахъ. Назначая лечение въ такихъ случаяхъ, слѣдуетъ имѣть въ виду главнымъ образомъ печень, не пренебрегая въ то же время и сердцемъ. Иногда приноситъ пользу курсъ

¹⁾ *Hanot*.—Foie cardiaque.—Sem. méd. 1894, № 37.

²⁾ *Parmentier*.—Etude clinique et anatomo-pathologique sur le foie cardiaque (Thèse de Paris, 1890).

лечения въ *Вимм. Frerichs* назначалъ еще больнымъ, у которыхъ не была еще поражена сердечная мышца, воды *киссингенскія*, *маріенбадскія* и источникъ *Mühlbrunnen* въ Карлсбадѣ. Позднѣ пассивная гиперемія можетъ постепенно перейти въ сердечный циррозъ печени: такой исходъ можно предотвратить или задержать теченіе цирроза помощью *іодистаго камя* или *іодистаго стронція* (*Sée*). Наконецъ, молочно діетою, лишеніемъ алкоголя и строгимъ обезгниливаніемъ кишекъ должно стараться предотвратить появленіе одного изъ опаснѣйшихъ осложнений: тяжелой желтухи сердечныхъ. Это осложненіе, которому благоприятствуетъ относительная или абсолютная недостаточность желчной железы, встрѣчается, впрочемъ, у сердечныхъ больныхъ, довольно рѣдко. Чаше у нихъ развивается билифеическая, уробилиновая желтуха, иногда гемафеическая (*Hanot*) и даже гемоглобинихолия. Мѣры, принимаемыя противъ гипереміи печени, въ значительной степени улучшаютъ и желтуху, которая, кромѣ того, лечится еще по правиламъ, которыя изложены будутъ въ нижеслѣдующей главѣ.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Лечение доброкачественныхъ формъ желтухи.

E. Boinet.

1.

Общія замѣчанія.

Подъ желтухою разумѣютъ совокупность симптомовъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ задержанію и всасыванію въ кровь желчныхъ пигментовъ. Причина можетъ быть механическая: препятствіе въ выводящихъ путяхъ. Къ этой группѣ принадлежатъ: желтухи, обусловленныя препятствіемъ, находящимся либо *внутри канальцевъ* (камни, гидатиды, поврежденіе желчнаго протока, рубцы на мѣстѣ впаденія этого протока, въ двѣнадцатиперстную кишку, слизистыя пробки, какъ результатъ воспаления двѣнадцатиперстной кишки и желчнаго протока), либо внѣ желчныхъ путей (ракъ печени, сдавливающий *ductus hepaticus*, ракъ желчнаго пузыря, опухоль железъ у *hilus*, ракъ головки поджелудочной железы, охватывающей желчный протокъ на уровнѣ *Vater*'овскаго расширенія и пр.). Такая желтуха механическаго происхожденія, которую удается легко вызвать искусственно перевязкою желчнаго протока (*Sanders, Tiedemann, Gmelin, Heidenhain* и др.), есть желтуха ортопигментная; кромѣ того, для нея характерны: почти полная неприкосновенность печеночной кѣтки, ихъ чистота, присутствіе пигмента въ мочѣ, обезцвѣченность испражнений и незначительность общихъ явленій.

Во-вторыхъ, желтуха можетъ имѣть *заразное* происхожденіе; въ такомъ случаѣ она бываетъ большею частью мета-пигментною и находится въ связи съ разстройствомъ, подъ вліяніемъ болѣзнетворнаго агента, отравленій печеночныхъ кѣтокъ. Съ терапевтической точки зрѣнія, *Ferrand* дѣлитъ желтухи, опираясь на ихъ патогенезъ, на два большихъ класса. При разновидностяхъ перваго класса кровь поражается вторично; въ этотъ классъ входятъ всѣ желтухи вслѣдствіе задержанія желчи, избыточнаго образованія желчи (полихолія) или желчныхъ пигментовъ (полихромія) желтуха, развивающаяся въ теченіе цирроза; онѣ имѣютъ скорѣе токсическое, чѣмъ заразное происхожденіе, хроническое теченіе и развиваются медленно. При разновидностяхъ второго класса кровь поражается первично; въ эту группу входятъ желтухи вслѣдствіе относительной недостаточности печени и всѣ формы желтухи заразнаго и токсическаго происхожденія (отравленіе фосфоромъ, мышьякомъ, ртутью, алкоголемъ).

Доброкачественная желтуха свойственна цѣлому ряду патологическихъ состояній, которыхъ она является главнымъ, по крайней мѣрѣ, съ виду, симптомомъ. Она оканчивается выздоровленіемъ, благодаря ничтожности пораженія печеночныхъ кѣтокъ и относительно ненарушенной проходимости почекъ. Если эти два главныхъ фактора доброкачественности желтухи слабѣютъ, то доброкачественное въ началѣ страданіе становится болѣе серьезнымъ, и клинически встрѣчается цѣлая серія патологическихъ состояній, промежуточныхъ между катарральною и тяжкою желтухою. Весьма справедливо замѣчаетъ по этому поводу *Trousseau*: «При желтухѣ, какъ и плевритическомъ эксудатѣ, нельзя никогда предвидѣть, чѣмъ она кончится». Огромное вліяніе на нее оказываетъ леченіе, которое въ послѣднее время много выиграло, благодаря приобрѣтеннымъ новымъ свѣдѣніямъ о патогенезѣ доброкачественной желтухи. Выяснена, именно, преобладающая роль въ ея происхожденіи токсико-инфекціи, имѣющей источникомъ то желудочно-кишечный каналъ, то двѣнадцатиперстную кишку или желчные пути, то кровь. Патологическая область механической, обусловленной препятствіемъ для тока желчи, желтухи все ограничивается. Зачастую зараза играетъ выдающуюся роль, то первичную, то вторичную, въ происхожденіи калкулезной или катарральной желтухи. *Dupré*¹⁾ подробно изучилъ всѣ эти заразные формы желтухи.

А. Катарральная желтуха.

Даже сама катарральная желтуха, считающаяся типомъ механической желтухи вслѣдствіе закупоренія слизистой пробкою конца желчнаго протока (*Virchow, Frerichs, Vulpian; Fraenkel*), въ дѣйствительности имѣетъ, по *Kelsch*'у²⁾ специфическое заразное происхожденіе. Ей за-

¹⁾ *Dupré*. Th. de Paris, 1891.

²⁾ *Kelsch*. Rev. de méd. 1886, стр. 657.

частую предшествуютъ желудочно-кишечныя разстройства токсически-инфекціоннаго происхожденія. Причиною такимъ образомъ могутъ быть діететическія погрѣшности и злоупотребленія ѣдою въ сочетаніи иногда съ злоупотребленіемъ алкоголемъ или другими веществами, способными всосавшись изъ кишекъ, раздражать печеночныя кѣтки. Мало того, всѣ эти этиологическія условія готовятъ путь для зараженія желчныхъ путей изъ кишечника. Сомнительно, говоритъ *Krull*, чтобы сопровождающій желтуху катарръ желудка былъ простымъ симптомомъ послѣдней, правильнѣе будетъ предположить, что онъ представляетъ одну изъ главныхъ причинъ болѣзни. Нерѣдко болѣе или менѣе преходящее разстройство питанія печеночной кѣтки, измѣненіе желчеотдѣленія, острый катарръ пищеварительнымъ путей, извѣстный обыкновенно подъ названіемъ засоренія желудка предшествуетъ образованію той слизистой пробки, того эксудата, который, благодаря слабому давленію, подъ которымъ выдѣляется желчь, можетъ закупорить воспаленный желчный протокъ. Эта слизистая пробка держится еще на мѣстѣ, благодаря присутствію настоящаго сфинктера у кишечнаго конца желчнаго протока (*Oddi* ¹⁾, *Doyon* ²⁾). Мало того, *Renvers* ³⁾ не допускаетъ даже, чтобы и простая желтуха была вызвана единственно закупоркою желчнаго протока; эта послѣдняя иногда существуетъ, но, говоритъ онъ, она составляетъ скорѣе послѣдствіе, чѣмъ причину: такую желтуху можно приравнять къ отравленіямъ: она имѣетъ отравное происхожденіе, обусловливается микробными токсинами. При желтухѣ, сопровождавшейся лихорадкою и желудочно-кишечнымъ катарромъ, *Renvers* находилъ постоянно въ желчныхъ путяхъ кишечную палочку въ чистой разводкѣ. Между катарральной желтухой и заразными доброкачественными или тяжкими желтухами существуетъ, стало быть, цѣлый рядъ, непрерывная цѣпь патологическихъ состояній, при коихъ интоксикаціи и инфекціи управляютъ патогенезомъ и терапіею.

В.—Доброкачественныя заразныя желтухи.

Согласно классификаціи *Chauffard*'а ⁴⁾, доброкачественныя заразныя желтухи, обусловливаемыя большею частью исходящею изъ желудочно-кишечнаго канала интоксикаціею, дѣлятся на: А. желтуху катарральную: 1) простую, 2) заразную, 3) затяжную; В. желтуху заразную плеохромную; С. заразную возвратную желтуху (печеночный типъ *Landouzy*, болѣзнь *Weil*'я (1886), описанная раньше *Lance-*

¹⁾ *Oddi*. Arch. Ital. biol. 1887 t. VIII

²⁾ *Doyon*. Th. de Lion, 1887.

³⁾ *Renvers*. Berlin. klin. Wochenschr. 1896, № 9.

⁴⁾ *Chauffard*.—Semaine méd. 1889 и *Traité de médecine* T. III, стр. 746.

reaux ¹⁾, *Rondot* и *Mathieu* ²⁾). Вопросъ этотъ пополнили своими изслѣдованіями *Тымовскій*, *Chéron*, *Pilliet* ³⁾, *Debove*, *Girode*, *Duprè*, *Васильевъ*, *Weiss*, *Leick*.

Терминъ, *Weil*'евская болѣзнь несправедливъ, подъ нимъ обозначаются самыя разнообразныя болѣзни; онъ освящаетъ собою историческую неточность; его слѣдуетъ упразднить. Въ своемъ трудѣ, основанномъ на 4 клиническихкихъ случаяхъ, изъ коихъ лишь 2 принадлежать къ группѣ заразной возвратной желтухи, *Weil* не счѣтаетъ возвратовъ характернымъ симптомомъ; и *Тымовскій* констатировалъ ихъ всего 19 разъ изъ 84. Наконецъ, *Meinert* наблюдалъ въ Саксоніи 518 случаевъ желтухи, изъ коихъ 13 кончились смертельно. Эта заразная болѣзнь, говоритъ онъ, не тождественна съ *Weil*'евскою; она прилипчива и зародыши ея воспринимаются дыхательными путями.

Изъ *общей этиологіи и патогенеза* этихъ доброкачественныхъ формъ заразной желтухи вытекаютъ весьма важныя *терапевтическія* показанія.

А. Болѣзнь можетъ проявиться въ *спорадической, сезонной и эпидемической* формѣ. 1) Злоупотребленіе алкоголемъ играетъ видную роль въ развитіи желтухи (*a crapula, a potu immoderato*), даже лихорадочной; оно не только оказываетъ вредное дѣйствіе на печеночныя кѣтки, но еще благоприятствуетъ интоксикаціямъ и инфекціямъ, исходящимъ изъ кишекъ. 2) *Kelsch* настаиваетъ на существованіи частыхъ маленькихъ эзонныхъ эпидемій заразной желтухи; мы сами имѣли случай наблюдать таковыя, особенно лѣтомъ и вначалѣ осени у молодыхъ солдатъ. 3) *Fröhlich* собралъ до 1879 г. 30 эпидемій заразной желтухи. *Rizet* въ Аррасѣ, *Eude*, *Pfuhl*, *Kirchner*, *Schaper*, *Hueber*, *Kelsch* и др. наблюдали цѣлый рядъ фактовъ, доказывающихъ, что источниками инфекціи служатъ зловонныя тинистыя испаренія, разлагающіяся органическія массы, загнившіе пруды, почва, изобилующая органическими отбросами растительнаго и животнаго происхожденія, наконецъ, вода, въ которой взвѣшены такія вещества.

Мы наблюдали двѣ неописанныя эпидеміи заразной желтухи, которыя разразились вслѣдъ за выгребаніемъ черноватаго зловоннаго пла изъ маленькаго рукава рѣки, протекавшаго подъ казармами. Когда въ слѣдующемъ году такая-же чистка произведена была въ одномъ очень заселенномъ кварталѣ, то аналогичная эпидемія заразной желтухи распространилась среди гражданскаго населенія. *Ducamp* упоминаетъ о 6 случаяхъ заразной желтухи, возникшей при тѣхъ-же условіяхъ. Мы также наблюдали еще два случая у дубильщика и у золотаря. Чаше,

¹⁾ *Lancereaux*.—Revue de médecine, 1882, стр. 605.

²⁾ *Mathieu*.—Revue de méd. 1886 и Gaz. des hôp. 27 янв. 1891.

³⁾ *Pilliet*.—Progrès méd. 1890, стр. 249.

однако, заразная желтуха имѣеть желудочно-кишечное происхожденіе: загрязненная отхожими мѣстами вода, употребляемая для питья или для ваннъ, служить обыкновенно причиною зараженія этимъ путемъ.

В. Микробный патогенезъ заразной желтухи еще не достаточно изученъ. Хотя *Duprè, Gilbert, Girode* констатировали случаи зараженія желчныхъ путей *Eberth*'овскою палочкою, но этого факта нельзя еще обобщить, рассматривая заразные желтухи, въ частности возвратную форму, вмѣстѣ съ *Pfuhl*'емъ, *Longet*, и *Weil*'емъ, какъ особую, abortивную, локализирующуюся въ печени разновидность брюшного тифа. По *Renvers*'у, многіе случаи *Weil*'евской болѣзни обязаны своимъ возникновеніемъ зараженію желчныхъ путей смѣсью микроорганизмовъ, въ томъ числѣ кишечною палочкою.

Banti ¹⁾ нашелъ въ крови селезенки у одного больного, страдавшаго доброкачественною желтухою, *bacillus icterogenes capsulatus*, не принадлежащій къ группѣ *proteus vulgaris* и *mirabilis Hauser'a*. *Jaeger* ¹⁾ изслѣдовалъ роль *proteus* какъ заразнаго агента лихорадочной инфекціонной желтухи. Дѣйствительнымъ причиннымъ агентомъ онъ считаетъ *bacillus proteus fluorescens*, который онъ находилъ также въ трупахъ птицъ, погибшихъ отъ аналогичнаго желтушнаго страданія. Эти *proteus* могутъ при случаѣ, покинувъ роль сапрофитовъ, превратиться въ болѣзнетворныхъ дѣятелей.

Karlinski наблюдалъ 20 случаевъ лихорадочной желтухи съ возвратами и утверждаетъ, что они вызваны были *Obermeyer*'овскими спириллами, размѣры, подвижность и продолжительность жизни которыхъ претерпѣли измѣненія подѣ влияніемъ обусловленныхъ раньше маляріею пораженийъ крови. Возвраты при заразной желтухѣ пытались еще свести на реинфекцію кишечника задержанными временно въ желчныхъ путяхъ болѣзнетворными зародышами. Если это такъ, то ясно, какъ важно въ этихъ случаяхъ обезгниливаніе печени и кишекъ. *Martha* и *Girode* находили въ крови во время приступовъ желчной лихорадки *златовиднаго гроздекокка*. У аннамитовъ въ Тонкинѣ намъ удавалось помощью посѣвовъ изъ крови пальца доказать присутствіе въ крови соединенныхъ въ гроздевидныя кучки кокковъ, которые давали на агарѣ матово-бѣлыя колоніи; больные эти получили свою послабляющую желчную лихорадку на гауптвахтѣ, находившейся рядомъ съ обширнымъ кладбищемъ, гдѣ погребено было множество труповъ буйволовъ, лошадей и китайцевъ. Непрестанные обвалы обнажали траншеи, наполненныя разлагающимся органическимъ матеріаломъ. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ *инфекцій съ желтухою Girode* ³⁾ находилъ *златовиднаго гроздекокка*, *моероднаго цѣпкокка* и *кишечную палочку*.

¹⁾ *Banti*.— *Deutsche med. Woch.* 1895, № 44.

²⁾ *Saenger*.— *Zeitschr. f. Hygiene XII* и *Deutsche med. Woch.* 1895, № 40.

³⁾ *Girode*.— *Arch. Génér. de méd.* 1892. T. 138, стр. 412.

Съ клинической точки зрѣнія, дѣло идетъ объ общихъ болѣзняхъ, коихъ желтуха является только однимъ изъ наиболѣе выдающихся симптомовъ. Эти разновидности инфекцій печени необходимо отграничивать отъ собственно инфекціонныхъ желтухъ, въ большинствѣ случаевъ онѣ вѣроятно имѣютъ источникомъ пораженіе крови (*Girode*).

II.

Лечение доброкачественныхъ желтухъ вообще.

Первое терапевтическое показаніе имѣетъ цѣлью задержать производство и скопленіе токсиновъ въ организмѣ.

А. Діета.

Каждый желтушный больной долженъ подчиняться строгой діетѣ. При свѣжей желтухѣ его переводятъ на абсолютную *молочную діету*, которая представляетъ двойное преимущество: она усиливаетъ мочеотдѣленіе и уменьшаетъ ядовитость кишечнаго содержимаго. Лучше разбавлять молоко щелочными водами; онѣ растворяютъ жиры, заключающіеся въ большемъ количествѣ въ молокѣ и уменьшающихъ образованіе желчи. При застарѣлой уже желтухѣ назначается смѣшанная молочная діета. Запрещается или разрѣшается только въ минимальныхъ количествахъ мясо, благоприятствующее отдѣленію слишкомъ концентрированной желчи и оставляющее токсическіе остатки. Воспрещаются жиры, алкоголь, рекомендуется растительная діета.

В. Слабительныя.

Слабительныя соли, *глауберова*, *сегнетова*, освобождаютъ пищеварительный каналъ отъ части заключающихся въ немъ ядовитыхъ веществъ.

Lion рекомендуетъ слѣдующія пилюли

Эвонимина	0,40
Терпина	4,0
На 20 пилюль, утромъ и вечеромъ по одной.	

Подофилина	0,01
Эвонимина	0,05
Вытяжки бѣлены	0,02
Медицинскаго мыла ск. н.	

На 1 пилюлю

1—2 пилюль на ночь.

Весьма употребителенъ *каломель* въ слабительныхъ дозахъ (0.3—0.5). Не слѣдуетъ назначать его съ несовмѣстными веществами, способными содѣйствовать переходу его въ сулему. Списокъ этихъ веществъ очень

великъ. Въ него входятъ кислоты, щелочи, хлористыя соединенія, бромистыя и іодистыя растворимыя соли, желѣзо, оршадъ съ горькимъ миндалемъ, лавровишневая вода, ціанистые препараты. Впрочемъ, недавно, въ докладѣ, въ обществѣ итальянскихъ терапевтиковъ пытался доказать, что несомвѣстимость каломеля съ хлористыми солями, минеральными и органическими кислотами существуетъ только въ теоріи. Такъ, у 60 дѣтей каломель, назначенный одновременно съ несомвѣстимыми веществами, не вызвалъ никакихъ непріятныхъ явленій.

Но не слѣдуетъ забывать, что дѣти вообще переносятъ каломель гораздо лучше и въ относительно большихъ дозахъ, чѣмъ взрослые. У двоихъ изъ этихъ дѣтей, умершихъ отъ интеркуррентной маляріи, при вскрытіи не найдено было ни одного анатомическаго поврежденія, которое можно было бы приписать превращенію каломеля въ сулему подѣ влияніемъ несомвѣстныхъ веществъ. Этого превращенія не удалось получить и въ пробиркѣ. *Бернацкій* замѣтилъ, что каломель, назначаемый при желтухѣ, въ дозахъ по 0.3—0.5, не оказываетъ никакого вліянія на количество сѣрныхъ парныхъ кислотъ; онъ слѣдовательно, очень мало задерживаетъ гніеніе въ кишкахъ. Тѣмъ не менѣе, клинической опытъ доказываетъ, что каломель проявляетъ при желтухѣ болѣе благопріятное дѣйствіе, чѣмъ этого слѣдовало бы ожидать основываясь на экспериментальныхъ данныхъ, и мы могли бы привести въ примѣръ цѣлый рядъ случаевъ желтухи простой, катарральной, эмоціонной, затяжной, заразной, гдѣ это средство принесло дѣйствительную пользу.

С. Обезгниливающія.

Обезгниливающія кишечникъ (*бензонафтолъ*, *бетолъ*, *салолъ*) занимаютъ видное мѣсто въ терапіи желтухи. Изъ этихъ веществъ слѣдуетъ отдавать преимущество тѣмъ, которыя обезгниливаютъ и *кишки*, и *желчные пути*. Можно давать салолъ съ *салициловымъ нафтоломъ*. Лучшія кишечныя антисептическія, какъ мы видѣли, являются въ тоже время и лучшими *желчегонными* (*Prévozt* и *Binet, Baron*), а извѣстно, что печень есть только дивертикулъ кишечника, какъ это явствуетъ изъ данныхъ эмбриологіи и сравнительной анатоміи. *Салициловый натръ* считается отборнѣйшимъ медикаментомъ для печени, при недостаточности ея. Онъ возбуждаетъ и вызываетъ максимальную скорость истеченія желчи, онъ выдѣляется желчью, онъ разжижаетъ ее (*Teissier*). По *Левашеву*, 4 грм. салициловаго натра увеличиваютъ у собаки количество желчи и дѣлаютъ ее болѣе жидкою: въ моментъ максимальнаго разжиженія она содержитъ вдвое больше воды, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. *Rosenberg* констатировалъ увеличеніе количества какъ воды, такъ и твердыхъ частей въ желчи. Дѣйствіе лекарства прерастаетъ чрезъ четыре часа послѣ его приема. По *Левашеву* оно про-

должается дольше. Салициловый натръ въ высокой степени задерживаетъ развитіе колоній на желатинѣ; онъ умѣряетъ бродильное дѣйствіе кишечной палочки; введенный въ желудокъ животнаго, онъ дѣлаетъ желчь настолько обезгниливающей, что она способна на 8, по меньшей мѣрѣ, дней задерживать развитіе на желатинѣ *блага гродекока*. Салициловый натръ способенъ, стало быть, предотвратить или задержать, въ предѣлахъ возможнаго, вторженіе бактерій въ желчные пути, будь то инфекция первичная (*Hanot, Gastou*), вторичная (*Chauffard, Netter, Dupré, Hanot, Letienne* и пр.) или послѣ-желтушная (*Girode*).

D. Медикаменты, способные возстановить проходимость желчныхъ путей.

Чтобы возстановить проходимость желчныхъ путей, также слѣдуетъ прибѣгнуть главнымъ образомъ къ *салициловому натру*. Взрослому назначается 3 грм. въ сутки. Чтобы пополнить его дѣйствіе, особенно у дѣтей, назначаютъ еще *ревенный сиропъ* и *сиропъ изъ 5 корешковъ*. Желчегонными свойствами своими салициловый натръ превосходитъ каломель, который отнюдь не всегда оправдываетъ преувеличенныя похвалы, которыя расточаетъ ему *Hanot*, называющій его хиною и наперстянкою печени, царемъ желчегонныхъ. Не слѣдуетъ, впрочемъ, пренебрегать и каломелемъ, который исправляетъ функціональныя нарушенія печени и предохраняетъ ее отъ токсинтоксикаціи желудочно-кишечнаго происхожденія. Дается ежедневно 0.03—0.05 каломеля. Это медикаментъ для мета-пигментной желтухи (*Voix*). *Захарынъ* считаетъ его могущественнымъ бактериеубійственнымъ средствомъ, особенно при тѣхъ болезняхъ печени, которыя присоединяются вторично къ кишечнымъ страданіямъ.

Dujardin-Beaumez совѣтуетъ давать порошки изъ равныхъ частей *салолы, салициловаго висмута и двууклекислаго натра*. *Пилули* изъ *бычачьей желчи*, обтянутыя салоломъ, образуютъ хорошее желчегонное.

При желтухѣ вслѣдствіе *закупоренія желчнаго протока* необходимо устранить препятствіе, мѣшающее истеченію желчи, помощью либо общихъ (*летучія возбуждающія, амміачныя соли, эфиръ*), либо мѣстно дѣйствующихъ средствъ. Съ этой цѣлью назначаются *подофилинъ, эво-ниминъ, сабуръ*, вмѣстѣ съ каломелемъ или безъ него. Slѣдуетъ выбирать, какъ это совѣтуетъ *Dujardin-Beaumez*, такія средства, которыя проявляютъ явственно слабительное дѣйствіе, потому что обусловленная закупоркою желчныхъ проводовъ кишечная ахолія влечетъ за собою болѣе или менѣе упорный запоръ. Противъ этого послѣдняго борются *глауберовой солью, сенетовой солью, стрнощелочными водами*. Со-

лямъ натра слѣдуетъ отдавать предпочтеніе предъ солями магnezіи. *Bartholow* назначалъ *фосфорнокислый натръ*, по 4 грм., три раза въ день. Оказываютъ большія услуги, по *Ferrand*'у ¹⁾, сѣрнокислый и фосфорнокислый натръ въ слабыхъ дозахъ. Эготъ же авторъ рекомендуетъ *медицинское мыло*, въ порошкахъ или пилюляхъ, по 0.3—1.0 на приемъ, и *глицеринъ*, по 20—30 грм. Въ самое послѣднее время предложенъ *олеиновокислый натръ* (*эйнатролъ*), по 0.4—1.0 въ сутки, вмѣсто оливковаго масла и глицерина ²⁾. *Гиппуровокислая извѣсть* и *гиппуровокислый литій*, измѣняютъ, по *Poulet*, характеръ испражнений, уменьшаютъ желтушную окраску покрововъ и возбуждаютъ аппетитъ.

Росноладонная кислота, по 0.6—1.8 въ день, и бензойнокислыя соли *аммонія*, *натра* и *литія* возбуждаютъ отдѣленіе желчи (*Harley*, *Rutherford*, *Wöhler*, *Tanner*, *Wade*).

Щелочи, по *Rosenberg*'у, проявляютъ желчегонное дѣйствіе, по всей вѣроятности, незначительное, потому что экспериментально щелочи понижаютъ напряженіе желчи, уменьшаютъ даже количество ея, но онѣ растворяютъ слизь. Практическое значеніе ихъ, тѣмъ не менѣе, очень велико. Назначаются *двууглекислая сода*, *поваренная соль* и, въ особенности, воды *Виши*.

Е. Минеральныя воды.

Воды *Виши* улучшаютъ гиперэмію печени и доброкачественную желтуху въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эти два симптома существуютъ совмѣстно, но онѣ дѣйствуютъ также благотворно при наличности одной желтухи. Источникъ *Hôpital* заслуживаетъ предпочтенія предъ *Grande Grille*, потому что онъ меньше предрасполагаетъ къ приступамъ подостраго и остраго прилива. Изложенныя нами въ предыдущей главѣ указанія относительно леченія минеральными водами гиперэміи печени приложимы, въ большей своей части, и къ желтухѣ. Довольно скоро уже появляется окраска каловыхъ массъ, а моча и покровы становятся свѣтлѣе. Это возстановленіе проходимости желчныхъ путей, обусловливаемое уменьшеніемъ гиперэміи стѣнокъ, наблюдается даже при желтухахъ извѣстной тяжести. Такъ, даже когда свободное теченіе желчи по желчнымъ путямъ задержано ракомъ печени, каловыя массы подъ вліяніемъ этого леченія, иногда получаютъ нормальную окраску. *Linossier* (въ Виши) видѣлъ нѣсколько примѣровъ этого рода. Это, конечно, не указываетъ на улучшение рака. Даже напротивъ того, развитіе рака какъ будто ускоряется

¹⁾ *Ferrand*. Pathogénie de l'ictère, indications thérapeutiques. *Semaine médicale* 1894, стр. 181.

²⁾ *Centralblatt f. ges. Therapie*. 1897, стр. 442.

подъ возбуждающимъ вліяніемъ Виши, но возможно, что происходитъ временное уменьшеніе гиперэміи окружающихъ новообразованіе тканей.

При желтухѣ вслѣдствіе закупорки камнемъ, изгнанію послѣдняго иногда также предшествуетъ свободное истеченіе желчи. По всей вѣроятности, дѣло идетъ сначала объ обезкровливаніи желчнаго протока, а затѣмъ устанавливается относительная проходимость, позволяющая желчи пробираться впередъ между камнемъ и стѣнками протока. Спустя нѣсколько дней, иногда нѣсколько недѣль, послѣ приступа печеночныхъ коликъ камень изгоняется. Но коликъ можетъ и не быть, если камень не великъ, застрялъ только вслѣдствіе гиперэміи протока, такъ что онъ, по уменьшеніи послѣдней, можетъ пройти, не причиняя боли.

Хорошіе результаты даютъ также *карлсбадскія* воды, особенно при хронической желтухѣ вслѣдствіе задержки или въ связи съ камнями.

Г. Большія холодныя клизмы.

Krull ¹⁾ первый сталъ примѣнять систематическое леченіе катаральной желтухи *вливаніями 1—2 литровъ холодной воды въ прямую кишку*. Температура воды должна быть въ 12—15°. Больной старается удержать клизму возможно дольше. Серіями изъ семи вливаній автору удалось вылечить 11 больныхъ, у которыхъ давность желтухи колебалась между 5 днями и полутора годами. Такое вливаніе холодной воды, говоритъ онъ, устраняетъ чувство тяжести подъ ложечкою, дурноту, головную боль, улучшаетъ аппетитъ. При свѣжей желтухѣ улучшение таково, что больной словно оживаетъ, боль и давленіе въ правомъ подреберьи исчезаютъ уже черезъ 24 часа. Въ половинѣ случаевъ послѣ второго вливанія появились испражненія, окрашенныя желчью; въ застарѣлыхъ случаяхъ эта краска обнаруживалась лишь черезъ 4—5 дней.

Krull объясняетъ себѣ терапевтическое дѣйствіе холодныхъ клизмъ слѣдующимъ механизмомъ: онѣ возбуждаютъ перистальтическія движенія кишекъ и усиливаютъ отдѣленіе желчи, обиліе которой въ желчныхъ путяхъ преодолеваетъ препятствіе, мѣшавшее ея свободному теченію. Исслѣдованія *Vulpian*'а также показали, что эти вливанія оказываютъ желчегонное и усиливающее перистальтику дѣйствіе. По *Chauffard*'у, происходитъ внезапное повышеніе давленія въ закупоренныхъ желчныхъ путяхъ и родъ рефлекторнаго акта, который, исходя изъ слизистой оболочки кишечника, вызываетъ сокращеніе мышечныхъ стѣнокъ желчнаго пузыря и внѣпеченочныхъ желчныхъ путей и въ то же время усиливаетъ отдѣленіе желчи; это влечетъ за собою настоящую желчную охоту, травлю, изгоняющую закупоривающую пробку или пробивающую путь для желчи между набухшими и склеенными стѣнками желчнаго про-

¹⁾ *Krull*.—Bulletin de thérapeutique 1877, T. XCIII, стр. 213.

тока. По *H. Loewental'*ю (1886), достаточно четырех клизм, иногда двух, рѣже требуется шесть. *Kraus* (1886), *Eichhorst* также хвалятъ этотъ методъ. Кромѣ того, большія клизмы увеличиваютъ мочеотдѣленіе, повышаютъ общее артеріальное давленіе, опорожняютъ систему воротной вены.

Этотъ методъ, стало быть, столько же рационаленъ съ физиологической точки зрѣнія, насколько вѣрно и дѣйствительно его терапевтическое примѣненіе. Изъ семи случаевъ желтухи, пользованныхъ такими вливаніями, которыя дѣлались преимущественно по утрамъ и долго удерживались, *Chauffard* ¹⁾ констатировалъ раскупорку желчныхъ путей чрезъ два, три, пять, шесть и восемь дней; иногда она сопровождалась и сопутствовалась какъ бы приступомъ полиуріи и азотуріи. Удѣльный вѣсъ падаетъ во время полиуріи, которая составляетъ косвенный эффектъ азотуріи, ибо мочевины есть физиологическое мочегонное. Мы также убѣдились въ благотворномъ вліяніи метода при желтухѣ катарральной, эмоціонной и затяжной и даже при симптоматической желтухѣ, сопутствующей желчному гипертрофическому циррозу. Оно обнаружилось уже чрезъ 25 часовъ у одного моряка, который заболѣлъ желтухою чрезъ двѣ недѣли послѣ перенесеннаго кораблекрушенія, а въ больницу поступилъ лишь чрезъ два мѣсяца. Первые, очень обильныя клизмы, сдѣланныя въ одинъ день, утромъ и вечеромъ, и долго удержанныя, устранили существовавшія въ области желчнаго пузыря довольно сильныя боли, а на слѣдующій день моча была гораздо болѣе обильна и количество мочевины, которое до клизмъ не превышало 9 грм. на литръ, поднялось на третій день до 14,50 грм. Мало того, самочувствіе быстро улучшилось и желтушная окраска покрововъ нѣсколько уменьшилась уже на второй день.

Не такъ скоро наступило улучшение въ другомъ случаѣ затяжной желтухи, обнаружившейся чрезъ пять дней послѣ бурной ссоры и гдѣ лечение по *Krull'*ю начато было лишь черезъ два мѣсяца. Обращаемъ вниманіе на то обстоятельство, что въ этихъ двухъ случаяхъ желтухи, развившейся послѣ сильнаго волненія, желчный протокъ оставался проходимымъ впродолженіи 15 и 5 дней: причина, слѣдовательно, лежала не въ спазмѣ. Весьма вѣроятно, что въ этихъ случаяхъ, какъ и двухъ наблюденій, обнародованныхъ *Chauffard'*омъ, существовало первичное раздраженіе желчной железы. Печеночная кѣтка больна, на что указываютъ констатированныя *Chauffard'*омъ уробилинурія ²⁾ и пищевая глюкозурія; желчь сгущается, развивается вторичный катарръ ея выводныхъ путей, а закупорка желчнаго протока на уровнѣ наиболѣе суженнаго

¹⁾ *Chauffard*.—*Revue de médecine* 1885, стр. 17 и *Arch. génér. de médecine* 1890, стр. 399.

²⁾ *V. Greco*—*Riforma medica* 18—19/x 1897.

мѣста его производится также вторично либо слишкомъ сгущенною желчью, либо вторичнымъ слущиваніемъ эпителия.

*Mosler*³⁾, напротивъ того, лечитъ катарральную желтуху *обильными вливаніями горячей воды въ толстую кишку*. Онѣ увеличиваютъ на продолжительное время отдѣленіе желчи, какъ это установлено опытами *Röhring'a*. *Peiper* нашелъ эту желчь очень жидкою. Количество воды нарастаетъ, количество же плотныхъ веществъ, напротивъ того, падаетъ, оно увеличивается чрезъ 6 часовъ послѣ вливанія, количество же воды въ этотъ моментъ падаетъ ниже нормы.

Г. Хроническія желтухи.

Возстановить проходимость желчныхъ путей въ случаяхъ *закупорки желчнаго протска* можно, дѣйствуя непосредственно на желчный пузырь *массажемъ*, либо *фарадизаціею*.

1. *Wexler* (1893) рекомендуетъ кромѣ того, *массажъ* области печени при катаральной желтухѣ. Онъ производитъ ритмическія надавливанія въ моментъ выдыханія, въ продолженіи 10 минутъ, три раза въ день. Ихъ легко можетъ выполнять самъ больной въ лежачемъ положеніи.

2. *Gerhardt* успѣшно примѣнялъ при катаральной желтухѣ *фарадизацію*. Съ цѣлью вызвать сокращенія желчнаго пузыря онъ ставилъ одинъ электродъ на уровнѣ послѣдняго, а другой сзади съ правой стороны позвоночника, на высотѣ пузыря. Улучшеніе зависитъ больше отъ непосредственнаго сокращенія пузыря, а не отъ электризаціи солнечнаго сплетенія. *Secrétan* (1837) вылечилъ въ три сеанса ребенка, страдавшаго желтухою уже третью недѣлю. Одинъ электродъ онъ вводилъ въ прямую кишку на глубину 8 ц., другой ставилъ на область желчнаго пузыря; токъ проходилъ въ теченіе 10 минутъ. По *Kraus'у* (1888), фарадизація желчнаго пузыря устраняетъ катарральную желтуху въ 8 дней; онъ одинъ изъ электродовъ ставитъ на уровнѣ желчнаго пузыря, другой больной держитъ въ рукѣ; токъ долженъ быть такой силы, чтобы онъ вызвалъ напряженіе брюшной стѣнки. Нѣсколько разъ авторъ прибѣгалъ къ кисточкѣ; сеансы повторяются ежедневно и продолжаются 5 минутъ. *Labadie-Lagrave* предпочитаетъ постоянный токъ съ перерывами: этотъ способъ электризаціи дѣйствуетъ болѣе энергично на гладкія волокна пузыря и желчныхъ путей.

3. Если закупорка желчныхъ путей оказывается очень упорною, то можно прибѣгнуть къ *присасывающимъ проколамъ пузыря*. *Dixon* извлекъ такимъ образомъ 2600 грм. желчи. За каждымъ проколомъ слѣдовало значительное облегченіе. Кромѣ того, при хронической желтухѣ, сопут-

³⁾ *Mosler*.—*Lancet* 25/x1 1882.

ствующей желчнымъ камнямъ, стараются устранить препятствіе помощью обычныхъ средствъ (оливковое масло, глицеринъ, минеральныя воды).

4. При упорной желтухѣ вслѣдствіе задержки желчи, ахолия обуславливаетъ и увеличиваетъ *міеніе въ кишкахъ*. Противъ него назначается либо *іодобромный уошь*, либо *carbonum sulfuratum Du-jardin-Beaumont* рекомендуетъ слѣдующій рецептъ:

Rp. Carb. Sulfurati puri 26,0
 Aquae destil. 500,0
 Ol. menth. gtt. XXX.
 M. D. C. 5—10 ложекъ въ день.

Онъ назначалъ также *креозотъ, терпентинъ, карболовую кислоту* въ водномъ растворѣ, по 10 — 30 капель, съ нѣсколькими каплями *солянокислаго эфира и водою перечной мяты*. Кромѣ того, онъ совѣтовалъ принимать черезъ два часа послѣ ѣды по 0.4.—0.6 грм. *бычачьей* или *свиной желчи*.

5. Отсутствие желчи въ кишечникѣ можетъ быть причиною еще другихъ разстройствъ отравленій его. Такъ, кислыя каловыя массы, лишеныя желчи, вызываютъ сильныя, болѣзненные колики у нѣкоторыхъ больныхъ желтухою вслѣдствіе задержки желчи. Въ такихъ случаяхъ назначаются *бычачья желчь, щелочи, обезниливающая кишечникъ, успокоительныя* и пр. Въ виду пониженной въ этихъ случаяхъ антитоксической силы печени слѣдуетъ избѣгать опіатовъ и алкалоидовъ.

6. Отсутствие желчи въ кишкахъ препятствуетъ въ значительной степени эмульгированію жировъ и ихъ всасыванію. Этимъ объясняется отчасти быстрое уменьшеніе вѣса у желтушныхъ вообще и глубокое исхуданіе, наблюдаемое особенно у больныхъ, одержимыхъ хроническою желтухою вслѣдствіе задержки желчи. Противъ этихъ пищеварительныхъ разстройствъ борются помощью *пепсина, панкреатина*, а въ періодѣ выздоравливанія предписываютъ особую діету, состоящую изъ молока, яицъ, птицы, бѣлаго мяса, пюре изъ овощей, зелени, плодовъ и очень небольшихъ количествъ азотистой пици. Назначаются также горькія: *хина, горечавка, рвотный орѣхъ*, препараты *желѣза*, воды Ореца Буссангъ и пр.

Н. Выведеніе ядовитыхъ продуктовъ чрезъ почки, кожу и помощью усиленнаго окисленія.

При желтухѣ, биливердинъ, билирубинъ и два новыхъ, описанныхъ *Dastre*'омъ¹⁾ пигмента—билипразинъ и билипразинатъ, и желчныя кислоты проникаютъ въ общій токъ крови, циркулируютъ въ тѣлѣ и пронизываютъ ткани, анатомическіе элементы, нормальныя и патологическія жидкости. 0.05 билирубина убиваютъ 1 килограммъ тѣла животнаго, и если ввести въ кровь сразу все количество желчи, выдѣляемой за 8

¹⁾ *Dastre et Floresco.* — Des pigments biliaires. *Archives de physiologie*, 1897, стр. 725.

часовъ, то она вызоветъ немедленно смертельныя нервныя припадки. Она въ 9 разъ ядовитѣе мочи. Что касается клиническихъ наблюденій, то наблюдали судорожныя и коматозныя явленія, напоминающія урэмію, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ переходъ слишкомъ большихъ количествъ желчи въ кровь далъ поводъ къ скопленію въ послѣдней холестерина (холестерэмія). Эти вещества не только ядовиты, но они еще вызываютъ жировое перерожденіе печеночныхъ кѣтокъ.

1. Часть этихъ веществъ выводится *почками*. Это своего рода предохранительный клапанъ: поэтому непроницаемость почекъ составляла бы наиболѣе грозное осложненіе желтухи. Весьма важно, стало бытъ, установить энергичное *мочеотдѣленіе*, удалить мочею эти ядовитыя продукты, въ особенности билирубинъ, который проявляетъ особенно вредное дѣйствіе на сердце, замедляетъ пульсъ и кровообращеніе, вызываетъ появленіе сердечнаго шума (*Potain, Gongolphè, Morel, Fabre, Teissier*) измѣняетъ кровосмѣшеніе и можетъ этимъ путемъ дать поводъ къ кровотеченіямъ.

Когда почки функционируютъ правильно, то моча желтушныхъ проявляетъ вызывающія судороги и наркотизирующія свойства; убиваетъ уже доза, въ 13 к. ц. на килогр., животнаго. Этой ядовитостью своею она обязана отбросамъ распавшихся кѣтокъ, минеральнымъ продуктамъ, особенно калию, красящимъ веществамъ и сѣрѣ, отщепленной отъ таурина, который, недостаточно окисленный, переходитъ въ сѣрнокислыя соединенія, выводится въ формѣ парныхъ сѣрныхъ кислотъ. *Roger, Surmont*¹⁾ доказали, что ядовитость мочи повышается значительно при желтухѣ катарральной, простой, калкулезной и заразительной. *Chauffard* нашель, что при гемафеической желтухѣ ядовитость мочи увеличивается на исходѣ болѣзни и уменьшается, напротивъ того, на высотѣ ея, когда моча отдѣляется скудно. Выздоровленіе предвѣщаютъ и ему предшествуютъ полиурія и азетурия. Парныя сѣрныя кислоты, въ томъ числѣ наиболѣе важный изъ нихъ — индиканъ, находятся въ большихъ количествахъ въ мочѣ желтушныхъ (*Biernacki*) все время, пока существуетъ препятствіе къ свободному теченію желчи, и количество ихъ падаетъ до нормы, какъ только фекальныя массы пріобрѣли вновь нормальную окраску. Должно, слѣдовательно, назначать мочегонныя: *молоко, молочный сахаръ, азотно-кислыя соли, молочнокислый стронцій, средній винокаменнокислый калий, уксуснокислый калий, лимонный сокъ* въ большихъ дозахъ (*Frerichs*), *хлористый аммоній*, (*Vagevivi*), *росноладонную кислоту* и ея соли (*Harley*). *Кислоты* представляютъ много преимуществъ: онѣ дѣйствуютъ какъ мочегонныя и тоническія, возбуждаютъ отдѣленіе желудочнаго сока и, можетъ быть, также желчи (*Harley*), улучшаютъ

¹⁾ *Surmont*. Toxicité urinaire dans les maladies du foie. *Arch Génér. de médecine* 1892.

пищеварительныя отправления, и своимъ вяжущимъ дѣйствіемъ на сосуды и пластичность крови уменьшаютъ склонность къ кровоизліяніямъ. *Siebert* перевозосилъ въ особенности *соляную кислоту*, *Barr* азотную. Назначеніе кислотъ оправдывается отчасти опытами *Cl. Bernard'a*, въ которыхъ прокосновеніе палочкою, смоченною въ разведенной соляной кислотѣ, къ отверстию желчнаго протока вызывало истеченіе извѣстнаго количества желчи.

2. Съ цѣлью усилить *выведеніе* ядовитыхъ началъ кожею, *Witkowsky* вырыскиваетъ ежедневно подъ кожу 0.01 *пилокартина*, который онъ считаетъ почти специфическимъ средствомъ противъ желтухи: пилокарпинъ быстро устранялъ зудъ и далъ автору удовлетворительные результаты въ 30 случаяхъ. Прибѣгаютъ также къ сухимъ растираніямъ.

3. Чтобы оживить *горніе* и благопріятствовать *окисленію*, предписываются ходьба, физическія упражненія, пребываніе на открытомъ воздухѣ. Даютъ внутрь *бензойнокислый литій*, если изслѣдованіе мочи откроетъ присутствіе лейцина и тирозина, указывающихъ на недостаточное окисленіе азотистыхъ веществъ. Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровь значительно пострадала и понизилось средство гемоглобина къ кислороду, назначаются дыханія *кислорода*, *терпентина* и назначаются медикаменты изъ группы *озонирующихъ тѣлъ*.

III.

Лечение нѣкоторыхъ связанныхъ съ желтухою разстройствъ.

Зудъ при желтухѣ появляется безъ замѣтныхъ пораженій кожи; таковыя присоединяются лишь вторично, какъ послѣдствія расчесыванія и состоятъ изъ папулъ, сеадинъ и слѣдовъ отъ ногтей. Лечение, слѣдовательно, направляется противъ желтушнаго *зуда* и противъ *послѣдствій расчесовъ*.

1. Желтуха, какое бы она ни имѣла происхожденіе, всегда предшествуется или сопровождается очень сильнымъ зудомъ, охватывающимъ всё покровы и остающимся до исчезновенія желтушной окраски. Этотъ зудъ стоитъ близко къ тому, который наблюдается иногда при брайтовой болѣзни, сахарномъ мочеизнуреніи, бугорчаткѣ, ракѣ печени или желудка, хроническихъ гастритахъ, диспепсіяхъ и пр.

Кромѣ общаго леченія, направленнаго противъ вызвавшего желтуху страданія, назначается еще противъ самого зуда *мѣстное леченіе* въ формѣ *обмываній, мазей и присыпокъ*.

Обмыванія дѣлаются либо *простымъ уксусомъ* (1—4 столовыхъ ложекъ на стаканъ теплой воды или настоя ромашки или отрубей), либо *ароматическимъ уксусомъ*, къ которому прибавляютъ немного *карболовой кислоты*, либо *камфарнымъ спиртомъ* (1 часть его разводится 3 ч. теплой воды), либо 1% растворами *хлорала* или *карболовой ки-*

слоты, либо хлороформною водою или жидкостью *Van Swieten'a*, либо растворами *нафтола* (1—2%) и *ихтіола* (5—10%). Хорошія услуги оказываютъ слѣдующіе два препарата:

Сулемы	0,3
Солявокислаго аммонія	0,3
Камфарнаго спирта	30,0
Лавровишневой воды	300,0
Ихтіола	5—10,0
Алкоголя	40,0
Сѣрнаго эфира	40,0

Упорствомъ зуда въ нѣкоторыхъ случаяхъ желтухи объясняется множество и разнообразіе предложенныхъ противъ него средствъ. Если обмыванія не приносятъ облегченія, то назначаются слѣдующія мази:

Глицериноваго крахмала	60,0
Карболовой кислоты	1,0
Мятнаго масла	5—10 капель.

Втирать утромъ и вечеромъ, припудрить затѣмъ порошкомъ крахмала.

Успѣшно дѣйствуетъ также *глицеролатъ винокаменной кислоты* (1 грм. винокаменной кислоты на 20—40 грм. глицериноваго крахмала) или *нафтоловая мазь* (5—10%) или мазь съ *ментоломъ*.

Назначаются, наконецъ, присыпки порошкомъ крахмала, къ которому прибавляется отъ 5 до 25% *bismuthi subnitrici*, *bismuthi carbon.* *Zinci oxydat.*

Облегчаютъ зудъ при желтухѣ обмыванія холодною водою (*Chauffard*). *Dujardin-Beaumez* рекомендуетъ *паровыя ванны*, *Murchison* хвалитъ ванны съ *уксусною кислотою* ($\frac{1}{4}$ литра кислоты на 13 литровъ воды).

Полезны еще *щелочныя ванны*. При упорномъ зудѣ можно, наконецъ, прибѣгнуть къ теплымъ дождевымъ *душамъ* съ орошеніемъ, продолжительностью въ 2—4 минуты, повторяя ихъ ежедневно. Онѣ же показываются, какъ и паровыя ванны и влажныя обвертыванія; при наличности *слѣдовъ расчесовъ*. Эти послѣдніе, кромѣ того, лечатся еще непосредственно влажными обвертываніями съ крахмальною водою и покрываются поверхъ клеенкою. Успокоивъ явленія раздраженія, назначаютъ 5% или 10% *цинковую мазь* или непроницаемый лакъ *Unna*. Въ одной изъ своихъ клиникъ (устное сообщеніе *Perrin'a*) *Besnier* обратилъ вниманіе на *почесуху* желтушныхъ, выражающуюся крапивными волдырями и ссадинами отъ расчесовъ. Иногда такая почесуха предшествуетъ желтухѣ; слѣдовательно, не красящее вещество желчи составляетъ ея непосредственную причину; послѣднюю усматриваютъ то въ обусловленномъ задержкою желчи сложномъ измѣненіи крови, то въ пораженіи печени. Желтушная почесуха состоитъ изъ папулъ, крапив-

ной эритемы, даже гѣморрагическихъ явленій, сосредоточивающихся вокругъ волосныхъ луковицъ, и изъ легкихъ и поверхностныхъ ссадинъ, покрытыхъ мелкими, неравномѣрными кровянистыми корочками.

Внутреннихъ средствъ противъ желтушной почесухи не существуетъ, потому что большинство назначаемыхъ съ этой цѣлью средствъ (*опій, хлоралъ, бромистые* препараты и пр.) еще усиливаютъ зудъ, если не вызываютъ его. Должно больше настаивать на надлежащей діетѣ: молоко, щелочахъ, обезгниливающихъ кишечникъ и пр.

Наружное лечение состоитъ изъ паровыхъ ваннъ, теплыхъ дождевыхъ душей, влажныхъ обертываній; 2) обмываній; 3) присыпокъ; 4) мазей.

Обмыванія дѣлаются слѣдующими растворами:

Глицеринъ (5% въ кипяченной водѣ).

Настой *листьевъ кока* (1—5 грм. на литръ воды).

Обыкновенный *уксусъ* (5—10 грм. на литръ воды).

Карболовая кислота (0.25—1.0 на литръ воды).

Салициловая кислота (0.25—1.0 на литръ воды).

Двууглекислый или *салициловый натръ* (1—10 грм. на литръ воды).

Сулема или *синеродистая ртуть* (0.01—0.5 на литръ воды).

Ихтиолъ (невыносимый запахъ, 1—10 грм. на литръ).

Хлоралъ-гидратъ (5—25 грм. на литръ воды).

Бромистый калий (5—25 грм. на литръ воды).

Углекислый калий (5—10 грм. на литръ воды).

Цианистый калий (1—5 грм. на литръ воды, если нѣтъ изъязвленій):

Дѣлаютъ присыпки *порошкѣмъ*, составленнымъ изъ 1—3 грм. *салициловой кислоты*, 4—45 грм. *оксицинка*, 4—25 грм. *средняго азотнокислаго висмута* и 100 грм. крахмала.

Мази составлены изъ равныхъ частей *оксицинка* и *вазелина*. Можно еще прибавить къ нимъ *ментола*, по 0.01—1.0 на 100 грм. или же *карболовую* и *салициловую кислоту* (1—3%), *нафтолъ* прибавляется въ количествѣ 5—15%. Рекомендуются еще *оливковое масло* или смѣсь изъ двухъ частей *глицерина* на одну часть *хлороформа*.

2. *Dujardin-Beaumez* обратилъ вниманіе на появляющуюся въ періодъ выздоравливанія отъ заразныхъ желтухъ *крапивницу*; особенно часто она наблюдается при желтухѣ отъ задержки желчи, ставшей впоследствии инфекціонною. Именно въ тотъ моментъ, когда желчь начинаетъ снова поступать въ большихъ количествахъ въ кишечникъ, обнаруживается интенсивнѣйшая крапивная сыпь. По всей вѣроятности, она вызывается токсинами, которые заключаются въ задержанной въ печени

желчи и которые сходны съ ядовитыми началами, образующимися въ печени моллюсковъ (милитоксинъ). Противъ этой крапивной сыпи, составляющей выраженіе интоксикаціи, вызванной всасываніемъ токсиновъ желчи, излившейся въ кишечникъ въ моментъ устраненія закупорки, слѣдуетъ бороться главнымъ образомъ помощью *обезжиривающихъ кишечникъ средствъ и молочной діеты*.

Если доброкачественная инфекціонная желтуха обнаруживаетъ наклонность къ болѣе тяжкому теченію, то прибѣгаютъ къ общей антисептикѣ. Даютъ *хининъ, салициловый натръ* въ большихъ дозахъ и, въ крайнемъ случаѣ, дѣлаются, по совѣту *Arnogan'a*, впрыскиванія *карболовой кислоты* (по 1 к. ц. 2% раствора). Противъ адинаміи, кровотеченій, примѣняются обычные средства. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заразная желтуха сопровождается сердечными расстройствами, наклонностью къ коллапсамъ, къ обморокамъ, пытаются поднять давленіе въ артеріяхъ помощью *кофеина, спартеина, наперстянки*. Для улучшенія общаго питанія назначаются обычные тоническія (*хина, кока, кола, желѣзо, глицеро-фосфаты* и пр.) Наконецъ, должно тщательно доискиваться причины каждаго случая желтухи въ отдѣльности, чтобы, насколько это возможно, устранить и уничтожить ее.

IV.

Особыя терапевтическія показанія при извѣстныхъ разновидностяхъ желтухи.

1. При *желтухѣ въслѣдствіе полихоліи* прибѣгаютъ къ агентамъ, умѣряющимъ отдѣленіе желчи. Молочная діета задерживаетъ усиленное чрезмѣрно образованіе желчи, которое можно понизить еще больше, дѣйствуя на *кожу* (щелочныя ванны, растиранія, массажъ, легкія потогонныя), либо на *почки*. Изъ мочегонныхъ позволительно назначать только слабыя не раздражающія почечнаго эпителия.

При *конгестивной формѣ желтухи* прибѣгаютъ къ мѣстнымъ *отвлекающимъ* и даже къ *пневкамъ* въ подреберья или, лучше къ заднему проходу.

3) *Желтуха отъ душевнаго потрясенія* не подлежитъ сомнѣнію. *Potain, Rendu, Chauffard* цитируютъ убѣдительные примѣры этого рода. *Frerichs* рассказываетъ, что одинъ дуэлистъ опустилъ оружіе, увидавъ, какъ его противникъ внезапно пожелтѣлъ. Мы сами пользовали въ *Hôtel-Dieu* одного больного, у котораго интенсивная желтуха обнаружилась черезъ пять часовъ послѣ того, какъ онъ подвергся нападенію грабителей. Возможно, что дѣло идетъ о судорогѣ желчнаго протока, потому что въ опытахъ *Doyen'a* раздраженіе большихъ *nn. splanchnici*, а иногда желудка и кишечника вызывало сокращеніе сфинктера протока, державшееся 3—4 часа.

По *Dujardin-Beaumez*, однако, эта судорога никогда не бывает настолько сильною и продолжительною, чтобы она могла стать причиною стойкой задержки желчи. Последняя может всасываться чрезъ слизистую выводныхъ желчныхъ путей. Это доказано опытами *Heidenhain*'а и *Picard*'а. Чаше, однако, эмоціонная желтуха обусловливается нервною реакціею (*Chauffard*). Должно дѣйствовать поэтому на нервную систему, назначая *эвиръ*, *бромъ*, *хлороформную воду*, *соли цинка*, *белладонну*. Наконецъ, чтобы воспрепятствовать образованію и скопленію токсиновъ, даютъ *салициловый нафтолъ* съ *салоломъ*, которые, выдѣляясь частью чрезъ желчь въ формѣ салициловаго соединенія, обезгнивливаютъ одновременно и кишечникъ, и желчные пути. Большую пользу приносить *кало-мель* въ дробныхъ дозахъ. Воспрепятствуютъ спиртные напитки, предписывается молоко и дѣлаются холодныя клизмы, по способу *Krull*'я. Но, въ общемъ, эмоціонная или нервная желтуха никогда не бываетъ тяжкою.

4) *Затяжная форма катарральной желтухи*, отмѣченная *Frerichs*'омъ, изученная *Dieulafoy* ¹⁾, *H. Herzenstein*'омъ ²⁾, лечится настойчиво молочною діетою, обильными вливаніями *борной воды* въ прямую кишку, *салоломъ*, *салициловымъ нафтоломъ*, *каломелью*. Этотъ способъ леченія далъ намъ прекрасные результаты въ одномъ случаѣ затяжной желтухи, давность которой была уже два мѣсяца, когда больной поступилъ въ больницу.

5) *Вторичныя хроническія желтухи*. А.—Въ предыдущей главѣ мы видѣли уже, что желтуха можетъ сопровождать пассивную гиперемію печени, обусловленную порокомъ сердечныхъ клапановъ. Эта *сердечная желтуха* выражается обыкновенно субиктеричнымъ состояніемъ, при которомъ моча изобилуетъ уробилиномъ. Рѣже сердечная желтуха бываетъ билифеическою (*Hanot*) или гѣмафеическою. Это вторичный, побочный симптомъ пассивнаго застоя въ печени. Лечение, стало быть, должно быть направлено противъ этой гипереміи.

В.—*Legendre* предъявилъ въ Обществѣ больничныхъ врачей (2 апрѣля 1897 г.) молодого человѣка, страдавшаго уже 12 лѣтъ *хроническою уробилинурическою желтухою* безъ обезцвѣченія испражнений, обостряющеюся въ жаркое время года и сопровождаемою пищеварительными расстройствами. *Hayet* наблюдалъ 3 случая такой хронической желтухи съ уробилинуриею, характеризующеюся своею продолжительностью, связью съ диспепсіею и противодѣйствіемъ всякому леченію.

С.—Вторичная желтуха, присоединяющаяся къ *циррозамъ*, особенно къ желчному гипертрофическому циррозу *Hanot*, желтуха *отъ камней*, *желтуха новорожденныхъ* составятъ предметъ отдѣльныхъ главъ.

¹⁾ *Dieulafoy*. Sem. médic., 1888.

²⁾ *Herzenstein*. Tèe de Paris, 1890.

6) *Желтухи, вызванныя отравленіями.* Главное терапевтическое показаніе требуетъ устраненія яда (хлороформа, ээира, мѣди, ртути, мышьяка, сурьмы, свинца, фенилгидразина (*Auld*), лактофенина (*Straus*), толуилэндіамина (*Minkowski, Stadelmann, M. H. Аванасъевъ*), которые могутъ дать поводъ къ развитію желтухи.

7) Такъ наз. *гематическія* или *гематогенныя желтухи.*—Опыты съ толуилэндіаминомъ въ значительной мѣрѣ содѣйствовали опроверженію ученія *Gubler*'а о *гематической желтухѣ*; установивъ, что превращеніе происходящихъ изъ красныхъ шариковъ хромогенныхъ продуктовъ совершается въ печени, такъ что отравныя, по виду какъ будто кровородныя желтухи, въ дѣйствительности суть гепатогенныя. Желтуха—это патологическая функція печеночной кѣтки подобно тому, какъ образованіе желчи составляетъ ея фізіологическую функцію (*Chauffard*). Но если гематической желтухи въ смыслѣ *Gubler*'а, *Dreyfus-Brisac*'а не существуетъ, то несомѣнно, съ другой стороны, что наблюдается цѣлый рядъ *гематическихъ* желтухъ, обыкновенно слабо выраженныхъ, въ коихъ разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ играетъ главную роль. Эти формы желтухи находятся въ связи съ маляріею, въ особенности съ желчными гемоглобинурическими формами (*Kelsch, Boisson*), сопровождающимися значительнымъ разрушеніемъ красныхъ шариковъ. *Hayet* описалъ случай гематической желтухи вслѣдствіе гемоглобинеміи, развившейся въ теченіе лихорадки отъ переутомленія у человѣка, страдавшаго межудочнымъ нефритомъ. *Hayet* приписываетъ желтуху въ этомъ случаѣ массовому разрушенію измѣненной плазмой красныхъ шариковъ. Чрезмѣрному же разрушенію красныхъ шариковъ и функціональному разстройству печени обязаны своимъ происхожденіемъ и желтухи, наблюдаемая преимущественно при свинцовомъ отравленіи, у алкоголиковъ, въ теченіе острыхъ горячекъ и воспаленій и хроническихъ болѣзней печени, именно при атрофическомъ циррозѣ (*Chauffard*).

Главныя двѣ цѣли терапіи сводятся къ устраненію причины этихъ желтухъ и возстановленію красныхъ шариковъ крови помощью *тоническихъ, желѣза, мышьяка* и пр.

8) *Вторичныя инфекціонныя желтухи при острыхъ общихъ болѣзняхъ.*—При желтухѣ, наблюдаемой въ теченіе *желтой лихорадки, сытного тифа, возвратной горячки, желчного тифоида, скарлатины, милокровія, родильной горячки, денге* примѣняется общее при этихъ инфекціонныхъ страданіяхъ леченіе ¹⁾. Англійскіе врачи, наблюдающіе *берибери* въ Индіи, описываютъ желтушную окраску покрововъ съ гипереміею печени и обезцвѣченіемъ кала. Дѣло идетъ скорѣе о маляріи.

¹⁾ *Rendu.*—Jetères toxiques liés à des maladies infectieuses. *Bulletin med.*—28 мая 1893.

Желтуха часто сопутствуется различными проявленіями *острой* или *хронической малярии*. Она не требуетъ отдѣльнаго леченія. *Boisson* недавно описалъ наблюдаемую при болотной интоксикаціи чисто гематическую желтуху, которая обусловливается пронизываніемъ тканей гемоглобиномъ изъ разрушенныхъ красныхъ шариковъ, превращеннымъ въ гематинъ. Печень тутъ не причемъ. Аналогичные случаи мы наблюдали въ Тонкинѣ, особенно у старыхъ маляриковъ съ приступами гемоглобинуриі. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ налегать на препараты *железа, мышьяка, на тоническія и лечить малярію* (см. ст. *Малярія*).

Дизентерія жаркихъ странъ довольно часто сопровождается желчнымъ состояніемъ и желтухою вслѣдствіе закупорки желчныхъ путей. По всей вѣроятности она составляетъ результатъ катаррального состоянія желчныхъ путей и двѣнадцатиперстной кишки. *Hanot* описалъ, однако, случай развившейся въ теченіе дизентеріи гемафеической желтухи. Леченіе состоитъ въ предписаніи молочной діеты, въ назначеніи обезгниливающихъ кишки, *салолы, каломеля* и, въ особенности, *рвотнаго корня*, даваемого по бразильскому ослабленному методу, и слабыхъ дозъ *сѣрно-кислаго натра*.

Наконецъ, *хининъ*, обезгниливающія печень и кишечникъ, *каломель* и проч., назначаются противъ желтухи *желчныхъ лихорадокъ жаркихъ странъ*, которыя, по *Corre* и *Plante* не зависятъ отъ маляріи, а тождественны съ лихорадками того же наименованія, наблюдаемыми въ началѣ и концѣ лѣта въ нашемъ умѣренномъ климатѣ. Въ Индіи *Dhargalker* примѣняетъ противъ желтухи *Moringa pterygosperma* ¹⁾.

Желтуха довольно рѣдко, правда, наблюдается при холерѣ. Это легкая, переходящая, доброкачественная желтуха. *Galliard* ²⁾ приписываетъ ея происхожденіе вторичной инфекціи, *Oddo* переходящему пораженію эпителия желчныхъ путей подъ вліяніемъ выводимаго ими холернаго токсина; онъ сравниваетъ эту мимолетную желтуху съ переходящею альбуминуриєю, обнаруживающеюся, въ качествѣ поздняго явленія, въ реактивномъ періодѣ. Изъ желтухи, осложняющей иногда *рожу, пневмонію* не вытекаетъ никакихъ особенныхъ терапевтическихъ показаній. Въ терапіи всѣхъ этихъ желтухъ, присоединяющихся вторично къ какойнибудь общей острой заразной болѣзни, слѣдуетъ настаивать на примѣненіи *сѣрнокислаго хинина* и *обезгниливающихъ кишки* (бензонафтоль и, еще лучше, салициловый нафтоль и салоль), *тоническихъ, хины. Алкоголь* во всѣхъ его видахъ должно воспретить. *Недзенькій* даетъ при заразной желтухѣ по 0,02 *азотнокислаго серебра* въ день.

¹⁾ *Boisson*.—Gaz. hebdom. 1896.

²⁾ *Dhargalker*. *Indian med. chir. Re. Bombay*. 1896v, IV.

³⁾ *Galliard*. L'ictère et les alterations des voies biliaires dans le choléra, *Sem. med.*, 1892.

9) *Вторичная желтуха при хроническихъ общихъ болѣзняхъ.* Особого упоминанія заслуживаетъ ранняя сифилитическая желтуха вторичнаго періода. Она изучена была *Gubler*'омъ, который считаетъ ее выраженіемъ внутренней розеола желчнаго протока. *Lancereaux* и *Cornil* приписываютъ ее опуханію железъ *hilus*'а, *Harley* интоксикаціи ртутью. *Neumann* ¹⁾ опираясь на собранные имъ случаи французскихъ, нѣмецкихъ и англійскихъ авторовъ и 13 собственныхъ случаевъ, видитъ ее причину въ размноженіи эндотелія сосудистыхъ стѣнокъ. *G. Lewin* приписываетъ сифилитическую желтуху опуханію слизистой оболочки желчныхъ путей, *Lasch* ²⁾, по поводу трехъ личныхъ наблюденій, даетъ сводную картину 40 случаевъ сифилитической желтухи, принадлежащихъ преимущественно французскимъ авторамъ. *Aschmer* ³⁾ и *Werner* ⁴⁾ сообщили нѣсколько новыхъ данныхъ. Патогенезъ этой желтухи, стало быть, довольно смутенъ. Преобладаетъ мнѣніе, что дѣло идетъ о вторичномъ специфическаго происхожденія гепатитѣ, аналогичномъ вторичнымъ нефритамъ.

Сифилитическая желтуха встрѣчается чаще у женщинъ; она появляется медленно, развивается втеченіе нѣсколькихъ дней (*Rendu*), на высотѣ вторичнаго періода, предпочтительно между вторымъ и третьимъ мѣсяцемъ послѣ зараженія сифилисомъ. Большею частью она совпадаетъ съ высыпомъ розеола, сифилитической чешуйчато-папулезной или пустулезной сыпью. Это единственная отличительная черта разсматриваемой формы желтухи, которая во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ совершенно сходна съ обыкновенною катарральной желтухою.

Обычные способы леченія катарральной желтухи остаются, однако, безуспѣшными, между тѣмъ какъ смѣшанное противосифилитическое леченіе *ртутью* и *iodомъ* быстро устраняютъ эту желтуху. Но она очень скоро рецидивируетъ, если слишкомъ рано прекратить леченіе ртутью. Она указываетъ на недостаточную резистентность печеночной кѣтки, и это должно служить предостереженіемъ для врача и для больного (*Cardarelli*).

Это замѣчаніе, которое послужитъ намъ заключеніемъ, можно приѣмнить также ко всѣмъ разновидностямъ доброкачественной желтухи, проявляющимъ наклонность къ отягощенію вслѣдствіе порчи печеночныхъ кѣтокъ и уменьшенію проходимости почекъ. Необходимо помощью указанныхъ выше средствъ предотвратить во чтобы то ни стало эту относительную сначала, безусловную впослѣдствіи недостаточность печени, которая постепенно и прогрессивно превращаетъ доброкачественную пер-

¹⁾ *Neumann. Wien. med. Presse.* 10/XI 1895.

²⁾ *Lasch. Berlin. Klin. Wochenschr.* 1894 № 48.

³⁾ *Aschmer. Wien. med. Woch.* 1896. стр. 1411

⁴⁾ *Wenerr. Münch. med. Woch.*, 1897. стр. 736.

вично желтуху въ тяжелую. Особенно предрасположены къ такому роковому исходу мета-пигментная желтухи. Не слѣдуетъ забывать также, что выздоровленіе отъ доброкачественной желтухи зачастую бываетъ болѣе мнимымъ, чѣмъ дѣйствительнымъ, что первый приступъ, даже легкій, въ значительной степени уменьшаетъ охранительную роль печеночной клѣтки и ставитъ ее въ подчиненное положеніе по отношенію къ тоksi-инфекціямъ, съ которыми ей приходится вести непрерывную борьбу. Клѣтка тронута, печень болѣе не дѣвственна, какъ выражается *Voix*, ея будущности нанесенъ ударъ. Наконецъ, изслѣдованіе мочи даетъ весьма важныя указанія съ точки зрѣнія предсказанія. Существуетъ, въ самомъ дѣлѣ, постоянное отношеніе между уробилинуриєю ¹⁾, легко открываемою помощью спектроскопа, и дегенеративными процессами въ печени (*Hayem*). На всякаго субъекта, у котораго послѣ излеченной, повидимому, болѣзни печени, осталась уробилинурия и пищевая гликозурия (*Chauffard* ²⁾), нужно смотрѣть, какъ на больного: всякое случайное страданіе, всякое болѣзнетворное, какъ будто само по себѣ ничтожное вліяніе можетъ, въ этомъ фазисѣ пониженнаго сопротивленія, вызвать переутомленіе печени ³⁾ и функціональную недостаточность ея. Необходимо, стало быть, тщательно устранить всѣ причины аутоинтоксикаціи и инфекціи ⁴⁾, угрожающихъ организму, пока не возстановилась вполнѣ фізіологическая функція печеночной клѣтки ⁵⁾.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Лечение тяжкихъ формъ желтухи.

Thevenet.

1.

Общія замѣчанія.

Именемъ тяжелой желтухи *Ozanam* (1847) окрестилъ картину болѣзни, столь смутную, что ее только и можно было охарактеризовать этими двумя словами. И эти два безпритязательныхъ слова оказались столь удачными, что названіе, вызванное крайностью, пережило, не-

¹⁾ *Kiener et Engel.*—Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère. *Société de Biologie*, 1886, стр. 678.

²⁾ *Chauffard.*—De la guérison apparente et réelle dans les affections hépatiques. *Arch. génér. de méd.* 1890, стр. 399.

³⁾ *Cassaët et Mongourt.*—*Société de Biol.* 1894 и *Gaz. heb. d.* 1895.

) *Dupré.*—Des infections biliaires. *Thèse de Paris*, 1891.

⁵⁾ *Girode.*—Des infect. avec ictère. *Arch. génér. de méd.* 1892, стр. 412 и 555.

A. Робинъ. Рук. къ частной терапіи. Вып. 8-й.

смотря ни на что, все, что въ немъ было временнаго, какъ факты переживаютъ теоріи. Въ ближайшемъ будущемъ глава о тяжелыхъ желтухахъ, быть можетъ, исчезнетъ изъ руководства патологіи, поглощенная, въ особенности, недостаточностью печени, какъ терминомъ, болѣе согласнымъ съ патогенезомъ, но съ клинической точки зрѣнія, названіе «тяжкая желтуха», какъ болѣе выразительное и болѣе объемлющее, еще долго будетъ господствовать для обозначенія совокупности симптомовъ, которую *Hanot* схематизировалъ слѣдующими словами: «тифоидное состояніе съ желтухою и кровоизліяніями». Можно было бы прибавить: «оканчивающееся обыкновенно смертью».

Терминъ «тяжкая желтуха» въ примѣненіи къ печени можно сравнить съ апоплексіею въ нозографіи головного мозга, съ асистолиею для сердца, съ урэміею для почекъ: патологія каждаго органа имѣетъ, такъ сказать, свой перекрестокъ, начиная съ котораго, всѣ патологическіе процессы, пришедшіе различными, но сходящимися тропинками, направляются далѣе по одному общему пути.

Говорятъ: тяжкія желтухи, имѣя въ виду различіе путей, которые ведутъ къ этому синдрому: то гипертрофическій циррозъ, то общая инфекція, то желчные камни и пр., то сразу и быстро, то послѣ многихъ остановокъ и промежуточныхъ станцій: *тяжкія сразу желтухи* и *отягощенная желтуха*. Но разъ перекрестокъ перейденъ, то можно сказать, что уже не существуетъ тяжелыхъ желтухъ, какъ не существуетъ апоплексій, асистолий, урэмій, а имѣются только разновидности каждаго вида.

Не логично и не принято основывать дѣленіе патологическихъ разновидностей на прогнозѣ. Хирурги въ наше время не утверждаютъ уже, что только тѣ случаи столбняка можно признать за истинные, которые оканчиваются смертельно. Съ научной точки зрѣнія, всякая болѣзнь можетъ окончиться изцѣленіемъ, не мѣняя черезъ то своей сущности: я хочу сказать, что, напр., въ тотъ день, когда ракъ станетъ излечимымъ, онъ, тѣмъ не менѣе, останется все тѣмъ же ракомъ. Точно также, хотя тяжкая желтуха рѣдко измѣняла синониму «*fatal jaundice*», которымъ окрестилъ ее *Budd*, названіе ложно-тяжкой желтухи, которое предложилъ *Grellety* (1873) для категоріи остающихся въ живыхъ, не удержалось въ медицинской терминологіи.

И такъ, подъ тяжелою желтухою мы разумѣемъ острое вводное страданіе, обыкновенно, но не безусловно всегда, оканчивающееся роковымъ образомъ.

Не пускаясь въ подробности, которыя вывели бы насъ за предѣлы настоящаго руководства, мы постараемся выяснитъ наше мнѣніе о разсматриваемомъ синдромѣ нѣсколькими соображеніями относительно его существеннѣйшихъ чертъ.

А. Причины. Категории.

1. Тяжкія вторичныя желтухи.

«Тяжкая желтуха», говоритъ *Hanot*¹⁾, «всегда вторична. Обыкновенно конечное разрушеніе печеночной кѣтки совершается не вдругъ: оно предшествуется, готовится известною степенью порчи». Мы увидимъ, въ самомъ дѣлѣ, что многія инфекція только тогда локализируются въ печени, когда имъ предшествовало раньше какое нибудь страданіе послѣдней, но такъ какъ большею частью трудно рѣшить, какую роль позволительно приписать послѣднему, то еще многіе случаи желтухи кажутся первично тяжелыми.

Задержка желчи, отъ какой бы она ни зависѣла причины, отъ камней или рака, ослабляетъ печеночную кѣтку, которая отравляется медленно своими собственными продуктами. Къ тому же, всякій скопляющійся въ дѣствіе воспрепятствованнаго выдѣленія секретъ становится благоприятною средою для болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. Если наложить у животнаго временную лигатуру на членъ, то обусловливаемое этимъ растяженіе пузыря влечетъ за собою гнойное воспаленіе его, точно также за перевязкою мочеточника слѣдуетъ развитіе уретрита, піелита или гнойнаго нефрита (*Hallé* и *Allbarran*). По *Dupré*, къ этимъ фактамъ стоитъ близко легкость зараженія закупоренныхъ желчныхъ путей. Тѣмъ не менѣе, тяжелая желтуха рѣдко наблюдается въ качествѣ осложненія закупорки желчнаго протока.

Гораздо чаще доброкачественная вначалѣ инфекціонная или токсическая желтуха внезапно перерождается въ быстро ведущій къ смерти тифъ печени: это настоящая *отяготившаяся желтуха*.

Наконецъ, всякое хроническое страданіе, затрагивающее паренхиму печени, всѣ эти циррозы и различныя перерожденія могутъ внезапно получить такого рода развязку, и пора было бы опредѣлить точнѣе участіе, которое принимаютъ вторичныя инфекціи въ этомъ внезапномъ банкротствѣ анатомическихъ элементовъ, за которыми уже давно числится недочетъ. Не всѣ страданія печеночной кѣтки, однако, должны закончиться тяжелою желтухою, подобно тому, какъ и не всякій процессъ, захватывающій лабиринтъ почки, обязательно ведетъ къ урэміи. Цирротикъ можетъ умереть отъ кровавой рвоты или отъ пневмоніи, какъ почечный больной отъ кровоизліянія въ мозгъ или асистоли; и тотъ, и другой могутъ погибнуть отъ плеврита или перикардита, не считая многихъ другихъ исходовъ.

Изъ всѣхъ страданій печени болѣзнь *Hanot*, гипертрофическій цир-

¹⁾ *V. Hanot*—*Considérations générales sur l'ictère grave. Semaine médicale; 1893, стр. 373.*

розъ съ желтухою, оканчивается подобнаго рода смертью, что согласуется вполне съ заразною или токсическою повадкою, которую часто приобретаетъ это еще темное страданіе.

Брюшной тифъ, пневмонія, просовидная бугорчатка, вторичный сифилисъ, гнилוקровіе нерѣдко осложняются тяжкою желтухою, либо потому, что специфическій ядъ, не истощивъ еще въ благоприятной для него средѣ всей своей вредоносности, продолжаетъ подъ конецъ свою дѣятельность въ печени, либо потому, что печеночныя клѣтки проявляютъ исключительную чувствительность къ обычно безобиднымъ для нихъ токсинамъ, либо потому, наконецъ, что временная нужда, въ которую повергла ее борьба съ инфекціею, увлекаетъ къ соучаствію микробовъ-свидѣтелей. Здѣсь, вѣроятно, дѣло идетъ также о предрасположеніи, о которомъ рѣчь будетъ еще ниже. Какъ бы то ни было, эти формы составляютъ переходъ отъ, очевидно, вторичной тяжелой желтухи къ тѣмъ случаямъ, гдѣ болѣзнетворный ядъ поражаетъ печень непосредственно и исключительно или, по крайней мѣрѣ, настолько интенсивнѣе прочихъ органовъ, что первичная локалізація его въ другомъ мѣстѣ представляется сомнительною.

2. Первичныя тяжкія желтухи.

«Я называю первичною такую тяжкую желтуху, которая поражаетъ до того бывшія невредимыми печеночныя клѣтки и которая составляетъ все страданіе ихъ, отъ альфы до омеги» (*Hanot*).

Совершеннѣйшій типъ первичной тяжелой желтухи обусловливается однимъ ядомъ—*фосфоромъ* и одною, несомнѣнно заразною болѣзнью—*желтою лихорадкою*. Растворимый микробный продуктъ и минеральное ядовитое тѣло вызываютъ одинъ и тотъ же результатъ. Фосфоръ, по выраженію *Stadelmann'a*, есть «ядъ тяжелой желтухи». Между острымъ фосфорнымъ отравленіемъ и тяжелою желтухою существуетъ почти полное тождество анатомическаго процесса и симптомовъ (*Chauffard*). И въ патологій почекъ мы знаемъ ядъ, который дѣйствуетъ тождественно съ болѣзнетворными агентами острыхъ нефритовъ: фосфоръ съ его роковою склонностью къ печеночной клѣткѣ можно назвать по истинѣ *кантаридиномъ печени*.

Много споровъ возбудилъ вопросъ, существуютъ ли, помимо желтой лихорадки, первичныя тяжкія желтухи. Нельзя отказать въ этомъ имени, напр., *эпидеміи*, которую наблюдали въ Лиллѣ *Arnould* и *Coyne* въ 1878 г. или *печеночному тифу* золотарей (*Landouzy*), а также нѣкоторымъ отдѣльнымъ случаямъ, гдѣ причиною страданія были, повидимому, болѣзнетворные микробы, гроздекоккъ, цѣпеккоккъ или кишечная палочка. Противоположное мнѣніе слѣдующимъ образомъ формулировано

*Voix*¹⁾. «Пока печень интактна, всякая инфекция останется инфекцією или септицемією, но она превратится въ тяжкую желтуху, коль скоро печень уже затронута, коль скоро она имѣетъ какое-нибудь патологическое прошлое, явное или скрытое». Что касается нашего личнаго мнѣнія, то оставляя въ сторонѣ вопросы о специфичности и предрасположеніи, къ которымъ мы общались еще вернуться ниже, мы думаемъ, что случаи, о коихъ только что была рѣчь, слѣдуетъ включить въ ту исключительную категорію, гдѣ дѣйствующая причина настолько могущественна, что можетъ обусловить всю болѣзнь. А *Hanot*, который, какъ мы видѣли выше, менѣе всего склоненъ видѣть первичную болѣзнь въ тяжкой желтухѣ, обозначаеваемой имъ какъ «прежде всего вторичную», слѣдующимъ образомъ рѣшаетъ этотъ вопросъ: «Можно было бы соединить въ одну группу, группу тяжелыхъ желтухъ первичныхъ, тяжелую желтуху фосфорнаго отравленія, тяжелую желтуху желтой лихорадки, эпидемическія желтухи и эссенціальную тяжкую желтуху». И почему бы только возбудителю желтой лихорадки предоставлена была возможность поразить здоровую до того печеночную клѣтку? И хотя изъ ядовъ тяжкая желтуха вызывается, главнымъ образомъ, фосфоромъ но развѣ помимо его не способны сыграть ту же роль еще мышьякъ и сурьма? Точно также въ хрупкомъ организмѣ ребенка и, въ исключительныхъ случаяхъ даже у совершенно, какъ будто, здороваго взрослого субъекта, обычно безобидный микробъ, по всей вѣроятности, обыкновенная кишечная палочка способна вызвать въ нашихъ странахъ драматическую картину индійской холеры. Въ общей патологіи не существуетъ монополій.

А. О некоторыхъ предрасполагающихъ причинахъ. *Hanot* полагалъ, что существуетъ врожденная слабость печеночной клѣтки, которая вслѣдствіе этого оказывается предрасположенною къ процессамъ перерожденія, и подтвержденіе своего взгляда онъ видитъ въ желтухѣ новорожденныхъ. Невозможно, въ самомъ дѣлѣ, включить, какъ это дѣлаетъ *Jaccoud*, въ классъ тяжелыхъ желтухъ «смертельныя формы этой мало опредѣленной группы», на которой мы не будемъ здѣсь останавливаться. Интересно было бы выяснитъ, не составляетъ ли это врожденное предрасположеніе одного изъ атрибутовъ наследственнаго алкоголизма, подобно синдрому судорогъ и бреда и даже хореѣ, поражающимъ только слабыя нервныя системы.

Что сказать о предрасположеніи, создаваемомъ приобретеннымъ алкоголизмомъ? Развѣ оно не очевидно? *Hanot*; столь мало расположенный въ пользу первичныхъ случаевъ, склоненъ, повидимому, къ взгляду, что инфекция только ускоряетъ уже начавшійся процессъ: «не

¹⁾ *Voix*.—Manuel de Pathologie interne de Debove-Achard.

лепо ли, что печеночный тифъ вѣрнѣе поразитъ пьяницу золотаря, чѣмъ всякаго другого трезваго субъекта?»

При *худосочіяхъ* ослабленные и худо охраняемые благородные элементы остаются беззащитными противъ токсинфекціонныхъ вторженій: обмѣнъ веществъ пониженъ, окисленія ограничены и накапливающиеся вслѣдствіе такого несовершеннаго обмѣна ненормальные органическіе отбросы содѣйствуютъ разрушенію паренхимъ.

Беременность играетъ большую роль, какъ факторъ тяжести желтухи (*Bardinet*). «Это состояніе сопровождается часто торпидностью печеночной паренхимы, нагруженной жиромъ больше обыкновеннаго; въ то же время сердце зачастую растягивается, измѣняется кровяное давленіе; почки плохо функционируютъ» (*Charrin*). Если не считать этихъ этиологическихъ данныхъ, то тяжелая желтуха беременных ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ всякой другой желтухи. Напомнимъ, однако, что насчетъ печени относили извѣстные случаи эклампсїи безъ измѣненій со стороны почекъ и сопутствуемые иногда желтухою: *холемическая эклампсїя* ¹⁾). По всей вѣроятности, тутъ дѣло идетъ только о небольшомъ различїи въ органической реакціи, вызываемой двумя близкими, повидимому, процессами.

Какъ мы это увидимъ ниже, почки принимаютъ въ происхожденіи тяжести желтухи почти такое же участіе, какъ и печень. Нерѣдко тотъ и другой органъ поражаются одновременно однимъ и тѣмъ же заразнымъ или токсическимъ агентомъ, осуществляя настоящій «гепато-нефритъ съ острымъ теченіемъ» (*Richardière* ²⁾). При отсутствїи такого двусторонняго болѣзнетворнаго дѣйствїя, *предшествовавшее пораженіе почечной паренхимы* также кладетъ печать тяжести на существующую желтуху тѣмъ, что оно замедляетъ и дѣлаетъ менѣе совершеннымъ выведение внутривидныхъ и инородныхъ ядовъ. И обратно, больная почка подвергается не только вредоносному дѣйствію яда, но и пагубному влиянію порочной работы перерождающейся печени.

В. *Специфичность болѣзни и специфичность микробовъ*. Изъ этихъ этиологическихъ соображеній видно, что должна существовать поразительная аналогія между пораженіемъ крови, желтухою и *purpura*. Такъ какъ здѣсь рѣчь идетъ о токсинфекціяхъ, то я обойду молчаніемъ желтухи нервнаго происхожденія. Но развѣ ангио-гематическій тифъ не равнозначущъ съ печеночнымъ тифомъ, какъ болѣзнь *Werthof*'а аналогична катаральной желтухѣ, и та и другая могутъ принять затяжное теченіе и ожесточаться приступами. Геморрагическую желтуху можно сравнить съ брюшнымъ тифомъ, вызывающимъ тяжкую желтуху;

¹⁾ *V. Vinay*. Maladies de la grossesse.

²⁾ *Richardière*. Sur un cas d'ictère grave à gorme rénale. Sem. méd. 1870.

существует молниеносная дѣтская *purpura*, аналогично молниеносной желтухѣ новорожденныхъ. Гѣмофилія представляет собою такое же предрасположеніе крови, которая есть та же ткань, какъ и врожденная хрупкость печеночныхъ клѣтокъ, о которой говорить *Hanot*. Причины могутъ быть тѣ же самыя, но мѣняется предрасположеніе органовъ и съ нимъ и болѣзнь. Печень, кровь, почки взаимно вліяютъ другъ на друга, но они могутъ также другъ за другомъ или одновременно подвергнуться дѣйствию почти общей этиологіи.

Съ другой стороны, слѣдуетъ также принимать въ расчетъ силы микробовъ. Если такіе безразличные почти микроорганизмы, какъ цѣпкококкъ, гроздекоккъ, кишечная палочка, овладѣваютъ, повидимому, только предрасположенною почвою и предпочитаютъ обыкновенно дѣйствовать вторично въ средѣ, подготовленной болѣе дѣятельными, чѣмъ они сами агентами, то и нѣкоторые явственно специфическіе микробы не берутъ на себя всякую роль на патологической сценѣ, а выбираютъ для себя предпочтительно тотъ или другой органъ. Сколько бы исключеній ни допускалъ законъ *Louis*'а, несомнѣнно, что палочка *Koch*'а равнодушна къ легкому, холерная спирилла предпочитаетъ кишечникъ, ревматизмъ поражаетъ сывороточныя оболочки, скорбутъ портитъ кровь и сосуды, желтая лихорадка разрушаетъ печеночныя клѣтки. Также и яды. Существуетъ, безъ сомнѣнія микробъ желтой лихорадки, способный самъ по себѣ или своими токсинами разстроить печень, независимо отъ индивидуальнаго предрасположенія, подобно тому, какъ окись углерода, кантаридинъ, фосфоръ, дифтерійный или столбнячный ядъ дѣйствуютъ каждый прежде всего на излюбленную имъ систему. Но помимо этого, не существуетъ *специфической бактеріи тяжелой желтухи, какъ нѣтъ таковой и для purpura*. Въ этомъ отношеніи гроздекоккъ, цѣпкококкъ, кишечная и тифозная палочка дѣйствуютъ сходно съ мышьякомъ, сурьмою и даже алкоголемъ, которые *удушаютъ* печень, лишь благодаря существующему предрасположенію.

Подобно тому какъ плевритъ вызывается легче, но не исключительно *Koch*'овскою палочкою, острая желтая атрофія печени имѣетъ своего наиболѣе дѣйствительнаго агента въ желтой лихорадкѣ. Но не забудемъ притомъ, что тутъ дѣло идетъ прежде всего о клинической картинѣ и что синдромъ гораздо менѣе специфиченъ, чѣмъ анатомическій процессъ: легочная чахотка можетъ имѣть въ своей основѣ бугорчатку, сифилисъ и актиномикозъ; клиническую картину тифа могутъ дать гриппъ, острая просовидная бугорчатка и даже пневмококкъ (*B. Lyonnet*) и, безъ сомнѣнія, еще многіе другіе агенты. Это много разъ самымъ блистательнымъ образомъ доказано было помощью серо-діагностики. Даже анатомическіе процессы не удерживаютъ своей специфичности: тифозныя язвы вызываются не одною *Eberth*'овскою палочкою (*Sanarelli*), а ток-

сины столбняка и дифтерии обусловливаютъ пораженія кишечника, напоминающія холеру (*Courmont, Doyon, Paviot*).

В. Клиническая картина.

Желтуха, геморрагии, нервные явления — вотъ существеннѣйшія черты этой картины, поистинѣ «основная симптоматическая троица». (*Chauffard*), къ которой можно еще присовокупить *уменьшеніе количества мочи и мочевины*.

Названіе *тифозидная желтуха (Lebert)* и *геморрагическая желтуха (Monneret)* болѣзнь получила по преобладанію въ ней синдрома того или другого изъ этихъ симптомовъ.

Jaccoud различаетъ въ развитіи болѣзни два фазиса: 1) желтушный періодъ, котораго можетъ и не быть; 2) токсемическій періодъ, въ теченіе котораго тяжкая желтуха обнаруживаетъ свои выше перечисленныя проявленія, особенно желтуха сказывается все рѣзче и рѣзче. Тѣмъ не менѣе, не многіе, но положительные факты доказываютъ, что желтуха можетъ уменьшиться и даже исчезнуть, хотя прочія явленія остаются и ведутъ къ роковому концу. Желчи нѣтъ болѣе ни въ покровахъ, ни въ мочѣ, ни въ каловыхъ массахъ, печеночныя клѣтки утратили свою желчородную силу, наступила *секреторная ахолия*.

Безъ сомнѣнія, желтуха въ основной троицѣ имѣетъ наименьшее значеніе. Мы увидимъ ниже, что съ патогенетической точки зрѣнія, она не представляется необходимою, а изъ вышепомянутаго явствуетъ, что она дѣйствительно можетъ и отсутствовать. Не считая даже тѣхъ случаевъ, гдѣ метапигментная съ самого начала и мало интенсивная желтуха проходитъ незамѣченною, существуютъ, исключительныя, правда, наблюденія, доказывающія возможность *тяжкой желтухи безъ желтухи*: «вся болѣзнь сказывается въ мозговыхъ явленіяхъ и кровотеченияхъ» (*Girode*). Симптомъ желтухи занимаетъ небольшое мѣсто въ картинѣ тяжкой желтухи; болѣзнь не исчерпывается въ явленіяхъ со стороны печени (*Girode*).

Нервные разстройства, которыя, смотря по случаю, выражаются то въ *атактической формѣ* съ буйнымъ бредомъ и судорогами, то въ формѣ *адинамической* или *коматозной*, ведутъ въ концѣ концовъ, путемъ *сердечной астении*, къ коллапсу, который особенно рано наступаетъ при желтой лихорадкѣ.

У беременной женщины почти постоянно дѣло доходитъ до выкидыша, который въ самомъ раннемъ періодѣ беременности можетъ сойти за кровотеченіе.

Уменьшенное мочеотдѣленіе и гипоазотурія наблюдаются постоянно, и въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ альбуминурии, они, тѣмъ не менѣе, указываютъ на непроходимость почекъ; если, сверхъ ожиданій, наступить выздоровленіе, то оно предвѣщается приступомъ полиуріи съ

азотурією и наростаніемъ ядовитости мочи (*Surmont*). *Richardière* отличаетъ особую *почечную разновидность*.

По мнѣнію *Gouget*, альбуминурія не имѣетъ большого значенія въ смыслѣ распознаванія почечнаго страданія; болѣе доказательно присутствіе гліалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ.

Острая боль при давленіи на печень указываетъ на главную локализацию страданія. Уменьшеніе пораженнаго органа въ объемѣ свидѣтельствуеетъ, что онъ, такъ сказать, опорожнился или, по крайней мѣрѣ, спался вслѣдствіе атрофіи своей паренхимы. Въ случаяхъ улучшенія возстановленіе нормальныхъ размѣровъ совершается иногда съ невѣроятною быстротою. *Гипертрофія селезенки* констатируется постоянно.

Ничего стойкаго со стороны *лихорадочнаго цикла*: Острая желтая атрофія можетъ протекать безъ всякой лихорадки (*Jaccoud*); болѣею частью наблюдается либо лихорадка, либо *ипотермія*, послѣдняя преимущественно въ токсэмическомъ періодѣ. *Hanot* противопоставляетъ этой гипотерміи повышенную температуру при желтой лихорадкѣ, но и при этой болѣзни иногда наблюдали температуры ниже нормальныхъ. Повышеніе температуры обуславливается инфекціею, пониженіе цѣлою серіею интоксикацій внутренняго и внѣшняго происхожденія. Вотъ самое простое объясненіе, которое мы разберемъ еще ниже.

С. Главные анатомическіе процессы.

Они затрагиваютъ паренхиму печени, почечный лабиринтъ и кровь. И здѣсь, какъ въ клинической картинѣ, мы имѣемъ, стало быть, основную тройцу.

1. Печеночная паренхима.

Искать при тяжелой желтухѣ специфическаго и постояннаго пораженія печеночныхъ клѣтокъ было бы столь же нелогично, какъ искать при мочекровии всегда одного и того же процесса въ почкахъ. Всякое воспаленіе, будь то межуточное или первично паренхиматозное, всякое перерожденіе можетъ повлечь за собою уничтоженіе функций благородныхъ элементовъ. Острая желтая атрофія, которую *Frerichs* нашелъ въ 170 случаяхъ изъ 177, является самымъ типичнымъ, но не единственнымъ процессомъ, лежащимъ въ основѣ тяжелой желтухи; минуя *асистолію*, она сразу поражаетъ печеночную клѣтку *внезапною смертію*.

Что касается межуточныхъ процессовъ, то они имѣютъ лишь побочное значеніе, а въ новообразованіи канальцевъ также нѣтъ ничего специфическаго.

Въ исключительныхъ случаяхъ ни вооруженный глазъ, ни микроскопъ не открываютъ ничего ненормальнаго, такъ что какъ будто прекратилась только функціональная жизнь дольки, аналогично тому, что

констатируется, примѣрно, въ почкахъ (*Renaut*), когда водянка не оставляетъ послѣ смерти ни малѣйшихъ слѣдовъ, за исключеніемъ небольшого пропитыванія соединительнотканннхъ промежутковъ. По всей вѣроятности, съ все нарастающими успѣхами техники изслѣдованія, такіе случаи будутъ встрѣчаться все рѣже и рѣже.

Stadelmann объясняетъ желтуху при фосфорномъ отравленіи закупоркою внутريدольковыхъ канальцевъ разбухшими клѣтками и всасываніемъ вслѣдствіе этого желчи въ соотвѣтственныхъ участкахъ. И дѣйствительно, о закупоркѣ въ этихъ случаяхъ внѣ печени лежащихъ протоковъ слизистою пробкою не можетъ быть и рѣчи, потому что у отравленныхъ фосфоромъ собакъ желтуха развивается, если даже наложить имъ предварительно желчную фистулу. Противъ мнѣнія *Stadelmann*'а можно было бы возразить, что всасываніе желчи можетъ совершиться въ раздѣлительныхъ каналахъ, а что касается печеночныхъ клѣтокъ, то онѣ обыкновенно не только не увеличены въ объемѣ, а скорѣе атрофированны. Болѣе удовлетворяетъ логику и лучше согласуется съ патолого-анатомическими данными остроумное предположеніе *Hanot* о *перемѣщеніи внутريدольковыхъ трабекулъ*.

Выздоровленіе, повидимому, возможно даже послѣ атрофіи, путемъ регенераціи пораженныхъ клѣтокъ (*Ponfick; Hanot*).

2. Почечная паренхима.

Въ ней, какъ и въ печени, могутъ встрѣчаться всѣ дегенеративныя и воспалительныя измѣненія, которыя либо предшествуютъ, либо сопровождаютъ, либо присоединяются вторично къ пораженію названнаго органа. Тѣмъ не менѣе, при тяжелой желтухѣ, какъ и при эклампсін, иногда не находятъ никакихъ процессовъ въ почкахъ, участіе которыхъ не всегда необходимо, чтобы вызвать смерть (*Gouget*). Опыты *Withla Debove* показали, впрочемъ, что возможна недостаточность почекъ безъ замѣтныхъ измѣненій ихъ. Въ заключеніе можно сказать, что «почки всегда играютъ роль въ происхожденіи явленій тяжелой желтухи»¹⁾.

Ниже мы вернемся еще къ вопросу о вредномъ вліяніи больной печени на почки, здѣсь же скажемъ пока только нѣсколько словъ о свойствѣ поражений, которымъ подвергается почка чрезъ посредство печеночной клѣтки. (*Alonzo* и *Павловъ, Charrin*): «Это процессы перерожденія, поражающіе эпителий извитыхъ трубокъ и восходящихъ вѣтвей, рѣже собирательныхъ трубокъ. Клубочки, сосуды, межуточная ткань невредимы (*Gouget*)». Это все, какъ мы видѣли, процессы, свойственные тяжелой желтухѣ.

¹⁾ *V. Gouget*.—Influence des maladies du foie sur l'état des reins. *Th. de Paris*, 1895.

3. К р о в ь .

Она представляет свойства инфекционной, т. е. разжиженной крови: замедленное свертывание, неплотный сверток, сыворотку цвета сепии. Подобно мочѣ, она содержитъ мало мочевины и много экстрактивныхъ веществъ. Повышенная ядовитость вѣроятно, но не доказана.

Такъ какъ желтуха усиливается еще въ то время, когда испражненія обезцвѣтились и печень, повидимому, уже не вырабатываетъ желчи, то полагали, что въ самой крови, благодаря присутствію желчныхъ кислотъ, происходитъ разрушеніе красныхъ шариковъ: гетеротопическое превращеніе гемоглобина (*Jaccoud*). Это теорія гемафеической желтухи, для допущенія коей не хватаетъ одного только, но существеннаго условія: доказательства, что въ организмѣ возможно превращеніе гемоглобина въ билирубинъ безъ посредства печеночной кѣтки. Безъ сомнѣнія, невозможность такого явленія не установлена, но развѣ не теоріи обязаны доказывать свою правоту? Какъ бы то ни было, гемафеизмъ насчитываетъ мало сторонниковъ. Напротивъ того, все, повидимому, говоритъ за то, что образованіе желчи есть одно изъ послѣднихъ отравленій, на которыя еще способна больная печень, но будучи несовершеннымъ, оно ограничивается образованіемъ уробилина и измѣненныхъ пигментовъ, которые находятся въ крови не потому, что они здѣсь родились, а потому что они поступили сюда изъ сосудовъ печеночныхъ долекъ, независимо отъ того, произошло ли въ послѣднихъ перемѣщеніе трабекулъ или нѣтъ.

4. Взаимоотношенія процессовъ.

Выше, обсуждая причины тяжелой желтухи, мы изложили свое мнѣніе о томъ, какъ мы объясняемъ себѣ въ большинствѣ случаевъ совпаденіе пораженій печени, почекъ и крови: одинъ и тотъ же агентъ, микробъ или ядъ, въ конечномъ итогѣ всегда интоксикація, поражаетъ одновременно всѣ три системы.

Но съ другой стороны, состояніе каждой изъ нихъ отражается на двѣ остальные. Пагубное вліяніе больныхъ почекъ или больной печени на сосуды и кровь явствуется достаточно изъ частоты гѣморрагій при циррозахъ печени и нефритахъ, притомъ помимо всякой новой инфекции или интоксикаціи извнѣ. Жировое перерожденіе органовъ составляетъ правило при злокачественномъ малокровіи (множественное жировое перерожденіе органовъ *Perrond*), а *Hanot* объясняетъ случаи сочетанія брайтовой болѣзни съ хлорозомъ уменьшеніемъ подъ вліяніемъ эпителиальнаго нефрита, процессовъ окисленія. Подробный разборъ этого вопроса расширилъ бы чрезвычайно рамки нашей статьи, а потому мы ограничимся бѣглымъ обзоромъ вліянія печени на почку.

«Почка и печень тѣсно связаны между собою своими отправлениями. Страданіе одного изъ органовъ можетъ, слѣдовательно, вызвать разстройство другого... разстройство печени можетъ вызвать альбуминурию при отсутствіи какого бы то ни было органическаго процесса въ самихъ почкахъ (*Murchison*)». Мы не будемъ уже говорить объ одновременномъ пораженіи обоихъ органовъ, безъ взаимной зависимости, о гепато-нефритѣ *Richardière*'а, выражающемся дезорганизаціею и жировою инфильтраціею печеночныхъ клѣтокъ съ одной, и воспаленіемъ почечнаго эпителия съ другой стороны. Вліяніе печени на почки можетъ сказаться, при отсутствіи какого бы то ни было разстройства въ отдѣленіи желчи, у цирротиковъ, либо когда органъ вполне разрушенъ, напр., ракомъ (*H. Mollière*). *Gouget* весьма мѣтко сравниваетъ совершающіяся здѣсь явленія съ измѣненіями сердца при нефритахъ: подобно тому какъ сердце, послѣ того какъ оно нѣкоторое время компенсировало частью страданіе почекъ, наконецъ, утомляется и даетъ себя растянуть, и почка, послѣ нѣкоторыхъ попытокъ бороться съ послѣдствіями недостаточности печени, въ свою очередь становится недостаточною.

Ниже мы вернемся еще къ токсическому дѣйствію желчи на ткани вообще, но и теперь уже замѣчу, что оно, по нашему мнѣнію, не имѣетъ большого значенія. *Gouget*, весьма основательно изучившій вліяніе желчи на почки, придаетъ ему мало значенія. Впрочемъ изъ опытовъ его же и *Surmont* слѣдуетъ, что ядовитость желтушной мочи, обыкновенно повышенная, иногда падаетъ до нормы и даже ниже, но тутъ, можетъ быть, играетъ, нѣкоторую роль мочеокровіе. Наконецъ, если не считать пронизыванія пигментами, то измѣненія почекъ встрѣчаются столь же часто и носятъ тотъ же характеръ при страданіяхъ печени, не сопровождаемыхъ желтухою.

Печень превращаетъ въ мочевины многіе ядовитые продукты, другіе она задерживаетъ и лишь мало по малу передаетъ почечному фильтру. Уничтоженіе этой регулирующей дѣятельности должно прежде всего отразиться существеннымъ образомъ на очищающемъ органѣ. Уменьшенное образованіе мочевины, ограничивая мочеотдѣленіе, можетъ, даже при отсутствіи значительныхъ измѣненій въ почкахъ, вызвать печеночную урэмію. Не задерживаемые пептоны переходятъ въ мочу. Прибавимъ къ этому, что вслѣдствіе не происходящаго болѣе обезвреживанія кишечника желчью, организмъ, а слѣдовательно и почки получаютъ еще одинъ источникъ интоксикацій. Изъ различныхъ переходящихъ въ мочу въ теченіе болѣзней печени ненормальныхъ началъ, всѣхъ болѣе или менѣе вредныхъ для почекъ, наиболѣе ядовиты, повидимому, экстрактивные вещества и пептоны (*Gouget*).

Мы видѣли, что перерожденіе почекъ печеночнаго происхожденія за-

хватывает преимущественно цилиндрической эпителий. Въ этомъ сказывается аналогія съ пораженіями *Ebstein'a* и *Armanni-Ehrlich'a*. *Char-rin* напонимаетъ по этому поводу объ участіи, которое принимаетъ печень въ гликозуриі. Правда, всѣ эти измѣненія, способныя притомъ же къ обратному развитію, настолько ограниченны, что они не могутъ серьезно нарушить отправленія органа, но они готовятъ болѣе легкое и быстрое разрушеніе паренхимы вторичными инфекціями (*Gouget*).

Д. Природа болѣзни.

И такъ, тяжелая желтуха есть первоначально микробная или минеральная интоксикація, инородная или же чисто органическая и внутриродная. Понятно, что бактеріи могутъ либо обусловить весь процессъ, либо дополнить и облегчить дѣло разрушенія, начатое тѣми или другими ядами. «Асфиксія печени» развивается пока сцена занята тяжелою желтухою.

Представляетъ ли терминъ тяжелая желтуха синонимъ недостаточности печени? Не совсѣмъ. Во первыхъ, она является только въ качествѣ острого и обыкновенно конечнаго эпизода этого медленнаго банкротства печени и по своей продолжительности она мало важна, по своему объему же она, напротивъ того, составляетъ нѣчто большее, чѣмъ недостаточность печени. Мы видѣли, что, по мнѣнію компетентнѣйшихъ авторовъ, почки могутъ быть свободны отъ анатомическихъ измѣненій, но всегда играютъ извѣстную роль; при тяжелой желтухѣ всегда существуетъ и мочекрыіе, а также еще холемія, по всей вѣроятности мало важная, когда дѣло идетъ о нормальныхъ пигментахъ, но получающая, можетъ быть, большее значеніе при измѣненныхъ пигментахъ. Это смѣшанное осложненіе, составляющее результатъ главнымъ образомъ сочетанія наиболѣе опасныхъ послѣдствій болѣзней печени съ наиболѣе опаснымъ послѣдствіемъ болѣзней почекъ.

Е. Самоотравленіе.

И такъ, первичный заразный или иной процессъ разстраиваетъ печеночную паренхиму и корковый слой почекъ, которые служатъ барьеромъ между организмомъ и болѣзнетворнымъ агентомъ. Какъ только барьеръ этотъ преодоленъ, отравленіе повышается, такъ сказать, на одну степень вѣдствие разстройства обмѣна веществъ. Сюда присоединяется еще *вторичная ауто-интоксикація*, изученная *Boucharд'*омъ, идеи котораго со времени появленія его труда объ ауто-интоксикаціяхъ нашли себѣ подтвержденіе или дальнѣйшее развитіе въ изслѣдованіяхъ всѣхъ, занимавшихся этимъ вопросомъ.

Разсмотримъ сначала, какимъ образомъ человекъ, столь чувствительный къ разрушенію печеночныхъ клѣтокъ, можетъ долгое время переносить засореніе желчныхъ путей, если къ нему не присоединится ни

какая инфекция. Аналогію мы видимъ въ относительной безвредности анурии сравнительно съ послѣдствіями экспериментальнаго удаленія почекъ. Отдѣленіе желчи есть почти второстепенная функція, гораздо болѣе важны внутреннія секретіи.

Предположимъ, что уничтожена гликогенная функція: быстрое и частую непоправимое разстройство сосудистой и нервной системъ, острая атрофія мускулатуры, астенія и кома, кровотечения, напоминающія слова Галена *hepar sanguificum*. вотъ явленія, которыя *Hanot* относитъ все насчетъ уничтоженія этой функціи.

Намъ пришлось бы перебрать всю общую патологію, если бы мы захотѣли прослѣдить эту ауто-интоксикацію до конца, поэтому мы ограничимся разборомъ только одного изъ элементовъ тяжелой желтухи. Отдѣленіе желчи наружу превращается во внутреннюю секретію, и пока образованіе желчи продолжается, она выбрасывается во внутреннюю среду: желчь, какъ выражаются профаны, примѣшивается къ крови. Какое участіе принимаетъ эта желтуха въ интоксикаціи?

Судя по заключеніямъ *Bouchard'a* и *Bruin'a* это участіе должно быть значительно: «человѣкъ вырабатываетъ одною печенью въ теченіе восьми часовъ столько желчи, сколько нужно, чтобы убить его, между тѣмъ какъ потребное для этого же количество мочи вырабатывается въ продолженіи 52 часовъ. Слѣдовательно, желчь въ шесть разъ ядовитѣе мочи, отдѣляемой въ равный промежутокъ времени.

Несомнѣнно, что даже при доброкачественныхъ желтухахъ наблюдаются признаки «намёка на интоксикацію», но только намёка. Стало быть, въ желтухѣ есть нѣчто, трудно поддающееся объясненію. Откуда эта относительная выносливость организма по отношенію къ желчи?

Почки непрерывно выносятъ токсины. Съ другой стороны, опыты съ фильтраціею черезъ уголь доказываютъ, что ядовитость обезцвѣченной такимъ образомъ желчи уменьшается втрое. Вотъ это-то красящее вещество, главный факторъ припадковъ, дѣйствующій предпочтительно на нервную систему, фиксируется сначала другими тканями, которыя, именно соединительная ткань, производятъ въ немъ «родъ конденсаціи». И такимъ образомъ организмъ оказывается защищеннымъ двумя путями.

Предшествовавшіе опыты *Feltz'a* и *Ritter'a*, а позднѣе *Tapрanova* и *Vossius'a* показали, однако, что билирубинъ обладаетъ лишь слабою ядовитостью. По *Plasterer'у*, *Rywosch'у*, *Ackeren'у*, онъ не только не вдвое сильнѣе, но даже гораздо менѣе вреденъ, чѣмъ желчныя соли.

Клиническія наблюденія безспорно не говорятъ въ пользу значительной ядовитости желчи. Кому изъ врачей не случалось видѣть больныхъ, которые цѣлыми недѣлями и даже мѣсяцами переносятъ, безъ тяжкихъ для себя послѣдствій, интенсивную, вызванную упорною заку-

форма желтухи? Сь другой стороны, животные, которымъ *Blondlot* вводила искусственные желчные смеси, быстро погибали. Я не отрицаю расстройства, которое должна внести желтуха въ пищеварительную работу и вытекающего отсюда усиленного гниения въ кишечникѣ, но все-таки мы имѣемъ въ желчи ядъ, которому лучше давать всасываться, чѣмъ вовсе производить! Что касается до соединительной ткани, то должно наступить моментъ, когда она, насытившись, уже не можетъ болѣе извлекать изъ крови красящее вещество желчи. Безъ сомнѣнн, желчь ядовита, если прямо врыснуть ее въ кровь, но не говори уже о томъ, что природа дѣйствуетъ безконечно нѣблизко самаго легкаго экспериментатора, безвредность желчи при желтухѣ можно объяснить еще тѣмъ, что она всасывается въ кровь медленно, небольшими порціями и немедленно же значительно разбавляется. По вѣсь этия причиноя, мы не придаемъ большого значенія желтухѣ въ нашей практикѣ ауто-интоксикаціи; это только симптомъ, такой же симптомъ, какъ альбуминурія или глюкозурія. Можетъ быть, видоизмѣненные пигменты менѣе безобидны. Во всякомъ случаѣ желтуха даетъ источникъ ауто-интоксикаціи, но временный: это именно кишечникъ, лишенный антисептического и пищеварительнаго дѣйствія желчи. Но наступаетъ моментъ, когда желтуха исчезаетъ, потому что прекращается образованіе желчи. Это исчезновеніе указываетъ на смерть печеночной кѣлѣвки. Въ крови скапливаются въ высшей степени ядовитыя вещества, не претерпѣвшія превращенія въ производители желчи. Чтобы вырабатывать желчь, какъ и сахаръ, требуется все таки известная степень благо-состоянія организма.

II.

Лечение.

Изъ всего вышесказаннаго слѣдуетъ, что тяжелая желтуха есть такое состояніе, при которомъ производство ядовъ нарастаетъ, вывозъ же ихъ крайне ухудшается. Мы говорили уже о связи между этой аутоинтоксикаціей и почечными; эта связь сохраняется и въ терапіи обоихъ синдромовъ, такъ что лечение уремн, какъ оно изложено въ статьѣ проф. *Rekant*¹⁾, пригодно тѣмъ же и къ тяжелой желтухѣ.

А. Показанія.

Она лены сами собою, разъ известны причины, свойства синдрома и анатомическій процессъ, отъ котораго онъ происходитъ.

Прежде всего по отношенію къ *отлащенной* желтухѣ старается предотвратить это столь злокачественное осложненіе или же затормозить

1) *Выпускъ второй* стр. 196 и сл.

первые шаги его. Отсюда необходимость предусматривать и тщательно выслѣживать предвѣстники ея при всѣхъ болѣзняхъ, гдѣ серьезно затронута печень.

Устраняютъ самымъ внимательнымъ образомъ отъ больного всякій источникъ интоксикаціи, стараются оберегать его по возможности отъ всякой инфекціи.

Въ такой же степени, въ какой мы стараемся предотвратить проникновеніе ядовъ извнѣ, мы должны благопріятствовать выведенію ихъ паружу, и съ этой цѣлью даются средства, могущія повысить дѣятельность выводящихъ органовъ.

Стараются усовершенствовать переработку пищи въ лишенномъ желчи кишечномъ каналѣ. Наиболѣе важныя показанія вытекаютъ, однако, изъ обмѣна веществъ, источника внутриродныхъ ядовъ. Необходимо, стало быть: ограничить поле дѣйствія его самымъ необходимымъ; усилить, съ другой стороны, дезассимиляцію; уменьшить количество горючаго матеріала, но облегчать горѣніе, повышая качество и количество окислителей. Въ общемъ, должно стараться привести организмъ въ состояніе, напоминающее зимнюю спячку животныхъ, которыя, не вырабатывая въ этомъ состояніи ядовитыхъ остатковъ, не нуждаются и въ энергичномъ вывозѣ, или же въ состояніе, аналогичное истерической летаргіи, при которой дыхательный коэффициентъ иногда падаетъ до невѣроятной цифры 0,30; тѣмъ не менѣе, необходимо поддерживать обмѣнъ настолько, чтобы азотистыя вещества могли претерпѣть превращеніе въ свой конечный продуктъ—мочевину. Коротко говоря, должно всѣми средствами увеличить коэффициентъ окисленія.

Тѣ же показанія сохраняютъ свою силу при *первичныхъ тяжелыхъ желтухахъ*, ибо, какъ мы видѣли, между двумя категоріями существуютъ лишь этиологическія различія. Но такъ какъ здѣсь ничто не можетъ возбудить подозрѣнія о приближающейся грозѣ, то профилактика становится болѣе смутною; она сводится просто къ хорошей гигиенѣ.

Не менѣе явственные показанія вытекаютъ изъ анатомическаго процесса при тяжелой желтухѣ. Но здѣсь требуется уже истинно цѣлебная терапія, которая могла бы задержать развитіе дегенеративныхъ измѣненій, лежащихъ, какъ мы видѣли выше, въ основаніи процесса. А какими средствами мы могли бы этого достигнуть? Гдѣ бы ни локализовались эти процессы, въ почкахъ-ли, печени или крови, всѣ они, къ несчастью, имѣютъ одно общее свойство: они почти всегда носятъ прогрессивный характеръ. Возрожденіе паренхимы возможно даже въ печени (*Hanot, Ponfick*), но оно совершается только благодаря цѣлебнымъ силамъ природы, которыхъ до сихъ поръ не удалось вызвать никакими терапевтическими усиліями. Остается, однако, одно *pium desideratum*, которое можно попытаться выполнить: это содѣйствовать косвенно природнымъ реакціямъ,

поддерживая общее состояніе: особенно должно остерегаться всѣхъ медикаментовъ, которые способны были задержать ихъ малѣйшимъ дѣйствіемъ на печеночную кѣтку.

На ряду съ общими показаніями, вытекающими изъ причинъ и анатомической основы страданія, существуютъ еще другія, второстепенныя, соотвѣтствующія измѣнчивой локализациі процесса въ томъ или другомъ органѣ: такъ, преобладаніе нервныхъ явленій, кровотеченій, лихорадки или гипотерміи, беременность могутъ внести нѣкоторыя измѣненія въ лечение. Эти частныя показанія въ свою очередь разсмотрѣны будутъ нами въ нижеслѣдующей главѣ о леченіи.

В. Лечение.

При страданіи, которое со всѣхъ сторонъ обозначается какъ роковое, легче установить показанія, чѣмъ удовлетворить имъ. Гораздо удобнѣе, какъ мы уже говорили, избѣгать борьбы, предупредивъ болѣзнь. Посмотримъ же, что можетъ сдѣлать профилактика.

І. Профилактика.

А. Отягощенныя желтухи.

Всякій больной, одержимый серьезнымъ страданіемъ печени, особенно всякій субъектъ, страдающій даже доброкачественною заразною желтухою, требуетъ самага бдительнаго контроля въ смыслѣ возможности превращенія болѣзни въ тяжкую желтуху. Выслѣживаютъ маленькіе признаки гепатизма, установленные *Hanot* и аналогичные маленькимъ признакамъ брайтизма, отдаленнымъ предвѣстникамъ мочековрія. Замѣтимъ, что пищевая гликозурия, считающаяся признакомъ недостаточности печени, въ значительной степени утратила свою цѣнность со времени изслѣдованій *Roque* и *Linossier*. Предостереженіемъ должно служить первое появленіе въ мочѣ уробилина, его хромогена и еще смутнаго ряда измѣненныхъ пигментовъ. Такое же значеніе имѣютъ паденіе количества мочевины, уменьшеніе мочеотдѣленія и повышеніе ядовитости мочи; безъ сомнѣнія, новыя работы устанавливаютъ и повышенную ядовитость крови и ея значеніе. Нужно помнить, что желтуха сама по себѣ играетъ лишь второстепенную роль въ синдромѣ печеночныхъ явленій и что гораздо большая опасность кроется въ ахолии. Уробилинъ, по всей вѣроятности, не окрашиваетъ покрововъ. Къ уменьшенію желтушной окраски поэтому слѣдуетъ относиться недоувѣрчиво.

Не очевидно ли, что необходимо оберегать больную печень отъ всякой инфекции и интоксикаціи? Болѣе, чѣмъ кто либо, нашъ больной долженъ избѣгать эпидемическихъ гнѣздъ; этотъ совѣтъ могъ бы казаться излишнимъ, еслибы не представлялось такъ часто случая забывать о

немъ, напр. въ госпиталяхъ. Я сравниваю нашего больного съ ребенкомъ въ кори, представляющей столь благоприятную почву для всякаго рода вторичныхъ инфекцій, для всѣхъ заразныхъ процессовъ, свойственныхъ этому возрасту. Въ больничной палатѣ не слѣдуетъ помѣщать пиротика рядомъ съ субъектомъ, страдающимъ тифомъ, или заразною, хотя бы даже доброкачественною желтухою и тѣмъ менѣе, понятно, по содѣйствію съ развившеюся уже тяжкою желтухою. Весьма интересно было бы установить, не только путемъ аналогіи, не встрѣчается ли это осложненіе, подобно коревой бронхопнеймоніи, чаще въ больничной, чѣмъ въ частной практикѣ.

Должно строго соблюдать *асептику* и *антисептику* покрововъ.

Нужно имѣть въ виду, что тяжкая желтуха не специфична и что, какъ мы доказали, ее можетъ вызвать всякій болѣзнетворный зародышъ. Поэтому, нельзя быть достаточно осторожнымъ по отношенію къ ранамъ, случайнымъ или вызваннымъ съ терапевтическими цѣлями: оперативнымъ надрѣзамъ, уколамъ для кровопусканія, укусамъ пиявокъ, настычкамъ, проколамъ сывороточныхъ полостей. По этой же причинѣ слѣдуетъ воздерживаться отъ мушекъ и мѣстныхъ раздражающихъ. Slѣдуетъ также избѣгать, по возможности, подкожныхъ впрыскиваній, именно *кофеина*, и *тубокожъ Southey*. Асептику распространяютъ, насколько это возможно, также на слизистыя оболочки естественныхъ полостей, особенно рта.

Эти предписанія граничатъ уже съ *миіеною*. Другія непосредственно изъ нея вытекаютъ. Опрятности кожи поддерживается частыми ваннами. Пребываніе на чистомъ воздухѣ, по возможности въ атмосферѣ, свободной отъ зародышей, благоприятствуетъ окислительнымъ процессамъ въ тканяхъ и въ то же время уменьшаетъ шансы на вторичныя инфекціи.

Запрещается умственный трудъ. Должно, по возможности, избѣгать всякаго рода волненій и заботъ: слѣдовательно, необходимо устранить отъ больного дѣла и хлопоты по дому. Что же касается физическихъ упражненій, то они, безъ сомнѣнія, оживляютъ горѣніе и въ принципѣ должны вліять благоприятно, но съ другой стороны, не слѣдуетъ забывать, что разбираемый нами синдромъ ставитъ организмъ въ состояніе общей меіопрагіи и что при такихъ условіяхъ малѣйшая работа есть почти переутомленіе: опасность аутотифизаціи никогда не должна быть упускаема изъ виду.

Ограничиваютъ значительно *пищу*, съ цѣлью, во-первыхъ, щадить печеночныя клѣтки, которымъ угрожаетъ атрофія, во-вторыхъ, уменьшить матеріалъ для кишечнаго гніенія. Смотрия потому, насколько близка опасность, довольствуются то просто ограниченіемъ количества пищи, то предписываютъ исключительно молочную діету. Правила, формулированныя съ большимъ знаніемъ дѣла и щедростью *Teissier* по поводу альбуминурии, находятъ себѣ приблизительно примѣненіе и въ нашемъ случаѣ. Количе-

ство крахмала и сахара ограничиваютъ самымъ лишь необходимымъ, съ цѣлью щадить печеночныя кѣтки. Но по той же причинѣ, по которой слѣдуетъ остерегаться усталости, должно избѣгать и инаниціи, потому что и та и другая производятъ яды. Время отъ времени назначаются легкія *слабительныя*, предотвращающія застаиваніе кала въ кишечникѣ. Также находятъ себѣ здѣсь примѣненіе *каломель*, о которомъ мы сейчасъ будемъ говорить подробнѣе, *салициловый натръ* и прочіе медикаменты, способные содѣйствовать выдѣленію желчи и обезгниливать ее. Обильное питье здѣсь также полезно, какъ и при мочекровии и даже еще въ большей степени, потому что при проходимыхъ почкахъ это превосходнѣйшее средство, чтобы промыть организмъ. Ниже мы укажемъ, какія воды слѣдуетъ назначать для питья.

В. Первичныя тяжкія желтухи.

Ихъ, говорятъ, невозможно предвидѣть. Тѣмъ не менѣе, можно было бы, быть можетъ, иногда предотвратить возникновеніе тяжелой желтухи, если бы принималось во вниманіе то, что мы говорили выше по поводу *предрасположенія печени*. Если прошлое печени говоритъ не въ ея пользу, если о хрупкости ея свидѣтельствовала уже катарральная желтуха, то больного особенно настойчиво слѣдуетъ предостерегать относительно всего, что угрожаетъ печеночнымъ кѣткамъ: отъ пребыванія въ жаркихъ странахъ, гдѣ процессы въ печени встрѣчаются очень часто, отъ занятій въ средѣ, наполненной гнилостными испареніями, отъ работы на фосфорныхъ заводахъ и пр. Если къ такимъ предрасполагающимъ причинамъ присоединяется еще хроническій алкоголизмъ, то субъектъ превращается въ дѣйствительнаго кандидата на тяжкую желтуху. Правда, что такую желтуху многіе бы отказались признать за первичную.

Свѣдѣнія наши о наслѣдственности при страданіяхъ печени еще слишкомъ смутны, чтобы о нихъ можно было много говорить, но, быть можетъ, когда они выяснены будутъ точнѣе новѣйшими изслѣдованіями, ими можно будетъ пользоваться съ точки зрѣнія профилактики.

2. Лекарства.

Разъ синдромъ установленъ, то болѣзнь представляется одинаковою, будь то первичная тяжкая желтуха или отягощенная желтуха. Одна и таже, слѣдовательно, будетъ и терапия. Большинство изъ перечисленныхъ выше средствъ можно примѣнить еще и теперь, съ цѣлью замедлить дальнѣйшее развитіе. Вытекающія изъ установившейся тяжелой желтухи новыя показанія касаются прежде всего заразнаго агента, общаго состоянія и питанія, измѣненій температуры, разстройствъ нервной системы, а изъ органовъ, гдѣхъ, въ коихъ локализируются главныя пораженія: печени, почекъ, крови, системы кровообращенія, пищеварительнаго канала, матки.

А. Заразный агентъ.

Такъ какъ тяжкая желтуха не специфична, то нечего и рассчитывать на такое иммунизирующее средство, которое дѣйствительно было бы во всѣхъ безразлично случаяхъ. Да если бы и нашлось такое, то оно все таки бессильно было бы противъ желтухъ чисто отравнаго происхожденія. Но можно надѣяться, что найдена будетъ вакцина или цѣлебная сыворотка противъ желтой лихорадки, напр., и для каждой изъ тяжелыхъ желтухъ вторично заразнаго происхожденія. Но это еще дѣло далекаго будущаго. По отношенію къ желтой лихорадкѣ примѣнимъ былъ бы еще предохранительный методъ. Что же касается другихъ желтухъ, то какъ можемъ мы рассчитывать на цѣлебные эффекты, когда отравленные печеночныя клѣтки уже перерождены? Ибо не забудемъ, что и бактеріи, по крайней мѣрѣ, здѣсь, дѣйствуютъ лишь своими токсинами.

Со способомъ леченія *Arnogan'* а мы выходимъ изъ области гипотезъ; авторъ съ успѣхомъ примѣнилъ его въ одномъ случаѣ ¹⁾ и считаетъ его дѣйствительнымъ. Дѣло шло о первичной тяжелой желтухѣ; больной утромъ и вечеромъ получалъ подкожное впрыскиваніе, въ различныхъ пунктахъ тѣла, 0.01 карболовой кислоты, растворенной въ $\frac{1}{2}$ к. п. перегнанной воды. Кромѣ обеззараживающаго дѣйствія, это средство успокаиваетъ мозговое возбужденіе. Большой дозы слѣдуетъ избѣгать изъ опасенія вызвать адинамію. *Arnogan* совѣтуетъ еще назначать вмѣстѣ съ тѣмъ, въ качествѣ общаго обеззараживающаго, по способу *Teissier*, стрѣноокислый хининъ, по 1.20 грм. въ сутки или *салициловый натръ* по 4 грм. въ сутки.

Можно еще вводить карболовую кислоту *per rectum*; этотъ способъ болѣе удобенъ, потому что не связанъ съ причиненіемъ боли больному, а также съ разными возможными при подкожномъ впрыскиваніи осложненіями. Впрочемъ, клизмы, содержащія по 0.5 карболовой кислоты (по одной клизмѣ въ сутки), считаются въ числѣ классическихъ средствъ противъ желтой лихорадки.

По *Robin'*у, медикаментъ этотъ ускоряетъ обмѣнъ, увеличиваетъ выведеніе сѣры и калия мочею. Не слѣдуетъ забывать, однако, что онъ въ тоже время уменьшаетъ количество послѣдней и что кровь и почки при тяжелой желтухѣ находятся въ состояніи ослабленной сопротивляемости, требующей величайшей осторожности.

В. Общее состояніе и питаніе. — Кожа.

Всѣ формулированныя выше гигиеническія предписанія примѣнимы и по отношенію къ общему состоянію. Если нѣтъ коллапса, то благо-

¹⁾ *Arnogan*.—Arch. clin. de Bordeaux, 1894, стр. 245.

творно дѣйствуютъ непродолжительныя ванны, души, холодныя обмыванія и обвертыванія съ послѣдующимъ растираніемъ. Хорошее функционированіе и раздраженіе кожи возбуждаютъ обмѣнъ и поднимаютъ общее состояніе какъ бы динамическимъ вліяніемъ. *Потогонныя* средства открываютъ лишній путь для выведенія ядовъ, но имъ можно поставить въ упрекъ то, что они дѣйствуютъ въ ущербъ мочеотдѣленію, очистительное дѣйствіе котораго весьма важно. Что касается, въ частности, *нилокарпина*, восхваляемаго *Mollière* омъ противъ мочекровія, то интенсивность дѣйствія его на железы вообще заставляетъ избѣгать его при тяжелой желтухѣ.

Противъ столь частаго зуда *Lyon* рекомендуетъ обмыванія *ароматическимъ виномъ* съ прибавкою небольшого количества *карболовой кислоты* или обмыванія съ *сулемою*:

Сулема	0,3
Солянокислаго аммонія	0,3
Камфарнаго спирта	30,0
Лавровишневой воды	300,0

Въ качествѣ тоническихъ медикаментовъ *Arnozan* рекомендуетъ *укусно-кислый аммоній, алкоголь, пуншъ, хину*.

Вредное вліяніе алкоголя на печень и почки, конечно, не подлежитъ спору, но только продолжительное употребленіе; въ данномъ же случаѣ, если назначать его въ умѣренныхъ количествахъ, оно оказываетъ извѣстныя услуги. Особенно, холодное шампанское пріятно больному, потому что оно успокаиваетъ тошноту. Также вліяютъ *кефиръ* или *кумысъ*, которые, кромѣ того, являются драгоценнымъ источникомъ для больныхъ, которые не переносятъ молока.

Бензойнокислый натръ или *литій* уменьшаютъ отношеніе между количествомъ мочевины и плотныхъ веществъ мочи, но въ концѣ концовъ общее количество выводимаго азота увеличивается, потому что увлекается въ формѣ гиппуровой кислоты бензойною кислотою (*A. Robin*). Стало быть, логично будетъ прибѣгать къ нимъ при тяжелой желтухѣ.

Терпентинъ, ходячее средство противъ фосфорнаго отравленія, *Carreau* ¹⁾ и *Pointe-à-Pitre* рекомендовали и противъ тяжелой желтухи, какъ примѣненіе окислительнаго метода *A. Robin*'а. Онъ дѣйствуетъ въ качествѣ озонирующаго вещества, вводящаго кислородъ въ кровь. *Carreau* назначаетъ терпентинъ *per os* или въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній по слѣдующему рецепту:

Терпентиннаго масла	10,0
Жидкаго вазелина	50,0

Отъ 10 до 15 впрыскиваній въ сутки, по I к. ц. каждое.

Chauffard весьма справедливо предостерегаетъ противъ этого средства,

¹⁾ *F. Carreau*. *Revue des sc. méd.* 1891. Стр. 568.

едва-ли умѣстнаго при болѣзни, при которой особенно необходимо оберегать почки.

С. Разстройства температуры.

Противъ жара слѣдуетъ бороться исключительно *холодными ваннами*, температура и продолжительность которыхъ зависятъ отъ показаній, вытекающихъ изъ общаго состоянія и интенсивности лихорадки.

Сначала испытываютъ чувствительность больного ваннами въ 30—25°, продолжительностью въ 5 и 15 минутъ, изъ опасенія шока, который могло бы повлечь за собою преждевременное и слишкомъ продолжительное погруженіе въ слишкомъ холодную воду. Ванны дѣйствуютъ не столько противолихорадочно, сколько своими возбуждающими и мочегонными свойствами, столь хорошо установленными *Glenard*'омъ. Въ то время, какъ больной сидитъ въ водѣ, ему предлагаютъ выпить нѣсколько глотковъ какого нибудь спиртнаго напитка, а послѣ ванны энергично растираютъ кожу 70° спиртомъ или водою съ оде-колономъ для усиленія реакціи.

Истинныхъ жаропонижающихъ слѣдуетъ избѣгать. Смазыванія *иваяколомъ* дѣйствуютъ со слишкомъ грубою энергіею и потому неумѣстны у больныхъ, предрасположенныхъ къ коллапсамъ. Тѣми же недостатками, хотя, правда, въ меньшей степени, обладаетъ *антипиринъ*, который, кромѣ того, уменьшаетъ обмѣнъ и окисленіе органическимъ веществъ, оказываетъ задерживающее вліяніе на печеночную клѣтку, которой понижаетъ гликогенную дѣятельность (*Lépine* и *Porteret*) и, наконецъ, уменьшаетъ мочеотдѣленіе. Еще строже должно воспретить примѣненіе жаропонижающихъ изъ группы анилидовъ (*антифебринъ*, *фенацетинъ*, *эксалинъ*) и фенилгидразинъ, которые разрушаютъ красныя шарикъ крови и ведутъ къ образованію метгѣмоглобина.

Къ тому же, по новѣйшимъ воззрѣніямъ, лихорадка является скорѣе благотворною реакціею, мѣриломъ сопротивляемости организма, и ее нужно умѣть шадить ¹⁾.

Гипотермія представляетъ довольно частое явленіе при тяжелой желтухѣ, особенно въ послѣднемъ періодѣ: происхожденіе ея еще открыто мракомъ.

Во все времена на печень смотрѣли, какъ на источникъ животной теплоты: и дѣйствительно, она доставляетъ 39⁹/₁₀ всей теплоты животнаго (*Kaufmann*). Ея производительная и расщепляющая дѣятельность немыслима безъ освобожденія тепла (*Hanot*) и, съ другой стороны, она же излучиваетъ тепло косвенно по всему организму своимъ гликогеномъ, который поддерживаетъ горѣніе въ тканяхъ, особенно въ мыш-

¹⁾ V. Chenisse.—La fièvre d'après les travaux récents. Gaz. des Hôpitaux, 1897.

цахъ. Всѣ эти очаги гаснутъ при тяжелой желтухѣ. Другая причина: кровотеченія и холемія; доказано, что вырскиваніе желчи въ кровь понижаетъ термометрическую кривую, оно ограничиваетъ производство тепла и уменьшаетъ излученіе. Наконецъ, паденіе температуры составляетъ правило при большихъ отравленіяхъ, среди коихъ тяжелая желтуха занимаетъ законное мѣсто. Ко всѣмъ этимъ причинамъ присоединяется еще понижающее температуру вліяніе мочекровія.

Netter и *Duprè* замѣтили, что это явленіе наблюдается преимущественно при инфекціяхъ печени, исходящихъ изъ кишекъ, а *Hanot* еще точнѣе приписываетъ его *кишечной палочкѣ*. Эту послѣднюю находили неоднократно въ подобныхъ случаяхъ, и если противъ нѣкоторыхъ этого рода наблюденій можно привести весьма вѣскія возраженія, то, съ другой стороны, можно считать, по крайней мѣрѣ, доказаннымъ, что дѣло шло не о зараженіи уже во время агонии или послѣ смерти. Но слѣдовало бы во всякомъ случаѣ доказать, что растворимые продукты этого микроба способны понизить температуру, а пока это не сдѣлано, обобщеніе теоріи *Hanot* представляется преждевременнымъ.

Мы выше перечислили нѣсколько причинъ, объясняющихъ паденіе температуры, это тѣ причины, которыя признавались старыми авторами, и мы полагаемъ, что онѣ еще достаточно вѣски для многихъ случаевъ. Мочевая инфекція, которую обыкновенно приписываютъ той же кишечной палочкѣ, у подавляющаго большинства больныхъ вызываетъ лихорадку, а съ другой стороны, гипотермія констатируется при фосфорномъ отравленіи, которое можетъ служить образцомъ чисто токсической тяжелой желтухи. *Hanot* противопоставляетъ гипотермической тяжелой желтухѣ гипертермическую желтую лихорадку. Но и при этой послѣдней, какъ мы упоминали, температура можетъ упасть ниже нормы, и именно по поводу желтой лихорадки *Jaccoud* писалъ слѣдующее: «Я приписываю различія лихорадки различію преобладающихъ явленій и ничего нѣтъ удивительнаго въ томъ, что при болѣзни, проявленія которой выражены бываютъ, то всѣ въ равной мѣрѣ, то съ преобладаніемъ холеміи, уреміи или кровотеченій, и лихорадочныя движенія носятъ различный характеръ, въ связи съ указанными патологическими явленіями, вліяніе коихъ на калорификацію сказывается совершенно различнымъ образомъ».

Лихорадка есть выраженіе энергичной самообороны организма противъ нашествія микробовъ. Взаимными отношеніями между инфекціею, интоксикаціею и реакціями организма регулируются уклоненія температурныхъ кривыхъ.

По *Gelay* ¹⁾ и *Guinard*'у, смазыванія кожи извѣстными болеутоляющими алкалоидами оказываютъ регулирующее вліяніе на температуру:

¹⁾ *Gelay*. Thèse de Lyon, 1894.

понижая температуру при лихорадкѣ, они способны, напротивъ того, поднять ее при гипотерміи. Но это вліяніе, очевидно, не можетъ быть настолько энергичнымъ, чтобъ имъ стоило воспользоваться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ температурный коллапсъ зависитъ главнымъ образомъ отъ интоксикаціи и угасанія горѣнія, но къ нему можно было бы прибѣгнуть тамъ, гдѣ единственная причина гипотерміи кроется, повидимому, въ свойствѣ инфекціи.

Walter, Loevy и *Richter, Filehne, Hildebrand* видѣли, что зараженные экспериментально животныя дольше оставались въ живыхъ, если нагрѣвали у нихъ все тѣло или же мѣстно инфицированную часть. Эти результаты предвѣщаютъ время, когда больныхъ, которые не реагируютъ въ достаточной мѣрѣ на микробную инфекцію, будутъ содержать въ термостатахъ. Часъ для этого еще не насталъ, и мы упомянули объ этомъ только съ теоретической точки зрѣнія.

D. Нервная система.

Разстройства нервной системы требуютъ лишь чисто симптоматическаго леченія.

Противъ *нервнаго коллапса* борются уже вышеуказанными возбуждающими средствами: очень короткимъ *погруженіемъ въ холодную воду, растираніями, впрыскиваніями эфира, горчичниками, спиртными напитками*. Избѣгаютъ медикаментовъ, въ составъ которыхъ входитъ фосфоръ, напр. фосфорнокислаго цинка.

Бредъ успокаиваютъ прикладываніемъ пузыря со льдомъ на голову и *камфорою*, клизмами съ *мускусомъ* и солями *валеріаны*. Въ виду угнетающаго дѣйствія солей калия на сердце и участія ихъ въ мочекровной интоксикаціи, вмѣсто бромистаго калия назначается *бромистый натръ*. Воздерживаются по возможности отъ *опія*, который противопоказуется также при мочекровіи и своими алкалоидами могъ бы прямо паразитъ печеночныя клѣтки.

E. Матка.

Мы не будемъ говорить о маточныхъ кровотеченияхъ, леченіе которыхъ при тяжелой желтухѣ не отличается ничѣмъ особеннымъ. Но терапия желтухи у *беременныхъ* заслуживаетъ отдѣльнаго упоминанія.

Показанія при холѣмической эклампсіи, по мнѣнію акушеровъ, не отличаются отъ показаній, вытекающихъ изъ обыкновенной эклампсіи.

Что касается истинной тяжелой желтухи, то по мнѣнію *Tarnier* и *Boudin'a*, она не требуетъ вмѣшательства: вначалѣ трудно сказать, останется-ли она доброкачественною; а разъ установилось злокачественное теченіе, то для вмѣшательства уже поздно. *Vinay* думаетъ, напротивъ того, что можно кое-что сдѣлать, чтобы предупредить превращеніе

желтухи въ тяжкую: прервать беременность тѣмъ болѣе показуется, что ребенокъ при затягивающейся желтухѣ все равно почти всегда погибаетъ. А такъ какъ всѣ наблюдатели единодушно смотрятъ на беременность, какъ причину, отягощающую простую желтуху, то позволительно надѣяться, что, прерывая ее, удастся возстановить равновѣсіе.

Е. Пищеварительныя разстройства.

Мы говорили уже о необходимости предупреждать запоры. Обыкновенно назначаются легкія слабительныя соли *магнезіи*, *ревень*. Съ проносными нужно быть осторожнымъ, не только потому, что они вызываютъ обильную слишкомъ трансудацію, но и потому, что на ряду съ противогнилостнымъ дѣйствіемъ сильныхъ слабительныхъ слѣдуетъ принимать въ расчетъ и необходимость поддерживать невредимость кишечнаго эпителия, самой лучшей баррикады противъ зародышей.

Ледъ внутри и снаружи успокоиваетъ боли въ желудкѣ и рвоту, противъ которой назначаются еще обычные средства съ классическимъ *potio Rivieri* въ томъ числѣ, разумѣется, если нѣтъ гастроррагіи.

Мы говорили уже о *карболовыхъ промывательныхъ*. Можно пользоваться для послѣднихъ и *борными* растворами, не упуская, однако, изъ виду, что и они могутъ вызвать явленія отравленія и что не слѣдуетъ ими злоупотреблять.

Изъ обезгнивливающихъ кишечникъ средствъ заслуживаетъ предпочтенія α —нафтолъ, столь же дѣйствительный, какъ β —нафтолъ, но менѣе его ядовитый и почти въ такой же степени нерастворимый (*J. Teissier*).

Отсутствіе желчи въ кишкахъ оправдывало бы, быть можетъ, несмотря на желтуху, примѣненіе *бычьей желчи*, если бы можно было вводить ее непосредственно въ двѣнадцатиперстную кишку. Но такъ какъ введеніе подобнаго медикамента сопряжено съ большими трудностями, то наврядъ ли оно найдетъ себѣ такъ скоро примѣненіе на практикѣ, какъ бы ни говорили за него теоретическія соображенія. Противогнилостное дѣйствіе ея, впрочемъ, не велико (*J. Teissier*), и примѣненіе ея показуется развѣ для возстановленія правильнаго пищеваренія.

Г. Сердце.

Если сердце слабѣетъ, то его необходимо немедленно возбудить, какъ и при всѣхъ другихъ такого рода условіяхъ. Выборъ ограничивается строго тѣми средствами, которыя проявляютъ постоянное и быстрое дѣйствіе на сердце. Свойства *строфанта*, намъ кажется, слишкомъ сомнительны для того, чтобы его можно было рекомендовать въ столь безотлагательномъ случаѣ. *Наперстянка* безсилна, когда поражена непосредственно сердечная мышца, если же назначать ее въ достаточно большихъ дозахъ, то она можетъ вызвать переутомленіе міокардіа; къ тому

же она действует далеко не мгновенно. Остается *кофеинъ*, который прописывается въ микстурѣ, по 1,0 — 1,5 грм. или же, еще вѣрнѣе, въ формѣ подкожныхъ впрыскиваний, по 0,25, три—четыре раза въ сутки, при соблюденіи строжайшихъ антисептическихъ предосторожностей.

Н. Кр о в ь.

Она насыщена ядовитыми веществами и терапевтическія показанія, имѣющія цѣлью освободить ее отъ этихъ веществъ, вытекаютъ непосредственно изъ основныхъ идей о терапіи мочекровія. О мочегонныхъ мы будемъ говорить, когда пойдетъ рѣчь о почкахъ. Что же касается *слабительныхъ* и *потогонныхъ*, то напомнимъ, что они отнимаютъ у организма очень много воды, но сравнительно мало токсическихъ веществъ. Благопріятное вліяніе слабительныхъ при мочекровіи доказано, однако, на практикѣ, а въ занимающемъ насъ случаѣ они представляютъ еще то преимущество, что благопріятствуютъ асептикѣ кишечника.

Кровотеченія почти постоянно сопутствуютъ тяжелой желтухѣ: рѣдко, стало быть, представляется случай обсуждать умѣстность кровопусканія. Противъ самихъ же кровотеченій сначала пускаются въ ходъ обычно въ такихъ случаяхъ примѣняемыя мѣстныя средства: компрессы, тампонація, ледъ или *горячая вода*, *вяжущія* и пр. И не единственные ли это, въ самомъ дѣлѣ, мѣры, на которыя можно серьезно рассчитывать? Неблагоразумно было бы, во всякомъ случаѣ, возлагать большія надежды на внутреннее леченіе: *спорынья* действуетъ слабо на кровотеченія, вызванныя дурнымъ состояніемъ сосудовъ и порчею крови; что же касается кровоостанавливающаго дѣйствія принимаемыхъ внутрь *кислотъ* и *вяжущихъ*, то оно если не совсѣмъ гадательно то, по крайней мѣрѣ, очень слабо и слишкомъ медленно. По *Reverdin*'у, съ этой точки зрѣнія, весьма серьезныя услуги можетъ оказать *спрнокислый натръ*, назначаемый по способу *Kussmaul*'я, по 0,1 чрезъ часъ: этому средству мы отдавали бы предпочтеніе для поддержанія недостаточной пластичности крови, тѣмъ болѣе, что оно безспорно совершенно безвредно.

Обращаемъ особенное вниманіе на необходимость устранить всѣ элементы, способные действовать токсически на кровь, и именно противогнилостныя изъ группы анилидовъ.

Ничего особеннаго мы не можемъ сказать по поводу *холэмин*. Мы объяснили уже, почему мы смотримъ на нее, какъ на дополнительный лишь элементъ интоксикаціи, а изъ того немногаго, что мы знаемъ о механизмѣ желтухи, мы можемъ вывести лишь одно единственное заключеніе: наше полное противъ нея безсиліе. Что касается мѣръ для скорѣйшаго выведенія желчи изъ крови, то онѣ ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, которыя требуются присутствіемъ въ крови другихъ ядовитыхъ веществъ: необходимо быстро мѣнять и возобновлять внутреннюю среду.

И поэтому, по поводу мы должны сказать нѣсколько словъ о *промываніяхъ крови*, о которыхъ такъ много говорили въ послѣднее время.

По *Mayet*, для этой цѣли слѣдуетъ брать 0,7⁰/₀ растворъ поваренной соли; прибавлять къ раствору *сѣрно-кислаго натра* не нужно, онъ можетъ вліять вредно на красные шарики крови. Впрыскиваютъ жидкость то въ вены, то въ подкожную клѣтчатку, смотря потому, насколько быстрый требуется эффектъ. Въ виду извѣстныхъ недостатковъ, приписываемыхъ этому методу, отъ него пока лучше воздерживаться, особенно при тяжелой желтухѣ, когда поражены и кровь, и почки. Утверждаютъ, въ самомъ дѣлѣ, что впрыскиванія искусственной сыворотки, особенно большими количествами въ вены, оказывали неблагоприятное вліяніе на почки и измѣняли красные кровяные шарики (появленія зубчатыхъ и дробящихся формъ *Delbet* и *Vaquez*). Наконецъ, даже самое антитоксическое вліяніе промыванія крови подлежитъ сомнѣнію, насколько позволительно заключить изъ экспериментальныхъ изслѣдованій: оно вызываетъ, правда, огромное мочеотдѣленіе, но въ тотъ моментъ, когда послѣднее представляется наиболѣе обильнымъ, выведеніе мочою различныхъ веществъ, кромѣ поваренной соли, падаетъ до крайне низкой цифры: эта соль вытѣсняетъ изъ мочи всѣ прочіе элементы (*Carriou* и *Hallion*). Впрыскиваніе соленой воды въ вены или подкожную клѣтчатку ускоряетъ смерть животнаго, отравленнаго какимъ либо бактерійнымъ ядомъ, напр. дифтерійнымъ (*Henriquez* и *Hallion*). Изъ опытовъ *Chassevent*, наконецъ, слѣдуетъ, повидимому, что нечего много разсчитывать на промываніе крови, когда уже центральная нервная система испытала на себѣ дѣйствіе ядовъ.

Ж. П о ч к и.

Многіе изъ перечисленныхъ уже ради другихъ свойствъ медикаментовъ обладаютъ между прочимъ и мочегоннымъ дѣйствіемъ. На первомъ планѣ должно поставить молоко, которое показуется тѣмъ болѣе, что по изслѣдованіямъ *Roque* и *Linossier*, молочный сахаръ утилизируется печеночною клѣткою, повидимому, легче другихъ видовъ, какъ то тростниковаго или винограднаго. Мы упоминали уже выше о *наперстянкѣ*, препараты которой, особенно настой листьевъ, не только подкрѣпляютъ сердце, но также содѣйствуютъ энергично возстановленію проходимости почекъ, и мы объяснили также причины, по которымъ не слѣдуетъ слишкомъ разсчитывать на этотъ медикаментъ при тяжелой желтухѣ и почему слѣдуетъ назначать его съ осторожностью. Тоже относится къ *спорыньѣ*. Въ итогѣ *кофеинъ*, назначаемый для сердца и *холодная ванны*, примѣняемая противъ жара, остаются опять таки единственными дѣйствительными орудіями и въ борьбѣ съ непроходимостью почечнаго лабиринта.

Рядомъ съ холодною ванною слѣдуетъ поставить *способъ Krull*'я:

нѣсколько разъ въ день въ прямую кишку вводится отъ 1 до 1¹/₂ литровъ воды въ 15°, которая удерживается больнымъ нѣсколько минутъ. Если для организма приближается благоприятная реакція, то эти клизмы содѣйствуютъ наступленію азотурическаго и полиурическаго кризиса, либо даже вызываютъ таковой, одновременно возбуждая отдѣленіе желчи.

Упомянемъ, однако, о мѣтѣи *Tédenat*^o), который воспрещаетъ холодную воду при гипозотуріи. По этому автору, холодная вода возбуждаетъ въ оскудѣвшемъ организмѣ дѣятельность, превышающую его силы, и истощаетъ поэтому нервную систему. Заслуживаетъ поэтому предпочтенія тепловатая вода, въ формѣ либо обильнаго возбуждающаго питья, либо душей, либо даже главнымъ образомъ въ формѣ опять таки промывательныхъ. Нельзя ли было бы, однако, осторожно и разумно примѣнять холодную воду, пользоваться ея возбуждающимъ дѣйствіемъ, избѣгая угнетающаго? Само собою разумѣется, что могутъ найти себѣ примѣненіе и благоприятствующія мочеотдѣленію минеральныя воды, какъ то *Контрэксевилль*, *Виттель*, *Эвианъ* и проч.

Мы не станемъ перечислять здѣсь всѣхъ, примѣнительныхъ въ данномъ случаѣ мочегонныхъ. Замѣтимъ лишь, что соли калия должны быть замѣняемы солями *натра* или же назначаемы въ умѣренныхъ дозахъ, какъ потому, что они дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ на сердце, такъ и въ виду того, что соли калия участвуютъ въ урэмической интоксикаціи.

Извѣстно, что почка можетъ сдѣлаться недостаточною и при отсутствіи въ ней органическихъ измѣненій, единственно вслѣдствіе уменьшеннаго выдѣленія мочевины: такое уменьшеніе, такимъ образомъ, составляетъ скорѣе причину, чѣмъ слѣдствіе непроходимости почекъ. Поэтому всѣ средства, ускоряющія и улучшающія обмѣнъ веществъ, окажутъ также благоприятное вліяніе на почки, повышая коэффициентъ окисленія (*A. Robin*).

К. Печень.

Противъ приливовъ, предшествующихъ иногда или даже сопутствующихъ атрофіи печени, противъ болей печени назначаются *холодные компрессы*, пузырь со льдомъ, *сухія банки*, и если въ видѣ исключенія нѣтъ кровотеченій, *кровососныя банки и пиявки*.

Не слѣдуетъ возлагать большихъ надеждъ на медикаменты, которымъ приписывается способность возбуждать печень, напр., на желчегонныя. Какъ и цѣлый организмъ, отдѣльные анатомическіе элементы, когда они истощены и находятся на пути къ атрофіи, нуждаются въ покоѣ; отъ усталости и переутомленія ихъ слѣдуетъ оберегать.

¹) *V. X. Reynés*. Sem. médic. 2 іюня 1897.

Каломель рекомендуется какъ лучшее антисептическое для печени, въ дозахъ по 0,01 ежедневно по утрамъ; никакой опасности интоксикации. Въмѣстѣ съ каломелемъ, по сколько это позволитъ состояніе почекъ, можно давать *силициловый натръ*, лучшее по *Teissier* и *Vieillard Baron*'у, обезгниливающее желчь средство и превосходное въмѣстѣ съ тѣмъ противогнилостное для кишекъ.

Dufourt доказалъ, что двууглекислая сода увеличиваетъ количество гликогена въ печени животныхъ, но не говоря уже о томъ, что такое скопленіе гликогена можно объяснить не только задерживающимъ вліяніемъ соды на печеночныя клѣтки, благотворное дѣйствіе щелочей при всѣхъ страданіяхъ печени слишкомъ хорошо установлено опытомъ для того, чтобы мы имѣли право ихъ воспрещать. Кромѣ того, онѣ ускоряютъ процессы расщепленія и окисленія, что также въ данномъ случаѣ весьма полезно, какъ мы видѣли выше. *Углекислый натръ* и *щелочныя минеральныя воды* можно, стало быть, назначать съ большою пользою; по той же причинѣ и еще больше, благодаря своему превосходному вліянію на кожу заслуживаютъ вниманія щелочныя ванны. Въ помощь къ щелочамъ можно присоединить леченіе *поваренною солью*. По *Tedenat*, промывательныя изъ соленой воды представляютъ то преимущество, что они согрѣваютъ находящійся въ состояніи гипозаотуріи организмъ и въ тоже время уменьшаютъ интоксикацію, исходящую изъ кишекъ.

Но ничто, въ конечномъ итогѣ, не дѣйствуетъ непосредственно на печеночную паренхиму. Идеальнымъ можно было бы назвать такое леченіе, которое дозволило бы организму обходиться безъ печеночныхъ клѣтокъ впредь до возрожденія этихъ элементовъ и которое доставляло бы матеріалы для этого возрожденія, столь легко совершающагося у извѣстныхъ животныхъ. Только одинъ методъ подходилъ бы къ этому идеалу; онъ испытанъ былъ, съ намеками на успѣхъ, при діабетѣ, циррозѣ печени и при экспериментальныхъ разрушеніяхъ печени, именно *Gilbert*'омъ и *Carnot*, *Lousset*, *Widal*'емъ: я говорю объ *onoterapiи печени*. Одновременно съ этимъ назначаются подкожныя впрыскиванія *сока яичниковъ*, *щитовидная железа* внутрь, оказывающія возбуждающее вліяніе на обмѣнъ веществъ. Этотъ новый способъ леченія нуждается еще, однако, въ экспериментальной разработкѣ и провѣркѣ. Прежде, чѣмъ рѣшиться къ нему прибѣгнуть, мы вправѣ требовать новыхъ доказательствъ его безвредности и дѣйствительности, а пока что, мы можемъ говорить о немъ лишь какъ о терапіи будущаго.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

Лечение желтухи новорожденныхъ.

E. Weill'a.

I.

Раздѣленіе предмета.

Желтуха у новорожденного, какъ и въ позднѣйшіе періоды жизни, представляетъ собою симптомъ, сопутствующій самымъ разнообразнымъ страданіямъ.

Тѣмъ не менѣе, своеобразныя условія, въ которыхъ находится новорожденный какъ съ физиологической, такъ и съ патологической точки зрѣнія, сообщаютъ ей черты, несвойственныя желтухѣ прочихъ періодовъ жизни. У большинства новорожденныхъ констатируется особая желтизна, скоропреходящая и не представляющая ни малѣйшей опасности. Это *идіопатическая желтуха*, свойственная исключительно этому возрасту и не имѣющая себѣ равной среди желтучныхъ синдромовъ, изучаемыхъ въ общей патологіи. Но у новорожденного наблюдаются и другіе виды желтухи, и хотя они обусловливаются нѣсколько спеціальными причинами, они стоятъ, тѣмъ не менѣе, съ клинической точки зрѣнія, ближе къ желтухамъ, описываемымъ у взрослыхъ. Это *желтухи симптома-тические*. Между этими двумя разновидностями нѣтъ ничего общаго, кромѣ желтой окраски покрововъ. Во всѣхъ прочихъ отношеніяхъ онѣ должны быть разсматриваемы въ отдѣльности.

II.

Идіопатическая желтуха.

A.—Общія замѣчанія.

Идіопатическая желтуха едва-ли заслуживала-бы отдѣльнаго упоминанія съ терапевтической точки зрѣнія, еслибы она не послужила предметомъ споровъ со стороны патогенеза и профилактики.

Идіопатическая желтуха встрѣчается столь часто, что ее можно было бы считать почти физиологическимъ явленіемъ. *Kehrer* ¹⁾ въ Вѣнѣ наблюдалъ ее въ 68,6% всѣхъ случаевъ, *Porack* ²⁾ въ 80%, *Cruse* ³⁾ въ 84,46%. Другіе авторы приводятъ менѣе высокія цифры: *Bauzon* ⁴⁾ въ

¹⁾ *Kehrer*.—Oesterr. Zahrb. f. Ped., 1871.

²⁾ *Porack*.—Revue mens. de méd. et de chir., 1878.

³⁾ *Cruse*.—Archiv. f. Kinderhik., 1880.

⁴⁾ *Bauzon*.—Congrès de Rome, 1894.

Шалонъ наблюдалъ ее только въ 57 случаяхъ изъ 100, *Quisling* ¹⁾ въ Христіаніи въ 26. Эти послѣднія цифры кажутся намъ уже чрезчуръ низкими. По нашему мнѣнію, въ родильныхъ домахъ или въ ясляхъ идиопатическая желтуха наблюдается въ 70—80% всѣхъ случаевъ. Въ частной практикѣ констатируются цифры значительно ниже этой.

Изъ этой разницы въ числѣ случаевъ, констатируемыхъ въ родильныхъ домахъ и частныхъ семьяхъ, можно было-бы вывести заключеніе о вліяніи на происхожденіе желтухи коллективности, а стало быть, и объ умѣстности соотвѣтственныхъ профилактическихъ мѣръ. Хотя дѣло идетъ тутъ о ничтожной болѣзни, но такъ какъ она оказываетъ все таки нѣкоторое вліяніе на общее питаніе ребенка, то не позволительно было-бы относиться безучастно къ мѣрамъ, способнымъ, быть можетъ, ее предотвратить. Сама по себѣ больница, повидимому, не является вспомогательнымъ условіемъ. Никому еще не приходило на умъ разсматривать желтуху новорожденныхъ какъ заразную или прилипчивую болѣзнь. Болѣе значительное число больничныхъ случаевъ зависитъ отъ другихъ условій, которыхъ нельзя предотвратить никакими профилактическими мѣрами. Такъ, большею частью дѣло идетъ о дѣтяхъ хилыхъ, рожденныхъ до срока, близнецахъ, рожденныхъ отъ слабой матери, первородящей, явившихся на свѣтъ послѣ тяжелыхъ родовъ, трудной беременности. Мальчики поражаются чаще дѣвочекъ, хилыя дѣти чаще крупныхъ. А всѣ эти условія господствуютъ преимущественно среди населенія, которое ищетъ помощи въ больницахъ.

Разногласія, господствующія между авторами относительно патогенеза желтухи новорожденныхъ, сводятся къ двумъ главнымъ мнѣніямъ: одни приписываютъ этой желтухѣ печеночное, другіе кровородное происхожденіе. Рѣшить окончательно этотъ вопросъ на основаніи даже самаго тщательнаго изученія однихъ симптомовъ, невозможно.

На первый взглядъ желтуха новорожденныхъ не обладаетъ, повидимому, ни одной изъ чертъ, присущихъ билифенческой желтухѣ. Это желтоватая окраска, обнаруживающаяся иногда уже въ первый, но большею частью на второй день рожденія, довольно рѣдко на третій и лишь въ видѣ исключенія еще позднѣе. Она начинается съ лица и груди и въ легкихъ случаяхъ не идетъ дальше. Зачастую, въ слабо выраженныхъ случаяхъ, желтоватая окраска маскируется краснотою покрововъ. Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что новорожденный имѣетъ какъ-бы гиперэмированную кожу, сообщающую ему красный, почти воспалительный цвѣтъ. Чтобы распознать при такихъ условіяхъ желтуху, производятъ легкое надавливаніе на какую-нибудь точку кожи или слизистой оболочки, напр. десень, и вызванная такимъ образомъ мѣстная анемія позволяетъ замѣтить пронизываніе ткани желтымъ пигментомъ.

¹⁾ Цит. у *Boix* въ *Manuel de méd. Debove'a* и *Achard'a*.

Porak различаетъ въ желтухѣ новорожденныхъ три степени: первая степень соответствуетъ только что описанной нами формѣ; при второй степени желтая окраска распространяется на животъ, основаніе конечностей и соединительныя оболочки; при третьей желтизна захватываетъ одновременно и конечности. Заслуживаетъ вниманія, что соединительныя оболочки и слизистыя неба и десенъ окрашиваются послѣ покрововъ и то лишь въ сколько нибудь интенсивныхъ случаяхъ желтухи. Это зависитъ, безъ сомнѣнія, отъ того, что физиологическая гиперемія кожи дѣлаетъ послѣднюю болѣе предрасположенною къ отложенію пигмента. Въ этомъ не слѣдуетъ, стало быть, усматривать существеннаго отличія между желтухою новорожденныхъ и катаральной желтухою. Но что дѣйствительно поразительно въ первомъ случаѣ, это неприкосновенность общаго состоянія: не измѣнены ни пульсъ, ни температура, ни пищевареніе. Испражненія нормальны, окрашены желчью, иногда жидки, но это послѣднее явленіе не находится ни въ малѣйшей связи съ проявленіями желтухи. Моча отличается существенно отъ мочи, выдѣляемой при катаральной желтухѣ.

Сначала она образуетъ осадокъ, но на третій день она становится обильною и прозрачною, безъ малѣйшаго желтоватаго или зеленоватаго отбѣнка, не оставляетъ пятенъ на бѣльѣ, не даетъ реакціи *Gmelin'a* (зеленое окрашиваніе отъ соприкосновенія съ азотною кислотою). *Porak* лишь въ трехъ случаяхъ наблюдалъ характерную реакцію желчныхъ пигментовъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ интенсивной желтухи реакцію, напоминающую реакцію гемафеина *Gubler'a* или видоизмѣненнаго желчнаго пигмента.

Желтуха новорожденныхъ держится не долго: 3 — 4 дня въ легкихъ, 8—10 дней въ интенсивныхъ случаяхъ, иногда нѣсколько дольше. Само собою разумѣется, что извѣстное число новорожденныхъ страдаетъ пищеварительными расстройствами, слабостью, септическими явленіями, но нѣтъ никакого основанія признать причинную зависимость между этими различными расстройствами и желтухою.

Мы говорили уже, что желтуха новорожденныхъ это страданіе ничтожное. Тѣмъ не менѣе, *Runge* ¹⁾, *Porak*, *Cruse*, *Hofmeier* выставляютъ на видъ, что желтушные новорожденные хуже перевариваютъ пищу, нежели другія дѣти, что они сильнѣе падаютъ въ вѣсѣ что наростаніе затѣмъ вѣса начинается позднѣе и совершается медленнѣе, выведеніе мочою мочевины и мочекой кислоты у нихъ повышено (*Hofmeier*) и питаніе, стало быть, у нихъ неисправно.

Только при поверхностномъ изслѣдованіи моча желтушныхъ новорожденныхъ кажется нормальною, болѣе тонкія изысканія позволяютъ открыть въ ней присутствіе желчнаго пигмента. Уже *Orth* ²⁾ находилъ

¹⁾ *Runge* Die Krankheiten der ersten Lebensstage. Stuttgart, 1893.

²⁾ *Orth*. Virchow's Archiv, m. L XIII, 18, 75.

въ крови, почкахъ, печени и многихъ другихъ органахъ желтушныхъ новорожденныхъ таблички или мелкіе красные ромбическіе столбики или же еще пучки иголь, обладавшіе всеми микроскопическими свойствами билирубина. Онъ полагалъ, что они образуются послѣ смерти насчетъ растворенныхъ въ кровяной плазмѣ красящихъ веществъ желчи. *A. Robin*¹⁾ описалъ въ мочѣ желтушныхъ новорожденныхъ: 1) желтыя массы, игольчатые кристаллы, похожіе на первый взглядъ на описанные *Orth*¹⁾омъ кристаллы билирубина, но существенно отличавшіеся отъ послѣднихъ своими реакціями: массы эти то свободно плаваютъ въ мочѣ, то заключены внутри эпителиальныхъ клѣтокъ или мочевыхъ цилиндровъ; 2) кристаллы гѣматоидина и неопредѣленные кучки; 3) шарики моче-кислаго натра. *Cruse*, обрабатывая мочу хлороформомъ, доказалъ, что во всѣхъ случаяхъ желтухи новорожденныхъ съ желтою окраскою соединительныхъ оболочекъ, моча содержитъ желчный пигментъ, въ формѣ зернистости или даже въ растворѣ.

Наконецъ, *Birch-Hirschfeld*'у²⁾ удалось открыть присутствіе желчныхъ кислотъ въ сывороточной жидкости околосердечной сумки.

*Voix*³⁾ утверждаетъ, что иногда въ мочѣ находили уробилинъ

Присутствіе всѣхъ этихъ элементовъ, желчнаго пигмента въ формѣ зеренъ или въ растворѣ, уробилина, желчныхъ кислотъ въ мочѣ и сывороточныхъ жидкостяхъ свидѣтельствуетъ объ участіи печени въ патологическомъ процессѣ. Но въ какой мѣрѣ сопричастна послѣдняя? Извѣстно, что пораженіе печени при желтухѣ новорожденныхъ не выражается никакими измѣненіями, ни клиническими, ни анатомическими. *Colrat* на многочисленныхъ срѣзахъ не нашелъ ни слѣда процессовъ въ печени. Только *Birch-Hirschfeld* констатировалъ скопленіе желчнаго пигмента въ печеночныхъ клѣткахъ. *Virchow*, *Henoch* находили въ нѣкоторыхъ случаяхъ слизистыя пробки въ желчномъ протокѣ, но закупорка была неполная, желчь свободно изливалась въ кишечникъ, калъ и верхній отдѣлъ кишечника были окрашены въ желтый цвѣтъ. Слѣдовательно, о желтухѣ вслѣдствіе задержки желчи не можетъ быть и рѣчи, по крайней мѣрѣ въ огромномъ большинствѣ случаевъ.

Сторонники кровороднаго происхожденія желтухи новорожденныхъ ссылаются на фізіологическія видоизмѣненія, которыя претерпѣваетъ кровь по рожденіи, и приписываютъ желтуху совершающемуся въ этотъ моментъ разрушенію красныхъ шариковъ. Въ нормальномъ состояніи число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ первые два дня увеличивается (*Lépine*⁴⁾,

¹⁾ *Parrot et A. Robin*.—Note sur la présence de masses jaunes dans l'urine des nouveau-nés atteints d'ictère. Revue de méd. et de chirurgie, 1879.

²⁾ *Birch-Hirschfeld*.—Желтуха въ руков. къ дѣтск. бол. *Gerhardt*'а.

³⁾ *Voix* loc. cit.

⁴⁾ *Lépine*.—Soc. de biologie, 1876.

затѣмъ до шестого или седьмого дня констатируется неравномѣрное уменьшеніе числа шариковъ съ измѣнчивыми колебаніями. *Hayem* ¹⁾ доказалъ, что красные кровяные шарики новорожденнаго находятся въ состояніи явственной эволюціи и что они отличаются большею ранимостью, чѣмъ въ позднѣйшихъ возрастахъ. Мало того, даже въ различные моменты одного и того-же дня констатируются значительныя колебанія числа ихъ и содержанія гѣмоглобина, а это доказываетъ, что происходитъ одновременно дѣятельное разрушеніе однихъ и возобновленіе другихъ шариковъ. *Porak* находилъ колебанія въ $\frac{1}{2}$ милліона шариковъ въ 1 к. мм. со дня на день. Число шариковъ на второй недѣлѣ упало на $\frac{1}{2}$ милліона въ 1 к. мм. по отношенію къ первоначальной цифрѣ (*Hayem*).

Hofmeier и *Silbermann* констатировали значительное уменьшеніе числа красныхъ шариковъ при желтухѣ новорожденныхъ. Присутствіе кровяного пигмента въ почкахъ органовъ, доказанное *Virchow*'ымъ и многочисленными авторами послѣ него, лишній разъ говоритъ въ пользу дѣятельнаго разрушенія гѣмоглобина въ крови новорожденнаго. Не подлежитъ, стало быть, сомнѣнію, что въ крови совершается весьма интенсивная переборка, освобождающая большія количества гѣмоглобина, и что это явленіе, въ нѣкоторомъ родѣ физиологическое, должно играть важную роль въ происхожденіи желтухи.

Извѣстно, въ самомъ дѣлѣ, что желчные пигменты, билирубинъ, видоизмѣненный бурый пигментъ, уробилинъ и хромогенъ уробилина происходятъ изъ гѣмоглобина путемъ послѣдовательныхъ возстановленій послѣдняго. Но для образованія ихъ необходимо, повидимому, участіе печени. Относительно краснобураго пигмента, впрочемъ, не доказано, чтобы онъ не могъ образоваться прямо изъ гѣмоглобина. Даже уробилинъ, присутствіе котораго въ большинствѣ случаевъ указываетъ на страданіе печеночныхъ кѣтокъ, появляется иногда при остромъ разрушеніи красныхъ шариковъ крови безъ пораженія печени (*Hayem*). Смѣсью бураго пигмента съ уробилиномъ, образующею гѣмафеинъ *Gibbler*'а, можно было-бы объяснить желтуху новорожденнаго, не прибѣгая къ предположенію о всасываніи желчи. Въ мочѣ, правда, находили билирубинъ, но въ формѣ зеренъ, твердыхъ массъ и лишь въ исключительныхъ случаяхъ въ растворенномъ видѣ. Да и то, доказать его присутствіе удавалось только въ вытяжкахъ изъ большихъ количествъ мочи. Съ другой стороны, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ сдѣлано было вскрытіе, находили желтое пропитываніе такихъ тканей, которыя обыкновенно остаются пощаженными при билифеической желтухѣ, именно хряща, головного и спинного мозга, между тѣмъ какъ селезенка, почки и печень, напротивъ того, оказывались слабо окрашенными. Такое распре-

¹⁾ *Duperré*.—Thèse de Paris, 1878.

дѣленіе желтой окраски въ органахъ также говоритъ въ пользу кровороднаго происхожденія желтухи. Положительными данными относительно точной природы пигмента желтухи новорожденныхъ мы не располагаемъ пока. Дѣло идетъ не о той явственно кровородной формѣ, создаваемой гемоглобинемією или метгемоглобинемією желтухи, при которой нормальные или видоизмѣненные желчные пигменты отсутствуютъ и въ крови и въ мочѣ. Тѣмъ не менѣе и несмотря на значеніе, которое приписывается находимымъ иногда слѣдамъ билирубина, желтуху новорожденныхъ можно смѣло включить въ группу гемафеическихъ желтухъ *Gubler'a*. Къ этому заключенію приходитъ большинство французскихъ авторовъ, въ противоположность нѣмцамъ, а разъ мы становимся на такую точку зрѣнія, то естественно спросить себя, вмѣстѣ съ *Porak'омъ*, какую роль можетъ играть въ болѣе или менѣе выраженномъ разрушеніи красныхъ шариковъ моментъ перевязки пуповины.

Porak съ большою убѣжденностью настаивалъ на томъ, что поздняя перевязка благоприятствуетъ происхожденію желтухи. *Budin* ¹⁾ доказалъ, что ребенокъ, пуповину котораго перевязали чрезъ $\frac{1}{2}$ —4 минуты по прекращеніи біенія пупочнаго канатика, черпаетъ изъ материнской утробы на 92,6 грм. крови больше, чѣмъ ребенокъ, у котораго пупокъ перевязывается непосредственно по рожденіи. Эти данныя подтверждены были *Helot* ²⁾ и *Schücking'омъ* ³⁾, которые, съ цѣлью провѣрить мнѣніе *Budin'a*, прибѣгли къ способу взвѣшиваній. *Helot* и *Hayem* дали другое доказательство того, что количество крови увеличивается у ребенка, если позднѣе перевязать пуповину. *Hayem* нашель, что у такого ребенка каждый куб. милл. крови содержитъ на 500,000 красныхъ шариковъ больше, нежели у ребенка, у котораго пупокъ перевязывается немедленно. Еще большую разницу нашель *Helot*, именно на миллионъ больше шариковъ въ первомъ случаѣ, чѣмъ во второмъ. Къ аналогичному почти выводу пришелъ *Porak*: 845435 шариковъ больше у дѣтей съ поздно перевязанною пуповиною. Въ итогѣ, поздняя перевязка пуповины доставляетъ ребенку на треть (*Budin*) и на $\frac{1}{2}$ (*Schücking*) больше количества всей крови.

Ислѣдованіями *Porak'a* установлено, что выгода въ смыслѣ количества крови, извлекаемая изъ поздней перевязки, ее представляетъ дѣйствительнаго преимущества. Взвѣшиванія дѣтей показали ему, что поздно перевязанныя въ началѣ первой недѣли меньше прибавились въ вѣсѣ, чѣмъ прочія дѣти. Тоже констатируется относительно желтухи. Дѣти, немедленно перевязанные, желтѣютъ рѣже, чѣмъ дѣти, у которыхъ пуповина перевязывается не раньше, чѣмъ черезъ двѣ минуты по рожденіи, и

¹⁾ *Budin*.—Soc. de biologie, 1876.

²⁾ *Helot*.—Un. méd. de la Seine, 1877.

³⁾ *Schücking*.—Berlin. Klin. Woch., 1877.

гораздо рѣже, чѣмъ дѣти, у коихъ перевязка производится очень поздно. И эта разница въ частотѣ желтухи у немедленно и поздно перевязываемыхъ дѣтей весьма значительна.

Этотъ результатъ, по *Porak*'у, зависитъ отъ того, что число красныхъ шариковъ стремится выравняться чрезъ нѣсколько дней, какъ бы ни перевязывали пупокъ и какое-бы ни было первоначально количество крови у ребенка. Счисленія *Helot* показали дѣйствительно, что разница между количествомъ красныхъ шариковъ въ одномъ к. мм. крови, констатируемахъ въ обѣихъ категорiяхъ, скоро сглаживается. Слѣдовательно, поздняя перевязка пуповины благоприятствуетъ разрушенiю большаго количества красныхъ шариковъ, и въ этомъ кроется одна изъ предраполагающихъ причинъ желтухи.

Отсюда слѣдовало бы вывести заключенiе, что перевязывать пуповину должно рано, непосредственно по прекращенiи бiенiй канатика, дабы предупредить обратный токъ въ кровообращенiе плода плацентарной крови, насильственно прогоняемой чрезъ вену сокращенiями матки.

Выводы *Porak*'а приняты были не безъ протеста. Многiе авторы отрицаютъ установленную имъ связь между моментомъ перевязыванiя пуповины и частотою желтухи. Въ наблюденiяхъ *A. Schmidt*'а изъ 50 новорожденныхъ, которымъ пуповина перевязана была непосредственно послѣ рожденiя, желтуха развилась въ 36 случаяхъ (72%) между тѣмъ какъ въ 71 случаѣ, гдѣ пупокъ перевязывался большею частью по выходѣ уже послѣда или, по крайней мѣрѣ, чрезъ 10 минутъ послѣ рожденiя желтуха обнаружилась лишь у 40 дѣтей, т. е. въ 42,2%. *Bauzon* также высказывается за позднее перевязыванiе пуповины.

И такъ, изъ имѣющихся изслѣдованiй едва ли можно вывести какiя нибудь незыблемыя заключенiя, а противорѣчiя въ выводахъ одинаково добросовѣстныхъ наблюдателей свидѣтельствуютъ о томъ, что вопросъ о ранней или поздней перевязкѣ пуповины не играетъ, повидимому, большой роли въ патогенезѣ желтухи новорожденныхъ.

Пытались поэтому объяснить происхожденiе желтухи, въ виду отсутствiя измѣненiй въ печени, въ нѣкоторомъ родѣ физиологическими разстройствами кровообращенiя у новорожденнаго. *Frerichs* полагаель, что подъ влiянiемъ внезапнаго прекращенiя кровообращенiя въ пупочной венѣ происходитъ паденiе давленiя въ воротной венѣ, что облегчаетъ переходъ желчи въ кровь. У крѣпкихъ дѣтей это продолжается недолго, но оно держится извѣстное время у дѣтей, рожденныхъ до срока, у которыхъ дыханiе развивается медленно и зародышевые пути остаются открытыми.

Quincke ¹⁾ видитъ причину въ незакрытiи Аранциева протока: желчь,

¹⁾ *Quincke*, Arch. für exp. Pathol. u. Pharmak. XIX.

всасывающаяся изъ кишекъ въ воротную вену, вмѣсто того, чтобы вернуться цѣликомъ обратно въ печень, поступаетъ частью въ полую вену и общій токъ крови.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ находили при вскрытіи отекъ Глиссоновой капсулы и интерстиціальныя промежутковъ, и это дало поводъ нѣкоторымъ авторамъ приписывать желтуху прижатію желчныхъ каналцевъ (*Birch-Hirschfeld*), но это факты исключительныя. Весьма вѣроятно, что способны оказать влияние всѣ эти различныя факторы, въ томъ числѣ и разрушеніе красныхъ шариковъ, которое ведетъ къ полихоліи (*Minkowsky* и *Naunyn*) или къ чрезмѣрному выдѣленію желчнаго пигмента (плеіохромія *Stadelmann*'а). Оба эти состоянія благоприятствуютъ одинаково всасыванію желчи.

В. Леченіе.

Изъ всѣхъ этихъ соображеній само собою вытекаетъ безсиліе терапіи. Мы безсильны сдѣлать что либо противъ паденія кровообращенія въ печени, противъ разрушенія красныхъ шариковъ у новорожденнаго. Да и сама желтуха такъ рѣдко получаетъ серьезный характеръ, что даже излишне бываетъ принимать противъ нея энергичныя мѣры. Если она очень интенсивна и продолжительна, то можно прибѣгнуть къ легкимъ слабительнымъ, напр., къ *сиропу цикорія* или *магнезіи* и къ маленькимъ *промывательнымъ* по способу *Krull*'я. Но это оправдывалось бы только предположеніемъ, что желчь не изливается въ кишечникъ, что составляетъ для новорожденнаго тяжкое разстройство, выясненное *Trousseau*. При такихъ условіяхъ дѣло идетъ уже не объ идиопатической, а о симптоматической желтухѣ.

III.

Симптоматическія желтухи.

Симптоматическая желтуха новорожденнаго находится въ связи съ весьма разнообразными причинами. Большинство изъ нихъ, впрочемъ, констатируется въ исключительныхъ случаяхъ.

Симптоматическая желтуха встрѣчается при *страданіяхъ желчныхъ путей*, при *болѣзняхъ печени* и при тѣхъ *общихъ заразныхъ болѣзняхъ*, которыя затрагиваютъ печеночную ткань и портятъ кровь.

А. Страданія желчныхъ путей.

1. Наблюдали у новорожденныхъ *катарральную желтуху*, аналогичную этому же страданію у взрослыхъ, но гораздо болѣе серьезную. Характеризуютъ ее присутствіе въ мочѣ желчнаго пигмента, открывае-

маго обычными клиническими методами, нѣкоторые пищеварительныя разстройства, на которыя особенно напиралъ *Runge*, рвота, метеоризмъ и жидкія испражненія. Тѣмъ не менѣе, желчные пути не закупорены, какъ сохраняетъ желтый или зеленый цвѣтъ. *Quisling* высказываетъ предположеніе о катаррѣ желудка и двѣнадцатиперстной кишки вызванномъ первыми попытками кормленія.

Леченіе этихъ случаевъ состоитъ въ относительной діетѣ: дѣтямъ не даютъ молока до третьяго дня, а въ первые два дня довольствуются сахарною водою. Меконій къ третьему дню долженъ быть выведенъ весь. Въ противномъ случаѣ назначается легкое слабительное или промывательное.

2. *Frerichs* упоминаетъ о закупоркѣ желчныхъ каналовъ конкрементами. *Lieutaud*, *Vortal*, *Cruveilhier*, *Bousson*, *Fauconneau-Dufresne* описали случаи подобнаго рода, выяснившіеся на вскрытіи.

3. Врожденное сращеніе желчныхъ путей вслѣдствіе порока развитія большихъ каналовъ, описанное различными авторами (*Donop*, *Campbell*, *Binz*, *Harley*, *Virchow*, *Henoch*, *Freund*, *Snopf*), едва ли заслуживаетъ упоминанія съ терапевтической точки зрѣнія. Желтуха развивается быстро, въ короткое время достигаетъ значительной интенсивности, моча сильно окрашена желчными пигментами, испражненія, напротивъ того, обезцвѣчены. Положеніе ребенка тяжкое. Онъ худѣетъ, впадаетъ въ сонливое состояніе и умираетъ черезъ нѣсколько дней въ коллапсѣ, среди судорогъ или же отъ кишечнаго или пупочнаго кровотеченія. Понятно, что всѣ терапевтическія попытки остаются безсильными.

Страданія печени.

Gubler давно уже описалъ врожденный циррозъ печени сифилитическаго происхожденія; впослѣдствіи оно изучено было *Weber*'омъ, *Bamberger*'омъ, *Hutinel*'емъ и *Hudelo*. Наличие цирроза печени не измѣняетъ существеннымъ образомъ картины наследственнаго цирроза. Печень велика. Иногда, но не постоянно, существуютъ водянка и желтуха.

Противъ этой разновидности желтухи существуетъ предохранительное леченіе, которое состоитъ въ томъ, что лечатъ мать во время беременности. Что же касается собственно леченія самого ребенка, то оно не отличается отъ примѣняемаго противъ наследственнаго сифилиса вообще: ртутныя втиранія по 1—2 грм. въ день, іодистый калий кормилицѣ; слѣдуетъ щадить пищеварительный каналъ ребенка.

Хотя въ извѣстномъ числѣ случаевъ цирроза печени у новорожденныхъ сифилитическое происхожденіе страданія не было доказано (*D'Espine* и *Picot* ¹⁾, *Neumann* ²⁾), оно тѣмъ не менѣе, вѣроятно, а къ тому же

¹⁾ *D'Espine et Picot*. Traité pratique des maladies de l'enfance.

²⁾ *Neumann*.—Berlin. Klin. Woch. 1893.

это единственный способъ леченія, на который можно еще возлагать нѣкоторыя надежды.

С. Желтуха при общихъ инфекціяхъ.

1. Общія замѣчанія.

При желтухахъ, обусловливаемыхъ этой категоріею причинъ, обыкновенно болѣе или менѣе тяжко, подъ влияніемъ инфекции, поражена бываетъ печень и въ тоже время существуетъ глубокая порча крови, сказывающаяся болѣею частью кровотеченіями. Заразные желтухи новорожденныхъ служили предметомъ довольно разнообразныхъ описаній и обозначеній.

А. Обыкновенно дѣло идетъ о дѣтяхъ, которыя родившись здоровыми, чрезъ два, три дня становятся безпокойными и получаютъ высокую уже температуру. Но лихорадка продолжается недолго, преобладаетъ быстрый упадокъ силъ, и въ тоже время констатируются болѣе или менѣе темная, билифеическая желтуха, иногда вздутие и крайняя чувствительность живота и желчная рвота (воспаленіе брюшины). Смерть наступаетъ быстро и аутопсія обнаруживаетъ пупочный артеритъ и периаартеритъ, рѣже, по *Runge*, пупочный флебитъ, далѣе бронхопневмоническія гнѣзда и явленія перерожденія въ органахъ. *Baginsky* ¹⁾ въ одномъ такого рода случаѣ нашелъ въ органахъ цѣпковокка. *Babes* ²⁾ вмѣстѣ съ цѣпковоккомъ нашелъ въ крови и органахъ короткую прямую, заостренную палочку, длиною въ 0,3 μ . *Bar* и *Renon* ³⁾ наблюдали воспаленіе пупочной вены съ септицеміею, вызванною *proteus vulgaris* у сифилитическаго новорожденнаго, умершаго при явленіяхъ тяжелой желтухи; сифилисъ былъ только случайной причиной.

При септицеміи новорожденныхъ иногда находятъ процессъ въ пупкѣ, язву съ отдѣленіемъ, флегмонѣ, облегчающіе распознаваніе. Но гнилокровіе можетъ возникнуть и помимо какого бы то ни было заболѣванія пупка, даже при отсутствіи пупочнаго артерита или флебита. Таковы, напр. случаи, описанные *Buhl*'емъ и *Winkel*'емъ и которые мы, подобно *D'Espine* и *Picot*, считаемъ просто за случаи простой послѣродовой септицеміи.

В. *Buckl* описалъ въ 1861 г. страданіе, которое характеризуется слѣдующими явленіями: дѣти рождаются асфиктическими безъ видимой причины; затѣмъ они умираютъ, если же они остаются въ живыхъ, то синюшная окраска уступаетъ мѣсто желтой. Существуютъ поносъ, *me-laena*, кровотеченія изъ пупка, кровоизліянія въ кождѣ и глубокихъ частяхъ. Ребенокъ умираетъ въ коллапсѣ по истеченіи 8—10 дней.

¹⁾ *Baginsky*. Virchow's Archiv, 1889.

²⁾ *Babes*. Bakteriol. Untersuch. üb. septische Processe im Kindesalter. Leipzig. 1889.

³⁾ *Bar et Renon*. Soc. de Biologie, 1895.

Нѣтъ никакихъ видимыхъ измѣненій пупка, ни артерита, ни флебита, но во всѣхъ органахъ находятъ жировое перерожденіе въ соединеніи съ паренхиматознымъ воспаленіемъ и множественными экхимозами.

С. Другая форма заразной желтухи новорожденныхъ соотвѣтствуетъ *бронзовой гематической болѣзни Laroyenne и Charrin'a*¹⁾. *Parrot* описалъ ее подѣ названіемъ *tubulhématie renale*, а *Winkel* описалъ ее какъ новую болѣзнь въ 1879 г.²⁾ послѣ того, какъ онъ въ теченіе одного мѣсяца наблюдалъ 23 случая этого рода. Это страданіе большею частью эпидемическое, но *Sandner, Strelitz, Baginsky* и др. наблюдали и спорадическіе случаи. *Wolchywsk'*ому при одной эпидеміи ціанотической желтухи удалось открыть причину инфекціи и устранить ее³⁾. Страданіе характеризуется раствореніемъ въ крови красныхъ шариковъ и интенсивною гемоглобинуріею. Кожа имѣетъ, отдающій желтымъ буроватый цвѣтъ (черная желтуха). Температура не повышена. Ребенокъ имѣетъ поносъ, рвоту и быстро умираетъ въ коллапсъ посреди судорогъ. Продолжительность болѣзни отъ одного дня до одной недѣли.

Вскрытіе обнаруживаетъ порчу крови, представляющей свойства разжиженной крови, множественныя гѣморрагическія гнѣзда, темнобурую инфильтрацію почекъ, селезенки и печени, жировое перерожденіе печени и сердца, опуханіе слѣпыхъ мѣшечковъ, Пейеровыхъ бляшекъ и брызжеечныхъ железъ.

Д. Можно было бы привести еще много другихъ формъ заразныхъ страданій новорожденнаго, въ коихъ желтуха играетъ болѣе или менѣе побочную роль рядомъ съ прочими явленіями, обусловливаемыми порчей крови. Такъ *Baginsky*⁴⁾ описалъ случай, гдѣ ребенокъ на другой день послѣ обрѣзанія заболѣлъ явленіями, аналогичными описанному *Winkel'*емъ синдрому, и умеръ десять дней спустя. *Baumel* и *Boiadjeff*⁵⁾ наблюдали рожденнаго до срока ребенка съ бронзовою и желтушною окраскою кожи, съ обиліемъ индикана въ мочѣ, но онъ, однако, выздоровѣлъ.

Намъ кажется, излишне было бы настаивать на подробномъ описаніи симптомовъ всѣхъ этихъ инфекцій. Равнымъ образомъ и вопросъ о патогенезѣ не представляетъ большого интереса. При всѣхъ этихъ инфекціяхъ, общая черта которыхъ заключается въ томъ, что они измѣняютъ составъ крови, вызываютъ кровотечения или кровоподтеки, печень рѣдко остается не затронутою. Въ ней находятъ то воспаленіе паренхимы, то жировое перерожденіе. Весьма вѣроятно, что желтуха зависитъ

1) *Laroyenne et Charrin. Maladie bronzée hématique des nouveau-nés. Assoc. franç. p. élèvat. des sc., 1873. Th. de P. 1873.*

2) *Winkel. Deutsche med. Woch., 1879.*

3) *Wolchywsky. Rev. des mal. de l'enfance, 1894, стр. 89.*

4) *Baginsky. Медич. Общ. въ Берлинѣ и La sem méd. 1889, стр. 30.*

5) *Baumel et Boiadjeff. Съѣздъ въ Бордо, 1895.*

отъ этихъ двухъ родовъ причинъ: присутствіе въ мочѣ или въ кровяной плазмѣ желчнаго пигмента укажетъ на преобладающую или исключительную роль той или другой изъ этихъ причинъ. Наиболѣе интересно въ этомъ вопросѣ отыскать источникъ инфекціи и средства устранить его.

2. Лечение.

А. Рѣдко зараза передается отъ матери къ плоду во время внутриутробной жизни, по крайней мѣрѣ въ интересующихъ насъ здѣсь случаяхъ. Извѣстно, что женщина, пораженная гнилочковіемъ, можетъ произвести на свѣтъ зараженнаго септицеміею ребенка, что женщина, страдающая тяжелою желтухою, можетъ родить желто-окрашеннаго ребенка, что она наконецъ, и не будучи сама больна, можетъ передать заразу плоду (оспу). Все это случаи, въ коихъ профилактика сводится къ предупрежденію инфекціи у матери. Что же касается приобрѣтенныхъ инфекцій новорожденнаго, гораздо болѣе многочисленныхъ, то всѣ усилія гигиены должны быть направлены къ тому, чтобы закрыть открытые у новорожденнаго въ нормальномъ состояніи пути для проникновенія заразы.

В. Главнымъ пунктомъ, чрезъ который могутъ проникнуть болѣзнетворные зародыши, служить, повидимому, пупокъ. Изъ этихъ зародышей находимы были цѣпекоккъ, гроздекоккъ, кишечная палочка, *proteus vulgaris* (Bar и Rénon) и нѣкоторые своеобразные микроорганизмы, описанные Babès'омъ. Профилактика заразной желтухи тождественна съ тою, которая показуется при всѣхъ септицеміяхъ новорожденнаго: необходимо избѣгать соприкосновенія канатика или пупочной раны совсякимъ веществомъ, способнымъ обнаружить септическихъ свойства.

Такъ, пальцы, которыми производится перевязка пупка, должны быть тщательно вымыты. Сидѣлка, ухаживающая за матерью, должна прежде, чѣмъ заняться родильницею, перевязать ребенка, потому что дохія, даже у незараженной женщины, могутъ обладать заразными свойствами. Должно обеззараживать употребляемые инструменты, ножницы, которыми перерѣзывается пуповина, бинты, которыми покрывается пупокъ, должны быть асептичны. Въ родильныхъ домахъ не слѣдуетъ купать ребенка въ ваннѣ, которая служила для купанія зараженнаго ребенка. Воспрещается употребленіе губокъ.

Перевязываніе пупка требуетъ большой аккуратности. Всѣ акушеры высказываются противъ влажной перевязки *оливковымъ масломъ* или *вазелиномъ*. Вещества эти, въ самомъ дѣлѣ, задерживаютъ испареніе воды изъ канатика и мумификацію его. Жирный канатикъ это скверная вещь. Канатикъ завертываютъ въ асептической холстѣ или марлю, поднимаютъ на животикъ и удерживаютъ помощью умѣренно тугаго бинта. Наклоненное положеніе канатика не годится, потому что онъ можетъ запачкаться мочою. Перевязывая пупокъ, должно перемѣщать его осто-

можно, не натягивая, чтобы не причинить мелкихъ разрывовъ сосудовъ, могущихъ благопріятствовать зараженію. По этой то причинѣ нѣкоторые авторы высказываются противъ ваты, которая часто приклеивается, такъ что ее приходится отрывать. Нѣкоторые врачи рекомендуютъ присыпки *талькомъ, борной кислотой* и пр. Можно примѣнять различныя порошки, лишь-бы они были безразличны, потому что нѣкоторыя вещества, какъ напр. карболовая кислота, слишкомъ ядовиты для новорожденнаго. Пока пупочный канатикъ еще держится, лекарственныя вещества и параллельно бо́льзнетворныя зародыши всасываются гораздо легче, чѣмъ по отпаденіи его. Это явствуетъ изъ анализовъ мочи до и послѣ отпаденія. По отпаденіи пупка пупочную рану перевязываютъ съ *борнымъ вазелиномъ* и ежедневно контролируютъ состояніе пупка, дабы можно было своевременно и безотлагательно принять мѣры противъ всякой аномалии въ теченіи раны.

C. — Пупокъ является, правда, наиболѣе частою исходною точкою инфекцій новорожденныхъ, но это не единственный путь для проникновенія заразы. Всякая рана у новорожденнаго можетъ играть ту-же роль. Поэтому тщательнаго ухода требуютъ всѣ ссадины, вызванныя наложеніемъ щипцовъ. Напомнимъ также про случай *Baginsk'*аго, гдѣ обрѣзаніе повлекло за собою смертельную гемоглобинурическую желтуху.

D. — Иногда инфекция исходитъ изъ пищеварительнаго канала. Такъ, *Winkel* приписывалъ частью эпидемію, которую онъ наблюдалъ въ Дрезденѣ, употребленію воды въ формѣ ваннъ, но отчасти и питья для новорожденныхъ; вода эта изобиловала органическими веществами и амміакомъ.

Въ эпидеміи, описанной Волчевскимъ, вина, по этому автору, также лежала въ употребленіи воды, изобиловавшей органическими веществами, и служившая въ сосѣднемъ городѣ источникомъ частыхъ эпидемій. Въ ней доказано было приеутствіе кишечной палочки, которая находилась также въ крови и органахъ дѣтей, погибшихъ отъ желтухи съ гемоглобинурією.

Вода эта употреблялась частью для ваннъ, частью для промыванія рта у дѣтей. Для ваннъ продолжали брать ту-же воду, но промыванье рта съ этого момента производилось водою изъ чистаго источника, обезпложенною и съ прибавленіемъ 1% борной кислоты.

Съ этого времени эпидемія прекратилась. Стало быть, именно вода, которою промывали ротъ, заражала дѣтей. Такъ какъ она не проглатывалась, то *Волчевскій* высказываетъ предположеніе, что обтиранія мокрымъ холестомъ выдѣряли кишечную палочку въ эпителий слизистой оболочки, откуда она проникала глубже въ организмъ.

Отсюда слѣдуетъ, что промывать ротикъ у новорожденнаго должно осторожно и асептической жидкостью.

Инфекціи, обусловливаемыя всасываніемъ, въ моментъ прохожденія

ребенка по родовымъ путямъ, гнилостной околоплодной жидкости или влагалитическихъ отдѣленій, или инфекции вызванныя молокомъ отъ больной женщины, также доступны известнымъ профилактическимъ мѣропріятіямъ, но онѣ не входятъ въ нашу область, потому что желтуха при такихъ условіяхъ не наблюдалась.

Е.—*Собственно лечение заразной желтухи* новорожденного сводится къ немногому. Необходимо поддерживать силы ребенка, дать ему кормилицу, если его вскармливали искусственно, давать нѣсколько разъ въ день по нѣсколько капель *коньяку* въ сахарной водѣ, въ случаѣ коллапса дѣлать горячія обертыванія, обеззараживать пупочную рану, если она гноится или склонна изъязвиться, промываніями и присыпками *iodoформа*.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Лечение перерожденій печени.

Ch. Achard'a.

I.

О различныхъ перерожденіяхъ печени.

Наблюдаемая въ печеночной клѣткѣ процессы перерожденія весьма многочисленны, разнообразны и имѣютъ далеко не одинаковое значеніе. О нѣкоторыхъ изъ нихъ достаточно лишь упомянуть. Печеночная клѣтка можетъ подвергнуться *простой атрофіи*, именно вслѣдствіе прижатія или сморщиванія; воспалительные процессы часто вызываютъ въ ней *мутное набуханіе*; *коагуляціонный некрозъ* обусловливается преимущественно заразными и токсическими процессами. Менѣе обыкновенное измѣненіе, *прозрачное набуханіе* описано при холерѣ (*Hanot* и *Gilbert*) и встрѣчается также при нѣкоторыхъ заразныхъ состояніяхъ. Всѣ эти процессы въ клѣткѣ, интересны въ патолого-анатомическомъ отношеніи, имѣютъ лишь ничтожное значеніе для клинициста, особенно съ терапевтической точки зрѣнія. Въ самомъ дѣлѣ, измѣненія эти обыкновенно встрѣчаются не въ изолированномъ состояніи, а теряются, такъ сказать, въ совокупности анатомическихъ и симптоматическихъ явленій, поглощающихъ все вниманіе клинициста.

Тоже самое должно сказать о *пигментныхъ* перерожденіяхъ печени. При нѣкоторыхъ формахъ желтухи печеночныя клѣтки пронизываются желчнымъ пигментомъ. Желтый, желѣзный пигментъ, встрѣчающійся въ печеночныхъ клѣткахъ при хронической маляріи, при известныхъ циррозахъ съ диабетомъ или безъ него, а также и помимо циррозовъ, суще-

ствуетъ обыкновенно совмѣстно съ пронизываніемъ пигментомъ другихъ паренхиматозныхъ органовъ, а иногда и кожи. Въ этихъ различныхъ случаяхъ, какъ показали новѣйшія изслѣдованія, дѣло идетъ, повидимому, не о выработываніи пигмента печеночными клѣтками, а о простомъ отложеніи пигмента, образовавшагося въ другомъ мѣстѣ и занесенномъ въ печень токомъ крови.

Тѣмъ не менѣе, нѣкоторые виды перерожденія, частью потому, что они встрѣчаются иногда въ изолированномъ состояніи, частью потому, что вызываютъ нѣкоторыя мѣстные явленія и измѣненія общаго состоянія, заслуживаютъ короткаго обсуждения съ клинической и терапевтической точки зрѣнія. Я имѣю въ виду перерожденіе *жировое* и *амилоидное*. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о разстройствѣ клѣтки, во второмъ объ интерстиціальномъ скорѣе процессѣ.

II.

Жировое перерожденіе.

A. Общія замѣчанія.

Терминъ *жировое перерожденіе* примѣнимъ къ двумъ различнымъ состояніямъ печеночной клѣтки. При *жировомъ пронизываніи* или *нагруженіи*, жиръ скопляется въ тѣлѣ клѣтки и занимаетъ большую часть ея и хотя фізіологическія функціи элемента глубоко нарушаются, онъ, тѣмъ не менѣе, не погибаетъ; что клѣтка жива, доказывается присутствіемъ ядра, которое, правда, оттѣснено къ периферіи, но сохранило всѣ свои гисто-химическія реакціи. При *зернисто-жировомъ перерожденіи* тѣло клѣтки перерождается, жировыя капли составляютъ конечный продуктъ глубокаго процесса, поражающаго всю клѣтку, которая большею частью погибаетъ, ядро измѣняется.

Жировая инфильтрація въ слабой степени наблюдается и при фізіологическихъ условіяхъ (кормленіе грудью, пріемъ пищи), а въ болѣе высокихъ степеняхъ при хроническихъ страданіяхъ, кахексіяхъ, тучности, бугорчаткѣ, алкоголизмѣ. Иногда она сочетается съ другими пораженіями печеночной ткани, напр. при бугорчатомъ циррозѣ, въ другихъ случаяхъ она существуетъ одна, напр. при жирной печени ханоточныхъ; что касается зернисто-жироваго перерожденія, то оно наблюдается при отравныхъ или заразныхъ процессахъ съ острымъ теченіемъ, именно при фосфорномъ отравленіи, при гнилокровіи и гноекровіи, при эклампсіи, при первичныхъ тяжкихъ желтухахъ. Оно встрѣчается иногда также при вторичныхъ тяжкихъ желтухахъ, заканчивающихся быстротечно болѣе или менѣе хроническія страданія печени.

Существующая, какъ мы только что видѣли, анатомическая разница въ процессахъ подтверждается и съ клинической стороны.

Простая жировая инфильтрація можетъ протекать совершенно скрытно. Въ другихъ случаяхъ можно подозрѣвать ее, напр. когда у чахоточнаго печень велика, гладка, мало резистентна, не обезображена и нѣтъ въ тоже время ни болей ни брюшной водянки, ни желтухи. Иногда расстройства отправления печени выражены бываютъ яснѣе, моча содержитъ уробилинъ и мало мочевины, пищевареніе совершается вяло, существуетъ поносъ. Въ эту картину симптомовъ иногда входитъ еще блѣдность, полупрозрачность покрововъ, алебастровый цвѣтъ лица, водянка и пр., но все это явленія, которыя, новидимому, стоятъ больше въ связи съ общею вызванною жирородною болѣзною кахэксією.

Зернисто-жировое перерожденіе съ острымъ теченіемъ зачастую выражается бурнымъ образомъ, хорошо извѣстною картиною первичной или вторичной тяжелой желтухи.

В. Терапевтическія показанія.

Терапевтическія показанія при жировомъ перерожденіи печени вытекаютъ главнымъ образомъ изъ обусловливающихъ его причинъ и относятся къ профилактикѣ. У субъектовъ, предрасположенныхъ къ жировому перерожденію, напр. у чахоточныхъ алкоголиковъ, необходимо избѣгать всего, что можетъ облегчить развитіе тяжелой желтухи, удалить, слѣдовательно, изъ гигиенической и лекарственной терапіи всякую причину интоксикаціи, способную вліять на печень. Запрещается также употреблять въ пищу все жирное и въ томъ числѣ *рыбій жиръ*.

Наконецъ, жировое перерожденіе печени представляетъ интересъ для практическаго врача и въ другомъ отношеніи. Нѣкоторые хирурги, особенно *Paré*, обративъ вниманіе на медленность, съ которою совершается заживленіе ранъ у субъектовъ, страдающихъ жировымъ перерожденіемъ печени, совѣтуютъ операторамъ воздерживаться, по возможности, отъ хирургическаго вмѣшательства у такихъ больныхъ. Въ настоящее время, однако, мы смотримъ на это дѣло иначе. Безъ сомнѣнія, жировое перерожденіе печени отражается глубоко на общемъ состояніи и уменьшаетъ такимъ образомъ сопротивляемость организма ко всему, что можетъ его поразить. Но зачастую это перерожденіе само есть только послѣдствіе заразной причины, оперативное устраненіе которой можетъ прекратить или, по меньшей мѣрѣ, ослабить весь процессъ. Къ тому же, мы умѣемъ въ настоящее время избѣгать главной опасности хирургическаго вмѣшательства, оперативной инфекціи. Поэтому мы нынѣ уже не стоимъ такъ за строгое воздержаніе отъ хирургическихъ дѣйствій.

III.

Амилоидное перерожденіе.

А. Общія замѣчанія.

Амилоидное перерожденіе выражается образованіемъ протеинового, аморфнаго, просвѣчивающаго вещества, обнаруживающаго спеціальныя реакціи съ извѣстными красящими реагентами. Главныя изъ этихъ реакцій слѣдующія: если обработать амилоидную ткань растворомъ іода съ іодистымъ калиемъ и затѣмъ подвергнуть дѣйствию разведенной сѣрной кислоты, то она окрасится въ зеленовато-голубой цвѣтъ; фіолетовыя анилиновыя краски окрашиваютъ ее въ розовый цвѣтъ. Вещество это находится въ тѣсномъ родствѣ съ *палиновымъ* веществомъ, лишеннымъ изложенныхъ реакцій, но обладающимъ всѣми прочими свойствами амилоида и иногда встрѣчающимся, впрочемъ, вмѣстѣ съ этимъ послѣднимъ.

Хотя механизмъ, управляющій амилоиднымъ перерожденіемъ, въ точности еще не извѣстенъ, установлено тѣмъ не менѣе, что оно наблюдается преимущественно и даже почти исключительно при затяжныхъ нагноеніяхъ, главнымъ образомъ нагноеніяхъ костей, бугорчатаго или сифилитическаго происхожденія, и при легочной чахоткѣ. Дѣйствуетъ, повидимому, инфекция чрезъ посредство токсиновъ: къ такому заключенію, по крайней мѣрѣ, приводятъ имѣющіяся относительно патогенеза этого перерожденія экспериментальныя данныя.

Амилоидное перерожденіе никогда почти не ограничивается однимъ какимъ нибудь органомъ, а обыкновенно поражаетъ одновременно нѣсколько органовъ: большею частью печень, селезенку и почки. Въ печени, какъ и въ другихъ органахъ, процессъ начинается съ мелкихъ сосудовъ. Нѣкоторые авторы допускали, что инфильтрируются также печеночныя клѣтки, но это мнѣніе, недавно вновь опровергнутое, уступаетъ мѣсто другому, по которому амилоидный процессъ рассматривается какъ исключительно межуточный: измѣненія въ клѣткахъ являются результатомъ атрофіи вслѣдствіе прижатія сосѣдними амилоидными массами. Весьма часто амилоидное перерожденіе сочетается съ жировымъ.

Въ клиническомъ отношеніи амилоидное перерожденіе печени выражается не столько мѣстными симптомами, сколько общими разстройствами. Печень увеличена въ объемѣ, но это такъ сказать, единственный признакъ со стороны печени; процессъ можетъ протекать, не вызывая ни уробилинурии, ни пищевой гликозурии, ни уменьшенія количества мочевины. Обыкновенно въ извѣстномъ періодѣ болѣзни констатируется обильное мочеотдѣленіе, моча содержитъ бѣлокъ, существуютъ поносъ, увеличеніе селезенки, блѣдный цвѣтъ кожи, общая слабость, медленно нарастающая кахэксія, однимъ словомъ всѣ признаки, стоящіе въ связи съ амилоидомъ

почекъ, кишекъ, селезенки и съ расстройствами отправленій всѣхъ этихъ органовъ вмѣстѣ взятыхъ.

В. *Терапевтическія показанія.*

Въ настоящее время мы еще безсильны бороться съ самимъ амилоидомъ. Можно только пытаться предотвратить его развитіе, дѣйствуя на причинную инфекцію. Въ этомъ отношеніи не подлежитъ сомнѣнію, что успѣхи оперативной хирургіи и антисептики уменьшили частоту амилоиднаго перерожденія при хирургическихъ страданіяхъ. Хотя *Ballet* и утверждаетъ, что наблюдалъ обратное развитіе амилоида вслѣдъ за хирургическимъ вмѣшательствомъ, направленнымъ противъ причиннаго страданія, но амилоидное перерожденіе считается обыкновенно противопоказаніемъ къ операци, если оно настолько обширно и множественно, что вызываетъ совокупность явленій, позволяющую его распознать.

Что касается мнѣнія, будто нѣкоторые медикаменты, какъ-то: ртуть и рыбій жиръ, благоприятствуютъ развитію амилоида, то оно упирается на недостаточно убѣдительные доводы. Подкрѣпляющая и питательная діета, *іодъ, іододубильные препараты, соляныя ванны, чистый воздухъ, вдыханія кислорода*—вотъ главные элементы палліативной терапіи, примѣняемой съ цѣлью замедлить развитіе процесса и прогрессивный ходъ кахэксіи.

Не столько, впрочемъ, терапевтическая сторона амилоиднаго перерожденія представляетъ интересъ для практическаго врача, сколько ухудшеніе, которое оно вноситъ въ предсказанье; амилоидомъ зачастую объясняется безуспѣшность леченія, направленнаго противъ вызвавшей его болѣзни.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Лечение бугорчатки печени.

Ск. Achard'a.

I.

Общія замѣчанія.

Бугорчатка печени можетъ выразиться весьма разнообразными процессами, потому что пути, по которымъ можетъ проникнуть въ этотъ органъ бугорчатая палочка, также довольно многочисленны. Кромѣ чрезвычайно развитой кровеносной канализаціи, печень имѣетъ еще желчную канализацію. И всѣ эти пути: печеночная артерія, воротная вена, лимфатическіе сосуды, желчные каналы, могутъ служить проводниками для палочки.

И экспериментальныя изслѣдованія, и патологія человѣка показали, что туберкулизація печени этими различными путями дѣйствительно возможна и происходитъ на самомъ дѣлѣ. Черезъ печеночную артерію палочка проникаетъ изъ общаго тока крови и распространяется по печени такимъ же образомъ, какъ въ другихъ органахъ; черезъ лимфатическіе пути распространяется на печень бугорчатка брюшины; наконецъ, изъ кишекъ бугорчатая палочка можетъ вторгнуться въ печень двоякимъ образомъ: путемъ восходящей инфекции желчныхъ путей (случаи, повидимому, исключительные) или же, чаще, путемъ зараженія изъ бугорчатыхъ гнѣздъ кишечника истоковъ воротной вены. Мало того, даже зародышевое кровообращеніе печени можетъ служить для проникновенія бугорчатой заразы, и извѣстны случаи врожденной бугорчатки, развившейся вслѣдствіе передачи палочки матерью плоду черезъ посредство пупочной вены.

Это разнообразіе способовъ инфицированія составляетъ первую причину разнообразія процессовъ; вторая кроется въ большей или меньшей медленности, съ которою развивается процессъ. Наконецъ, реакціи печени по отношенію къ тому же агенту различны въ зависимости отъ почвы: это фактъ, котораго патологія печени представляетъ многочисленные примѣры, и извѣстно, что алкоголизмъ, малярія, сифилисъ также способны вызвать въ этомъ органѣ рядъ разнообразнѣйшихъ процессовъ.

Кромѣ собственно бугорковъ, въ печени могутъ встрѣчаться процессы не специфическіе, но въ развитіи коихъ палочка и ея продукты принимаютъ зачастую весьма важное участіе. Не говоря уже о простомъ приливѣ, весьма частой находкѣ на вскрытіяхъ чахоточныхъ, погибшихъ отъ асфиксіи, встрѣчаются: 1) процессы пролифераціи, воспалительные, захватывающіе преимущественно соединительную ткань и ведущіе къ склерозу; 2) процессы перерожденія, поражающіе эпителіи, въ томъ числѣ главнымъ образомъ перерожденія: жировое, амлоидное, пигментное, гіалиновое и коагуляціонный некрозъ.

Изъ всѣхъ этихъ измѣненій два въ особенности заслуживаютъ вниманія: во-первыхъ, жировое перерожденіе, крайне обычное, то общее, то локализованное, преимущественно въ окружности бугорковъ, во-вторыхъ, склерозъ, который можетъ повлечь за собою либо гипертрофію, либо атрофію органа и сочетается иногда съ жировымъ перерожденіемъ, образуя жировой циррозъ печени.

Описано очень много анатомическихъ и клиническихъ разновидностей бугорчатки печени. Главнѣйшія изъ нихъ: простой стеатозъ (жирная печень бугорчатыхъ), почти безмолвный въ клиническомъ отношеніи; жировой циррозъ, способный повлечь за собою гипертрофію или атрофію и сопровождаемый желтухою, особенно если развитіе его идетъ быстро, и брюшною водянкою, преимущественно въ случаяхъ съ медленнымъ те-

ченіемъ; собственно бугорчатый циррозъ съ явственною брюшною водяною и совокупностью симптомовъ, напоминающею простой циррозъ или бугорчатку брюшины асцитической формы.

Какою бы, впрочемъ, клинико-анатомическою формою не выразилось участие печени въ бугорчатой инфекціи, дѣло всегда идетъ о вторичныхъ процессахъ, и обыкновенно эти разстройства развиваются у явныхъ чахоточныхъ, отягощая собою ихъ и безъ того плачевное положеніе. Ибо бугорчатка печени, изъ всѣхъ локализаций этой инфекціи, менѣе всего доступна терапевтическимъ усиліямъ.

II.

Терапевтическія показанія.

А. Мѣстное леченіе.

Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ бугорчатки печени нечего и думать о мѣстномъ леченіи, потому что дѣло идетъ о процессахъ разсѣянныхъ, разлитыхъ, въ которыхъ собственно бугорокъ составляетъ лишь одинъ изъ элементовъ и обыкновенно элементъ не господствующій.

Существуетъ, одна, весьма специальная форма бугорчатого пораженія печени, которая въ качествѣ мѣстнаго процесса доступна и мѣстному вмѣшательству: эта исключительная, но интереснѣйшая въ терапевтическомъ отношеніи форма—*бугорчатый гнойникъ внутри печени* или въ ея покровѣ, описана была *Lannelongue*'омъ¹⁾. Присоединяясь къ процессамъ въ сосѣдствѣ (воспаленіе реберъ, железъ *hilus* и пр.) или развившись сами по себѣ, эти гнойники представляются въ формѣ гнѣздъ, настолько ограниченныхъ, что ихъ можно оперировать съ надеждою на успѣхъ. Установивъ діагнозъ пробнымъ проколомъ, дѣлаютъ разрѣзъ и вслѣдъ за нимъ, если гнѣздо расположено высоко, резекцію соответственныхъ реберъ.

В. Общее леченіе.

Если не считать только что изложенныхъ случаевъ, то бугорчатка печени почти недоступна терапіи. Нѣкоторые процессы зачастую остаются вовсе нераспознанными или же выражаются признаками довольно темными, не требующими особаго леченія: таковы, напр., большая жирная печень чахоточныхъ и амилоидное перерожденіе. Только бугорковый циррозъ выражается достаточно явственною совокупностью симптомовъ, изъ которой вытекаютъ извѣстные терапевтическія показанія.

¹⁾ *Lannelongue*. - Acad. des sc. 15/V 1887.—Congrès francais de tuberculose. 1888.—Congrès de tuberculose, 1889. Thèse de P. 1891.

А. Робинъ. Ручов. къ частной терапіи. Вып. 8-й.

Боль рѣдко бываетъ настолько интенсивною, чтобы требовалось прибѣгнуть къ успокоительному леченію, которое заключается въ назначеніи либо общихъ болеутоляющихъ (*опій и морфій, жаропонижающія, болеутоляющія*), либо въ мѣстномъ *отвлеченіи* на область праваго подреберья.

Брюшная водянка иногда достигаетъ такой степени, что влечетъ за собою механическое разстройство различныхъ отравленій. Въ такомъ случаѣ дѣлается проколъ живота. Но очень часто болѣзнь протекаетъ столь быстро, что не приходится прибѣгнуть къ такому вмѣшательству.

Недостаточность печени, обычно заканчивающую собою бугорчатый циррозъ, стараются задержать, въ предѣлахъ возможности, подходящими мѣрами. Какъ только обнаружались признаки этого синдрома, легкая желтуха, уробилинурия, пищевая гликозурия, гипоазотурия, пытаются уменьшить поводы къ интоксикаціи организма и облегчить мочеотдѣленіе. Само собою понятно, что показуется *молоко*.

Пищевой режимъ долженъ быть предметомъ особаго вниманія, не только потому, что должно избѣгать раздраженія печени, но и потому, что разстройства печени, безъ сомнѣнія, являются одною изъ главныхъ причинъ диспенсіи чахоточныхъ, т. е. однимъ изъ главныхъ препятствій, о которыя разбиваются всѣ терапевтическія попытки. По этой двойной причинѣ, слѣдуетъ устранить изъ пищи все, что можетъ оказать вредное вліяніе на печень. Воспрещается алкоголь, этотъ величайшій факторъ патологическаго предрасположенія печени, играющій большую роль также въ развитіи бугорчатаго цирроза, особенно жироваго. Исходя скорѣе изъ теоретическихъ соображеній, утверждали также, что усиленное кормленіе чахоточныхъ можетъ вызвать въ нѣкоторомъ родѣ переутомленіе печени: во всякомъ случаѣ нужно поэтому постоянно слѣдить за послѣдствіями такого кормленія у субъектовъ съ признаками разстройства печени. Наконецъ, молоко и въ данномъ случаѣ должно лежать въ основѣ діеты.

Но не только пища, и лекарства требуютъ строжайшаго контроля. Какъ общее правило у чахоточныхъ съ явленіями со стороны печени слѣдуетъ по возможности воздерживаться отъ назначенія лекарствъ, въ особенности *per os*. Хотя наблюдали уменьшеніе количества уробилина подъ вліяніемъ креозота, тѣмъ не менѣе лучше не давать большихъ дозъ и еще лучше назначать это средство въ формѣ клизмъ.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Лечение рака печени.

Ch. Achard'a.

I.

Анатомическія и клиническія замѣчанія.

Обыкновенно ракъ поражаетъ печень большею частью *вторично*. Распространяется на печень ракъ, развившійся первично въ области истоковъ воротной вены, т. е. главнымъ образомъ ракъ пищеварительнаго канала, въ частности желудка. Рѣже даетъ вторичные узлы въ печени ракъ половыхъ органовъ или какого либо другого пункта въ организмѣ.

Вторичный ракъ печени представляется въ формѣ узловъ: новообразованные узлы, число которыхъ крайне колеблется, смотря по случаю, имѣютъ ту же гистологическую, также весьма измѣнчивую, структуру, что и первичный ракъ.

Къ этой группѣ вторичныхъ раковъ слѣдуетъ отнести также тѣ различныя злокачественныя опухоли, которыя по своему строенію не тождественны съ ракомъ, но съ клинической и, въ особенности, съ терапевтической точки зрѣнія, не могутъ быть разсматриваемы отдѣльно отъ рака, разумѣя этотъ терминъ въ самомъ широкомъ его значеніи. Изъ этихъ опухолей на первомъ планѣ стоитъ саркома, и именно меланотическая.

Первичный ракъ также можетъ выразиться въ узловой формѣ, и въ такомъ случаѣ, по крайней мѣрѣ, въ отношеніи микроскопическихъ измѣненій, онъ представляетъ величайшее сходство съ вторичнымъ ракомъ. Но въ другихъ, болѣе интересныхъ случаяхъ, онъ образуетъ одну массу: это *массовой ракъ*. Въ дѣйствительности, онъ представляется таковымъ только вначалѣ развитія новообразования, а затѣмъ зачастую окружается мало по малу болѣе мелкими вторичными узлами, которые образуютъ въ такомъ случаѣ переходныя ступени между двумя противоположными формами первичнаго рака.

По своему гистологическому строенію первичный ракъ представляетъ различныя формы эпителиомы (ракъ альвеолярный, трабекулярный, трабекуло-альвеолярный, цилиндроклѣточный, съ многоугольными, полиморфными клѣтками и пр.). Но всегда новообразование имѣетъ исходною точкою печеночную клѣтку. Напротивъ того, вторичный ракъ всегда, къ какой бы онъ ни принадлежалъ разновидности, рождается внѣ печеночной клѣтки, именно въ лучистыхъ капиллярахъ появляются первые узелки, для которыхъ характерно ихъ эмболическое происхожденіе. Этимъ

обстоятельствомъ и объясняется тотъ фактъ, что вторичный ракъ печени присоединяется главнымъ образомъ къ первичному раку подчиненныхъ воротной венѣ органовъ.

Одну изъ своеобразныхъ разновидностей первичнаго рака печени составляетъ *аденома*, которая по своему гистологическому строенію есть трабекулярная эпителиома. Она развивается въ формѣ узловъ и присоединяется къ циррозу, который развивается, повидимому, подъ одинаковымъ съ нею влияніемъ. Вопросъ о взаимоотношеніяхъ между этими двумя процессами толкуется, впрочемъ, различно. Главный интересъ этой разновидности заключается въ той связи, которую она устанавливаетъ между разрощеніями новообразовательными и разрощеніями воспалительными.

Какое бы строеніе и происхожденіе ни имѣлъ ракъ печени, онъ всегда вызываетъ извѣстное число общихъ симптомовъ, которые, впрочемъ, въ различной степени свойственны раку всѣхъ органовъ. Больной получаетъ отвращеніе къ пищѣ, особенно мясной, хотя существуютъ и исключенія изъ этого правила. Совершается постепенный упадокъ всѣхъ функций, заканчивающійся раковою кахексією. Пищеварительныя расстройства выражены здѣсь рѣзче, нежели при ракѣ другихъ органовъ, за исключеніемъ, разумѣется, рака пищеварительнаго канала: рвота, запоры, нерѣдки. Лихорадка наблюдается довольно часто и во многихъ случаяхъ находится, безъ сомнѣнія, въ связи съ дополнительными инфекціями. Гипоазотурія, крайне рѣзкая, обуславливается не только раковою кахексією, но и голоданіемъ, которое влекутъ за собою пищеварительныя расстройства, а также еще недостаточностью печени, выражающеюся между прочимъ и пониженіемъ мочевинородной функціи.

Мѣстныя явленія различны, въ зависимости отъ разновидности рака. При разлитомъ ракѣ печень велика, плотна и гладка; яѣтъ обыкновенно ни желтухи, ни брюшной водянки, ни болей, или же эти симптомы слабо выражены. При первичномъ или вторичномъ узловатомъ ракѣ печень также велика и плотна, но она бугриста, шишковата. Боли иногда довольно жестоки, желтуха также можетъ быть очень рѣзкою; наконецъ можетъ обнаружиться и брюшная водянка, обыкновенно, впрочемъ, незначительная.

Распознаваніе обыкновенно легко. Возможны, тѣмъ не менѣе, ошибки. Можно смѣшать ракъ съ различными циррозами. Въ особенности, аденома можетъ остаться нераспознаною, потому что сопутствующій ей циррозъ занимаетъ передній планъ клинической картины. Желчные камни, которые, впрочемъ, могутъ существовать совмѣстно съ ракомъ, своими болями и желтухою могутъ дать поводъ къ сомнѣніямъ. Иногда эхинококковая киста симулируетъ разлитой ракъ; впрочемъ, и ракъ, въ исключительныхъ случаяхъ, претерпѣваетъ кистовидное перерожденіе или

нагнаивается, образуя даже зыблящуюся опухоль. Наконецъ, слѣдуетъ еще считаться съ латентнымъ ракомъ. Очень часто остается нераспознаннымъ вторичный ракъ печени, потому что первичный ракъ желудка или другого органа поглощаетъ все вниманіе клинициста.

II.

Терапевтическія показанія.

Терапію болѣзни, столь неизмѣнно и быстро ведущей къ роковому концу, можно изложить въ немногихъ словахъ. Обыкновенно достаточно нѣсколькихъ мѣсяцевъ, чтобы ракъ печени привелъ къ смерти и никакое леченіе не въ силахъ задержать его хода. Тѣмъ не менѣе, практическій врачъ не долженъ оставаться безучастнымъ зрителемъ, и хотя леченіе можетъ быть только симптоматическимъ, извѣстныя явленія требуютъ все-таки врачебнаго вмѣшательства.

Боли, иногда очень жестокия, успокаиваютъ обычными средствами. Вначалѣ назначаютъ предпочтительно успокоительныя мѣстно мази и втиранія, оставляя внутреннія средства для позднѣйшаго болѣе остраго періода. Изъ нихъ назначаются *опій*, *хлоралъ*, *per os* и въ клизмахъ. Наконецъ, какъ къ *ultimum refugium*, прибѣгаютъ къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія, на которыя не слѣдуетъ скупиться, лишь бы доставить страдальцамъ покой.

Пищеварительныя разстройства требуютъ иногда примѣненія легкихъ слабительныхъ или промывательныхъ.

Брюшную водянку, обыкновенно умѣренную, можно предоставить самой себѣ. Но еслибы она достигла значительной степени и причиняла бы страданія или стѣсненіе дыханія, то необходимо сдѣлать проколъ живота и выпустить, по крайней мѣрѣ, часть жидкости.

Хотя приходится зачастую бороться съ непреодолимымъ отвращеніемъ больного ко всякой пищѣ, должно, тѣмъ не менѣе, настаивать на *молокѣ*. Оно лучше всякой другой пищи, соответствуетъ глубоко разстроеннымъ пищеварительнымъ отправленіямъ и оно же вѣрнѣе всего обезпечиваетъ выведеніе образующихся вслѣдствіе упадка дѣятельности печени, токсическихъ продуктовъ.

Наконецъ, должно воздерживаться строго отъ всякихъ токсическихъ медикаментовъ, ртути, іода, мышьяка и проч., далеко въ этомъ случаѣ не безобидныхъ.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

Лечение гидатидныхъ кистъ печени.

Ch. Achard'a.

I.

Клиническія замѣчанія.

А. Гидатидныя кисты обязаны своимъ происхожденіемъ развитію въ тканяхъ яйца эхинококковой глисты. Такъ какъ все существенное относительно послѣдовательныхъ фазисовъ этого развитія изложено было уже въ этомъ руководствѣ въ главѣ о гидатидныхъ кистахъ легкаго, то я считаю лишнимъ останавливаться здѣсь снова на этомъ вопросѣ. Замѣчу только, что подавляющее большинство гидатидныхъ кистъ встрѣчается именно въ печени, что объясняется легко проникновеніемъ яицъ паразита въ кишечникъ, откуда они шествуетъ дальше по воротной венѣ.

Гидатидная киста печени не всегда правильно прогрессируетъ. Подъ вліяніемъ еще ближе неопредѣленныхъ причинъ, одна изъ которыхъ кроется, повидимому, во вторженіи желчи въ мѣшокъ кисты, нѣкоторыя кисты претерпѣваютъ, по смерти гидатидъ, обратное развитіе и, не вызвавъ ни разу никакихъ замѣтныхъ разстройствъ, впоследствии открываются случайно на аутопсіи. Но такое самородное исцѣленіе нераспознанныхъ кистъ составляетъ крайне рѣдкое явленіе, никоимъ образомъ не оправдывающее безучастное отношеніе къ распоткнутой кистѣ. Необходимость врачебнаго вмѣшательства къ тому же вытекаетъ не только изъ функціональныхъ разстройствъ, вызванныхъ давленіемъ опухоли, но также и, въ особенности, изъ двухъ опасныхъ исходовъ, которые можетъ повлечь за собою прогрессивное развитіе эхинококковыхъ кистъ.

Первый исходъ это нагноеніе мѣшка, причины котораго могутъ быть различны: не говоря уже о случаяхъ, гдѣ оно является результатомъ нечистаго прокола, его могутъ вызвать гноеродные зародыши, проникающіе въ мѣшокъ изъ кишечника чрезъ посредство зараженныхъ желчныхъ путей или изъ крови вслѣдъ за разрывомъ мелкихъ перикистическихъ сосудовъ.

Другой, еще болѣе опасный и болѣе обильный осложнениями исходъ это разрывъ кисты. Если содержимое кисты было уже заражено въ моментъ разрыва, то можетъ развиться быстро ведущій къ смерти перитонитъ. Если вскрытіе совершается въ септическую полость, напр. пищеварительный каналъ, то мѣшокъ заражается вторично и больному угрожаютъ всѣ опасности задержки гнилостныхъ веществъ въ глубокомъ,

гниющемъ, плохо опорожняющемся очагѣ. Если разрывъ совершается безъ участія заразныхъ элементовъ, если асептической мѣшокъ опорожняется въ асептической-же органъ, то въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ это можетъ повлечь за собою механическія расстройства (эмболии сосудовъ, печеночную колику и закупорку желчныхъ каналовъ), но главная опасность заключается, однако, въ томъ, что жидкость, всосавшись, можетъ вызвать немедленно молниеносныя иногда явленія интоксикаціи: крапивную сыпь, лихорадку, одышку, обморокъ и коллапсъ. Наконецъ, еслибы больному удалось даже избѣгнуть септическихъ или токсическихъ послѣдствій разрыва, то ему угрожало-бы еще распространеніе гидатидъ по организму вслѣдствіе размноженія вторичныхъ пузырьковъ и разсѣванія головокъ эхинококковъ въ брюшинѣ.

Въ виду всѣхъ этихъ угрожающихъ больному послѣдствій развитія гидатидныхъ кистъ ясно, что противъ опухоли необходимо принять мѣры, какъ только установленъ діагнозъ.

Но поставить діагнозъ достаточно рано не легко. Эхинококковая киста, въ самомъ дѣлѣ, растетъ крайне медленно, не вызывая замѣтной реакціи и врачъ находитъ ее уже тогда только, когда она стала довольно объемистою. Характеризующія ее функциональныя расстройства довольно неопредѣленны: изъ нихъ развѣ лишь крапивница, признаковъ интоксикаціи, вызванной, безъ сомнѣнія, просачиваніемъ небольшого количества жидкости чрезъ трещинку въ стѣнкѣ, имѣетъ какое-нибудь значеніе. Обыкновенно распознаваніе опирается на физическіе признаки, обуславливаемые ростомъ кисты и появленіемъ ея на доступной ощупыванію поверхности печени. Въ большинствѣ случаевъ, въ самомъ дѣлѣ, киста печени достигаетъ периферіи органа и выпячиваетъ брюшную стѣнку въ области ложныхъ реберъ правой стороны или надчревя, или-же она оттѣсняетъ кнаружи ложныя ребра и вызываетъ такимъ образомъ расширеніе основанія грудной кѣтки на одной сторонѣ.

Въ другихъ случаяхъ киста выдается не по направленію къ выпуклой поверхности и книзу, а вверхъ, въ грудную полость, что можетъ дать поводъ къ ошибочному распознаванію, къ смѣшенію съ плевритомъ или плевро-пнеймоніею, особенно въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда киста сидитъ въ лѣвой долѣ печени.

Появленія опухоли въ доступной клиническому изслѣдованію области зачастую недостаточно, чтобы поставить внѣ сомнѣнія наличность эхинококковой кисты. Но можно съ большою вѣроятностью высказаться за такую, если опухоль имѣетъ правильно округленную форму, если она не бугриста, резистентна, особенно если въ ней констатируется зыбленіе (что, правду сказать, удается не очень часто), если эта опухоль растетъ медленно, не сопровождаясь ни сильными болями, ни лихорадкою, ни кахэксіею. Дрожаніе гидатидъ, считающееся патогномоничнымъ

признакъ слишкомъ непостоянный, для того, чтобы на него можно было серьезно рассчитывать. Присутствіе слѣдовъ желчныхъ пигментовъ въ мочѣ (*Potherat*), съ другой стороны, составляетъ столь обычное явленіе при страданіяхъ печени, что оно не можетъ послужить прочною опорой для колеблющагося діагноза. Стало быть, главнымъ образомъ гладкое теченіе опухоли, безъ острыхъ признаковъ мѣстной или общей реакціи, должно возбудить подозрѣніе объ эхинококковой кистѣ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ, однако, высказаться съ положительностью можно только послѣ пробнаго прокола.

§ 2 В. — *Пробный проколъ*.—На пробный проколъ взваливали много грѣховъ. Безъ сомнѣнія, онъ дѣйствительно угрожаетъ разнообразными опасностями: зараженіемъ мѣшка нечистою иглою, перитонитомъ вслѣдствіе изліянія въ полость брюшины гнойнаго содержимаго, наконецъ, всею гаммою отравныхъ явленій, начиная съ крапивницы и кончая коллапсомъ и молніеносною смертью, которая, впрочемъ, по счастью, наблюдалась въ исключительныхъ случаяхъ. Поэтому нѣкоторые хирурги совершенно отвергаютъ пробный проколъ и предлагаютъ замѣнять его пробнымъ разрѣзомъ, систематически всякій разъ, когда существуютъ серьезныя основанія подозрѣвать наличность гидатидной кисты.

Но такой образъ дѣйствій нашель-бы себѣ оправданіе лишь въ томъ случаѣ, еслибы всякую гидатидную кисту необходимо было-бы обязательно вскрывать бистуреемъ и, если-бы, съ другой стороны, разрѣзъ кисты былъ вполне безобидною операціею. Въ дѣйствительности, однако, случаи выздоравливанія послѣ прокола съ выпрыскиваніемъ слишкомъ многочисленны для того, чтобы мы вправѣ были совершенно отказаться отъ этого простаго и удобоисполнимаго способа, а вскрытіе кисты ножемъ не вполне свободно отъ тѣхъ упрековъ, которые дѣлаются проколу. Въ виду этого при большинствѣ случаевъ эхинококка печени пробный проколъ остается по прежнему почти обязательною предварительною операціею. Пробный-же разрѣзъ практикуется предпочтительно при поддѣфрагменныхъ кистахъ, способныхъ возбудить сомнѣнія относительно плеврального или легочнаго источника кисты (*Heydenreich*) и при кистахъ передне-нижнихъ, сидящихъ на ножкѣ, подвижныхъ и спускающихся въ брюшную полость (*Segond*).

Но чтобы предотвратить, по возможности, осложненія, которыми сопровождалась въ былые времена пробныя проколы, должно соблюдать извѣстныя предосторожности. Прежде всего, понятно, требуется полная асептика. Проколъ производится иглою тонкою и настолько длинною, чтобъ она могла проникнуть въ мѣшокъ, если послѣдній сидитъ не на самой поверхности печени. Для высасыванія берется хорошій и надежный шприцъ, вмѣстимостью не менѣе 10 к. ц. Если такого хорошо дѣйствующаго и легко стерилизуемаго шприца не имѣется, то можно при-

бѣгнуть къ предварительно обеззараженному аспиратору. Весьма важно въ самомъ дѣлѣ, не опорожняя кисты, извлечь изъ нея все-таки известное количество (10—20 к. ц.) жидкости, чтобы уменьшить напряженіе содержимаго и предупредить просачиваніе его изъ мѣшка по извлеченіи иглы наружу.

Больному приказываютъ сохранять во время прокола полную неподвижность и задержать дыхательныя движенія. Дѣйствовать должно быстро и не пользоваться иглою, какъ зондомъ, не перемѣщать ее внутри мѣшка съ цѣлью опредѣлить ея протяженіе или присутствіе вторичныхъ пузырей.

Извлеченная проколомъ жидкость не только удостовѣряетъ наличность эхинококковой кисты, но даетъ, кромѣ того, весьма важныя въ терапевтическомъ отношеніи, указанія о состояніи ея содержимаго, о томъ, нагноился-ли мѣшокъ, не содержитъ-ли онъ крови, желчи. Иногда жидкость мутна, желтовата и при такихъ условіяхъ можетъ возникнуть сомнѣніе, дѣйствительно-ли дѣло идетъ о гидатидной кистѣ. При такомъ измѣненіи содержимаго, ему даютъ отстояться или его центрифугируютъ и изслѣдуютъ подъ микроскопомъ осадокъ: присутствіе обрывковъ оболочекъ и, въ особенности, крючьевъ устраняетъ все сомнѣнія. Въ большинствѣ случаевъ жидкость чиста и прозрачна какъ ключевая вода, но нужно еще убѣдиться, обладаетъ-ли она существенными свойствами гидатидной жидкости. Для удостовѣренія этихъ свойствъ: отсутствія бѣлка и содержанія большого количества поваренной соли, достаточно въ обычной практикѣ, доказать, что она не мутнѣетъ отъ нагрѣванія съ азотною кислотою и что она даетъ обильный бѣлый творожистый осадокъ съ азотнокислымъ серебромъ ¹⁾.

II.

Терапевтическіе методы.

Положимъ, что гидатидная киста распознана. Какія принять противъ нея мѣры?

Идеальной терапевтической мѣрою была бы та, которая дала бы возможность поразить паразита повсюду, гдѣ онъ можетъ скрываться въ организмѣ, которая измѣнила бы внутреннюю среду такимъ образомъ, чтобъ она стала непригодною для жизни эхинококка. Не нужно было бы тогда заботиться много о томъ, идетъ ли дѣло о простой кистѣ или

¹⁾ Микробиологическое изслѣдованіе жидкости также можетъ дать немаловажныя указанія. Обыкновенно свѣтлая и прозрачная жидкость асептична, но, тѣмъ не менѣе, и довольно прозрачная жидкость можетъ заключать въ себѣ гноеродныя зародыши. Съ другой стороны, мутная послѣ гибели паразита жидкость можетъ быть совершенно свободною отъ зародышей. Не лишне поэтому, гдѣ это возможно, не ограничиваться простымъ осмотромъ, а сдѣлать посѣвы на питательныя среды.

о мѣшкѣ съ дочерними пузырями, одиночна ли она или множественна. Но такого *общаго противопаразитнаго* средства пока еще не существуетъ. Многія попытки сдѣланы были въ этомъ направленіи. Рекомендовались различныя вещества: *растворъ поваренной соли (Laennec)*, препараты *ртути (Baumés)*, *настойка камалы (Hjoltin)*, *эйкалитовое масло (Buchterkirch)* и пр., но всѣ они впали нынѣ въ забвеніе. Даже *йодистый калий (Hawkins, Jaccoud, Semmola)*, бывшій одно время въ милости, почти всѣми оставленъ. Упомянемъ еще объ *эфирной вытяжкѣ мужскаго папоротника*, противопаразитарныя свойства котораго доказаны относительно кишечныхъ глисть и который рекомендованъ былъ въ послѣднее время и противъ эхинококка печени (*Reletti*). Но это средство ядовито, особенно при нарушенныхъ функціяхъ печени (*Grawitz*), и потому его нельзя назначать, особенно внутрь, въ такой дозѣ, которая оказала бы вліяніе на паразита.

Приходится, стало быть, прибѣгнуть къ мѣстному вмѣшательству. Не говоря уже о наружныхъ средствахъ, отвлекающихъ и другихъ, бесполезность коихъ очевидна, существуютъ еще другіе способы мѣстнаго леченія, о которыхъ стоить упомянуть развѣ историческаго интереса ради. Никто не вскрываетъ нынѣ гидатидной кисты *подкими* агентами, забыта и *акунтуктура Trousseau*. *Электролизъ*, рекомендованный *Thorraensen, H. Fadde* и *Duhram* омъ, также никѣмъ болѣе не примѣняется: онъ, повидимому, раздѣляетъ всѣ недостатки прокола безъ высасыванія, и въ то же время не вліяетъ губительно на паразита ¹⁾. Не въ ходу нынѣ также *зонды и троакары*, угрожающіе септическими осложнениями.

Въ настоящее время леченіе эхинококка печени сводится къ двумъ способамъ: проколу и вскрытію, причемъ существуетъ нѣсколько вариантовъ каждаго изъ нихъ.

А.—Проколъ и впрыскиванія.

Лечебный проколъ является въ нѣкоторомъ родѣ продолженіемъ пробнаго прокола. Если пробный проколъ рѣшаетъ вопросъ въ пользу лечебнаго прокола, то не зачѣмъ вынимать иглу и вкалывать вторично въ эхинококковый мѣшокъ, только увеличивая этимъ неудобства и опасности, сопряженныя съ такого рода вмѣшательствомъ. Поэтому приступая къ пробному проколу, нужно заранѣе приготовить все, что нужно и для опорожненія и, слѣдательно, имѣть подъ рукою высасывающій аппаратъ.

1. *Простой проколъ*. И послѣ простаго опорожненія киста можетъ

¹⁾ *Boinet* обнаруживалъ, впрочемъ, недавно случай, гдѣ эхинококкъ печени излеченъ былъ проколомъ съ электролизомъ (*Gaz. hebdom. 12/VIII, 1897, стр. 758*).

исчезнуть и наступить окончательное выздоровленіе. Это наблюдается особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о мертвомъ уже эхинококкѣ, а въ пользу смерти паразита говоритъ мутная жидкость, содержащая бѣлокъ, смѣшанная съ кровью, желчью и обрывками гидатиды.

Въ другихъ случаяхъ гидатиды погибаютъ послѣ прокола, безъ сомнѣнія, благодаря обусловленному опорожненіемъ измѣненію давленія и происходящему иногда при такихъ условіяхъ вторженію желчи въ полость. Тѣмъ не менѣе, въ большинствѣ случаевъ простого прокола недостаточно, либо потому, что опухоль, чрезъ большее или меньшее время, снова вырастаетъ, либо потому, что проколъ былъ лишь первичный или вторичный мѣшокъ. Слѣдовательно, прежде, чѣмъ высказаться за выздоровленіе, необходимо прослѣдить за больнымъ цѣлые годы, да и то не мѣшаетъ относиться къ прочности такого выздоровленія съ нѣкоторою осторожностью.

Можно, впрочемъ, нѣсколько разъ повторить проколъ. Нѣкоторые даже заходили въ этомъ направленіи очень далеко, и *Dieulafoy* цитируетъ случай, успѣшно пользованный 300 проколами. Въ настоящее время предпочитаютъ, однако, если послѣ двухъ, трехъ проколовъ послѣдовалъ новый возвратъ, прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству.

2. *Проколъ съ впрыскиваніемъ.* Проколъ можетъ служить не только для опорожненія гидатидной кисты, онъ можетъ служить также для введенія въ ея полость измѣняющихся и противопаразитныхъ агентовъ. Давно уже съ этой цѣлью примѣнялись *алкогольныя* жидкости, растворы *іода* и *бычачья желчь* въ виду приписываемаго ей губительнаго дѣйствія на гидатиды. Въ послѣднее время прибѣгали къ современнымъ противогнилостнымъ агентамъ: *спрнокислой мѣди, карболовой кислотѣ, креозоту, хлоралу, нафтолу, салициловой кислотѣ* и пр., но чаще другихъ вводилась въ гидатидныя кисты *сулема* въ формѣ раствора *Van Swieten'a*

Производится впрыскиваніе по различнымъ способамъ. Различіе это обусловливается главнымъ образомъ количествами опорожняемой и впрыскиваемой жидкости.

Способъ *Senett--Baccelli* ¹⁾ состоитъ въ томъ, что изъ мѣшка извлекаютъ лишь ничтожное количество его содержимаго, всего нѣсколько куб. центим., а затѣмъ впрыскивается приблизительно такое же количество противогнилостнаго раствора, который оставляется въ полости. Недостатокъ этого метода заключается въ томъ, что въ мѣшкѣ остается то же напряженіе, какое было въ немъ до прокола, и что больному угрожаетъ просачиваніе въ брюшину гидатидной жидкости, ядовитой уже самой по себѣ и ставшей еще болѣе ядовитой отъ прибавленнаго про-

¹⁾ *A. Senett.* The Lancet. 18 Іюня 1887.—*Baccelli.* La Riforma medica. 11 Іюня, 30 Августа 1887.

тивогнилостнаго вещества, особенно если это послѣднее взято было въ концентрированномъ растворѣ. Если же взять не концентрированный растворъ противогнилостнаго вещества, то оно, разбавившись огромнымъ количествомъ гидатидной жидкости, совершенно утратить ожидаемое отъ него дѣйствіе.

Съ цѣлью избѣгнуть неудобствъ минимальнаго извлеченія жидкости и слишкомъ значительнаго разведенія впрыскиваемаго противопаразитнаго средства, *Debove* совѣтуетъ выпустить изъ мѣшка всю жидкость и затѣмъ впрыснуть въ него растворъ сулемы въ нѣсколько меньшемъ количествѣ, чѣмъ было выпущено жидкости, оставить его въ полости приблизительно минутъ десять и затѣмъ извлечь обратно, въ предупрежденіе отравныхъ явленій, которыя могло бы вызвать всасываніе такихъ большихъ количествъ сулемы. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ еще послѣ этого промыть мѣшокъ обезпложенной водою, дабы удалить послѣдніе слѣды сулемы. Преимущество этого метода заключается въ томъ, что введенное въ мѣшокъ большое количество антисептическаго средства оказываетъ энергичное дѣйствіе на паразита, а съ другой стороны, извлеченіемъ раствора обратно предотвращаются послѣдствія общей интоксикаціи.

Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ не удавалось такъ легко извлечь обратно впрыснутую антисептическую жидкость и всасываніе ея вызывало отравныя и даже окончившіяся смертью явленія.

Поэтому, особенно если дѣло идетъ о не очень объемистой кистѣ, нѣкоторые авторы предпочитаютъ способъ *Hanot*, представляющій какъ бы промежуточный методъ между двумя предыдущими: мѣшокъ опорожняется вполнѣ во избѣжаніе неудобствъ недостаточно опорожняющаго прокола ¹⁾, затѣмъ впрыскивается небольшое количество крѣпкаго раствора, напр., 15—40 грм. жидкости *Van Swieten*'а, доза ниже токсической; растворъ оставляется въ полости. Такъ какъ опыты *Chauffard*'а и *Widal*'я показали, что прибавленія 36 грм. раствора *Van Swieten*'а къ 2 литрамъ гидатидной жидкости достаточно, чтобы задержать размноженіе гноеродныхъ зародышей, то *Hanot* полагаетъ, что и дѣйствіе на гидатидъ должно быть такое же и что сулема можетъ, диффундируя, дѣйствовать мало по малу и на дочерніе пузыри, если бы они были, между тѣмъ какъ при способѣ *Debove*'а эти послѣднія легче ускользаютъ отъ преходящаго дѣйствія противопаразитнаго раствора ²⁾.

¹⁾ Если дѣлается полное опорожненіе кисты, то не слѣдуетъ выпустить всю жидкость, а остановиться прежде, чѣмъ вытекутъ послѣднія капли, для того, чтобы стѣнки мѣшка не присосались къ иглѣ и легче было бы выполнить слѣдующее за опорожненіемъ антисептическое впрыскиваніе.

²⁾ Напомню, кстати, о попыткѣ излеченія эхинококка, сдѣланной мною въ 1894 г. съ эфирною вытяжкой мужского папоротника. Дѣло шло о кистѣ средняго объема. Выпустивъ 500 грм. совершенно прозрачной жидкости, свободной отъ

Если, однако, число дочернихъ пузырей очень велико, что распознается по незначительному въ сравненіи съ объемомъ опухоли количеству извлеченной жидкости или даже по отсутствію таковой (безплодный проколъ), то лечение проколами не примѣнимо. Больного сдаютъ на руки хирургу.

В. Хирургическіе методы.

Хирургія располагаетъ различными способами вмѣшательства. Подробное описаніе техники операцій и показаній, которымъ отвѣчаетъ каждый изъ этихъ способовъ, не входитъ въ задачу нашей статьи. Но мы должны указать вкратцѣ какія средства имѣеть въ своемъ распоряженіи хирургія для исцѣленія гидатидныхъ кистъ и при какихъ обстоятельствахъ врачъ долженъ обратиться за помощью къ хирургу.

Хирургическое лечение состоитъ существеннымъ образомъ въ *вскрытіи* мѣшка. Вскрыть можно въ два приема или же большой скорости ради, въ одинъ приемъ.

Выборъ области для разрѣза зависитъ отъ мѣстоположенія кисты, такъ что вскрытіе мѣшка производится на уровнѣ то живота, то поясницы, то грудной кѣтки съ резекціей реберъ и безъ нея. Обыкновенно мѣшокъ вскрывается разрѣзомъ послѣ того, какъ онъ опорожненъ былъ проколомъ, затѣмъ края разрѣза сшиваются съ краями кожной раны, полость промывается, тампонируется, вставляется дренажъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ *частичному вскрытію кисты*. Выскабливаніе стѣнокъ можетъ вызвать опасное кровотеченіе. Превосходнѣйшею мѣрою было бы *полное вымущеніе* кисты, но оно, къ несчастію, примѣнимо лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ можно также сдѣлать *резекцію отрѣзка печени*, въ которомъ развилась киста. При той разновидности гидатидной кисты, которая спускается въ брюшную полость (передне-нижняя киста на ножкахъ) приходится оставить одну изъ ножекъ въ верхнемъ углу раны.

Въ общемъ, хирургическое вмѣшательство, въ многочисленныхъ случаяхъ, не ведетъ къ быстрому исцѣленію; зачастую проходятъ цѣлые мѣсяцы, въ теченіе которыхъ оперированный не только нуждается въ перевязкахъ но вынужденъ вести существованіе больного: это, безъ со-

бѣлка и содержавшей поваренную соль, я вприснулъ 0,4 вытяжки, растворенной въ обезжиренномъ прованскомъ маслѣ. 11 дней спустя я сдѣлалъ второй проколъ и извлекъ 250 грм. жидкости, слегка мутноватой, зеленовато-желтаго цвѣта, похожей на вспрыснутую раньше и содержавшей много бѣлка, равно какъ и обрывки эхинококка (голова и крючья), что указывало на смерть паразита. Я снова вприснулъ 2,0 вытяжки въ 20,0 масла. Больной прекрасно перенесъ это впрыскиваніе и когда онъ 8 дней спустя оставилъ больницу, опухоль была значительно меньше.

миѣнія одна изъ причинъ, которую объясняется предпочтеніе отдаваемое зачастую леченію проколами ¹⁾).

Должно сознаться также, что, не взирая на всѣ усовершенствованія хирургической техники, оперативное вмѣшательство представляетъ извѣстные недостатки и даже опасности. Нѣкоторыя, глубоко лежащія кисты, отдѣляющія отъ поверхности печени болѣе или менѣе толстымъ слоемъ легочной паренхимы, недоступны ножу, и случалось, что уже во время операціи приходилось отказаться отъ дальнѣйшихъ дѣйствій и ограничиться проколомъ. Довольно часто послѣ вскрытія кисты образуется трудно поддающійся леченію желчный свищъ.

Наконецъ, вскрытіе очень крупной кисты, отѣснившей органы въ грудную полость, можетъ повлечь за собою внезапную смерть отъ асфиксіи, вызванной внезапнымъ паденіемъ давленія ²⁾).

Конечно, такія несчастныя случайности встрѣчаются не особенно часто, но во всякомъ случаѣ нельзя противопоставлять опасностямъ прокола безобидность якобы хирургическаго вмѣшательства. И тотъ и другой способъ, проколъ, какъ и вскрытіе, угрожаютъ каждый своего рода опасностями. Слѣдовательно, только взвѣсивъ значеніе и вѣроятность этихъ опасностей для каждаго даннаго случая, врачъ можетъ остановить свой выборъ на томъ или другомъ изъ методовъ.

С. Общія выводы.

Правила, коими должно руководствоваться въ выборѣ, сводятся къ слѣдующему:

А. *Проколу и впрыскиваніямъ* подлежитъ большинство гидатидныхъ кистъ, не вскрывшихся самородно, не инфицированныхъ и свободныхъ отъ дочернихъ пузырей или, по крайней мѣрѣ, заключающихъ въ себѣ небольшое число ихъ.

Если паразитъ погибъ, то достаточно прокола. Если же онъ живъ, то его убиваютъ впрыскиваніемъ въ мѣшокъ, лучше всего, раствора *сулемы* по способу *Debove'a* или *Hanot*.

В. *Хирургическому вмѣшательству* подлежатъ:

1) Кисты *нагноившіяся*, несмотря на то, что проколы и антисептическія промыванія сопровождалась какъ будто нѣкоторымъ успѣхомъ ³⁾. Исключенія можно было бы сдѣлать развѣ для кистъ, гной которыхъ оказался свободнымъ отъ зародышей.

2) Кисты, *вскрывшіяся* либо въ септическую полость, напр., пищеварительный каналъ, либо въ бронхи, либо въ сывоточную полость,

¹⁾ Чтобы ускорить сморщиваніе мѣшка и рубцеваніе *Debbet* (Acad. de médecine, 1896) недавно рекомендовалъ набиваніе шелковыми хлопками (*capitonage*).

²⁾ *Le Gendre*.—Soc. méd. des hôpitaux, 24 іюля 1896.

³⁾ *Mesnard*.—Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux, 1888

брюшину или плевру, хотя бы содержимое мѣшка и не стало бы гнойнымъ.

3) Кисты на *ножкахъ*, спускавшіяся въ брюшную полость.

4) Кисты съ многочисленными дочерними пузырями, присутствіе которыхъ узнается либо потому, что проколъ не выводитъ почти никакой жидкости, либо потому, что послѣ опорожненія опухоль остается еще довольно объемистою.

5) Кисты какъ будто простыя, но *рецидивирующія* послѣ двухъ или трехъ проколовъ съ впрыскиваніемъ сулемы.

6) Особая разновидность, извѣстная подъ названіемъ *альвеолярной кисты*. Ее наблюдали только въ Германіи и связь ея съ эхинококкомъ,, впрочемъ, еще не вполне доказана.

III.

Профилактика.

Профилактика гидатидныхъ кистъ опирается всецѣло на то, что намъ извѣстно о странствованіи паразита внѣ человеческого тѣла. Яйцо эхинококковой глисты проникаетъ обыкновенно въ пищеварительный каналъ вмѣстѣ съ питьевою водою. Не должно, стало быть, употреблять не фильтрованную воду, не только для питья, но и для приготовленія кушаній, которыя поѣдаются сырыми, для промыванія овощей и плодовъ, особенно салатовъ.

Яйца изъ которыхъ развиваются гидатидныя кисты, происходятъ отъ *taenia echinococcus*, живущей въ кишечникѣ собаки, и испражненіями этого животнаго они заносятся въ почву и воду. Необходимо стало быть, съ одной стороны, предотвратить загрязненіе питьевой воды собачьими испражненіями, а съ другой, не кормить собакъ отбросами съ бойни, способными заключать въ себѣ эхинококка. Такіе отбросы слѣдуетъ уничтожать, а не оставлять на дорогахъ и не бросать въ живодерни.

Особенно строго такія профилактическія мѣры должны выполняться въ странахъ, гдѣ эхинококкъ является очень частымъ страданіемъ, именно въ Исландіи и Австраліи.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

Леченіе циррозовъ печени.

A. Sireday.

I.

Общія замѣчанія.

A. Излѣчимость циррозовъ.

Подъ названіемъ *цирроза* разумѣется *разлитой и распространенный склерозъ* печени какого бы то ни было происхожденія.

До послѣдняго времени это страданіе считалось безусловно неизлечимымъ. Всѣ авторы единодушно приписывали ему прогрессивное, ровное теченіе, не уступающее никакимъ терапевтическимъ усиліямъ. Напрасно мы стали бы искать въ классическихъ руководствахъ, которыми пользовалось наше поколѣніе, серьезныхъ указаній на леченіе, если не считать прокола живота, имѣющаго цѣль облегчить временно больныхъ съ брюшною водянкою.

Такое мало ободряющее представленіе опиралось на констатируемыя въ цирротической печени анатомическія измѣненія. Можно ли было, въ самомъ дѣлѣ, вѣрить въ возможность обратнаго развитія этихъ широкихъ фиброзныхъ тяжей, которые сжимаютъ, сдавливаютъ железистую ткань?

Еще болѣе утверждало въ этомъ мнѣніи гистологическое изслѣдованіе, доказавшее, что склерозъ печени, образуемый почти цѣликомъ зрѣлой, очень бѣдной клѣточковыми элементами и слѣдовательно неспособною къ обратному развитію соединительною тканью, влечетъ за собою почти всегда простую атрофію или перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ.

Нѣкоторые больные, являвшіе всѣ признаки цирроза печени, тѣмъ не менѣе, выздоравливали на зло всѣмъ теоріямъ, но наблюдавшіе ихъ врачи охотнѣе допускали ошибку въ діагнозѣ, не рѣшаясь обнародовать фактовъ, о которыхъ можно было заранѣе предсказать, что они встрѣчены будутъ съ недоумѣніемъ.

Работа *Chrestien*'а ¹⁾ въ Монпелье объ излеченіи брюшной водянки молокомъ, повидимому, не привлекла на себя того вниманія, котораго она заслуживала, потому что въ послѣдовавшемъ послѣ того болѣе, чѣмъ сорокалѣтнемъ періодѣ обнародованы были лишь единичныя наблюденія,

¹⁾ *Chrestien*.—Sur l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropsie ascite, 1831.

напр. *Frerichs*'а (1850) и *Monneret*, ¹⁾ касающіяся больныхъ, выздорѣвшихъ отъ брюшной водянки; у этихъ больныхъ, погибшихъ затѣмъ, спустя нѣсколько мѣсяцевъ, отъ интеркуррентной болѣзни, аутопсія обнаружила весьма явственный склерозъ печени

Leudet ²⁾ въ Руанѣ первый въ 1874 г. сталъ доказывать въ своихъ клиническихъ лекціяхъ излечимость брюшной водянки, вызванной развившимся на почвѣ злоупотребленія алкоголемъ циррозомъ печени. *Lanceraux* поддержалъ этотъ взглядъ въ своей статьѣ *объ алкоголизмѣ въ Энциклопедическомъ словарѣ*.

Въ 1879 г. *Leudet* вернулся къ этому вопросу въ докладѣ, сдѣланномъ на сѣздѣ въ Монпелье, приобщивъ къ старымъ рядъ новыхъ наблюденій.

Въ томъ же году *Semmola* на сѣздѣ въ Амстердамѣ прочелъ обширный докладъ о леченіи цирроза печени строгою и исключительною молочною діетою, и вскорѣ послѣ того профессоръ *Renzi* привелъ въ опору этого метода множество успѣшно пользованныхъ случаевъ.

Bouveret ³⁾, занявшись вновь этимъ вопросомъ, убѣдился, подобно упомянутымъ выше авторамъ, что цирротическая водянка излечима въ довольно большомъ числѣ случаевъ.

Работы *Leudet*, *Semmola*, *Bouveret*, равно какъ и трудъ *Chrestien*'а, слѣдовательно, явились уже большимъ шагомъ впередъ, ибо онѣ возстановили, въ нѣкоторомъ родѣ, репутацію терапіи при страданіи, которое считалось безусловно неизлечимымъ.

Тѣмъ не менѣе, въ слѣдовавшіе затѣмъ годы вопросъ какъ бы застылъ на одной точкѣ и, не взирая на нѣсколько диссертаций и работъ, обнародованныхъ въ этомъ направленіи, циррозъ не утратилъ своей дурной репутаціи.

9 іюля 1886 года *Troisier* представилъ въ Медицинское Общество Парижскихъ больницъ интересное наблюденіе скромно озаглавленное: *Исчезновеніе асцитта, вслѣдствіе обильнаго мочеотдѣленія въ одномъ случаѣ цирроза печени*.

Это наблюденіе не отличалось во многихъ отношеніяхъ отъ уже раньше обнародованныхъ, говорившихъ за излечимость цирроза наблюденій *Leudet*, *Semmola*, *Bouveret*, *Carral*'я ⁴⁾ *Ribeton*'а ⁵⁾, но оно вызвало обширныя пренія, которыя въ высокой степени содѣйствовали популяризаціи этой идеи.

1) *Monneret*.—Arch. génér. de méd 1852.

2) *Leudet*.—Lecons cliniques, 1874.

3) *Bouveret*.—Lyon médical, 1881.

4) *Carral*.—Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique. Thèse de Lyon, 1884.

5) *Ribeton*.—De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie Thèse de Paris, 1885.

Начиная съ этого момента, наблюденія все увеличивались. Выяснились новые факты. *Dieulafoy, Letulle, Bucquoy, Troisier, Rendu, Richard* и въ особенности *Millard* описали множество случаевъ, гдѣ выздоровленіе достигнуто было при аналогичныхъ условіяхъ послѣ одного или нѣскольکو проколовъ ¹⁾. Одинъ больной *Rigol'*я (цитируется въ диссертациі *Ribeton'*а) перенесъ 12 пункций, больной *Troisier* и *Sétilles* даже 18.

По мѣрѣ дальнѣйшаго разслѣдованія этого вопроса выяснилось, что возможно не только исчезновеніе брюшной водянки, но и *выздоровленіе отъ цирроза*.

Одно изъ наиболѣе интересныхъ въ этомъ отношеніи наблюденій принадлежитъ *Dujardin-Beaumetz*. Дѣло шло о больномъ, который пользовался въ его отдѣленіи въ *hôpital Cochin* отъ цирроза печени съ брюшною водянкою и довольно рѣзко выраженною кахексією. Послѣ прскола, которымъ выпущено было около пяти съ половиною литровъ жидкости, больной подвергся леченію, которое въ три мѣсяца устранило почти всѣ явленія цирроза. Онъ чувствовалъ себя прекрасно и даже сталъ замѣтно полнѣть. Получивъ позволеніе отлучиться на время изъ больницы, онъ воспользовался этимъ, чтобъ выпить мертвецки пьянымъ и заснулъ въ лѣсу, въ Медонѣ, гдѣ и оставался всю ночь. На слѣдующій день онъ вернулся въ больницу съ пневмонією, отъ которой погибъ два дня спустя. Увеличенная въ объемъ печень представляла всѣ признаки цирроза, наличность котораго подтвердило и гистологическое изслѣдованіе.

Докладъ *Lancereaux* ²⁾ въ медицинской академіи, новыя наблюденія *Hanot* и *Gilbert* ³⁾, *Millard'*а ⁴⁾ представленныя въ Больничномъ медицинскомъ Обществѣ, различныя диссертациі и случаи, обнародованныя *Desaux* ⁵⁾, *François* ⁶⁾, *Marius* ⁷⁾, *Willemin'*омъ ⁸⁾, *Goodin'*омъ, *Brun'*омъ, *Petrone* и проч., наконецъ знаменитыя лекціи *Dujardin-Beaumetz* ⁹⁾ о леченіи болѣзней печени окончательно устранили старый предрасудокъ, и нынѣ уже никто болѣе не сомнѣвается въ *излечимости извѣстныхъ формъ цирроза*.

1) *Bullet—Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1886.

2) *Lancereaux*.—Le traitement des cirrhoses du foie. *Bull. Acad. Médic.* 1887.

3) *Hanot et Gilbert*.—*Bull. Soc. Méd. des Hôp.* 1890.

4) *Millard*.—*Bull. Soc. Méd. des Hôp.* 1892.

5) *Desaux*.—Thèse de Paris, 1887.

6) *Francois*.—Etude sur les hépatites chroniques et leur curabilité. Thèse de-Lyon.

7) *Marini*.—Essai sur le traitement des cirrhoses Thèse de Paris, 1889.

8) *E. Willemin*.—De la curabilité des accidents péritoneaux et hepaticques d'origine alcoolique. Thèse de Paris.

9) *Dujardin-Beaumetz*—Considér. géner. sur le traitem. des maladies du foie.

В.—Условія излечимости циррозовъ.

Выздоровленіе отъ цирроза можетъ быть только весьма относительное. Въ какой бы анатомической и клинической формѣ ни выразилось это страданіе, всегда дѣло идетъ въ сущности о гиперплазіи соединительной ткани. Для этой гиперплазіи характерны двѣ особенности: она представляется одновременно *разлитой и нарастающею* и ведетъ къ образованію *зрѣлой, фиброзной* и, слѣдовательно, *неспособной къ обратному развитію соединительной ткани*. Мало того, сами печеночныя кѣтки зачастую атрофируются, пронизываются жиромъ и пигментомъ, иногда даже уже очень рано, еще прежде, чѣмъ болѣзнь успѣла выразиться осязательными разстройствами. А такого рода измѣненія кѣтокъ и промежуточной ткани нужно считать окончательными, потому что они едва ли способны улучшиться. Никакая терапія, въ самомъ дѣлѣ, не въ силахъ перевести въ эмбриональный типъ ту толстую, фиброзную, плотную, сморщенную ткань, которую мы видимъ на срѣзахъ цирротической печени, и трудно допустить также, чтобы перерожденныя печеночныя кѣтки могли пріобрѣсть вновь свои нормальныя свойства.

Обманчиво, стало быть, было бы рассчитывать на *restitutio ad integrum* цирротической печени, какъ оно возможно для пораженнаго пнеймоніею легкаго или пораженной рожею кожи. Но какъ согласовать невозстановляемость анатомическихъ пораженій съ многочисленными приѣмами безспорнаго и продолжительнаго улучшенія болѣзни?

Изъ обнародованныхъ до сихъ поръ наблюденій позволительно вывести слѣдующее заключеніе: *излечиваются всею легче циррозы съ большою печенью*. По *Millard*'у и *Dujardin-Beaumetz*, даже только такіе случаи и излечимы. Но это мнѣніе уже слишкомъ строгое. *Willemijn*, въ своей диссертациі приводитъ, по меньшей мѣрѣ, 16 случаевъ атрофическаго цирроза, въ коихъ послѣдовало улучшеніе, державшееся цѣлые мѣсяцы и даже годы.

Но гипертрофическія формы цирроза обладаютъ въ этомъ отношеніи замѣчательною привилегіею. *Millard* полагаетъ, что они образуютъ первый, гиперэмическій, воспалительный стадій межуточнаго гепатита, который долженъ рано или поздно окончиться склерозомъ и атрофіею.

Hanot и *Gilbert*, напротивъ того, въ своихъ многочисленныхъ изслѣдованіяхъ въ этомъ направленіи, никогда не наблюдали нарастающей атрофіи большихъ печеней, которыя остаются гипертрофированными до конца болѣзни. По мнѣнію этихъ авторовъ, дѣло идетъ объ особой разновидности венознаго цирроза, отличающейся отъ атрофической формы только болѣе значительною васкуляризациею и *наклонностью къ зловой гиперплазіи*.

Большой интересъ, съ этой точки зрѣнія, представляетъ наблюдение *Dujardin Baumetz*'а. Въ этомъ случаѣ, въ самомъ дѣлѣ, можно было говорить о выздоровленіи въ клиническомъ смыслѣ, а между тѣмъ вскрытіе, произведенное при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ, именно по поводу пневмоніи, убившей больного спустя 48 часовъ послѣ того, какъ онъ оставилъ больницу, обнаружило несомнѣнно цирротическія измѣненія печени. Тутъ не могло быть рѣчи о свѣжемъ процессѣ, на это недостаточно было 48 часовъ. Значительно увеличенная въ объемъ печень пронизана была широкими соединительно-тканными тяжами, въ которыхъ микроскопъ обнаружилъ *многочисленныя эмбриональныя клѣтки*.

Въ большинствѣ случаевъ интерстиціальныя промежутки гипертрофированной печени наполнены молодыми клѣтками. Не исчезновенію ли этихъ элементовъ слѣдуетъ приписать остановку или, по крайней мѣрѣ, задержку склерозирующаго процесса? Не происходитъ ли заторможеніе межуточнаго гепатита въ самыхъ раннихъ фазисахъ его развитія? По несчастію, это не такъ.

Въ то время какъ присутствіе эмбриональныхъ клѣтокъ указываетъ какъ будто на острое воспаленіе, существуютъ уже широкія склеротическія полосы по пути венъ и, какъ утверждаютъ *Hanot* и *Gilbert*, топографія анатомическихъ измѣненій въ гипертрофированной печени не отличается существенно отъ той, которая констатируется при атрофическомъ циррозѣ. Фиброзныя тяжи, правда, болѣе богаты сосудами, менѣе плотны, можетъ быть, менѣе сморщенны, но не смотря на то, и они не проявляютъ, повидимому, большой склонности къ обратному развитію. Къ тому же, такое же улучшеніе, иногда даже относительное выздоровленіе наблюдали, хотя рѣже, и при атрофическомъ циррозѣ: *Willemin* въ своей диссертациі приводитъ нѣсколько примѣровъ этого рода. Всащиванію эмбриональныхъ клѣтокъ можно, слѣдовательно, приписать только извѣстную роль въ благопріятномъ теченіи гипертрофическаго цирроза, но оно составляетъ не единственную причину.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло идетъ о частичномъ циррозѣ съ медленнымъ теченіемъ; процессъ долгое время остается стаціонарнымъ, захватывая только извѣстные участки печени и оставляя интактными многочисленныя дольки, которыхъ достаточно для выполненія, въ теченіе нѣкотораго времени, функций железы. Такое толкованіе подтверждается и микроскопическимъ изслѣдованіемъ пораженныхъ разлитыми и какъ будто распространенными процессами печеней и почекъ: какъ бы ни были обширны патологическія измѣненія клѣтокъ и межуточной ткани, почти всегда остаются пощаженными извѣстные участки, такъ что посреди большой, находятъ и довольно многочисленные островки здоровой ткани, хотя причина такъ сказать невоспріимчивости этихъ участковъ остается неизвѣстною.

Но, кромѣ того, слѣдуетъ принимать въ расчетъ одно еще гораздо болѣе важное обстоятельство, выясненное лишь новѣйшими изслѣдованіями: именно *возрожденіе печеночныхъ клетокъ*, играющее, повидимому, значительную роль въ исцѣленіи циррозовъ. *Hanot* и *Gilbert* по поводу большой печени алкоголиковъ говорятъ слѣдующее: «Печеночные ряды могутъ гипертрофироваться мѣстами, проявляя наклонность къ концентрическому расположенію и оправдывая такимъ образомъ данное нами названіе *инертрофическій циррозъ*». Дѣло идетъ о процессѣ возрожденія печеночной ткани, сходномъ съ тѣмъ, который вызывали экспериментально *Ponfick*¹⁾ и послѣ него *Meister*²⁾. Удаливъ у животныхъ половину и даже три четверти печени, они могли затѣмъ констатировать образованіе новой желѣзистой ткани, причемъ увеличивалось прогрессивно и выдѣленіе мочевины. Аналогичное явленіе, впрочемъ, констатировалъ тотъ же *Ponfick* у человѣка при гидатидныхъ кистахъ, сдавливающихъ, атрофирующихъ или разрушающихъ часть печени. *Dürig* собралъ 17 случаевъ эхинококка печени съ विकарирующею гипертрофіею здоровой доли. Вопросъ этотъ недавно подробно разработанъ былъ въ превосходной диссертациі *Kohn*'а.

Hanot, *Letulle*, *Chauffard* описали случаи въ этомъ родѣ. Вполнѣ ли, однако, тождественна новообразованная ткань съ нормальною печеночною тканью? По *Ponfick*'у, клетки мельче и не имѣютъ столь характернаго для печеночной дольки лучистаго расположенія. Онѣ группируются продолговатыми, болѣе или менѣе неравномѣрными, искривленными трубками.

Hanot, въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ занимавшійся изслѣдованіями въ этомъ направленіи, допускаетъ регенерацію печени въ опытахъ надъ здоровыми животными, но онъ считаетъ новообразованные элементы не равнозначущими въ анатомическомъ и фізіологическомъ отношеніи съ печеночными желѣзистыми элементами. Правильная, въ фізіологическихъ опытахъ, гиперплазія становится неправильною, когда дѣло идетъ о замѣщеніи разрушенной ткани; она въ этомъ случаѣ является продолженіемъ въ другой лишь формѣ, первичнаго патологическаго процесса.

Эти выводы *Hanot*³⁾ оправдываются не во всѣхъ случаяхъ. Экспериментальная регенерація печени у животныхъ, регенерація, наблюдаемая у человѣка при эхинококкѣ и даже при ракѣ, идетъ рука объ руку съ сохраненіемъ функціональной дѣятельности печени, и нигдѣ это явленіе не выражено бываетъ столь явственно, какъ при гипертрофическомъ циррозѣ: такъ, *Surmont*⁴⁾ въ одномъ подобномъ случаѣ конста-

¹⁾ *Ponfick*. Festschr. der Assist. für Virchow, Berlin. 1891.

²⁾ *V. Meister*. Centralblatt f. allgem. Path. und path. Anat. 1891.

³⁾ *Hanot*. Des hyperplasies compensatr. et de la régén. du foie, Presse méd. 1895.

⁴⁾ *Surmont*. Toxicité urinaire dans les maladies du foie. Arch. gén. de méd. 1892.

тировали пониженіе ядовитости мочи, между тѣмъ какъ при атрофическихъ формахъ цирроза ядовитость мочи обыкновенно повышается.

A. Chauffard. въ своемъ замѣчательномъ докладѣ на международномъ съѣздѣ въ Москвѣ весьма справедливо настаивалъ на этой уравновѣшивающей гиперплазіи. Она остается безполезной, если новообразованныя клѣтки подвергаются, съ своей стороны, тому же процессу перерожденія, что и остальная паренхима, либо когда она сопутствуетъ быстрому и полному разрушенію железистыхъ элементовъ, напр. при атрофическомъ циррозѣ *Laennec's*а. Нерѣдко, однако, регенерации печеночныхъ клѣтокъ достаточно, чтобы продлить жизнь больного, иногда наступаетъ даже кажущееся выздоровленіе, которое можетъ держаться очень долго, если не до конца жизни.

Иногда пролиферація железистыхъ клѣтокъ достигаетъ такой степени, что ведетъ къ образованію аденоматозныхъ узловъ, давно уже описанныхъ *Kelsch*'омъ и *Kiener*'омъ и *Sabourin*'омъ. Въ извѣстныхъ случаяхъ эти аденомы захватываютъ воротную вену и получаютъ инфицирующія свойства, подобно настоящимъ злокачественнымъ новообразованіямъ (*A. Chauffard*).

Значеніе этой компенсаторной гиперплазіи зависитъ, стало быть, не столько отъ количества, сколько отъ качества новообразующихся элементовъ. Даже большая печень, если она претерпѣла жировое или эпителиоматозное перерожденіе, только увеличиваетъ тяжесть болѣзни, между тѣмъ какъ въ атрофированной слегка печени, благодаря новообразующимся элементамъ, можетъ сохраниться такое количество железистыхъ клѣтокъ, которое обезпечиваетъ отправление органа. Тѣмъ не менѣе, наиболѣе дѣятельное возрожденіе происходитъ именно въ большихъ печеняхъ, которыя поэтому гарантируютъ большую продолжительность жизни; это доказывается клиническимъ наблюденіемъ (*Millard, Dujardin-Beaumez, Hanot, Gilbert*), потому что двѣ трети, по меньшей мѣрѣ, случаевъ излеченнаго цирроза принадлежатъ къ гипертрофическому циррозу.

Тѣ же соображенія сохраняютъ свою силу и по отношенію къ циррозамъ сердечнаго, сифилитическаго и малярійнаго происхожденія и къ гипертрофическому циррозу *Hanot*, при которыхъ увеличеніе объема печени и узловая гиперплазія составляютъ правило.

При всѣхъ этихъ страданіяхъ печеночныя клѣтки, несмотря на обширность и интенсивность склероза, остаются сравнительно интактными или же пополняются новообразованными элементами, что позволяетъ печени въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени удовлетворительно совершать свои отправления.

Весьма справедливо замѣчаетъ *Hanot*: при циррозахъ распознаваніе, съ патолого-анатомической точки зрѣнія, связано съ разрощеніемъ

соединительной ткани, предсказаніе же находится въ зависимости отъ состоянія печеночной кѣтки ¹⁾.

Но до сихъ поръ мы имѣемъ довольно смутныя представленія объ условіяхъ, увеличивающихъ, или ослабляющихъ сопротивляемость печеночной кѣтки. Изъ клиническихъ наблюденій и изъ экспериментальныхъ изслѣдованій мы знаемъ, что одинъ и тотъ же болѣзнетворный дѣтель можетъ, смотря по обстоятельствамъ, вызывать различныя эффекты.

Chauffard въ своей превосходной работѣ прекрасно развилъ этотъ интереснѣйшій въ происхожденіи циррозовъ пунктъ, выяснивъ на многочисленныхъ примѣрахъ разнообразіе реакцій, которое обуславливаютъ въ печени различныя инфекціи или интоксикаціи.

Извѣстныя токсическія вещества, въ массовыхъ дозахъ, ведутъ очень быстро къ жировому перерожденію кѣтокъ, не вызывая разроженія соединительной ткани; это послѣднее получалось отъ продолжительнаго приема маленькихъ дозъ, въ особенности въ опытахъ съ алкоголемъ. Токсины дифтеріи (*H. Claude*), синегнойной палочки (*Charrin, H. Claude* ²⁾) кишечной палочки, цѣпкокка и пр. (*H. Claude*) давали, въ этомъ отношеніи, тѣ же результаты, что и алкоголь (*Strauss* и *Blocq, Laffite* и др.). Въ опытахъ *Hanot* и *Gilbert*'а токсины бугорчатки птицъ вызывали склерозъ печени, напоминавшій сифилитическую печень, а бугорчатка человѣческая вызывала измѣненія кѣтокъ (жировое перерожденіе, коагуляціонный некрозъ ³⁾).

Этіологическія данныя, слѣдовательно, не даютъ никакихъ серьезныхъ указаній для предсказанія, потому что даже самое точное знакомство съ производящимъ агентомъ даетъ лишь слабое представленіе о способѣ дѣйствія его и объ обширности вызванныхъ имъ разстройствъ.

Состояніе почвы имѣетъ не меньшее значеніе, чѣмъ самъ болѣзнетворный агентъ. У зародыша сифились захватываетъ печень, вызывая въ ней разлитое и очень тяжкое воспаленіе, въ которомъ одинаково поражаются и соединительная ткань и железистыя кѣтки. У взрослога же сифились обуславливаетъ скорѣе гуммозно-склеротическіе процессы съ медленнымъ теченіемъ и нерѣдко излечимые. Бугорчатка, сахарное мочеизнуреніе въ значительной степени уменьшаютъ сопротивляемость кѣтокъ и облегчаютъ жировое перерожденіе ихъ, пронизываніе пигментомъ; развивающіеся при подобныхъ условіяхъ циррозы гораздо менѣ доступны исцѣленію.

Но не все при циррозахъ печени исчерпывается состояніемъ кѣтокъ. Склеротическій процессъ влечетъ за собою цѣлый рядъ явленій и

¹⁾ *Hanot*. Sur la cirrhose atrophique à marche aiguë. Arch. génér. de med. 1882.

²⁾ *H. Claude*. Les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines.

³⁾ *Debove et Courtois-Suffit*. Hémorragies gastro-intestinales de la cirrhose. Soc. méd. des Hôp.

осложнений, играющихъ весьма важную роль въ развитіи болѣзни. Застой во всѣхъ отдѣлахъ системы воротной вены угрожаетъ тяжкими и даже смертельными кровотечениями. Воспаленіе брюшиннаго покрова печени, влекущаго за собою прижатіе и сдавливаніе еще мало измѣненныхъ железистыхъ участковъ, разлитое пораженіе брюшины, которое можетъ распространиться на вѣтви брыжжеечныхъ венъ, становится причиною новыхъ разстройствъ, функциональныхъ и кровообращенія. Даже нервная система брюшныхъ внутренностей остается не безъ явнаго вліянія на кровообращеніе воротной системы.

Наконецъ, всѣ неполадки, поражающіе желудокъ и кишки, отражаются на печени и еще увеличиваютъ разстройства железы. Если отправления этихъ органовъ становятся нормальными, то явленія утихаютъ и даже состояніе самой печени можетъ улучшиться до такой степени, что наступаетъ кажущееся выздоровленіе. Необходимо, наконецъ принять въ расчетъ совпадающія съ циррозомъ пораженія другихъ органовъ. Тѣ же страданія или интоксикаціи, которыя вызвали заболѣваніе печени, могутъ одновременно поразить также сердце и почки, разстройства которыхъ такимъ образомъ принимаютъ важное участіе въ симптомахъ, являемыхъ больными: всякое терапевтическое вмѣшательство, способное въ такомъ случаѣ устранить разстройства со стороны аппарата кровообращенія, отразится благоприятно и на общемъ состояніи.

Во всякомъ случаѣ, идетъ ли дѣло о пораженіи печеночныхъ клѣтокъ или о склеротическомъ процессѣ, всегда необходимо приступить къ леченію какъ можно раньше, по обнаруженіи первыхъ явленій. Шансовъ на выздоровленіе будетъ тѣмъ меньше, чѣмъ дальше зашелъ процессъ впередъ. Необходимо также знать причины цирроза, для того, чтобы можно было предотвратить ихъ послѣдствія, и изучить внимательно семіологию болѣзни, дабы умѣть поставить возможно ранній діагнозъ.

С.-Причины и патогенезъ циррозовъ.

1. Предрасполагающія причины.

Къ предрасполагающимъ причинамъ относятъ всегда мужской полъ и возрастъ между 35 и 50 гг. Но эти условія имѣютъ лишь относительное значеніе, они лишь постольку вліяютъ на происхожденіе циррозовъ, поскольку они предрасполагаютъ больше къ инфекціямъ и интоксикаціямъ, этимъ истиннымъ агентамъ склеротическаго процесса.

Мужчины гораздо чаще повинны въ алкоголизмъ, нежели женщины, и именно около 40 лѣтъ, начинаютъ заявлять о себѣ различныя вліянія діатеза и токсическія. Тѣ же условія повторяются при большинствѣ поражающихъ организмъ дистрофическихъ разстройствъ.

Гораздо большую роль играютъ слѣдующія причины, значеніе коихъ выяснено было особенно въ послѣдніе годы.

Hanot ¹⁾ весьма справедливо указываетъ на то, что артритизмъ благопріятствуетъ происхожденію склерозовъ и оказываетъ могущественное содѣйствіе различнымъ, могущимъ дѣйствовать на печень склеророднымъ вліяніямъ. Онъ наблюдалъ два случая цирроза печени у подагриковъ. *Rendu* также считаетъ подагру возможною причиною склероза печени. Не артритизмомъ ли также можно было бы объяснить наслѣдственность цирроза въ извѣстныхъ случаяхъ?

Къ *предрасполагающимъ причинамъ* слѣдуетъ отнести также различныя заразныя болѣзни, какъ-то брюшной тифъ ²⁾, дизентерію, оспу, корь, скарлатину, холеру и пр., которыя затронувъ печеночную паренхиму создаютъ въ ней *locus minoris resistentiae*, подготавливая такимъ образомъ развитіе цирроза. Эти причины часто остаются незамѣченными, потому что онѣ вліяютъ не непосредственно, а дѣйствіе ихъ сказывается лишь долгое время спустя. Въ превосходной диссертациі *Gastou* ³⁾ приведенъ длинный списокъ болѣзней, способныхъ завлечь печень: всѣ острия и хроническія болѣзни могутъ въ извѣстный моментъ дѣйствовать на печеночную кѣлку или межуточную ткань.

Отдѣльнаго мѣста заслуживаютъ бугорчатка, сифилисъ и малярія, потому что они принадлежатъ къ числу *производящихъ причинъ*.

Къ инфекціямъ примыкаютъ интоксикація, которыя, если и не способны создать циррозъ цѣликомъ, то по крайней мѣрѣ, способны подготовить его. Въ качествѣ агентовъ, содѣйствующихъ циррозу, называли свинецъ, ртуть, фосфоръ, нафтолъ, но всѣ они имѣютъ относительное значеніе въ этомъ отношеніи. *Lancereaux* наблюдалъ еще случаи настоящаго *anthracosis* печени вслѣдствіе привычнаго безсознательнаго проглатыванія частицъ угля ⁴⁾.

II. Производящія причины.

Большинство авторовъ единодушно считаютъ отравленіе алкоголемъ обычною причиною циррозовъ. Долгое время къ этой причинѣ сводилась вся этиологія склерозовъ печени, а англичане даже прямо называли сморщенную цирротическую печень *Laennec's a gin drinkers liver*.

И клиническія наблюденія, и экспериментальныя изслѣдованія представляютъ многочисленныя доказательства въ опору этого мнѣнія. Физио-

¹⁾ *Hanot*.—*Considérations générales sur la cirrhose alcool*. Sem. m. 1893.

²⁾ *A. Siredey*, *Revue de méd.* 1886.—*Legrès*, Th. de Paris, 1890.—*Bourdillon*, *Cirrhose atrophique survenue au declin d'une fièvre typhoïde*. Assoc. fr. p. l' avanc. d. sc. 1891.

³⁾ *Gastou*.—*Du foie infectieux*. Thèse de Paris, 1893.

⁴⁾ *Lancereaux*.—*Union Médic*, 1886.

логи доказали, что въ печени собирается больше алкоголя, чѣмъ во всѣхъ прочихъ органахъ, а въ анамнезѣ цирротиковъ, при внимательномъ допросѣ, почти всегда констатируется алкоголизмъ. Хотя многочисленныя работы, установившія склерозирующее вліяніе различныхъ другихъ интоксикацій и инфекцій, и лишили алкоголь части того всемогущества, которое ему приписывали еще нѣсколько лѣтъ назадъ, онъ для многихъ врачей, тѣмъ не менѣе, все еще остается *самымъ могущественнымъ и безспорнымъ изъ склерогенныхъ дѣателей печени.*

Lancereaux, однако, не признаетъ за алкоголемъ того преобладающаго значенія, которое ему придаютъ въ происхожденіи циррозовъ. Опираясь на экспериментальныя изслѣдованія, какъ свои, такъ и другихъ патолого-анатомовъ, *v. Kahlden'a, Laffitte* ¹⁾ и др. онъ утверждаетъ, что алкоголь вызываетъ только жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ, склерозъ-же, наблюдаемый въ такихъ случаяхъ, присоединяется лишь вторично къ подвинувшемуся уже впередъ процессу въ клѣткахъ. Клиническія наблюденія, съ другой стороны, показали ему, что циррозъ встрѣчается только у пьющихъ вино, и на этомъ пунктѣ онъ особенно настаивалъ въ своихъ лекціяхъ и различныхъ статьяхъ.

Отыскивая вредныя, способныя вызвать склерозъ вещества въ винѣ, онъ пришелъ къ заключенію, что виновны калийныя соли: впрыскиваніе этихъ солей вызывало у животныхъ склерозъ печени. Послѣдній докладъ его въ Медицинской Академіи надѣлалъ много шума, но, повидимому, не убѣдилъ его противниковъ. Авторитетные представители гигиены и экспериментальной патологіи весьма справедливо обратили вниманіе на то, что въ лабораторныхъ опытахъ отравленіе животныхъ относительно большими количествами алкоголя нельзя ставить въ параллель съ привычнымъ употребленіемъ водки (*Vallin, Laborde*). Циррозъ печени къ тому-же встрѣчается чаще въ Англіи, гдѣ процвѣтаетъ водка, чѣмъ во Франціи съ ея богатымъ винодѣліемъ. Наконецъ, изъ сбивчивыхъ, несвязныхъ показаній больныхъ, трудно рѣшить, идетъ-ли дѣло о спеціалистѣ по части вина, водки или различныхъ настоекъ, ибо пьяницы отличаются обыкновенно самымъ широкимъ эклектизмомъ въ этомъ направленіи.

Въ послѣднія 20—25 лѣтъ различными авторами установлено участие, которое принимаютъ въ происхожденіи цирроза *сифилисъ, малярія, свинцовое отравленіе* и, наконецъ, *инфекціи*. Не всегда, правда, эти различныя факторы способны вызвать склерозъ сами по себѣ, но они оказываютъ этому процессу весьма дѣятельную поддержку.

Наконецъ, въ самое послѣднее время выдвинуть на сцену новый факторъ, заслуживающій занять почетное мѣсто въ происхожденіи цирроза или его осложненій: я говорю о желудочно-кишечной диспепсіи.

¹⁾ *A. Laffitte*.—Intoxication alcoolique expérim. Thèse de Paris, 1892.

Уже *Portal* ¹⁾ въ началѣ истекающаго столѣтія обратилъ вниманіе на то, что обжоры имѣютъ обыкновенно объемистую печень. *Andral* ²⁾ высказалъ предположеніе, не имѣютъ ли извѣстныя страданія печени свою исходную точку въ кишечникѣ.

Leven ³⁾ наблюдалъ гиперэмію и увеличеніе объема печени у диспептиковъ.

Poucel ⁴⁾ первый сталъ говорить о вліяніи на печень «порочныхъ продуктовъ разстроенаго пищеваренія». Но главнымъ образомъ совпаденіе опухоли печени съ расширеніемъ желудка установлено и доказано было *Bouchard* ⁵⁾. Аналогичныя наблюденія обнаружилъ *Le Gendre* ⁶⁾.

Hayem ⁷⁾ доказалъ, что гастриты часто сопровождаются катарромъ двѣнадцати-перстной кишки, который распространяется на печень чрезъ желчные пути, а вмѣстѣ съ тѣмъ микробныя токсины, кислоты броженія, въ особенности уксусная кислота, заносятся въ печень чрезъ воротную вену и разстраиваютъ печеночныя клѣтки. По наблюденіямъ этого же автора, гипертрофическій циррозъ довольно часто совпадаетъ съ гиперпепсіею, между тѣмъ какъ атрофическій циррозъ встрѣчается чаще одновременно съ гипопепсіею.

Millon ⁸⁾ констатировалъ такіе приливы печени въ самомъ раннемъ дѣтствѣ у дурно питаемыхъ, плохо переваривающихъ дѣтей.

Но благодаря работамъ *Hanot* и его ученика *Voix*, диспептическій циррозъ завоевалъ себѣ прочное положеніе въ патологіи печени. *Voix* ⁹⁾ удалось вызвать экспериментально у животныхъ циррозъ съ гипертрофіею печени введеніемъ съ пищею различныхъ токсическихъ веществъ: масляной, уксусной, валерьяновой кислоты и др. веществъ, встрѣчаемыхъ въ желудкѣ у многихъ диспептиковъ,

Изъ работъ этихъ явствуетъ, что содержащіеся въ желудочно-кишечномъ каналѣ токсины всасываются подобно прочимъ ядамъ, проникаютъ чрезъ воротную вену въ печень, вызываютъ утолщеніе стѣнокъ этой вены и ея развѣтвленій и въ тоже время разстраиваютъ печеночныя клѣтки, подобно алкоголю и другимъ склерогеннымъ агентамъ. Токсины эти имѣютъ явственно двоякого рода происхожденіе: либо они прино-

1) *Portal*. Sur la nature et le traitement des maladies du foie.

2) *Andral*.—Clinique médicale.

3) *Leven*.—Traité des maladies de l'estomac, 1879.

4) *Poucel*. De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies. Marseille, 1888.

5) *Bouchard*.—Soc. méd. des Hôp. 1884.

6) *Le Gendre*.—Soc. méd. des Hôp. 1892.

7) *Hayem*.—Bullet. méd., 1894.

8) *Millon*.—Thèse de Paris, 1893.

9) *Voix*.—Foie des dyspeptiques. Thèse de Paris, 1895.

ятся извнѣ въ формѣ болѣе или менѣе попорченныхъ пищевыхъ продуктовъ, какъ-то: рыбы, устрицъ или подвергшихся уже отчасти разложению, какъ-то: дичи, сыровъ и пр., либо они образуются внутри организма изъ совершенно свѣжей, доброкачественной пищи подъ вліяніемъ различныхъ расстройствъ желудка или кишекъ.

Благопріятствуютъ этимъ явленіямъ слишкомъ обильная ѣда, употребленіе припностей. Продолжительное застаиваніе пищи въ желудкѣ у лицъ, привыкшихъ много ѣсть, влечетъ за собою образованіе бродильныхъ кислотъ (масляной, уксусной и пр.). Эти кислоты немедленно заносятся въ печень, и въ тоже время огромное количество пищи вызываетъ измѣненія желудка и кишекъ, еще увеличивающія рассматриваемыя расстройства.

Даже самъ алкоголь можетъ вліять двоякимъ путемъ: *непосредственно*, всасываясь и порождая измѣненія сосудовъ и печеночныхъ кѣтокъ; *косвенно*, вызывая заболѣваніе слизистой оболочки желудка, которое расстраиваетъ пищевареніе и увеличиваетъ значительно количество токсиновъ, которые заносятся въ печень и въ свою очередь поражаютъ сосуды и печеночныя кѣтки. Этимъ объясняется пагубное дѣйствіе вина, даже бѣднаго алкоголемъ, на чемъ справедливо настаивалъ *Lancereaux*.

Это вліяніе алкоголя и автоинтоксикацій пищеварительнаго происхожденія констатируется при большинствѣ циррозовъ. Въ самомъ дѣлѣ, даже при специфическихъ гепатитахъ, отвѣчающихъ довольно опредѣленнымъ клиническимъ типамъ, какъ то при циррозѣ сифилитическомъ, малярійномъ, бугорчатомъ, при пигментномъ циррозѣ диабетиковъ, трудно встрѣтить безусловно чистые случаи, въ которыхъ не играли бы нѣкоторой роли злоупотребленіе алкоголемъ и пищеварительныя расстройства.

Къ этимъ интоксикаціямъ желудочнаго происхожденія примызаютъ различныя инфекціи, которыя съ двѣнадцатиперстной кишки распространяются на печень черезъ желчный протокъ по желчнымъ путямъ и еще увеличиваютъ участие, которое принимаютъ кишки въ происхожденіи печеночныхъ расстройствъ. Роль кишечной палочки и другихъ микробовъ кишечника въ происхожденіи ангиохолитовъ и желчныхъ циррозовъ превосходно разработана въ диссертациі *Dupré*.

Ясно, какъ далеко мы вышли изъ рамокъ, въ которыхъ вращалась патологія печени еще двадцать лѣтъ назадъ, когда каждую этиологическую разновидность склероза печени связывали съ опредѣленною анатомическою основою. Въ наше время этиологія циррозовъ также сложна, какъ и ихъ патологическая анатомія. Зачастую они обусловливаются сочетаннымъ дѣйствіемъ различныхъ инфекцій или интоксикацій, одновременно или послѣдовательно поражающихъ печеночную железу.

С) Общая семіологія циррозівъ.

Необходимость ранняго діагноза. Малые признаки цирроза.

На высотѣ своего развитія циррозъ печени распознается легко и обыкновенно не даетъ поводовъ къ ошибочному распознаванію; наличность брюшной водянки, чрезмѣрное распиреніе венъ живота, увеличенный объемъ селезенки, исхуданіе лица и верхнихъ частей тѣла, землистый цвѣтъ лица, рѣдкая, кирпичнаго вида моча, все эти явленія не оставляютъ ни малѣйшаго сомнѣнія относительно существованія цирроза печени.

Но въ этомъ стадіи болѣзнь обыкновенно уже не поддается терапевтическимъ усиліямъ. Можно на большее или меньшее время ослабить или задержать ея дальнѣйшій ходъ, но нельзя уже рассчитывать, какъ мы видѣли, на прочное выздоровленіе. Необходимо поэтому самымъ внимательнымъ образомъ выслѣдить явленія, которыя позволили бы поставить діагнозъ въ самую раннюю пору развитія болѣзни и которыя предшествуютъ иногда на 10—15 мѣсяцевъ появленію брюшной водянки и прочихъ главныхъ признаковъ цирроза.

Вначалѣ привлекаютъ на себя вниманіе неясныя, банальныя пищеварительныя расстройства, которыя приписываются алкоголизму или диспепсiи отъ неопредѣленной причины. Большею частью дѣло идетъ объ *отхаркиваніи* по утрамъ слизи или желчи, *тошнотъ* и даже *рвотъ* послѣ ѣды, *о потерь аппетита, чередованіи запоровъ съ поносами*.

Но, начиная съ этого момента, обнаруживаются уже явленія, которыя *Hanot* описалъ подъ названіемъ *малыхъ признаковъ цирроза* ¹⁾.

Больной жалуется на общій, болѣе или менѣе упорный *зудъ* при отсутствіи желтухи, на *кровотеченія изъ носу и изъ десенъ*, констатируются *ригрига, гѣморрой, ограниченныя отеки, приступы обильныхъ поносовъ*, появляющіеся безъ всякой видимой причины. Весьма цѣнныя указанія даетъ въ эту пору изслѣдованіе мочи. Моча, обыкновенно скудная, богата солями и иногда уже въ самомъ началѣ въ ней констатируется *уробилинъ*, который при спектроскопическомъ изслѣдованіи даетъ сѣроватую полосу между синимъ и зеленымъ цвѣтомъ. Можно получить эту реакцію рѣзче выраженною, если прибавить къ кислой мочѣ нѣсколько капель раствора іода съ іодистымъ калиемъ (*Наует*). Наблюдается также *пищевая глюкозурия*, т. е. появленіе сахара въ мочѣ послѣ употребленія извѣстнаго количества такового въ пищу, но это явленіе констатируется далеко не такъ часто, какъ уробилинурия. Къ этому же періоду относятся *уменьшеніе количества мочевины и пептонурія*.

Наблюдается часто землистый цвѣтъ лица, иногда гемафеическая жел-

¹⁾ *Hanot. Semaine méd. 29/IV, 1893.*

туха *Gubler*'а и даже, правда, рѣдко, истинная желтуха съ обезцвѣченными испражнениями. Эти аномальныя окраски кожи обуславливаются всасываніемъ различныхъ недостаточно переработанныхъ желчныхъ пигментовъ. Онѣ сопутствуются запоромъ, вздутіемъ кишекъ, явленіями кишечнаго броженія и болѣзненнымъ опуханіемъ печени.

Иногда въ эту пору существуютъ довольно сильныя боли въ подреберьяхъ, стоящія въ связи съ маленькими приступами перитонита вокругъ печени и селезенки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти боли такъ жестоки, что больной не переноситъ даже давленія одежды на этомъ уровнѣ.

Каждый изъ этихъ признаковъ въ отдѣльности, конечно, не имѣетъ большаго значенія, но своею совокупностью и упорствомъ они получаютъ большую семіологическую цѣнность, позволяя уже очень рано распознать циррозъ и назначить своевременно лечение.

II.

Общее лечение циррозовъ.

А. Профилактика.

Изложенными этиологическими данными установлена выдающаяся роль, которую играютъ интоксикаціи и диспепсіи въ происхожденіи циррозовъ печени. Этотъ фактъ и долженъ лечь въ основу профилактики циррозовъ: онъ же диктуетъ намъ строгое соблюденіе основныхъ законовъ пищевой гигіены. Спиртные напитки, вредные при всѣхъ условіяхъ, особенно опасны, когда ихъ пьютъ на-тошакъ. Должно, слѣдовательно, особенно строго воспрещать возбуждающія аппетитъ настойки. Водка вредна даже послѣ ѣды, потому что вводитъ въ желудокъ ядъ въ концентрированномъ видѣ. Вино также далеко не безобидно, злоупотребленіе имъ ведетъ къ алкоголизму и еще чаще къ не менѣе опаснымъ для печени диспептическимъ расстройствамъ.

Особенно слѣдуетъ предостерегать отъ злоупотребленія спиртными напитками субъектовъ, которымъ угрожаетъ болотная зараза вслѣдствіе болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія въ нездоровой мѣстности, далѣе, сифилитиковъ, рабочихъ, которымъ угрожаетъ свинцовое отравленіе, диабетиковъ и пр.

Изъ связи цирроза съ диспепсією вытекаетъ необходимость слѣдить за печенью артритиковъ, людей, привыкшихъ много ѣсть и у которыхъ пищевареніе совершается вяло: имъ предписывается строгій режимъ при обнаруженіи малѣйшей склонности къ гипереміи печени или къ пищеварительнымъ расстройствамъ. Особенно такимъ субъектамъ воспрещается употребленіе алкоголя, которымъ они слишкомъ склонны злоупотреблять подъ предлогомъ желательности возбуждать вялое пищевареніе.

Должно внимательно слѣдить за печенью въ теченіи заразныхъ болѣзней и въ періодѣ выздоровливанія. Если она увеличена и моча содержитъ уробилинъ, то больного переводятъ на *молочную діету*. Дѣлаются ежедневно *промывательныя* изъ кипяченной воды или даются *слабительныя соли* для поддержанія правильнаго стула. Къ твердой пищѣ разрѣшаютъ перейти только постепенно, когда исчезнутъ опуханіе печени и уробилинурия и мочеотдѣленіе станетъ нормальнымъ.

Артритикамъ, которымъ угрожаютъ припадки со стороны печени, назначаются воды Шатель-Гюонъ, Руая и Виши. На выздоравливающихъ отъ заразныхъ болѣзней съ признаками разстройства печени хорошо дѣйствуютъ воды, благоприятствующія мочеотдѣленію: *Пугъ, Контрексевиль, Виттель, Эвианъ*.

Хорошія услуги можетъ оказать правильно, систематически принимаемое *водолеченіе*, укрѣпляющее нервную систему и возбуждающее обменъ веществъ.

В. До-асцитическій періодъ.

Излечимость цирроза въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ того, какъ рано начато и какъ строго проведено будетъ леченіе. Какъ только обнаружались *малые признаки цирроза*, на которые привлекъ вниманіе *Hanot*, печень уже тяжело поражена, и нельзя терять ни одной минуты, если желательно предотвратить ея полное разрушеніе.

Леченіе распадается на двѣ части: гигиену, которая играетъ первенствующую роль, и собственно терапію.

І. Гигіеническое леченіе.

Пищевой режимъ.

Прежде всего *должно воспретить безусловно употребленіе алкоголя и какихъ бы то ни было алкогольныхъ препаратовъ*, хотя бы лекарственнаго происхожденія. Не безъ удивленія приходится, замѣчаетъ *Millard*, смотрѣть на то, какъ цирротики по нѣскольку разъ въ день принимаютъ тоническія или мочегонныя вина, настойки или возбуждающія микстуры со спиртомъ и эфиромъ.

Устраняются не только пряныя кушанія, соусы, но вообще всякая твердая пища, оставляющая въ желудкѣ и кишкахъ болѣе или менѣе обильные остатки и облегчающія самоотравленіе. Бульонъ со своими жирами трудно переваривается и, кромѣ того, можетъ вредить еще своими калийными солями и многочисленными входящими въ его составъ легко портящимися органическими веществами.

Лучшимъ пищевымъ и въ то же время лучшимъ лекарственнымъ средствомъ, по своему мочегонному дѣйствию, является *молоко*.

Предписывается, особенно въ началѣ болѣзни, *безусловная исклю-*

чительная молочная діета. Ежедневная доза должна быть не менѣе трехъ литровъ, только это количество достаточно для питанія и совместиимо съ нѣкоторою дѣятельностію.

Зачастую больные не соглашаются на такой режимъ. Особенно кандидаты на циррозъ, привыкшіе къ алкоголю или къ обильному столу, неблагоприятно смотрятъ на это цѣлебное питье. Но при нѣкоторой настойчивости и постепенности удается побороть ихъ неохоту, хотя бы пришлось для этого, по примѣру *Chrestien'a*, поставить предъ ними диллему: «либо молоко, либо смерть».

Необходимое для питанія взрослого субъекта количество молока равно 3—4 литрамъ въ сутки. Превысить эту дозу было бы неудобно, потому что могло бы вызвать расширение желудка съ застоємъ жидкости и вторичными броженіями, которыя оказали бы самое пагубное вліяніе на печень. Если же давать меньше трехъ литровъ, то исхуданіе и слабость дали бы больнымъ новые поводы жаловаться на режимъ, который обыкновенно имъ неприятенъ.

За исключеніемъ нѣкоторыхъ особенно счастливыхъ случаевъ, больные рѣдко способны сразу переносить такія большія количества молока. Поэтому лучше начать съ одного, полутора литровъ, прибавляя ежедневно по 300—500 грм., пока не достигнута будетъ максимальная доза.

Выпивать это количество можно различными способами: большими дозами, по $\frac{1}{2}$ литра, маленькими глотками, чрезъ каждые три или три съ половиною часа, въ теченіе 15—20 минутъ или же чашками по 300—250 грм. чрезъ каждые два часа. Послѣ каждой чашки больной долженъ прополоскать ротъ водою Виши, чтобы удалить застрѣвающія частицы молока, быстро начинающія бродить и еще увеличивающія отращеніе къ молоку.

Много споровъ возбудилъ вопросъ о преимуществахъ сырого или кипяченнаго молока. Кипяченіе, достаточно продолжительное (около 20 минутъ) разрушаетъ всѣ заключенные въ молоко зародыши, оставляя въ немъ только немногія, не имѣющія значенія, споры. Оно, стало быть, обезпечиваетъ и отъ болѣзнетворныхъ микробовъ, въ особенности отъ часто находимыхъ въ молоко бугорчатыхъ и тифозныхъ палочекъ. Но составъ молока отъ кипяченія нѣсколько мѣняется: уменьшается содержаніе азотистыхъ элементовъ и, въ особенности, мѣняется вкусъ молока, что дѣлаетъ его для многихъ крайне неприятнымъ.

Сырое молоко имѣетъ болѣе чистый, болѣе пріятный вкусъ, къ которому больные легче привыкаютъ, но оно угрожаетъ различными заразами, передачею столь частой у рогатаго скота бугорчатки или извѣстныхъ болѣзнетворныхъ организмовъ, напр. брюшного тифа, скарлатины и пр., могущихъ попасть въ него изъ сосудовъ, въ которыхъ его сохраняютъ.

Обезпложенное молоко имѣетъ всѣ преимущества кипяченнаго, сохраняя въ тоже время вкусъ и удобоваримость сырого. Большинство больныхъ переносятъ его хорошо и оно зачастую устраняетъ поносъ или рвоту, какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ. Но не всегда это такъ: нѣкоторые субъекты получаютъ отвращеніе къ обезпложенному молоку еще скорѣе, чѣмъ къ кипяченному или сырому.

Тѣмъ не менѣе, обезпложенное молоко заслуживаетъ предпочтенія предъ сырымъ или кипяченнымъ. Но въ дѣйствительности, если дѣло идетъ о взросломъ, что составляетъ правило при циррозахъ печени, то приходится предоставить больному пить то молоко, которое онъ легче переноситъ, а иногда, чтобы разнообразить режимъ, полезно бываетъ даже давать попеременно то одно, то другое молоко. Послѣ нѣсколькихъ дней кипяченнаго молока напр. больной съ меньшимъ отвращеніемъ принимается за сырое или обезпложенное, и обратно. Безусловное отвращеніе къ молоку, лишая больного необходимаго для него леченія, создало-бы болѣе близкую опасность, чѣмъ угрожающая ему гадательная инфекция.

Меньшее значеніе имѣетъ температура молока, и въ этомъ отношеніи можно уступить личнымъ вкусамъ, особенно если дѣло идетъ о кипяченномъ или обезпложенномъ молокоѣ, которое не трудно каждый разъ подогревать на огнѣ или водяной банѣ, но кипяченое молоко отъ подогреванія получаетъ все болѣе неприятный вкусъ.

Молоко довольно часто вызываетъ запоры. Иногда, особенно вначалѣ, оно можетъ вызвать поносъ. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ уменьшить дозу, пить только маленькими количествами. Можно прибавить къ нему *известковой воды* или Виши, либо даже маленькія количества *висмута* или *тмла*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поносъ зависитъ отъ того, что молоко слишкомъ жирно, и въ такомъ случаѣ можно снять съ него сливки. Иногда причина поноса кроется въ томъ, что коровы, отъ которыхъ добывается молоко, получаютъ плохой кормъ, и въ этомъ отношеніи трудно установить надлежащій контроль, особенно въ Парижѣ.

Поэтому, если больной получаетъ отвращеніе къ молоку или у него обнаруживаются признаки невыносливости желудка или кишечника, то ему совѣтуютъ попробовать молока изъ другаго источника.

Иногда можно замѣнить коровье молоко козьимъ или ослинымъ, что сразу устраняетъ нежелательныя явленія.

Бродящее молоко, вродѣ *кэфира*, *кумыса*, здѣсь менѣе уместно, чѣмъ при страданіяхъ пищеварительныхъ путей. Оно, тѣмъ не менѣе, можетъ оказать цѣнныя услуги въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отвращеніе къ молоку дѣлаетъ не возможнымъ соблюденіе режима.

Къ концентрированному молоку, пептонизированному или діастазирванному позволительно прибѣгнуть лишь послѣ того, какъ истощены всѣ прочія средства. Такое молоко не можетъ идти въ сравненіе съ

естественнымъ, но оно въ известной степени можетъ замѣнить послѣднее и оно менѣе опасно, чѣмъ всякая другая пища.

Безусловное воспрещеніе алкоголя цирротикамъ не оставляетъ большого выбора среди средствъ, способныхъ улучшить прѣсный и однообразный вкусъ молока. Можно прибавлять къ нему небольшія количества чая или кофе, нѣсколько капель *померанцевой воды*, немного *ванили*, но слѣдуетъ избѣгать даже самыхъ крошечныхъ дозъ алкоголя, которыя при продолжительномъ употребленіи становятся опасными.

Наконецъ, если больному молоко дѣйствительно надоѣло и у него обнаруживаются признаки явнаго отвращенія, то не мѣшаетъ дать ему покой на три, четыре дня, дабы предупредить абсолютную невыносимость.

Въ эти дни больной получаетъ бульонъ, легкіе постные супы, супы молочные или изъ овощей, яичные желтки, разведенные молокомъ или водою, кремъ, мороженное; кромѣ того, ежедневно дается 50—100 грм. *молочнаго сахара* въ водѣ Эвіанъ, съ цѣлью поддержать возможно больше, мочеотдѣленіе. Эти средства, значительно уступающія молоку, позволяютъ, однако, выиграть время и возстановить выносимость желудка.

Невозможно сказать заранее, какъ продолжительно должно быть леченіе молокомъ. Это зависитъ существенно отъ состоянія больного, отъ результатовъ леченія и отъ того, какъ оно переносится.

Принципіально его слѣдовало бы продолжать возможно дольше, но на дѣлѣ приходится считаться съ известными обстоятельствами, не позволяющими затянуть этотъ режимъ до безконечности. Молочная діета, въ размѣрѣ не меньше 3 литровъ въ сутки, доставляетъ больному достаточное количество и даже легкій избытокъ бѣлковыхъ веществъ, болѣе значительный избытокъ жировъ, но она не даетъ ему достаточно углеводовъ. Поэтому, какъ весьма справедливо замѣчаетъ *A. Mathieu*, такой режимъ можетъ только временно удовлетворить лицъ, соблюдающихъ полный покой. Для здоровыхъ людей, ведущихъ сколько нибудь дѣятельный образъ жизни, такой режимъ влечетъ за собою исхуданіе и упадокъ силъ. Это исхуданіе и сопровождающая его слабость пугаютъ больного и его окружающихъ, хотя эти явленія уравниваются быстрымъ исчезновеніемъ или, по крайней мѣрѣ, уменьшеніемъ существовавшихъ вначалѣ разстройствъ со стороны живота. Приходится, такъ сказать, изо дня въ день вести борьбу съ настойчивыми жалобами больного и его окружающихъ. Какъ только явленія со стороны брюшной полости существенно улучшились, печень приняла приблизительно нормальный объемъ, исчезли или замѣтно утихли боли въ животѣ и моча стала болѣе обильною и прозрачною, можно перейти къ смѣшанной пищѣ, прибавляя сначала къ молоку легкіе супы, а затѣмъ яйцо въ смятку,

Если эти вещества хорошо переносятся, т. е. не вызываютъ ни прилива къ печени, ни измѣненія мочи, то можно разрѣшить постепенно вареные плоды и овощи, маленькіе сухарики, кремы, супы изъ овощей.

Эта смѣшанная діета обыкновенно хорошо переносится и позволяетъ продолжить лечение молокомъ.

Діета регулируется слѣдующимъ образомъ, приближаясь къ общему режиму семьи.

Утромъ 400—500 грм. молока съ прибавленіемъ небольшого количества чая или кофе, либо, *рѣже*, съ маленькимъ количествомъ шоколада.

Въ полдень молочный супъ, яйца или вареные овощи, вареные плоды.

Вечеромъ, къ обѣду, молочный супъ, яйца или овощи, свѣжій творогъ, кремъ или мороженное.

Можно еще прибавить сюда три чашки молока, по 250—300 грм. между первымъ и вторымъ завтракомъ, между завтракомъ и обѣдомъ и вечеромъ передъ сномъ, либо ночью.

Яйца слѣдуетъ ѣсть предпочтительно въ смятку, овощи приготавливаются съ очень небольшимъ количествомъ масла и приправъ. Разрѣшаются пюре изъ крахмалистыхъ овощей: бобовъ, чечевицы, гороха и пр. Картофель подается въ формѣ пюре, либо запеченный въ золѣ (въ мундирѣ) или по англійски. Но предпочтеніе слѣдуетъ отдавать зелени: цикорію, латукъ салату, моркови, брюквѣ, спаржѣ, змѣдушнику, артишокамъ, зеленымъ бобамъ и т. п., стараясь разнообразить меню и избѣгая пресыщенія.

Хлѣбъ разрѣшается только въ небольшихъ количествахъ, предпочтительно поджаренный или въ видѣ гренковъ.

Еще позже, когда улучшеніе станетъ явственнымъ, можно разрѣшить немного мяса къ завтраку въ полдень, начиная съ хорошо прожареннаго бѣлаго или студенистаго мяса (мозги, ножки, сладкое мясо, телячья головка, цыплята и пр.), исключаются дичь, рыба и моллюски. Какъ питье можно назначить слабыя минеральныя воды (Эвианъ, Алэ, Виттель, Контрексевилль), избѣгая шипучихъ водъ, которыя способствуютъ расширенію желудка.

Переходъ къ обыкновенному режиму разрѣшается только послѣ того, какъ исчезли всѣ явленія, да и то больному совѣтуютъ воздерживаться отъ обильной ѣды, въ особенности вечеромъ, и продолжать употребленіе минеральной воды.

В.—Гигіена кишечника.

Не меньшаго вниманія, чѣмъ желудокъ, требуетъ кишечникъ. Известно, въ самомъ дѣлѣ, что кишечныя инфекціи могутъ играть видную

роль при циррозахъ печени, либо участвуя въ ихъ развитіи, либо отягощая ихъ осложненіями.

Уже съ самаго начала необходимо установить правильный стулъ и обезпечить антисептику кишекъ.

И то и другое достигается одними и тѣми же средствами, потому что не давая фекальнымъ массамъ застаиваться въ кишкахъ, мы тѣмъ самымъ уменьшаемъ гніеніе кишечнаго содержимаго. Одно изъ главныхъ преимуществъ молочнаго діеты заключается, между прочимъ, въ томъ, что она ограничиваетъ до минимума количество токсиновъ и предотвращаетъ въ значительной степеніи броженіе въ кишкахъ, какъ это доказано было *Charrin*'омъ и *Roger*.

Давно уже при различныхъ страданіяхъ печени прибѣгаютъ къ *холоднымъ промывательнымъ*. Они прочищаютъ кишечникъ и повидимому, увеличиваютъ существенно отдѣленіе желчи, безъ сомнѣнія, благодаря тому, что обусловливаемая ими перистальтическія сокращенія кишекъ усиливаютъ выдѣленіе ея. *Dujardin-Beaumont* особенно рекомендуетъ систематическое примѣненіе холодныхъ клизмъ при гипереміи печени и въ начальномъ періодѣ цирроза. Но вмѣсто простого промывательнаго онъ совѣтуетъ прибѣгнуть къ *антероклизму* по способу *Cantani* съ ирригаторомъ *Esmarch*'а или трубкою *Faucher*. Трубка вводится въ прямую кишку на глубину 12—15 ц. и въ нее вливается не менѣе литра кипяченой воды, къ которой прибавлено 0.2 *нафтола*. Трубку извлекаютъ обратно, предоставляя больному самому выпустить клизму. Это промываніе кишекъ повторяютъ ежедневно, а если фекальныя массы очень зловонны, либо наблюдаются признаки кишечной инфекціи, то его повторяютъ; клизмы ставятъ утромъ и вечеромъ.

Кромѣ того, можно еще назначать различныя слабительныя. *Jendrassik*, *G. Sée* рекомендуютъ *каломель*, по 0.5—0.8; *Bouchard* прописываетъ лишь 0.2 въ сутки. Авторы эти смотрятъ на каломель какъ на лучшее слабительное, которое въ то же время обезгниливаетъ кишечникъ и дѣйствуетъ мочегонно. *Hanot* совѣтуетъ давать каломель систематически, по 0.01—0.02 въ сутки, въ теченіе 8—10 дней съ такими же промежутками покоя. *Dujardin-Beaumont*, однако, относится къ каломелю далеко не такъ щедро, опасаясь его токсическаго вліянія, появленія ртутнаго стоматита, представляющаго для цирротика довольно плачевное осложненіе. Онъ предпочитаетъ *эвониминъ*, *подофиллинъ* и другія нѣжныя слабительныя. *Millard* рекомендуетъ проносныя, именно *скамоній*, совѣтуя давать каждую недѣлю по 0.6—1.0, главнымъ образомъ, правда, при асцитѣ. *Слабительныя соли и масла* показуются больше при страданіяхъ пищеварительнаго канала.

Кромѣ этихъ средствъ, назначаются еще медикаменты спеціально для обезгниливанія кишечника. Работы *Bouchard* и *Le Gendre*'а давно

уже популяризировали различные препараты нафтола и салициловой кислоты (*нафтолъ, бензонафтолъ, салолъ, бетолъ, салициловый висмутъ, салициловая магнезія* и пр.). *Dujardin-Beaumont* высказывается за примѣненіе ихъ, *Hayem* же весьма справедливо опасается ихъ раздражающаго дѣйствія на желудокъ и кишки и относитъ на ихъ счетъ многочисленныя пищеварительныя расстройства. Кроме того, у субъектовъ, у которыхъ мочеотдѣленіе совершается скудно, они могутъ вызвать различныя кожныя сыпи (папулезная, скарлатиноподобная эритема и пр.). Особенно подозрителенъ съ этой точки зрѣнія салолъ, не говоря уже о дѣйствіи его на почки (черная моча вслѣдствіе интоксикаціи карболовою кислотою).

Можно прибѣгнуть къ этимъ средствамъ съ надеждою на успѣхъ при наличности зловоннаго поноса или другихъ признаковъ кишечной инфекции, но должно соблюдать умѣренность и контролировать нежелательныя побочныя послѣдствія, противопоказующія ихъ примѣненіе. Хорошее и притомъ безвредное обеззараживающее для кишекъ мы имѣемъ къ тому же въ порошокъ *уля* въ смѣси съ нафтоломъ или даже безъ него.

Кишечныя обезниливающія.

- | | |
|---|----------|
| Каломеля | 0.4—0.6. |
| На два приѣма. Принимать три дня подъ рядъ (<i>Germ in Sée</i>). | |
| Каломеля | 0.8. |
| На четыре порошка (въ облаткахъ по 0.2). Принимать два дня подъ рядъ (<i>Jendrassik</i>). | |
| Каломеля | 0.2. |
| На 1 приѣмъ. Принимать подъ рядъ три или четыре дня (<i>Bouchard</i>). | |
| Каломеля | 0.01. |
| Порошка наперстянки | 0.05. |
| На 1 порошокъ. Черезъ три часа по порошоку (<i>Schaross</i>). | |
| Каломеля | 0.01. |
| На 1 приѣмъ. Принимать по утрамъ съ водою, ежедневно въ теченіи 8 дней (<i>Hanot</i>). | |
| Салициловаго висмута | 10.0. |
| Магнезіи | 10.0. |
| Двууглекислой соды | 10.0. |
| На 30 порошокъ. 3—4 раза въ день по порошоку (<i>Dujardin-Beaumont</i>). | |
| Нафтола | 15.0. |
| Салициловаго висмута | 7.5. |
| На 30 порошокъ. Три раза въ день по порошоку (<i>Bouchard</i>). | |
| Бензонафтола. | |
| Салола. | |
| Двууглекислой соды поровну | 10.0. |
| На 30 порошокъ. Три раза въ день по порошоку (<i>Dujardin-Beaumont</i>). | |
| Бензонафтола | 0.25 |
| Угля тополя | 0.25 |
| На 1 порошокъ. Три раза въ день по порошоку. | |

Тополеваго угля	25.0
Чайную ложечку на $\frac{1}{2}$ чашки воды, выпивать послѣ ѣды.	
Обеззараживающее промывательное:	
Нафта	0.2
Кипяченной воды	1000.0
На 1 клизму.	

С. — Общее гигиеническое леченіе.

Заслуживаютъ вниманія общія гигиеническія мѣры, особенно все, что способно возбуждать кожу и укрѣпить нервную систему. Ежедневно слѣдуетъ дѣлать *растиранія* всего тѣла, сухія или ароматическія.

Равнымъ образомъ большія услуги оказываетъ *водолеченіе*. По *Lancereux* и *Dujardin-Beaumez*, оно играетъ существенную роль въ леченіи циррозовъ. Его можно примѣнять въ любой формѣ: холодныхъ душей, струи, шотландскихъ душей и пр. Но оно требуетъ свѣдущаго надзора и выполнять его должна опытная рука. Слишкомъ грубые души увеличиваютъ гиперэмію печени вмѣсто того, чтобъ ее уменьшить; они могутъ также вызвать слишкомъ бурную реакцію со стороны измененной обыкновенно брюшины.

Если нѣтъ душей, то можно прибѣгнуть къ другимъ способамъ водолеченія (мокрыя простыни, холодныя обливанія и пр.). Всѣ эти мѣры, дѣйствуя на нервную систему, оживляютъ кровообращеніе и благопріятствуютъ мочеотдѣленію.

Большую пользу можетъ принести курсъ леченія минеральными водами вначалѣ цирроза, въ предасцитическомъ періодѣ, особенно когда дѣло идетъ объ артритикахъ съ хорошо сохранившимся общимъ состояніемъ, но не слѣдуетъ посылать на воды ослабленныхъ, преждевременно изнуренныхъ больныхъ, у коихъ связанное съ этимъ леченіемъ утомленіе вызвало-бы только ухудшеніе.

На тучныхъ, привыкшихъ много ѣсть, артритиковъ лучше всего дѣйствуютъ слегка слабительныя воды: Шатель-Гюонъ или Бридъ, либо щелочныя воды Виши, Пугъ, Вальсъ. Артритики - подагрики чувствуютъ себя лучше въ Контрексевиллѣ, Виттелѣ, Эвианѣ. Нѣкоторые авторы предпочитаютъ для такихъ больныхъ содержащія литіи воды: Сантенэ или Руая. *Dujardin-Beaumez* отдаетъ предпочтеніе известковымъ или натроннымъ водамъ.

Запретить слѣдуетъ сѣрныя воды, могущія вызвать слишкомъ сильную реакцію, гиперэмію печени.

Но на какія-бы воды ни посылались больные, вездѣ они требуютъ контроля и руководства. Опасно было бы предоставить имъ пить, какъ имъ заблагоразсудится.

Нѣтъ необходимости предписывать безусловный покой, за исключеніемъ случаевъ интенсивнаго прилива съ бурными болями въ области

печени или селезенки, либо приступа перитонита, когда движенія не возможны. Но при отсутствіи этихъ осложненій умѣренные упражненія скорѣе полезны. Не должно стоять долго на ногахъ, слѣдуетъ избѣгать продолжительныхъ прогулокъ, особенно въ экипажѣ, потому что болѣзненное сотрясеніе печени во время ѣзды можетъ вызвать или ожесточить явленія гиперэміи и перитонита.

Очень ограниченное мѣсто слѣдуетъ отвести умственному труду, потому что всякое подобнаго рода утомленіе, какъ и физическая усталость, можетъ отразиться на нервной системѣ, а слѣдовательно, и на кровообращеніи въ печени. Особенно вредно работать послѣ ѣзды, если это нарушаетъ пищевареніе. Обыкновенно больные сохраняютъ способность предаваться своей обычной дѣятельности и потому то такъ рѣдко обращаются за помощью къ врачу въ доасцитическомъ стадіи болѣзни.

2. Фармацевтическое леченіе.

Изъ всего вышеизложеннаго ясно, что собственно лекарства не играютъ большой роли въ леченіи циррозовъ печени. Это объясняется тѣмъ, что мы не нашли еще въ настоящее время ни одного средства, которое способно было бы дѣйствовать на самый склерозъ и на сопровождающія его перерожденія печеночныхъ клѣтокъ.

А.—*Іодистый калий*, употребительный при всѣхъ склерозахъ, оправдываетъ свое назначеніе развѣ при сифилитическихъ страданіяхъ печени. *Lancereaux* прибѣгалъ къ нему и при алкогольномъ циррозѣ¹⁾, въ надеждѣ на то, что онъ способенъ благоприятствовать всасыванію зародышевыхъ элементовъ, появляющихся вначалѣ склеротическаго процесса, и задерживать до извѣстной степени новообразованіе фиброзной ткани въ печени. Но большинство авторовъ относится скептически къ значенію іодистаго калия. Извѣстны многочисленные случаи выздоровленія, гдѣ іодистый калий не примѣнялся, и обыкновенно отдають предпочтеніе гигиеническому леченію въ соединеніи съ мочегонными.

Хотя іодистый калий не способенъ противодѣйствовать образованію фиброзной ткани, не слѣдуетъ забывать, тѣмъ не менѣе, что онъ проявляетъ очень явственное сосудодвигательное дѣйствіе. По *G. Sée* онъ расширяетъ сосуды, оживляетъ кровообращеніе, возбуждаетъ обмѣнъ веществъ въ клѣткахъ и стимулируетъ ихъ дѣятельность. Не мѣшало бы поэтому относиться къ этому средству съ меньшимъ пренебреженіемъ.

Lancereaux назначаетъ по 2.0—4.0 іодистаго калия въ сутки, въ два приѣма, и на молоко. *Semmola* совѣтуетъ сильно разбавлять это средство, дабы оно легче выводилось почками. Въ предупрежденіе невыносливости онъ растворяетъ суточную дозу въ одномъ литрѣ воды,

¹⁾ *Lancereaux*. Bull. Acad. Méd., 1887.

Если іодистый калий назначается одновременно съ молочною діетою, то такая предосторожность является излишнею.

Многіе врачи предпочитаютъ *іодистый натръ*.

В. Прочіе, обыкновенно назначаемые при циррозѣ медикаменты имѣютъ въ виду не прямо склеротическій процессъ. Одни изъ нихъ дѣйствуютъ на почки, возбуждая ихъ секреторную дѣятельность и усиливая выведеніе скопляющихся въ организмѣ токсическихъ веществъ, особенно опасныхъ въ данномъ случаѣ потому, что печень уже не способна выполнить въ совершенствѣ свою роль разрушительницы ядовъ, другіе дѣйствуютъ на кишечный каналъ, поддерживая правильный стулъ и уменьшая такимъ образомъ гиперэмію въ системѣ воротной вены.

Давно уже замѣчено, говоритъ *Willemijn* въ своей диссертациі, что гиперэмія печени или асцитъ исчезаютъ иногда вслѣдъ за приступомъ поноса или усиленнаго мочеvyдѣленія. Изъ этого естественнаго хода болѣзни, казалось, вытекаетъ и опредѣленное терапевтическое показаніе. Какъ бы, однако, ни казалось раціональнымъ леченіе циррозовъ печени слабительными и мочегонными, должно сознаться, что этими средствами слишкомъ злоупотребляли.

Наврядъ ли можно считать позволительнымъ ослаблять сильными и повторными слабительными больныхъ, силы которыхъ и безъ того склонны къ упадку, или истощать искусственно чрезмѣрною работою почки, отправленія коихъ необходимѣе, чѣмъ когда либо, поддерживать ненарушенными для сохраненія равновѣсія въ организмѣ.

Слѣдуетъ, стало быть, благопріятствовать выведенію, но бесполезно было бы усиливать его чрезмѣрно, въ ущербъ больному.

Лучшими мочегонными поэтому будутъ тѣ, когорыя дѣйствуютъ только механическимъ путемъ: *молоко, чай*, всасываясь изъ пищеварительныхъ путей, поступаютъ въ кровеносную систему и, увеличивая кровяное давленіе, быстро выводятся почками.

Настои вишневыхъ стебельковъ, толокнянки (uvae-ursi), порея пользуются хорошею репутаціею среди публики и намъ нечѣмъ умалять ихъ кредитъ. Ни химія, ни фізіологія, правда, не выяснили намъ еще способа дѣйствія веществъ, извлекаемыхъ настоями изъ названныхъ растений, но мы знаемъ, по крайней мѣрѣ, что они содержатъ воду кипяченую и что эга вода, всосавшись въ организмъ, является однимъ изъ главныхъ элементовъ мочи.

Въ томъ же разчетѣ можно назначать легко усвояемыя минеральныя воды, какъ то Эвіанъ, Виттель, Контрексевилль, Алэ, или воды, обильныя двууглекислымъ натромъ, какъ напр. Гисгюблеръ. Но какъ относительно чаевъ, такъ и водъ не должно переступать предѣловъ выносливости желудка. Злоупотребленіе ими, вызывая растяженіе желудка и вторичныя пищеварительныя разстройства, можетъ оказать только вредное вліяніе на печень.

Равнымъ образомъ, въ виду этой столь частой у цирротиковъ чувствительности желудка, не слѣдуетъ разрѣшать продолжительнаго употребленія лимонадовъ и другихъ, обладающихъ хотя мочегонными свойствами, подкисленныхъ препаратовъ, а прибѣгаютъ къ нимъ только время отъ времени.

Зачастую къ различнымъ напиткамъ прибавляются еще препараты, возбуждающіе мочеотдѣленіе: *азотнокислый* или *уксуснокислый калий*, по 2,0—4,0 въ сутки, *бензойнокислый натръ* по 0,5—2,0 грм.

Одно изъ лучшихъ мочегонныхъ это *молочный сахаръ*, котораго можно давать по 50—150 грм. въ сутки. Особенно полезенъ онъ для больныхъ, которые не переносятъ молока. Его растворяютъ въ вышеперечисленныхъ чаяхъ или водахъ, слегка приправляя какимъ-нибудь ароматическимъ веществомъ, чтобъ замаскировать его прѣсный вкусъ.

Лактозы 50,0—150,0
Растворить въ 1 литрѣ воды Эвианъ.

Виноградный сахаръ, который назначается иногда какъ мочегонное при различныхъ страданіяхъ почекъ, при циррозѣ могъ бы вызвать глюкозурію, что не наблюдалось, повидимому, послѣ примѣненія молочнаго сахара.

Часто назначаемое въ Швейцаріи съ большимъ успѣхомъ лечение *виноградомъ и молочной сывороткою* не влечетъ за собою подобнаго рода расстройствъ. Оно вліяетъ, правда, на кишки настолько же, сколько и на почки, и такимъ образомъ дѣйствительно можетъ уменьшить приливъ въ систему воротной вены.

Кромѣ даваемыхъ вмѣстѣ съ питьемъ солей натрія или калия и молочнаго сахара, прописываются еще зачастую, въ пилюляхъ, облаткахъ или микстурахъ, различные медикаменты, возбуждающіе мочеотдѣленіе, либо дѣйствуя непосредственно на почечный эпителий, либо увеличивая артеріальное давленіе дѣйствіемъ на сердце или сосуды.

Очень легко могли бы увеличить мочеотдѣленіе *наперстянка, дигиталинъ, спартеинъ, кофеинъ, строфантъ, строфантинъ, ландыши, эрготинъ* и пр., но эти средства показываются только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ циррозъ осложняется общими отеками и расстройствами общаго кровообращенія въ связи съ страданіемъ сердца.

Теоброминъ, говорятъ, дѣйствуетъ непосредственно на почечный эпителий, не повышая кровяного давленія. И съ этой стороны, онъ можетъ оказать услуги во время приступовъ гипереміи, сопровождающихся иногда ануриєю, тѣмъ болѣе, что дѣйствуетъ онъ быстро, такъ что можно скоро уменьшить дозу, а дня черезъ три, четыре, когда эффектъ достигнутъ, и совсѣмъ отмѣнить его.

Въ соединеніи съ *салициловымъ натромъ* теоброминъ образуетъ новое средство *діуретинъ*, который также дѣйствуетъ на почечный эпителий.

Ко всѣмъ этимъ средствамъ можно прибѣгать ради ихъ быстрого эффекта, въ борьбѣ съ ануриєю, чтобы выиграть время, но продолжительное примѣненіе ихъ угрожало бы тяжкими послѣдствіями. Усиленное возбужденіе сердечно-сосудистаго аппарата и почекъ вскорѣ повлекли бы за собою родъ истощенія, которое вмѣсто увеличенія мочеотдѣленія, еще уменьшило бы его.

Поэтому обыкновенно отдается предпочтеніе болѣе слабымъ мочегоннымъ и, въ особенности, различнымъ препаратамъ ртути.

Наиболѣе употребителенъ *каломель*, который нѣкоторыми авторами считается отборнѣйшимъ медикаментомъ, дѣйствующимъ одновременно какъ мочегонное, слабительное и обеззараживающее кишечникъ. *Hanot* систематически назначалъ его при гипертрофическомъ циррозѣ съ желтухою, по 0,01—0,02 въ сутки, въ продолженіи 8—10 дней, отминая его настолько же дней, затѣмъ снова возобновляя и такъ далѣе въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Иногда прибѣгаютъ къ чистой *ртути*, по 0,1—0,15 въ сутки (*синія пилюли* французской фармакопеи).

Dujardin-Beaumez высказывался противъ препаратовъ ртути, которые могутъ вызвать стоматитъ и прочія явленія ртутной интоксикаціи. *Hanot* также настаивалъ на неудобствахъ злоупотребленія ртути въ какой бы то ни было формѣ.

Порошокъ *морского лука* дѣйствуетъ одновременно на кишки и на почки. Когда то онъ былъ въ большомъ ходу и въ послѣднее время, благодаря *Lancereaux* вновь снискалъ себѣ благосклонность. Прописывается онъ въ соединеніи съ *каломелемъ*, *наперстянкою* и *скаммоніемъ*, въ облаткахъ или пилюляхъ, дѣйствующихъ одновременно мочегонно и слабительно; даются они въ теченіе 10—12 дней, затѣмъ слѣдуетъ такой же продолжительности промежутковъ покоя. Нѣкоторые иностранные авторы рекомендуютъ *смолы*, въ особенности *копайскій бальзамъ*. Но этотъ послѣдній препаратъ иногда довольно сильно раздражаетъ почки.

Интересныя изслѣдованія обнародовали *Dujardin-Beaumez* и *Vernes* относительно *boldo*. Они назначали его въ настоѣ и тинктурѣ; изъ него получается вытяжка, назначаемая въ капсуляхъ, и алкалоидъ *болдинъ*. Но, повидимому, это средство не обладаетъ тѣми специфическими свойствами, которыя ему раньше приписывались.

Настойка и эссенція boldo не пригодны для цирротика. Предпочтенія заслуживаетъ настой, въ качествѣ такого же мочегоннаго, какъ и прочіе чаи.

Къ этому длинному уже списку слѣдуетъ прибавить еще *мочевину* и *интиуровую кислоту*, которыхъ мочегонныя свойства стоятъ внѣ сомнѣнія. Мочевина, введенная въ микстуру или въ формѣ поджожныхъ

впрыскиваний, быстро всасывается въ кровь и возбуждает мочеотдѣленіе подобно тому, какъ она это дѣлаетъ въ организмѣ физиологически. Но очень трудно найти чистую мочевины. Нерѣдко она смѣшана бываетъ съ углекислымъ аммоніемъ, веществомъ въ высокой степени ядовитымъ.

Превосходнѣйшимъ мочегоннымъ *Dujardin-Beaumontz* считалъ *инпуровокислую известь*.

Можно къ тому еще, различнымъ образомъ сочетывать перечисленныя мочегонныя средства, какъ это видно изъ прилагаемыхъ ниже рецептныхъ формулъ.

Мочегонныя пилюли.

Порошка морского лука
Порошка наперстянки
Смолы скаммонія . . . поровну 0,05

На 1 пилюлю. 3 раза въ день по пилюль (*Lancereaux*).

Или же вмѣстѣ съ каломелемъ:

• Порошка морского лука
Порошка наперстянки
Смолы скаммонія . . . поровну 0,05
Каломеля 0,01

На 1 пилюлю. 3 раза въ день по пилюль, (всего 0.2)

При слабости сердечной можно видоизмѣнить эти пилюли еще слѣдующимъ образомъ:

Мочегонныя пилюли.

Порошка морского лука.
Наперстянки.
Кофеина.
Смолы скаммонія поровну 0.05

На 1 пилюлю. 3 раза въ день по 1 пилюль.

Мочегонныя болюсы.

Копайской смолы 4.0
Лакричнаго порошка ск. треб.

На 8 болюсовъ. Принять въ теченіе сутокъ (*Gubler*).

Мочегонная микстура.

Гиппуровой кислоты 25.0
Известковаго молока до нейтрализаціи.
Сахарнаго сиропа 500.0
Лимоннаго алкоголата ск. треб.

Принять въ теченіе сутокъ (*Poulet, Dujardin-Beaumontz*).

Можевеловыхъ ягодъ	10.0
Настоять въ кипящей водѣ	200.0
Продѣдить, прибавить:	
Азотнокислаго калия	2.0
Уксуснокислаго калия	2.0
Охумел scillae	30.0
Сирова 5 корешковъ	35.0

Выпить въ 4—5 приемовъ въ теченіе сутокъ (Millard).

С. Слабительныя. До появленія асцита для назначенія слабительныхъ существуютъ лишь два показанія: необходимость обеззараживать кишечникъ, освобождая его отъ слишкомъ часто застаивающихся въ немъ фекальныхъ массъ, и необходимость уменьшить гиперэмию въ системѣ воротной вены, увеличивая кишечныя отдѣленія.

Первое изъ этихъ показаній не требуетъ примѣненія сильныхъ слабительныхъ. Если промывательныя недостаточно очищаютъ кишечникъ, то можно прибѣгнуть къ многочисленнымъ слабительнымъ, которыя примѣняются обыкновенно при вялости кишекъ, сообразуясь въ выборѣ съ индивидуальными особенностями больного.

Слабительныя соли нерѣдко влекутъ за собою послѣдующее ожесточеніе запора, а растительныя слабительныя, даже самыя нѣжныя, иногда вызываютъ очень сильную рѣзь. У нѣкоторыхъ лицъ даже самыя слабыя дозы ревеня или каскары вызываютъ сильные боли. Въ виду этого и приходится сообразоваться съ индивидуальными отношеніями больныхъ къ тому или другому изъ слабительныхъ, что позволительно тѣмъ болѣе, что ни одно изъ нихъ не можетъ претендовать на прочно установленное специфическое вліяніе на печень.

Что касается желчегонныхъ, то многочисленныя, произведенныя въ этомъ направленіи, изслѣдованія дали пока только отрицательные результаты. Въ то время какъ одни опыты, повидимому, самымъ рѣшительнымъ образомъ устанавливають желчегонное дѣйствіе того или другого вещества, другіе даютъ сомнительные результаты. *Эвониминъ* или *эйониминъ* еще по сую пору пользуется славою первокласснаго желчегоннаго, благодаря работамъ *Prèvo* и *Binet. Galliard* ¹⁾ убѣдился, однако, что послѣ 3 дней употребленія, организмъ начинаетъ какъ будто привыкать къ этому средству. Въ то время какъ въ первый день количество желчи, выдѣляемое въ теченіе 5 минутъ, равнялось 0,92 грм., оно на третій день, при тѣхъ же условіяхъ, не превышало 0,6 грм.

Можно давать время отъ времени *магнезію* или *ревень*, въ дозахъ, соответствующихъ индивидуальнымъ потребностямъ, пилюли съ *эвониминомъ*, *каскарою*, *подофилиномъ*. Всѣ эти различныя средства, каждое

¹⁾ *Galliard. Theurapeutique des maladies du foie.* Biblioth. de Theurap. médico-chirurg. Paris.

въ отдѣльности или сочетанныя между собою, въ достаточной степени обезпечиваютъ очищеніе кишечника.

Если печень остается опухшею, болѣзненною, и въ особенности, если обнаруживаются приступы остраго прилива, то прибѣгаютъ къ настоящимъ очищеніямъ, съ промежутками въ двѣ недѣли.

И при такихъ условіяхъ на первомъ планѣ стоитъ *каломель*. Даютъ 0,5—0,8 на одинъ или два приема или-же меньшую дозу въ смѣси съ *скаммоніемъ*.

Но съ проносными средствами (*ялатта, скамоній, колоквиитъ-гуммирутъ, сабуръ*) нужно быть осторожнымъ. Злоупотребленіе этими медикаментами можетъ повлечь за собою паденіе кровяного давленія, замедляющее и разстраивающее мочеотдѣленіе. Мало того, у большинства цирротиковъ существуетъ уже довольно рѣзкій застой въ брыжеечныхъ венахъ, и проносныя при такихъ условіяхъ вызываютъ приступы гѣморроя, которыя причиняютъ жестокія боли и въ нѣкоторыхъ случаяхъ создаютъ настоящія осложненія. Иногда даже дѣло доходитъ до обильныхъ кишечныхъ кровотеченій.

Слабительныя

Слабительный порошокъ.

Жженной магнезій
 Растворимаго кремортартара
 Сѣры поровну 15,0

Отъ 1—4 чайныхъ ложечекъ въ $\frac{1}{2}$ чашки воды или на два приема въ сутки (G. Séé).

Или же:

Жженной магнезій
 Растворимаго кремортартара
 Осажденной сѣры поровну 15,0
 Лакричнаго порошка

По десертной или столовой ложкѣ утромъ въ $\frac{1}{4}$ —1 чашкѣ воды.

Rp. Pulv. fol. sennae
 Sulfuris sublimati aa 6,0
 Pulver. foeniculi
 Anisi stellati aa 3,0
 Cremortartari 2,0
 Pulv. liquiritiae 2,0
 Sacchari albi 25,0
 MDS.

2—3 чайныхъ ложечекъ ежедневно (*Dujardin-Beaumez*).

Rp. Evonimini 0,05
 Pulv. cascarae 0,15
 Sapon. medic. . . q. s.

На 1 пилюлю. 1—3 пилюль въ день

Проносныя:

Скаммонія 1,0
 Повторять чрезъ каждые 7 дней.

Слабительная облатка.

Scammonii 0,4
Resinae jalappaе 0,25

На 1 облатку.

Слабительныя пилюли.

Rp. Resinae jalappaе
Gummigutti
Aloes
Saponis medic aa 1,0
Uff. pilul. N 20

1—2 пилюль на ночь (избѣгать при гѣморроѣ).

Rp. Aloes
Gummiguti
Gummi ammon. aa 10,0
Aceti albi 5,0
Uff. pil. N 80 (*Pilulae Bontius*). 3—6 пилюль въ день.

3. Мѣстное леченіе.

Въ теченіе всего этого періода *до-асцитическаго*, когда преобладаютъ въ общемъ явленія прилива со стороны печени и брюшины, извѣстную пользу могутъ принести мѣстныя мѣры.

А. — При интенсивномъ приливѣ къ печени съ опуханіемъ органа и сильными болями можно прибѣгнуть къ *сухимъ* или *кросососнымъ банкамъ* въ области праваго подреберья. Это средство довольно быстро успокаиваетъ боли и содѣйствуетъ уменьшенію мѣстнаго прилива. При менѣ острыхъ явленіяхъ можно ограничиться *горчичными припарками*, которыя, по мѣрѣ надобности, повторяются нѣсколько разъ въ день. Очень хорошія услуги оказываютъ также *влажныя компрессы*. *Горячіе компрессы*, если часто мѣнять ихъ и покрывать сверху клеенкою, дѣйствуютъ подобно припаркамъ, имѣя передъ ними преимущество большей опрятности; они значительно успокаиваютъ боли. Гораздо рѣзче выраженное отвлекающее дѣйствіе обнаруживаютъ *холодныя компрессы*. Достаточно повторять ихъ разъ 5—6 въ теченіе сутокъ. Кусокъ марли складываютъ въ 12—16 слоевъ, погружаютъ въ воду, холодную, комнатной температуры или горячую, смотря по тому, какіе желательно прикладывать компрессы, слегка выжимаютъ и покрываютъ область печени или всю переднюю стѣнку живота, смотря по случаю, затѣмъ герметически закрываютъ клеенкою и укрѣпляютъ повязкою.

Если боли очень сильны, то можно, прежде чѣмъ положить холодный или горячій компрессъ, смазать животъ мазью съ *опіемъ* или *хлороформнымъ масломъ*.

Рекомендовали втиранія настойки морского лука въ надеждѣ усилить ими мочеотдѣленіе, но эти надежды, повидимому, не оправдались.

В. — Массажъ.—Массажъ испытанъ былъ успѣшно неоднократно. Онъ, повидимому, содѣйствуетъ исчезновенію асцита. Извѣстно, что массажъ оживляетъ обмѣнъ веществъ и увеличиваетъ значительно мочеотдѣленіе. Этимъ путемъ, вѣроятно, онъ и вліяетъ на вышотъ, т. е. благоприятствуетъ его всасыванію. Но его должно поручить опытнымъ рукамъ, слѣдя внимательно за его эффектомъ, ибо онъ можетъ иногда вызвать приступъ перитонита, который, впрочемъ, встрѣчается при циррозѣ довольно часто и помимо всякаго леченія.

С. — Электризація.—Электризацію предлагали не столько съ цѣлью дѣйствовать на самый циррозъ, сколько противъ брюшной водянки. *Solfanelli, Maret* ¹⁾ *Glaux, Карповъ, Сиристъ* и *Лимбергъ* получили, повидимому, удовлетворительные результаты. Тѣмъ не менѣе, способъ этотъ не нашелъ себѣ много послѣдователей. Какъ объяснить себѣ дѣйствіе электризаціи? Обусловливаемыя-ли ею сокращенія брюшной мускулатуры производятъ давленіе на асцитическую жидкость? Или она возбуждаетъ брюшныя нервныя сплетенія и чрезъ нихъ и сосудистую систему?

Можетъ быть, мы вправѣ ожидать болѣе удовлетворительныхъ результатовъ отъ *токовъ высокаго напряженія* по способу *d'Arsonval*'я, оказывающихъ столь поразительное дѣйствіе на обмѣнъ веществъ и процессы очищенія.

4. Лечение осложнений.

Главныя осложнения въ предшествующемъ асциту періодѣ, если не считать интеркуррентныхъ болѣзней, обязаны своимъ происхожденіемъ застою въ подчиненныхъ воротной системѣ венахъ. Дѣло идетъ о болѣе или менѣе бурныхъ припадкахъ гѣморроя, о кровотеченияхъ изъ кишекъ, желудка, пищевода или-же объ упорныхъ носовыхъ кровотеченияхъ, которыя, не находясь въ прямой связи съ разстройствомъ кровообращенія въ воротной венѣ, зависятъ отъ общаго измѣненія крови.

Эти кровотечения встрѣчаются чаще въ началѣ цирроза, нежели въ болѣе позднемъ періодѣ болѣзни. (*Debove* и *Courtois-Suffit* ²⁾).

Гѣморрой нерѣдко обнаруживается вслѣдъ за назначеніемъ проноснаго слабительнаго и въ такомъ случаѣ онъ разражается внезапно. Послѣ нѣсколькихъ жидкихъ испражнений больной испытываетъ чувство жженія въ заднемъ проходѣ и внутри прямой кишки. Это ощущеніе сопровождается ложными позывами на низъ, потугами, иногда острою и глубокою болью, какъ-бы отъ насильственного введенія инороднаго тѣла въ

¹⁾ *Maret*. Revue de Médecine 1888.

²⁾ *Debove et Courtois-Suffit*. Bullet. Soc. Med. Нѳр. 1890.

прямую кишку. Затѣмъ слѣдуютъ дизентерійнаго вида слизистыя испражненія, испещренныя кровью, и вскорѣ изъ задняго прохода показываются почечуйные узлы.

Облегчаются припадки гѣморроя лучше и быстрѣ всего продолжительными горячими *сидячими ваннами*, которыя слѣдуетъ повторить разъ 5 — 6 въ сутки. Если прибѣгнуть къ такимъ ваннамъ невозможно (или-же въ промежутки между ними), то дѣлаются частыя *обмыванія* горячею водою. Послѣ ванны или обмыванія покрываютъ область задняго прохода *теплымъ влажнымъ компрессомъ* или припаркой и прикрываютъ поверхность гуттаперчевою бумагою. Нѣкоторые больные оказываютъ явное предпочтеніе теплымъ примочкамъ, продолжающимъ для нихъ благотворное ощущеніе сидячей ванны. Другіе, напротивъ того, не переносятъ теплыхъ компрессовъ и настойчиво требуютъ *холодныхъ*, которые можно имъ разрѣшить въ формѣ примочекъ и компрессовъ.

Назначаются, кромѣ того, смазыванія различными успокоительными мазями, содержащими *опій, белладонну* или *кокаинъ*.

Должно избѣгать всякаго напряженія и поддерживать стулъ помощью *холодныхъ промывательныхъ*, которыя, кромѣ того, вызываютъ сокращеніе внутреннихъ почечуйныхъ узловъ. Наконецъ, какъ только напряженіе почечуйныхъ валиковъ уменьшилось, нужно попытаться ихъ вправить. Всѣ эти мѣры, если провести ихъ настойчиво, очень быстро устраняютъ гѣморроидальные припадки, которые въ крайнихъ случаяхъ могутъ потребовать хирургическаго вмѣшательства.

В. Носовыя кровотеченія останавливаются впрыскиваніями *горячей кипяченой воды, широкоскопическою ватою съ антипириномъ*, вкладываніемъ въ носъ ватныхъ шариковъ, пропитанныхъ *перекисью водорода, тампонацією*, если кровотеченіе болѣе обильно и, наконецъ, *прижиганіями слизистой термокаутеромъ* или разорваннаго мѣста *азотнокислымъ серебромъ*.

Р. Carnot ¹⁾ недавно предложилъ одинъ безобидный способъ леченія, въ успѣшномъ дѣйствіи коего я имѣлъ возможность убѣдиться въ нѣсколькихъ случаяхъ тяжкаго кровотеченія изъ носу. Онъ состоитъ въ мѣстномъ примѣненіи *желатины*, приготовленной слѣдующимъ образомъ:

Кровоостанавливающий растворъ.

Повареной соли	0.7
Перегнанной воды	100.0

Прибавить:

Желатины	5.0—10.0
--------------------	----------

Стерилизовать при темпер. не выше 100°

Такъ какъ препаратъ на холоду твердѣетъ, то предъ употребленіемъ его разжижаютъ въ водяной банѣ.

¹⁾ P. Carnot. Presse médicale 18/IX 1897.

Можно прибавить къ нему еще 1⁰/₀ карболовой кислоты или 0.1⁰/₀ сулемы.

Способъ употребленія очень простъ. Промывъ посредствомъ шприца кровотокающую ноздрю, полость ея затѣмъ смазываютъ ватною кисточкою, пропитанною растворомъ желатины и затѣмъ вводятъ еще въ ноздрю пропитанный также этимъ растворомъ тампончикъ, который оставляютъ на мѣстѣ.

Этотъ же растворъ желатины, безъ карболовой кислоты и сулемы, примѣняемый въ формѣ клизмы, превосходно останавливаетъ почечуи-ныя кровотеченія.

С. Кровотеченія изъ пищевода или желудка. Они различаются между собою потому, предшествуетъ ли изверженіе струи крови рвотою или вѣтъ. Противъ этихъ кровотеченій врачъ почти безоруженъ. Единственное, что можно предложить, это глотаніе кусочковъ льда.

Противъ желудочнаго кровотеченія совѣтуютъ, кромѣ того, положить на животъ *пузырь со льдомъ*, а противъ кровотеченія изъ кишекъ: *опій*, промывательное изъ *ратаніи*, подкожныя впрыскиванія *эрготина* или *эрготинина*. Можно прибѣгнуть также къ *измамелину* или *идрастинину*, избѣгая, однако, алкогольныхъ препаратовъ этихъ медикаментовъ.

С. Періодъ асцитическій.

I. Лекарственное пользованіе.

Переходъ перваго періода цирроза во второй совершается почти незамѣтно. Въ отлогихъ частяхъ живота появляется немного жидкости, асцитъ увеличивается болѣе или менѣе быстро и вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаютъ существовавшія раньше у больного боли въ области печени, селезенки и различныхъ другихъ пунктовъ брюшной полости.

Въ теченіе всего этого фазиса наростанія брюшной водянки показанія остаются тѣ же почти, что и въ предшествовавшемъ періодѣ. Но когда водянка уже установилась явственно, положеніе дѣла мѣняется. Склерозъ окончательно овладѣлъ печеночною тканью, стѣсненъ кровообращеніе въ конечныхъ вѣтвяхъ воротной вены, и мало по малу разрушивъ печеночныя кѣтки.

Слѣдуетъ ли теперь примѣнить предыдущее леченіе съ удвоенною энергіею? Слѣдуетъ ли всѣхъ больныхъ лечить систематически слабительными и мочегонными, чтобъ остановить развитіе асцита? Существуетъ ли, однимъ словомъ, такой способъ леченія, который примѣнимъ былъ бы во всѣхъ случаяхъ и который дѣйствовалъ бы тѣмъ вѣрнѣе, чѣмъ строже онъ будетъ проведенъ?

Одно обстоятельство слѣдуетъ имѣть въ виду: больного еще не ле-

чившагося, а цирротиковъ нерѣдко приходится увидать впервые уже во второмъ періодѣ болѣзни, необходимо подчинить молочную діету въ соединеніи со всѣми тѣми средствами, которыя способны оживлять отправленія кишекъ и почекъ.

Если крѣпкій еще больной хорошо переноситъ молочную діету и силы его не страдаютъ отъ нея замѣтно, то лечение слѣдуетъ продолжать какъ можно дольше, даже послѣ нѣсколькихъ проколовъ. Не должно забывать, въ самомъ дѣлѣ, что *Troiser, Millard, Dujardin-Beaumont, Semmola, Lancereaux* и пр. достигли надѣлавшаго столько шума успѣха именно на высотѣ асцитическаго періода, и эти результаты способны ободрить врача на этомъ пути. Вполнѣ умѣстно, стало быть, терпѣливо и настойчиво продолжать примѣнять тѣ средства, которыя рекомендуются въ доасцитическомъ періодѣ.

Но нельзя держаться того же образа дѣйствій по отношенію къ субъектамъ, слабымъ, обезсиленнымъ, преждевременно изнуреннымъ, а такіе встрѣчаются нерѣдко. Строгость тутъ тѣмъ менѣе была бы позволительна, еслибъ означенное лечение испытано было уже безуспѣшно въ доасцитическомъ періодѣ. Если терапія потерпѣла крушеніе уже въ самомъ началѣ болѣзни, то едва ли позволительно рассчитывать на большій успѣхъ въ то время, когда она уже значительно шагнула впередъ и организмъ почти изнемогъ въ борьбѣ.

Обыкновенно врачи склонны смотрѣть на асцитъ, какъ на изліяніе въ брюшину, которое можно устранить, открывая широко плюзы со стороны почекъ и кишекъ. Въ дѣйствительности положеніе вещей болѣе сложно и дѣло идетъ не о простыхъ явленіяхъ экзосмоса и эндосмоса. Причины и патогенезъ брюшной водянки выяснены еще далеко не точно. Затрудненіе кровообращенія внутри печени безспорно играетъ большую роль въ ея происхожденіи, но какое участіе принимаютъ тутъ источники воротной вены и перитонитъ? *Debove* и *Courtois-Suffit* пытались выяснитъ вліяніе нервовъ брюшныхъ внутренностей на происхожденіе кровотеченій изъ пищеварительныхъ нутей въ теченіе цирроза; не имѣютъ ли эти же нервы также большого вліянія на происхожденіе асцита и его излеченіе?

А когда изліяніе обнаруживаетъ склонность исчезнуть, то по какому механизму совершается его всасываніе? Происходитъ ли дѣйствительно подъ вліяніемъ леченія паденіе давленія въ сосудахъ, именно въ системѣ воротной вены, и благопріятствуетъ ли это паденіе всасыванію протота? Въ этомъ мы вправѣ сомнѣваться, потому что обыкновенно систематическое леченіе слабительными примѣняется одновременно съ молочной діетой и мочегонными напитками, которыя, быстро всасываясь въ кровеносную систему, еще повышаютъ кровяное давленіе. Къ тому же, все, что способно понизитъ существеннымъ образомъ кровяное дав-

леніе, повлекло бы за собою уменьшеніе мочеотдѣленія. Вѣроятно, что молочная діета облегчаетъ выведеніе, оживляетъ обмѣнъ веществъ, и это вліяніе ея сказывается тѣмъ энергичнѣе, чѣмъ менѣе истощенъ организмъ. Слабость сердца, сосудовъ, нервной системы противопоказуетъ всякую энергичную терапію, которая не только не содѣйствовала бы выздоровленію при такихъ условіяхъ, но еще ухудшила бы положеніе цирротика.

Hanot неоднократно наблюдалъ неприятыя послѣдствія отъ слишкомъ строгаго леченія въ этомъ періодѣ. Нѣкоторые больные, утомленные однообразіемъ режима, начинаютъ съ ужасомъ смѣрять на молоко, съ большимъ трудомъ и съ мученіями для нихъ и окружающихъ удается заставить ихъ выпить 1 — 1¹/₂ литра молока въ сутки. Иногда это молоко плохо переваривается, застаивается въ желудкѣ, начинаетъ бродить и вліяніе этого броженія на печень не заставляетъ себя долго ждать. Если же еще давать къ этому часто слабительныя, то понятно, что больной скоро доведенъ будетъ до кахэксіи.

При циррозѣ, какъ и при діабетѣ, въ извѣстномъ періодѣ болѣзни приходится бороться больше съ кахэксіею, чѣмъ съ первичнымъ страданіемъ, и систематическое леченіе ступевывается передъ угрожающею организму болѣе близкою опасностью.

Пользовать цирротика въ періодѣ асцита должно, слѣдовательно, осмотрительно. Еще крѣпкіе больные, которые хорошо переносятъ молоко и у которыхъ количество мочи достаточно велико, могутъ выдержать леченіе во всей его строгости.

Но больнымъ, у которыхъ кахэксія значительно подвинулась впередъ, которые не переносятъ достаточныхъ количествъ молока и у которыхъ молоко вызываетъ желудочнокишечныя разстройства, слѣдуетъ разрѣшить болѣе существенную пищу, но такую, однако, которая не увеличивала бы опасностей интоксикаціи. А особенно такихъ больныхъ слѣдуетъ оберегать отъ слабительныхъ и мочегонныхъ, которыя только увеличили бы изнуреніе организма.

Въ пищевой режимъ такихъ больныхъ входятъ: молочные супы и различныя другія молочныя кушанія, мучныя похлебки, супы изъ овощей, яйца, вареные овощи и плоды, свѣжій творогъ. Можно даже разрѣшить одинъ разъ въ день хорошо проваренное мясо и свѣжую рыбу, но безъ жирныхъ или пряныхъ подливокъ. Рыба требуетъ особеннаго вниманія, потому что она очень быстро портится и въ испорченномъ видѣ вносить въ организмъ много токсиновъ. Свѣжая рыба съ нѣжнымъ и бѣлымъ мясомъ вообще удобоварима. Можно также разрѣшить нѣкоторыя тоническія: *кофе, чай, колу*, но отнюдь не алкоголь.

Тѣмъ-же принципомъ должно руководствоваться въ назначеніи лекарствъ: нужно содѣйствовать очищенію кишекъ, продолжать промыва-

тельные, но избѣгать слабительныхъ и, въ особенности, проносныхъ, которыя иногда могутъ повлечь за собою пагубныя послѣдствія.

Изъ мочегонныхъ заслуживаютъ предпочтенія чай, *молочный сахаръ*, время отъ времени можно давать немного *кофеина*, *теобромина* или *спиртеина*, съ цѣлью поднять тонусъ сердца и слегка оживить отправленія почекъ.

Также полезны въ этомъ періодѣ пилюли *Lancereaux* изъ *морского лука*, *скаммонія* и *наперстянки*; къ нимъ можно еще прибавить кофеинъ или снартеннъ.

Когда брюшная водянка достигла извѣстнаго развитія, то бесполезно было-бы прибѣгать къ отвлекающимъ, которыя даже болеутоляющія, раздражаютъ кожу и могутъ благопріятствовать мѣстнымъ инфекціямъ, лимфангоитамъ, нарывамъ въ кожѣ, чирьямъ, эктимамаъ и пр. Вслѣдствіе разстроенаго кровообращенія и отека брюшной стѣнки, столь часто сопутствующаго асциту, кожныя раны живота мало склонны къ заживленію и легко поэтому становятся источникомъ осложненій. Особенно опасны были-бы мушки, какъ для кожи, такъ и по раздражающему дѣйствію на почки. Горчичники, смазыванія іодомъ, различныя противовоспалительныя или отвлекающія мази столь же вредны, сколько бесполезны.

Существуетъ лишь одинъ дѣйствительный мѣстный способъ леченія брюшной водянки—это *проколъ*.

Но всѣ авторы высказываются одинаково относительно выбора момента для прокола живота. Одни, имѣя въ виду неудобства частыхъ проколовъ, предпочитаютъ ждать, пока асцитъ не достигнетъ полнаго своего развитія и откладываютъ операцію до того момента, когда скопившаяся въ брюшной полости жидкость, стѣсная растяженіе легкихъ, не начнетъ угрожать асфиксіею. Высокое давленіе въ брюшной полости, говорятъ они, даже выгодно для больного, потому что, сдавливая сосуды воротной системы, оно ограничиваетъ дальнѣйшее нарастаніе асцита.

Другіе, напротивъ того, совѣтуютъ оперировать нарочито рано, какъ только больной чувствуетъ себя немного стѣсненнымъ, не выжидая, когда проколъ сдѣлается безотлагательнымъ.

Этотъ послѣдній совѣтъ заслуживаетъ предпочтенія. Чисто сдѣланный проколъ не опасенъ. Больной привыкаетъ къ операціи и перестаетъ ея пугаться и, безъ сомнѣнія, выгоднѣе чаще оперировать, чѣмъ давать жидкости накапливаться чрезмѣрно.

Въ самомъ дѣлѣ, по мѣрѣ того, какъ прунотъ въ брюшинѣ увеличивается, растутъ и функциональныя разстройства, дѣлаясь все тяжелѣе и тяжелѣе. Прижатіе сосудовъ системы воротной вены вызываетъ родъ отечности слизистой оболочки желудочно-кишечнаго канала, что еще больше разстраиваетъ пищевареніе и нарушаетъ существенно питаніе. Прижатіе почекъ и направляющихся къ нимъ сосудовъ ведетъ къ умень-

шенію мочеотдѣленія. Давленіе на вены, полую и подвздошную, обуславливаетъ отекъ нижнихъ конечностей и брюшной стѣнки. Наконецъ, оттѣсненіе діафрагмы въ грудную кѣтку стѣсняетъ отправление дыхательнаго аппарата. Всѣ эти различныя условія, очевидно, не могутъ не имѣть самого пагубнаго вліянія на весь организмъ и, истощая больного, ускоряютъ кахексію.

Какъ только животъ достаточно растянутъ и тупость отъ скопившейся жидкости достигаетъ или превышаетъ, въ положеніи больного на спинѣ, уровень пупка, слѣдуетъ сдѣлать проколъ.

Операція легкая и обыкновенно хорошо переносится больнымъ, потому что боль она вызываетъ единственно въ моментъ прохожденія троакара сквозь брюшную стѣнку.

2. Проколъ живота.

Эта операція настолько общезвѣстна, что излишне было бы войти въ подробное описаніе ея. Нѣкоторые врачи пользуются аспираторомъ, но это только осложняетъ дѣло безъ нужды: простого троакара достаточно для всѣхъ случаевъ. Проколъ можно сдѣлать безразлично на правой или на лѣвой сторонѣ, но всегда необходимо предварительно увѣриться съ несомнѣнностью, что въ выбранной для прокола области дѣйствительно имѣется водяночная жидкость.

Хотя проколъ живота очень мало угрожаетъ опасностью инфекціи, оперировать, тѣмъ не менѣе, необходимо асептично. Троакаръ и канюлька обезпложиваются въ дезинфекторѣ или кипяченіемъ, кожа живота тщательно вымывается водою съ мыломъ и затѣмъ покрывается смоченнымъ въ противогнилостномъ растворѣ компрессомъ, который остается на ней вплоть до введенія инструмента. Едва-ли нужно упомянуть о томъ, что и руки оператора должны быть тщательно вычищены.

Какъ только жидкость выпущена, ранку покрываютъ кусочкомъ гигроскопической ваты, поверхъ которой наливаютъ нѣсколько капель коллодія, затѣмъ заворачиваютъ весь животъ въ вату и укрѣпляютъ ее бинтомъ. Предлагали оставить отверстіе открытымъ съ тѣмъ, чтобы жидкость, по мѣрѣ своего накопленія, постоянно вытекала чрезъ него. Это мѣра опасная: непрерывно вытекающая жидкость раздражаетъ кожу, вызываетъ эритему, которую больной начинаетъ расчесывать, и образуемая ногтями ссадины зачастую даютъ поводъ къ вторичнымъ инфекціямъ (чирьи, нарывы, лимфангоитъ, рожа и пр.).

Прекрасно защищаютъ ранку *коллодій, трауматицинъ, стерезолъ*, но не слѣдуетъ намазывать ими слишкомъ большіе участки кожи, потому что, подсыхая, вещества эти получаютъ острые края, которые раздражаютъ кожу и ведутъ иногда къ образованію фликтенъ или изъязвленій.

Проколъ живота не сопровождается обыкновенно никакими серьезными осложнениями. Внимательное и строгое изслѣдованіе предохранить отъ смѣшенія съ асцитомъ плотной или осумкованной опухоли.

У очень тучныхъ лицъ съ сильно отекающею кожею, брюшная стѣнка въ отлогихъ мѣстахъ иногда бываетъ такъ толста, что троакаръ, воткнутый во всю свою длину, не достигаетъ апоневроза. Въ такомъ случаѣ, убѣдившись снова въ наличности подвижнаго пропота, кладутъ больного на бокъ и дѣлаютъ проколъ ближе къ срединной линіи, въ такомъ пунктѣ, гдѣ кожа менѣе отечна и потому легче проходима.

Одна изъ обычайшихъ случайностей операціи состоитъ въ истеченіи, болѣе или менѣе обильномъ, крови. Иногда уже первая порціи жидкости вытекаютъ сильно окрашенная кровью. Не слѣдуетъ въ такомъ случаѣ вполнѣ опорожнять животъ, достаточно выпустить нѣсколько литровъ жидкости, чтобъ облегчить больного, и затѣмъ наложить слегка давящую повязку изъ ваты и фланелеваго бинта.

Большею частью кровь показывается только въ концѣ операціи, послѣ того, какъ извлечено уже порядочное количество свѣтлой, нормальнаго вида жидкости.

Новообразованные въ различныхъ пунктахъ утолщенной брюшины сосуды, кишечные истоки воротной вены могутъ быть болѣе или менѣе налиты кровью и ихъ хрупкія стѣнки не въ силахъ сопротивляться внезапно измѣнившемуся давленію. Сначала изъ канюльки начинаетъ вытекать слабо окрашенная жидкость, но окраска быстро становится интенсивною. Необходимо въ такомъ случаѣ немедленно извлечь канюльку и произвести легкое давленіе на животъ.

Послѣ прокола больной долженъ лежать въ постели, и если онъ ослабъ, ему даютъ тоническія средства.

Жидкость иногда возобновляется чрезвычайно быстро, такъ что проколъ приходится повторять чрезъ каждые 10—12 дней. Это обстоятельство, безъ сомнѣнія, неблагоприятное. Тѣмъ не менѣе, у нѣкоторыхъ больныхъ общее состояніе остается удовлетворительнымъ. Поэтому можно, не колеблясь, повторить проколъ, каждый разъ, когда это окажется необходимымъ. Одинъ больной *Troisier* перенесъ 18 проколовъ, что, однако, не помѣшало ему поправиться настолько, что его можно было считать выздоровѣвшимъ ¹⁾

Если больной не изнуренъ, то можно попытаться вернуть его къ

¹⁾ Одна страдавшая циррозомъ болная аккуратно каждыя три недѣли являлась въ мое отдѣленіе въ больницѣ св. Антонія для прокола. Съ каждымъ проколомъ выпускали изъ нея 12—14 литр. жидкости; 23 проколами выпущено было болѣе 340 литровъ. Операція производилась въ день поступления ея въ больницу и уже на слѣдующій день болная возвращалась къ своему обычному занятію рыночной торговли, котораго она никогда не прерывала въ промежуткахъ между пункциями.

молочной діетъ и къ мочегоннымъ на нѣсколько дней. Мочеотдѣленіе устанавливается легче, когда почки не сдавлены транссудатомъ. Но должно воздерживаться отъ слишкомъ строгаго примѣненія этого леченія у больныхъ, уже близкихъ къ кахексіи.

III.

Лечение различныхъ разновидностей цирроза.

Всѣ разновидности цирроза подлежатъ указанному выше леченію. Роль желудочно-кишечныхъ расстройствъ и вторичныхъ броженій при циррозахъ печени позволяетъ установить общую, съ терапевтической точки зрѣнія, связь между всѣми этими страданіями, независимо отъ исходной точки и способа развитія ихъ.

Молочная діета, исключительная или смѣшанная, антисептика кишечника показываются при всѣхъ циррозахъ. Проколъ живота показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ обильный асцитъ стѣсняетъ дыханіе и разстраиваетъ прочія функціи организма, но нѣкоторыя клиническія и анатомическія разновидности требуютъ все-таки примѣненія еще другихъ спеціальныхъ мѣръ.

А. Алкогольный гипертрофическій циррозъ.

Извѣстно, что это наиболѣе излечимая разновидность цирроза; поэтому она, болѣе всѣхъ прочихъ формъ, подлежитъ систематическому и продолжительному леченію.

Общее состояніе больного довольно долго остается удовлетворительнымъ, что позволяетъ настаивать на строжайшемъ выполненіи леченія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выздоровленіе достигнуто было лишь послѣ множества проколовъ. Никогда, слѣдовательно, не должно терять надежды: только упорствомъ и настойчивостью достигаются наилучшіе результаты.

Обыкновенно общее состояніе настолько хорошо, что можно продерживать больного на *молочной діетѣ* не только въ началѣ, но и въ болѣе позднемъ періодѣ болѣзни. Сначала предписывается исключительная молочная діета, но при первыхъ признакахъ упадка силъ переходятъ къ смѣшанному режиму: супамъ, овощамъ и пр.; строжайшимъ образомъ воспрещаются всѣ бродящія напитки. Одновременно съ этимъ назначаются выше разсмотрѣнныя *слабительныя и мочегонныя*.

Противъ гипереміи печени успѣшно борются помощью *сухихъ банокъ, горчичныхъ припарокъ*, которыя прекрасно успокаиваютъ боли. Въ случаѣ необходимости, можно даже прибѣгнуть сначала къ *кровесоснымъ банкамъ*, а позднѣе къ *точечнымъ прижиганіямъ* въ области печени, особенно, если асцитъ образуется не слишкомъ быстро.

Въ общемъ леченіе нужно продолжать правильно, въ продолженіи всего асцитическаго періода; тѣмъ не менѣе, время отъ времени больному даютъ немного передохнуть, чтобы не истощить его.

Когда улучшеніе настолько явственно, что больному разрѣшаютъ болѣе смѣшанную пищу, необходимо тщательно слѣдить за нимъ, контролировать мочеотдѣленіе и при малѣйшемъ поводѣ снова перевести его на молочную діету, къ которой цирротикъ охотно теперь возвращается, послѣ того, какъ онъ уже испыталъ на себѣ разъ ея благотворное дѣйствіе.

Время отъ времени назначается *каломель*, по 0.01 въ сутки, по способу *Hanot*, далѣе прописываются *пильюли Lancereaux* и даже *іодистый калий*. Неслѣдуетъ только давать ихъ непрерывно, а съ промежутками, равными продолжительности приемовъ, т. е. въ 10—15 дней.

В. Атрофическій циррозъ печени.

При надлежащимъ образомъ выраженномъ атрофическомъ циррозѣ терапия должна быть менѣе воинственною. Вначалѣ можно еще испытать тѣ же средства, но не слѣдуетъ слишкомъ строго настаивать на систематическомъ ихъ примѣненіи. Успѣхъ здѣсь гораздо менѣе вѣренъ, кахексія угрожаетъ въ большей степени.

Если удалось распознать болѣзнь еще до появленія брюшной водянки, то можно попытаться задержать дальнѣйшее ея развитіе помощью выше разсмотрѣнныхъ мѣръ, среди коихъ и здѣсь на первомъ планѣ должны стоять молочная діета, антисептика кишекъ и мочегонныя. Но все зависитъ отъ общаго состоянія больного: раннее изнуреніе, иногда пищеварительныя расстройства не позволяютъ настаивать долго на молочной діетѣ. Если молоко вызываетъ рвоту и поносы, то стараются успокоить ихъ помощью *щелочей*, *солей висмута*, *угля*, если же желудокъ рѣшительно не переноситъ молока, то должно перейти къ смѣшанной діетѣ.

Но даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ безусловной невыносливости къ молоку, необходимо умножать и разнообразить пищу, чтобы поднять силы больного. Врачъ ни одной минуты не долженъ терять изъ виду угрожающей кахексии и какъ только она обнаружится, всѣ остальные терапевтическія показанія теряютъ свое значеніе.

Атрофическій циррозъ богатъ осложненіями, таковы: обильный и быстро возобновляющійся асцитъ, кровотечения изъ различныхъ путей и проч. Протекаетъ онъ обыкновенно быстрѣе гипертрофическихъ формъ.

Въ итогѣ, атрофическій циррозъ подлежитъ почти той же терапіи, что и предыдущая форма, но требуетъ большей осторожности.

С. Гипертрофическій циррозъ Hanot.

Гипертрофическій циррозъ съ хроническою желтухою отличается отъ прочихъ формъ цирроза печени не только въ клиническомъ отношеніи, но и съ терапевтической точки зрѣнія. Мочегонныя здѣсь не даютъ никакого результата. Даже молочная діета здѣсь далеко не имѣетъ того благодѣтельнаго вліянія, которое она проявляетъ при циррозѣ пьяницъ. Всѣ случаи, которые наблюдалъ *Hanot*, окончились смертію, но въ общемъ болѣзнь развивается довольно медленно. Больные по нѣсколькимъ лѣтамъ продолжаютъ вести обычную жизнь и работать въ извѣстной степени. Какъкъсія наступаетъ только черезъ 5, 6 или даже 7 лѣтъ. Не должно поэтому выводить слишкомъ поспѣшнаго заключенія о выздоровленіи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наступило переходящее или болѣе или менѣе продолжительное улучшение.

Назначаются обезгниливающія кишечникъ, устраняются спиртные напитки съ цѣлью предотвратить, по крайней мѣрѣ, присоединеніе новыхъ склерогенныхъ причинъ.

Молоко полезно въ двоякомъ отношеніи: оно усиливаетъ мочеотдѣленіе и содѣйствуетъ асептикѣ кишечнаго канала, но настаивать на строгомъ примѣненіи его, какъ при начальномъ стадіи алкогольнаго цирроза незначѣтъ.

Больнымъ, которые худо переносятъ молоко, а также слабымъ больнымъ можно разрѣшить смѣшанную молочную діету. Такая пища хорошо переносится, не причиняя притомъ существеннаго ухудшенія процесса (*Hanot*).

Изъ лекарствъ на первомъ планѣ стоятъ *каломель* и *іодистый калий*. *Hanot* назначалъ обыкновенно каломель, по 0,01 въ сутки, систематически по 12 дней съ такой же продолжительности промежутками.

Этотъ медикаментъ онъ чередовалъ съ *іодистымъ натромъ*, по 0,2—0,4 въ сутки, также съ промежутками покоя. Но іодистый натръ онъ считаетъ менѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ каломель.

Слабительныя соли и *проносныя* назначаются осторожно съ цѣлью устранить запоръ и произвести время отъ времени маленькое отвлеченіе на слизистую оболочку кишекъ.

Щедро примѣняются *холодныя промывательныя*, очищающія кишечникъ и облегчающія выдѣленіе желчи.

Иногда могутъ оказать услугу *салолъ*, *нафтолъ*, *салициловая кислота* и *салициловые препараты*, но не слѣдуетъ терять изъ виду ихъ вреднаго вліянія на почки.

Иногда, особенно во время приступовъ перитонита, приносятъ, повидимому, пользу *отвлекающія*, *прижиганія вѣнскимъ тѣстомъ*, втиранія *ртутной мази*, *горячія припарки* на область печени.

D. Желчекаменный цирроз печени.

Это страданіе стоитъ особнякомъ среди циррозовъ печени. Причину его составляетъ закупорка большихъ желчныхъ каналовъ и обусловленный этимъ застой желчи во внутри-печеночныхъ желчныхъ путяхъ. Если закупорка асептична, то гипертрофированные желчные каналы оттъснываютъ, сдавливаютъ и мало по малу атрофируютъ печеночныя кѣтки. Развивается очень локализованный циррозъ, обязанный своимъ происхожденіемъ *гипертрофическому хроническому ангиохолиту*, безъ острой воспалительной реакціи. Но большею частью процессъ осложняется вторичными инфекціями, исходящими изъ кишекъ и обуславливающими образованіе либо мелкихъ гнойниковъ, либо, по меньшей мѣрѣ, разсѣянныхъ инфильтрацій зародышевыми кѣтками вдоль желчныхъ канальцевъ.

Зарощеніе желчныхъ путей является, стало бытъ, *основною причиною* этого цирроза. *кишечная же инфекція* его *вторичною причиною*, элементомъ осложненія. Изъ этихъ данныхъ вытекаетъ одно весьма важное терапевтическое показаніе: противъ причины препятствія, застрявшаго и удерживаемаго въ желчныхъ путяхъ камня внутрення средства безсильны. Необходимо прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству. Внутренняя терапія можетъ только бороться съ придаточнымъ элементомъ, стараясь предупредить инфекцію изъ кишекъ. До извѣстной степени асептика кишечнаго канала обезпечивается *большими промывательными*, строгимъ примѣненіемъ *молочной діеты* уже съ самаго начала появленія печеночной колики, назначеніемъ *салолы, салициловаго натра, бетола, каломеля*.

Но это все палліативныя мѣры, которыя не способны задержать развитіе желчнаго цирроза. Противъ послѣдняго слѣдуетъ принять болѣе рѣшительныя мѣры: какъ только мы убѣдились, что застрявшій въ желчныхъ путяхъ камень задерживаетъ истеченіе желчи, то, не выжидая, пока начнетъ развиваться циррозъ, должно обратиться къ хирургу. Оперативное вмѣшательство состоитъ либо въ излеченіи камня и восстановленіи тока желчи, либо въ образованіи желчнаго свища, кишечнаго или кожного.

Установить показанія не легко и распознаваніе не только мѣста, но и наличности закупорки желчнымъ, камнемъ связано со множествомъ поводовъ къ ошибкамъ.

Къ циррозу желчекаменнаго происхожденія примыкаютъ другія страданія, обуславливающія закупорку желчныхъ путей и вызывающія аналогичныя явленія: таковы вскрывающіяся въ желчные пути гидатидныя кисты, ракъ головки поджелудочной железы, описанный *Hanot* ракъ *Vater'*овскаго расширенія. Противъ рака головки поджелудочной железы

хирургія пока бессильна, но хирургическое вмѣшательство можетъ оказать дѣйствительную помощь при гидатидныхъ кистахъ нижней поверхности печени и иногда даже при рактъ *Vater'*овскаго расширения.

Е.—Сердечный циррозъ.

Сердечная печень обыкновенно составляетъ лишь симптомъ асцитиса, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстройства со стороны печени настолько преобладаютъ надъ разстройствами другихъ органовъ, что образуютъ настоящую картину цирроза, съ увеличеніемъ объема печени, кровоточеніями изъ различныхъ путей, *rigoribus* и пр. При такихъ условіяхъ состояніе печени требуетъ спеціальнаго леченія.

Вмѣстѣ съ молочной діетой, антисептикою кишекъ, мочегонными и слабительными, назначаются еще *наперстянка*, *кофеинъ* и другія *укрѣпляющія сердце* средства, которыя, оживляя общее кровообращеніе, содѣйствуютъ въ значительной степени уменьшенію застоя въ печени.

Если брюшная водянка достигла такой степени, что требуетъ прокола, то вслѣдъ за операціею назначаютъ систематически *наперстянку* или *стробантъ*, поднимающіе тонусъ сердечной мышцы и увеличивающіе мочеотдѣленіе. Тому же леченію, впрочемъ, подлежатъ цирротики, страдающіе вмѣстѣ съ тѣмъ сердечными разстройствами, хотя бы дѣло шло не о настоящемъ сердечномъ циррозѣ.

Г.—Сифилитическій циррозъ.

Сифилитическій циррозъ, одна изъ наиболѣ частыхъ и наиболѣ тяжелыхъ локализаций сифилиса въ органахъ, встрѣчается въ нѣсколькихъ, отличныхъ одна отъ другой, формахъ.

Очень часто онъ наблюдается при наслѣдственномъ сифилисѣ. Дѣло идетъ почти всегда о гипертрофіи печени и селезенки, осложненной пищеварительными разстройствами, съ желтухою или безъ нея, и сопутствующей болѣе или менѣ явственными признаками наслѣдственнаго сифилиса (трещины у спаекъ, высыпы, своеобразное строеніе зубовъ, обезображеніе больше-берцовой кости и пр.).

Сифилитическій циррозъ взрослога имѣетъ почти всегда сложное происхожденіе: алкоголизмъ, пищеварительныя разстройства, предшествовавшія инфекции желчныхъ путей предрасполагаютъ къ локализаций третичнаго сифилиса въ печени или благопріятствуютъ его развитію. Печень, перетянутая въ различныхъ направленіяхъ обезображивающими ее рубцами, получаетъ характерный видъ дольчатой печени, неровности которой прощупываются чрезъ животъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ печень, довольно гладкая и равномерная, равномерно увеличена въ объемѣ и заключаетъ въ себѣ большее или меньшее число крупныхъ или мелкихъ гуммъ. При сифилисѣ новорож-

денного процессъ болѣе разсѣянный, разлитой, у взрослога онъ болѣе локализованъ.

Какъ бы то ни было, если страданіе распознано было съ самаго начала, то энергичное леченіе быстро дастъ прекрасные результаты. Напротивъ того, при далеко уже зашедшемъ склерозѣ эффектъ леченія ничтожный или даже вовсе отрицательный.

Само собою разумѣется, что и здѣсь, какъ при всѣхъ циррозахъ, необходимо оберегать больного отъ различныхъ заразы, интоксикацій и даже самоотравленій, могущихъ вліять на печеночную ткань.

Необходимо также, но возможно раньше, приступить къ специфическому леченію, которое должно быть интенсивнымъ и продолжительнымъ, даже въ сомнительныхъ случаяхъ. Какъ и при большинствѣ формъ третичнаго сифилиса, и здѣсь наилучшіе результаты даетъ смѣшанное леченіе. Особенно показываются *ртутныя втиранія, подкожныя впрыскиванія ртутнаго масла или двуіодистой ртути*, потому что всѣ эти способы щадятъ пищеварительные пути и не угрожаютъ осложнениями со стороны желудочно-кишечнаго канала, которыя могли бы отразиться на печени.

Особенно слѣдуетъ держаться втираній, когда дѣло идетъ о ребенкѣ на первомъ году жизни въ виду особенной чувствительности въ этомъ возрастѣ желудка и кишекъ. Втираютъ ежедневно 2—3 грм. сѣрой мази. *A. Chauffard* наблюдалъ 6—8 недѣльнаго ребенка, который перенесъ три мѣсяца непрерывнаго леченія. Въ теченіе этого времени онъ получилъ 300 грм. ртути въ формѣ втираній и процессъ началъ уступать. На 18 мѣсяцѣ жизни ребенокъ, выздоровѣвшій, съ клинической точки зрѣнія, отъ своего сифилитическаго гепатита, умеръ отъ бронхонеймоніи; печеночныя клѣтки сохранили свой нормальный видъ и физиологическую группировку, но оставались еще склеротическіе участки между желчными канальцами и сосудами воротной вены и воспаленіе стѣнокъ печеночныхъ венъ.

Взрослому втирается ежедневно 6—8 грм. сѣрой мази или впрыскиваются подъ кожу различные ртутные препараты. Въ то же время назначается *іодистый калий* въ большихъ или меньшихъ дозахъ, смотря по выносливости субъекта. Чтобы побороть третичныя явленія, необходимо, какъ извѣстно, довести суточную дозу іодистаго калия до 6 или 8 грм. и даже больше, но въ данномъ случаѣ должно тщательно слѣдить да пищеварительными путями, и лучше довольствоваться меньшими дозами, нежели вызвать расстройства со стороны желудка или кишекъ, представляющія всегда серьезную опасность для цирротика.

Кромѣ собственно леченія, не должно также забывать профилактическихъ и предупреждающихъ мѣръ.

Для предупрежденія наслѣдственнаго сифилиса сифилитическую мать

подвергаютъ строгому леченію уже съ самого начала беременности. Появленіе водянки въ плодовомъ пузырьѣ указываетъ уже на наличность процесса въ печени плода и требуетъ усиленнаго леченія матери.

Мало того, всякаго сифилитика слѣдуетъ предостерегать отъ всѣхъ агентовъ, способныхъ вызвать циррозъ, сообразуясь при этомъ съ вышеизложенными этиологическими данными.

У каждаго сифилитика должно внимательно выслѣживать малые признаки цирроза, немедленно приступая къ специфическому леченію, какъ только обнаружатся нѣкоторыя указанія въ этомъ направленіи, какъ-то: затяжныя пищеварительныя расстройства, увеличеніе объема печени, расширеніе подкожныхъ венъ живота, скудная моча съ уробилиномъ и проч.

Г. Малярійный циррозъ печени.

Несмотря на специфичность происхожденія, малярійный циррозъ не требуетъ спеціального леченія.

Лица, живущія въ странахъ, гдѣ господствуетъ эндемически малярія, должны быть умѣренными въ употребленіи спиртныхъ напитковъ и всякаго рода пряностей и вообще должны быть на сторожѣ противъ всѣхъ причинъ, способныхъ понизить сопротивляемость печени.

Но разъ зараженіе болотною лихорадкою уже произошло, то ее необходимо лечить систематически и энергично сѣрнокислымъ хининомъ, а затѣмъ, когда больной выздоровѣлъ, ему совѣтуютъ переселиться въ здоровую мѣстность и, чтобы поднять его силы, назначаютъ ему укрѣпляющій режимъ и препараты хины, вліяніе которой на болотное худосочіе установлено было *Colin*'омъ.

Но даже у выздоровѣвшихъ, повидимому, маляриковъ печень и селезенка еще долгое время остаются увеличенными въ объемъ, и это увеличеніе нерѣдко является первымъ стадіемъ встрѣчающагося у маляриковъ цирроза съ узловою гиперплазіею или безъ нея.

Процессъ развивается медленно и не уступаетъ никакому леченію. Вліять на него можно только изподволь, дѣйствуя продолжительнымъ образомъ на весь организмъ.

Большое значеніе имѣютъ здѣсь гигиеническія условія: пребываніе въ деревнѣ, особенно въ горахъ въ высокой степени поднимаетъ силы больного. Изъ *пищевого режима* стараются устранить все, что можетъ служить новымъ источникомъ зараженія или раздраженія для печени. Иногда превосходные результаты даетъ умѣренно примѣняемое подъ руководствомъ опытнаго врача *водолеченіе*. Различныя минеральныя воды: *Руая, Сантенэ, Бриджъ, Люксэ, Пузъ Шатель-Гюонъ, Контрексе-вилль, Эвіанъ, От.-Морисъ* и пр. зачастую оказываютъ весьма благотворное вліяніе на малярійныя гипереміи органовъ, въ частности печени.

Впрочемъ, какъ съ водолеченіемъ, такъ и съ назначеніемъ минеральныхъ водъ нужно быть крайне осторожнымъ, принимая въ расчетъ чувствительность больныхъ и не забывая, что въ данномъ случаѣ болѣе, чѣмъ когда-либо, строгая методичность не уместна. Очень малокровнымъ малярійкамъ иногда назначаютъ желѣзо, которое, однако, противопоказуется, если существуетъ гиперемія печени.

Успѣшнѣе дѣйствуетъ *мышьякъ*. Его можно давать продолжительное время въ формѣ *Fowler*'скаго раствора или еще лучше *жидкости Boudin*'а. Необходимо при этомъ слѣдить за пищеварительными путями.

Н. Циррозъ діабетиковъ.

Пигментный циррозъ діабетиковъ носить существенно кахэтическій характеръ. Онъ находится въ связи съ глубокимъ перерожденіемъ печеночныхъ клѣтокъ и потому не требуетъ спеціальнаго леченія. Было бы даже опасно подвергать въ такомъ случаѣ больного сколько нибудь ослабляющему леченію.

Тѣ же соображенія слѣдуетъ имѣть въ виду при циррозѣ чахоточныхъ, противъ котораго всякая терапия безсильна.

И въ томъ, и другомъ случаѣ показуется прежде всего *укрѣпляющее леченіе*, способное поднять силы больного: молоко съ небольшими количествами чая и кофе, умѣренное кормленіе; не слѣдуетъ пренебрегать также антисептикою кишечника.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

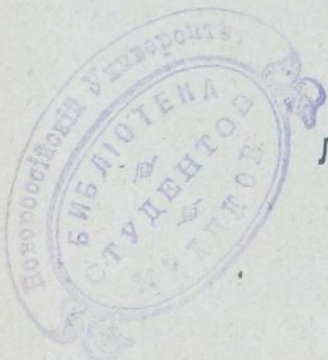
Леченіе желчекаменной болѣзни.

A. Chauffard'а.

I.

Общія замѣчанія.

Обусловливаемые желчными камнями многочисленные припадки, равно какъ и вытекающія изъ нихъ терапевтическія показанія находятся въ связи большею своею частью съ мѣстоположеніемъ и способомъ странствованія камней. Поэтому новѣйшіе успѣхи хирургіи желчныхъ путей потребовали точнаго и основательнаго изученія нормальной анатоміи печеночнаго желчнаго аппарата. Работы въ этомъ направленіи профессора *Terrier* и его учениковъ *Dally*, *Hartmann*'а и *Faure*'е должны быть знакомы всякому, какъ терапевту, такъ и хирургу.



Извѣстно, что въ имѣющіе прямое направленіе печеночный и общій желчный протокъ впадаетъ подъ различнымъ угломъ пузырный протокъ или протокъ желчнаго пузыря. Желчный пузырь и его протокъ образуютъ такимъ образомъ добавочныя части, родъ физиологической роскоши, которую можно удалить, не вызывая этимъ непоправимаго расстройства желчеотдѣленія. И въ самомъ дѣлѣ, *холецистектомія* или удаление желчнаго пузыря принадлежитъ къ числу нерѣдко выполняемыхъ и во многихъ случаяхъ благодѣтельныхъ операцій.

Нормальный желчный пузырь у здороваго субъекта *недоступенъ ошупыванію*. Скрытый подъ нижнею поверхностью печени, онъ едва переходитъ своимъ основаніемъ за выемку, ощущаемую рукою на уровнѣ остраго края печени, близъ внутренняго края прямой мышцы на правой сторонѣ живота.

Уже на основаніи того только факта, что желчный пузырь сталъ доступенъ ошупывающей рукѣ, можно сказать, что онъ *значительно растянутъ*. Онъ въ такомъ случаѣ производитъ впечатлѣніе гладкой, резистентной, сильно напряженной опухоли, болѣе или менѣе болѣзненной, яйцевидной формы, съ большимъ продольнымъ діаметромъ, ограниченной книзу выпуклою кривою.

Ручнымъ ошупываніемъ, помѣстивъ одну руку сзади въ реберно-подвздошный промежутокъ, можно протолкнуть пузырь впередъ, что даетъ явственное ощущеніе *качанія (ballotement)*, которое нужно умѣть отличать отъ качанія почки.

Въ отвѣсномъ положеніи тѣла дно желчнаго пузыря смотритъ внизъ, назадъ и немного влѣво; въ горизонтальномъ положеніи оно становится наиболѣе возвышенною частью пузыря и смотритъ вверхъ и впередъ. Эти перемѣны положенія пузыря имѣютъ большое клиническое значеніе и объясняютъ, по моему, то ставшее классическимъ наблюденіе, что приступы желчной колики большею частью разражаются *ночью*. Уже благодаря одному положенію на спинѣ, камень, если онъ не ущемленъ, отдѣляется отъ дна пузыря и падаетъ въ область, ставшую болѣе отлогою, т. е. въ ту часть его, которая продолжается въ пузырный протокъ, образуя родъ выпячивающагося вправо расширенія: *лоханку желчнаго пузыря*.

Шейка пузыря, по *Terrier* и *Dally*, «изгибается дважды, сначала вверхъ и влѣво, затѣмъ прямо кзади, немного влѣво, образуя такимъ образомъ два колѣна почти подъ прямымъ угломъ». Въ вершинѣ угла, образуемаго этими двумя изгибами, стѣнка утолщена и образуетъ родъ болѣе или менѣе выпуклаго *мыса*.

Когда пузырь содержитъ камни, особенно крупныя, то форма и видъ его зачастую сильно мѣняются; эти измѣненія подробно описаны были *Hartmann*'омъ. Камень изолируется, укладывается въ родъ ложи, ста-

новится неподвижнымъ, какъ бы осумковывается и дѣлается поэтому неспособнымъ къ самопроизвольному странствованію. Нѣсколько камней могутъ расположиться такимъ образомъ въ одномъ пузырьѣ, одинъ надъ другимъ, уединяясь каждый въ своей ложѣ и отдѣленные между собою, какъ бы заслонками, складками стѣнокъ пузыря. Въ другихъ случаяхъ камень низдавливаетъ лоханку ниже устья пузырнаго протока и выпячиваетъ его мѣшкомъ. Понятно, какое огромное значеніе имѣетъ такое расположеніе, потому что зачастую оно дѣлаетъ невозможнымъ нормальное прохожденіе камня и оправдываетъ самымъ положительнымъ образомъ хирургическое вмѣшательство.

Пузырный каналъ представляетъ большія индивидуальныя различія, какъ это явствуется изъ многочисленныхъ слѣпковъ *Faure*'а. Но всегда онъ представляется извилистымъ, излучистымъ, обезображеннымъ рядомъ чередующихся выпячиваній, расширеній и суженій. Не менѣе измѣнчива его длина, колеблющаяся между 40 и 70 мм.

Что касается *общаго желчнаго протока*, то благодаря своему болѣе прямолинейному направленію и отсутствію заслонки, онъ образуетъ болѣе удобный путь для прохожденія камней. Но кишечный конецъ его, вслѣдствіе узости дуоденальнаго отверстія *Valer*'овскаго расширенія, образуетъ ущелье, какъ бы загородку, которую трудно преодолѣть.

Если мы прибавимъ ко всему этому, что слизистая желчныхъ путей одарена въ физиологическомъ состояніи большою чувствительностью и что стѣнки его снабжены сократительными мышцами, то мы поймемъ легко, какія разнородныя препятствія встрѣчаетъ выходненіе желчнаго камня.

II.

Терапевтическія показанія.

Понятно, слѣдовательно, какая трудная и сложная задача выпадаетъ на долю врача, такъ какъ изъ желчекаменной болѣзни и ея припадковъ вытекаютъ разнообразныя показанія, смотря по случаю и различнымъ *моментамъ*. Въ этомъ отношеніи необходимо прежде всего различать между *литіазомъ*, какъ болѣзни и *литіазомъ*, какъ *процесса*.

Семейное или личное прошлое, бывшій уже разъ у субъекта приступъ печеночной колики дѣлаетъ его подозрительнымъ; мы полагаемъ или знаемъ, что онъ способенъ къ образованію желчныхъ камней. Поэтому мы должны предписать такому субъекту режимъ и лечение, которые кажутся наиболѣе способны предупредить образованіе камней или возвраты коликъ, т. е. необходимо *предохранительное лечение*.

Напротивъ того, если камни уже образовались и присутствіе ихъ сказывается повторными болевыми приступами, заразными лихорадочными явленіями, закупоркою общаго желчнаго протока съ упорною желтухою,

анормальнымъ странствованіемъ камня, то показанія будутъ совершенно иныя; здѣсь приходится бороться уже не съ *желчекаменною* болѣзною только, а съ дѣлымъ рядомъ общихъ и мѣстныхъ припадковъ, которые могутъ быть въ связи съ присутствіемъ, странствованіемъ и ущемленіемъ желчнаго камня.

Намъ надлежитъ, стало быть, разсмотрѣть послѣдовательно лечение: *желчекаменной болѣзни, нормальнаго выхожденія камней или печеночной колики, анормальнаго странствованія камней, лечение вторичныхъ инфекцій желчныхъ путей или ущемленія камня.*

III.

Лечение желчекаменной болѣзни.

A. Общія замѣчанія.

Предохранительное или *цѣлебное* лечение желчекаменной болѣзни должно опираться на представленіи, которое мы составили себѣ о природѣ и патогенезѣ желчекаменнаго процесса. Всякій другой образъ дѣйствій былъ бы чистымъ эмпиризмомъ.

Относительно происхожденія желчекаменной болѣзни въ настоящее время господствуютъ или, можно сказать, борются двѣ теоріи.

Одна изъ нихъ, традиціонная, приписываетъ предрасположеніе къ желчнымъ камнямъ разстройствамъ обмѣна веществъ, характеризующимся своимъ развитіемъ, своими патологическими средствами, семейною передачею. Въ работахъ *Bouchard*'а эта теорія нашла себѣ полную разработку.

Съ химической точки зрѣнія, желчекаменная болѣзнь находится въ связи съ кислотоу дискразіею, съ постояннымъ избыткомъ въ сокахъ органическихъ кислотъ. Въ ставшей кислотоу желчи происходитъ осажденіе холестерина, пигмента, известковыхъ солей, всѣхъ элементовъ, входящихъ въ составъ желчныхъ камней.

Съ этиологической точки зрѣнія, холелитіазъ есть прежде всего болѣзнь женскаго пола и зрѣлаго возраста. Всѣ причины, обуславливающія застой желчи, какъ то частыя беременності, стягиваніе стана узкими корсетами, опущеніе живота, особенно печени съ внезапнымъ изгибаніемъ желчнаго протока, занимаютъ видное мѣсто въ происхожденіи болѣзни.

Но главнымъ образомъ желчные камни находятся въ связи съ особыми условіями питанія, пріобрѣтенными или наслѣдственными. Болѣзнь, свойственная горожанамъ, тучнымъ, ведущимъ сидячій образъ жизни, привыкшимъ много ѣсть субъектамъ, она принадлежитъ къ группѣ артритическихъ страданій, проявляя самое близкое родство съ сахарнымъ мо-

чеминуреніемъ, тучностью, подагрой, почечуемъ, мигренью, мочевыми пескомъ.

Эти этиологическія данныя подтверждаются ежедневно клиническимъ наблюденіемъ. Они неопровержимо сохраняютъ свою силу и по-нынѣ, вопреки модной *заразной теоріи* холелитіаза.

Изслѣдованіями *Galippe, Dupré, Gilbert'a, Girode, Hanot* и *Letienne, Dominici, Fournier* и, въ Германіи, *Naunyn'a* воздвигнута цѣлая микробная теорія холелитіаза, которая приписываетъ главную болѣзнетворную роль желчнымъ инфекціямъ и, кромѣ того, еще брюшному тифу.

Мы не можемъ войти здѣсь въ подробный разборъ этого вопроса, о которомъ много можно было бы сказать. Но въ интересахъ практическихъ и съ терапевтической точки зрѣнія, мы должны замѣтить слѣдующее.

Изъ данныхъ объ участіи въ происхожденіи холелитіаза патологическихъ измѣненій соковъ и обмѣна вытекаютъ весьма опредѣленные профилактическія и терапевтическія показанія, справедливость коихъ подтверждается клиническимъ опытомъ.

Данныя о микробномъ происхожденіи камней не выходятъ за порогъ лабораторіи и лишены всякой терапевтической санкціи. Эти обусловливающія образованія камней желчныя инфекціи протекаютъ скрытно, не выражаясь никакими симптомами и не оказываютъ никакого вліянія на присоединяющіяся къ желчнымъ камнямъ *вторичныя желчныя инфекціи*, которыхъ наиболѣе выраженнымъ типомъ является желчная септическая лихорадка. Большею частью нѣтъ ни одного факта въ прошломъ больного, который указывалъ бы, въ какой именно моментъ произошло зараженіе желчного аппарата. Припадки обнаруживаются лишь послѣ того, какъ уже образовались камни.

Мало того, у лицъ, страдавшихъ раньше катарральной желтухой, т. е. единственною изъ безспорно самостоятельныхъ желчныхъ инфекцій, крайне рѣдко развивается холелитіазъ. Въ этомъ я давно уже имѣлъ случай убѣдиться.

Но если даже допустить микробное происхожденіе желчныхъ камней, то необходимо прибавить слѣдующую двойную поправку: *желчная инфекція, какъ причина желчныхъ камней, если не считать нѣкоторыхъ случаевъ брюшного тифа, не имѣетъ клинической исторіи; она можетъ играть роль только у субъектовъ, предрасположенныхъ въ силу особыхъ, приобретенныхъ или унаследованныхъ условій общаго питанія*¹⁾.

1. Позволяю себѣ по поводу этого столь важнаго вопроса о *клиническомъ значеніи инфекціи, какъ причины желчныхъ камней* сослаться на работу, обнаруженную мною въ *Revue de médecine* въ 1897 г.

Она слѣдовательно, не даетъ никакихъ указаній терапіи и микробная этиологія здѣсь уступаетъ мѣсто гуморальной этиологіи.

В. Общая гиѣна.

Какія же общія гигиеническія правила, какой пищевой режимъ должны мы предписать субъектамъ, которыхъ мы считаемъ предрасположенными или уже страдающими желчекаменною болѣзнию?

Должно воспретить сидячій образъ жизни, рекомендовать правильныя *упражненія*, прогулки пѣшкомъ, на велосипедѣ, шведскую гимнастику, фехтованье.

Отправленія кожи оживляются сухими или спиртными *растираніями*, *щелочными ваннами*.

Запоры предотвращаются систематическимъ примѣненіемъ небольшихъ дозъ *слабительныхъ среднихъ солей* или мало раздражающихъ растительныхъ слабительныхъ, напр. препаратами *каскары* или *ревеня*.

Тучнымъ субъектамъ предписываютъ ограниченный пищевой режимъ и массажъ.

Наконецъ, въ *пищевой режимъ* входятъ главнымъ образомъ: жаренное или тушенное мясо (не болѣе одного блюда заразъ), зелень, сырая или вареная, плоды въ любомъ количествѣ, въ томъ числѣ виноградъ.

Разрѣшаются лишь въ очень маленькихъ количествахъ крахмалистыя вещества, сласти, пироги, жиры, яйца. Нѣкоторые овощи, напр. сладкій горошекъ, содержатъ растительный холестеринъ и потому ихъ слѣдуетъ исключить.

Послѣ критическаго обзора бактериологическихъ данныхъ и вытекающей изъ нихъ патогенетической теоріи я привожу результаты собственнаго статистическаго матеріала, обнимающаго 241 случай брюшного тифа, катарральной желтухи и желчныхъ камней. Вотъ главные выводы: Изъ 171 субъектовъ, перенесшихъ когда то тифъ, страдали впоследствии желчными камнями лишь 18 человекъ, т. е. 10,5%. Въ одно изъ этихъ случаевъ промежутокъ между обѣими болѣзнями былъ очень короткій: первый приступъ печеночной колики обнаружился спустя двѣ недѣли по выздоровленіи отъ брюшного тифа. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ промежутокъ былъ не короче четырехъ лѣтъ.

Изъ 86, пользовавшихся отъ желчекаменной болѣзни, у 18 былъ раньше брюшной тифъ, стало быть въ 20,9%. Изъ 86 другого рода больныхъ, поступавшихъ затѣмъ въ мое отдѣленіе, перенесли ранже брюшной тифъ 15 человекъ, т. е. 17,4%.

Разница между этими двумя отношеніями 3,5% и выражаетъ собою степень большей частоты брюшного тифа въ прошломъ страдающихъ желчными камнями.

Изъ 16, перенесшихъ катарральную желтуху, получили впоследствии желчные камни двое, т. е. 17,5%.

Въ 86 случаяхъ желчныхъ камней катарральная желтуха предшествовала 2 раза, (2,3%).

Хлѣбъ разрѣшается въ небольшомъ количествѣ, и притомъ скорѣе грубый, домашній, чѣмъ бѣлый, чисто крахмалистый.

Въ итогѣ, рекомендуется смѣшанная пища, содержащая умѣренныя количества азотистыхъ веществъ, богатая растительными кушаніями и бѣдная крахмаломъ, сахаромъ и жирами.

Предписывается много пить, но не вино и не ликеры, а слабо щелочныя минеральныя воды, какъ то *Вальсз*, двууглекислоизвестковыя, напр. *Пузг* и мочегонныя слабыя повареносоленныя, напр. соленый источникъ *Виттель*.

С. Лекарственное пользованіе.

Таково должно быть гигиеническое и предохранительное леченіе лицъ, предрасположенныхъ къ желчнымъ камнямъ или уже страдающихъ таковыми. Но въ этомъ послѣднемъ случаѣ недостаточно соблюдать указанный режимъ, необходимо присоединить еще внутреннее леченіе, которое предупреждало или прекращало бы острые припадки желчекаменной болѣзни, т. е. печеночныя колики.

Это *дополнительное леченіе* въ промежутки между болевыми приступами будетъ различно, смотря по случаю, и въ этомъ отношеніи должно отличать больныхъ съ частыми, почти сливающимися приступами отъ субъектовъ, у которыхъ приступы возвращаются лишь чрезъ долгіе промежутки. Займемся пока этимъ послѣднимъ случаемъ.

Предъ нами больной, у котораго приступы печеночной колики повторяются не чаще 3—4 разъ въ годъ. Чего можемъ мы ожидать для него отъ внутреннихъ средствъ и что слѣдуетъ ему предписать?

Уже съ первыхъ шаговъ мы наталкиваемся на слѣдующее затрудненіе: за рѣдкими исключеніями, мы никогда не можемъ знать, остались-ли еще въ желчномъ пузырьѣ одинъ или нѣсколько камней, угрожаетъ-ли больному или нѣтъ острый приступъ, требуется-ли только предотвратить образованіе новыхъ камней. Въ послѣднемъ случаѣ леченіе, очевидно, дастъ болѣе вѣрные результаты.

Растворяющее дѣйствіе лекарствъ на уже образовавшіеся камни, въ самомъ дѣлѣ, весьма сомнительно, между тѣмъ, какъ обуславливающий образованіе камней катарръ безусловно доступенъ нашему воздѣйствію.

Доказано, что подъ вліяніемъ соответственнаго леченія приступы желчекаменной болѣзни становятся все рѣже и даже исчезаютъ, наступаетъ истинное, съ клинической точки зрѣнія, выздоровленіе.

На первомъ планѣ среди лекарственныхъ агентовъ стоятъ *минеральныя воды*. Нѣкоторые источники пользуются заслуженною репутаціею и показанія къ примѣненію тѣхъ или другихъ изъ этихъ источниковъ, смотря по случаю, установлены традиціею.

1. Леченіе минеральными водами.

Смотря по случаю, находятъ себѣ примѣненіе три типа минеральныхъ водъ, представителями которыхъ служатъ *Виши*, *Карлсбадъ* и *Виттель*. Посмотримъ же, въ какихъ именно случаяхъ должно прибѣгнуть къ этимъ водамъ и какихъ клиническихъ результатовъ мы выравѣ отъ нихъ ожидать.

А) *Виши*, считается самой классической станціею для страдающихъ желчными камнями изъ всѣхъ *двуурлекислонатровыхъ* водъ и удовлетворяетъ большинству случаевъ.

Назначеніе Виши встрѣчаетъ очень мало противопоказаній. Такими можно считать: *хроническую калкулезную желтуху*, съ нарастающимъ упадкомъ питанія и кахектическимъ состояніемъ, *желчекаменный циррозъ*, *алкогольный циррозъ* съ брюшною водянкою; *инфекцію* желчныхъ путей съ большими лихорадочными приступами и септицеміею.

Пожилѣй возрастъ самъ по себѣ не составляетъ противопоказанія, если артеріи остались гибкими и сердце нормально.

Въ Виши больной долженъ выдержать одновременно *наружный* и *внутренній* курсъ леченія. Первый состоитъ изъ тепловатыхъ минеральныхъ ваннъ, продолжительностью въ 15—30 минутъ, тепловатыхъ душей, рѣже ежедневныхъ холодныхъ душей.

Внутрь назначаютъ большею частью источники *Grande-Grille* и *Hôpital*, въ прогрессивно повышаемыхъ дозахъ, сообразно съ выносливостью больного. Въ настоящее время, впрочемъ, рѣдко приходится назначать больше 5—6 стакановъ въ день.

Подъ вліяніемъ такого леченія, иногда уже въ первые дни, возстаивается или увеличивается аппетитъ и улучшается пищевареніе. Моча становится болѣе обильною и болѣе свѣтлою.

Зачастую около восьмого или десятаго дня леченія появляется приступъ печеночной колики съ желтухою, и, смотря по интенсивности припадковъ, леченіе нужно продолжать или приостановить.

Если за приступомъ слѣдуетъ отхожденіе камня, то это въ общемъ благоприятное обстоятельство, но отнюдь не необходимое для достиженія позднѣе хорошихъ результатовъ. Слѣдуетъ даже, по возможности, избѣгать коликъ, назначая не слишкомъ большія дозы и не слишкомъ быстро увеличивая ихъ. Источникъ *Hôpital*, съ этой точки зрѣнія, часто переносится лучше, чѣмъ *Grande Grille*.

Нерѣдко цѣлебное дѣйствіе Виши сказывается скрытно, въ теченіе слѣдующихъ по прекращеніи леченія мѣсяцевъ. Частые раньше приступы становятся рѣже и слабѣе, но если не возобновить леченія, то они спустя 10—12 мѣсяцевъ возвращаются вновь.

По типу Виши дѣйствуютъ воды *Вальсъ*, *Билингъ*, *Пузъ*, оказывающія также весьма благотворное вліяніе на холелитіазъ.

В.-Карлсбадъ занимаетъ первое мѣсто среди сѣрнохлориднатронныхъ водъ. Своимъ слабительнымъ эффектомъ карлсбадскія воды отличаются отъ вызывающихъ скорѣе запоры водъ Виши; пищевой режимъ въ Карлсбадѣ, кромѣ того, лучше упорядоченъ, климатъ болѣе укрѣпляющій. Но въ итогѣ курсъ леченія въ Карлсбадѣ больше ослабляетъ и утомляетъ больного, и потому показуется скорѣе для молодыхъ, полнокровныхъ субъектовъ съ склонностью къ венозному застою въ брюшной полости и тучности. Еще въ большей степени это относится къ *Маріенбаду*.

Содержащія двууглекислыя и сѣрнокислыя соли воды, какъ напр., *Виттель* превосходно дѣйствуютъ на страдающихъ желчными камнями артритиковъ и лицъ съ мочекислымъ діатезомъ; туда можно послать также больныхъ, которые не вынесли леченія въ Виши или извлекли изъ него мало пользы. Наружное леченіе состоитъ изъ общихъ теплыхъ душей слабого давленія и умѣренныхъ ваннъ; для внутренняго леченія назначается сначала источникъ *Marie* и *Saleé*, въ прогрессивно нарастающихъ дозахъ.

«Курсъ леченія въ Виттелѣ», говоритъ *Bouloumié*, «изгоняетъ желчные камни, опорожняетъ и очищаетъ желчный пузырь, желчные каналы и протоки, а дѣйствіе источника *Saleé* въ этомъ направленіи таково, что у нѣкоторыхъ больныхъ мнѣ удавалось по желанію, нѣсколько разъ подъ рядъ или съ короткими промежутками, вызывать или приостанавливать изгнаніе камней только тѣмъ, что я заставлялъ ихъ продолжать, возобновлять или прекращать употребленіе этой воды».

Хорошіе результаты даютъ также *Контрексевилль* и *Канфернъ*.

Въ промежуткахъ между двумя курсами леченія на мѣстѣ, зачастую полезно продолжать пить минеральную воду у себя дома. Результаты, правда, достигаются далеко не такіе полные, какъ на самихъ водахъ, но тѣмъ не менѣе, вліяніе достаточно благотворно.

Собственно лекарственное пользованіе.

Если печеночныя колики возвращаются лишь чрезъ долгіе промежутки, то выздоровленіе можетъ быть достигнуто одними выше перечисленными средствами: гигиеническими мѣрами, діетой, курсомъ леченія на водахъ и употребленіемъ тѣхъ же водъ дома, раза два въ годъ, по 15—20 дней каждый разъ.

Но если приступы повторяются часто, напр. одинъ или нѣсколько разъ въ мѣсяцъ, то требуется болѣе сложное леченіе.

Всѣ употребительные методы, а ихъ очень много, преслѣдуютъ одну

и ту же цѣль: *сдѣлать желчь болѣе обильною и болѣе жидкою обезболить и поддерживать асептическими желчными путями.*

На первомъ планѣ среди удовлетворяющихъ этой цѣли лекарствъ я ставлю *бензойнокислый и салициловый натръ.*

Эти двѣ соли, въ дозахъ по 2—4 грм. въ сутки, даютъ превосходные и, до известной степени, аналогичные результаты.

Подъ влияніемъ этихъ средствъ приступы становятся болѣе рѣдкими, гораздо менѣе интенсивными, чувствительность въ области пузыря ослабѣваетъ или исчезаетъ, восстанавливается тѣкъ желчи.

Хотя оба медикамента, какъ будто проявляютъ одинаковое дѣйствіе, выборъ между ними, однако, не безразличенъ.

Салициловый натръ обнаруживаетъ явственно болеутоляющее дѣйствіе и быстро и совершенно облегчаетъ больныхъ съ частыми болевыми приступами. Но отъ него зачастую приходится отказываться, потому что его не переносятъ желудокъ, либо потому что онъ вызываетъ звонъ въ ушахъ и головную боль. Мало того, при больныхъ почкахъ и недостаточномъ мочеотдѣленіи могутъ обнаружиться припадки отравленія салициловою кислотою.

Ничего подобнаго не можетъ случиться съ бензойнокислымъ натромъ: онъ никогда не отравляетъ и обыкновенно хорошо переносится желудкомъ. Нужно только прописывать бензойнокислый натръ *роснаго ладана*, потому что соль, приготовленная синтетическимъ путемъ, переносится гораздо хуже.

Я часто соединяю обѣ соли по слѣдующему рецепту:

Бензойнокислаго натра роснаго ладана	10.0
Салициловаго натра	20.0
На 30 порошковъ. 3 раза въ день по порошку за ѣдою.	

Существуетъ одинъ способъ назначенія салициловой кислоты, къ которому можно прибѣгнуть съ успѣхомъ, не опасаясь припадковъ невыносимости со стороны желудка: это мѣстные смазыванія *салициловымъ метиломъ.* Изслѣдованія *Lannois* и *Linnossier* показали, что салициловый метиль всасывается чрезъ кожу и выдѣляется мочою, проявляя такое же болеутоляющее дѣйствіе, какъ и внутреннее употребленіе салициловаго натра. Вотъ, стало быть, способъ примѣненія салициловой кислоты, который показуется, повидимому, преимущественно въ началѣ или при гастралгическихъ и слабыхъ формахъ желчной колики, когда салициловый натръ плохо переносится раздраженнымъ уже желудкомъ или когда угрожаетъ рефлекторная рвота.

Если колики продолжаютъ повторяться, не смотря на примѣненіе только что разсмотрѣнныхъ средствъ, то назначаются успѣшно другія средства, одни или въ соединеніи съ предыдущими.

Хорошимъ болеутоляющимъ для желчныхъ путей служить *амило-вале-*



риановый эфиръ въ капсулькахъ. Даютъ отъ 4 до 6 капсулекъ въ день за ѣдою. Но онъ нерѣдко худо переносится желудкомъ и вызываетъ неприятную отрыжку.

Классическое *Durande'ово средство* въ настоящее время болѣе не примѣняется, даже въ наиболѣе мягкой формѣ, которая состоитъ въ томъ, что даютъ отдѣльно перлы съ эфиромъ и капсульки съ терпентиномъ.

Напротивъ того, превосходные результаты давало мнѣ часто другое старинное средство *Гаарлемское масло*. Это маслянистая буроватая жидкость, неприятнаго запаха, пригорѣлаго вкуса; дѣйствующее начало въ немъ составляетъ, повидимому, можжевельное масло. Больному совѣтуютъ каждые 8 дней выпивать предъ сномъ чашку настоя болдо съ одною или двумя перлами гаарлемскаго масла, а въ остальные дни принимать бензойно-кислый или салициловый натръ.

Назначали *бывачью желчь*, какъ желчегонное, въ формѣ, напр., пилюль. Но это средство мало практичное, которое, къ тому, не только не разжижаетъ желчи, а напротивъ того, какъ будто еще дѣлаетъ ее болѣе густою.

Оливковое масло, которое давно уже примѣняется эмпирически противъ желчныхъ камней, дѣйствительно, какъ показали опыты *Rosenberg'a*, проявляетъ очень энергичное и поразительно разжижающее дѣйствіе. Я доказалъ въ 1888 г. вмѣстѣ съ *Dupré*, что у больныхъ которымъ угрожаетъ приступъ или которые страдаютъ часто повторяющимися коликами, оливковое масло прекращаетъ боли и восстанавливаетъ проходимость желчныхъ путей. Можно дать сразу большую дозу, 200—400 грм., вводя ее черезъ зондъ, если больной не можетъ преодолѣть своего отвращенія, или же давать три вечера подъ рядъ по 100 грм. До и послѣ приѣма масла больной долженъ прополаскать себѣ ротъ глоткомъ рома или киршвассера.

Иногда оливковымъ масломъ удается изгнать желчные камни. Чаще, однако, въ испраженіяхъ находятъ только полумягкіе оливковые конкременты, похожіе на бѣлый или зеленый воскъ и состоящіе по изслѣдованіямъ *Villejean'a*, изъ смѣси средняго жира и свободныхъ жирныхъ кислотъ.

Въ 1892 г. *E. Ferrand* предложилъ замѣнять оливковое масло *глицериномъ*, давая его либо одною большою дозою (20—30 грм.), либо ежедневно по 5—15 грм. въ немного воды Виши. Это средство, мнѣ казалось, вызвало иногда преходящіе признаки мозговаго возбужденія, полуопьяненіе; клиническое дѣйствіе его, къ тому, же еще не доказано.

Менѣ убѣдительные результаты даютъ, по моему, *эвониминъ* и *болдо*.

О тринитринъ, рекомендованномъ противъ печеночныхъ колигъ

Lindsay Furnbull емь, достаточно сказать нѣсколько словъ. По этому автору, достаточно уже 0,0005—0,001 тринитрина, чтобы парализовать гладкія мышечныя волокна желчныхъ путей и прекратить приступъ. Я лично не имѣю опыта относительно этого средства.

Не примѣнялъ я также *лечения лимонами*, къ которому прибѣгаютъ иногда въ Германіи и Итали, но я знаю, что оно даетъ хорошіе результаты. Больной принимаетъ по утрамъ натошакъ лимонный сокъ въ нарастающихъ количествахъ, до полустакана, и такія большія дозы, по видимому, прекрасно переносятся.

Къ какимъ бы ни прибѣгали способамъ леченія, всегда слѣдуетъ чередовать ихъ или, если нужно, сочетывать. Такъ напр., совѣтуютъ за столомъ употреблять вмѣсто питья воду *Bummel*, источникъ *Salée* или *Zulzimmattz*; въ теченіе 10 дней мѣсяца пить Виши (*Celéstins*) холодную или *Grande Grille*, нагрѣтую, смотря потому, какая изъ нихъ лучше переносится желудкомъ; десять слѣдующихъ дней дается салициловый или бензойнокислый натръ; остальную треть мѣсяца всѣ лѣкарства отмѣняются.

Если угрожаетъ колика или приступы часто повторяются, то къ предыдущимъ средствамъ прибавляютъ еще гаарлемское масло, оливковое масло или амиловалеріановый эфиръ.

Гигіеническій и діететическій режимъ, щелочныя ванны, правильное наблюденіе за кишечными отправлениями, дополняютъ это леченіе, которое вмѣстѣ съ курсомъ леченія на водахъ, даетъ въ большинствѣ случаевъ наилучшіе результаты.

IV.

Лечение печеночной колики.

Въ мѣрахъ противъ *печеночной колики* должно сообразоваться частью со степенью интенсивности послѣдней.

Первое требованіе—это устранить отъ больного всякую случайную причину, могущую вызвать приступъ. Какъ только обнаружатся малѣйшіе признаки или предвѣстники колики, желчный пузырь покажется слишкомъ напряженнымъ, обнаружится легкая желтучная окраска мочи или покрововъ, необходимо предписать больному безусловный или, по крайней мѣрѣ, относительный покой. Запрещаются всякое продолжительное путешествіе по желѣзной дорогѣ, всякія утомительныя прогулки въ экипажѣ, на велосипедѣ или верхомъ, танцы, лаунъ-теннисъ, однимъ словомъ все, что можетъ сдвинуть съ мѣста камень и вызвать рефлекторныя сокращенія желчныхъ путей.

Въ цѣляхъ предупрежденія приступа строго воспрещается также всякая діететическая погрѣшность. Слѣдуетъ избѣгать слабительныхъ.

Но если приступъ все-таки разразился, то что предпринять противъ него?

А) При *слабомъ* или *средней интенсивности* приступъ уложить больного въ постель, давать въ пищу, и то если нѣтъ припадковъ со стороны желудка, только холодное молоко, разбавленное водою Виши, холодные кремы желе изъ мяса. Сдѣлать одну или нѣсколько теплыхъ *ваннъ*, въ 35° Ц., продолжительностью около часа. Положить на область праваго подреберья пузырь съ очень *горячею водою*: это превосходное средство, всегда приносящее больному облегченіе; *отирать хлороформную мазь* или *миндальное масло* съ одною третью *иваякола*, либо *салициловый метилъ*.

Если боли отъ этихъ средствъ не утихнутъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ назначенію болеутоляющихъ внутрь. *Эфиръ*, *хлороформная вода* не только успокаиваютъ боли, но прекращаютъ также рвоту. Пилюли съ *опіемъ* и *белладонною*, *хлоралъ-гидратъ*, по 1—2 грм., *экзалинъ* въ 2—3 облаткахъ по 0,2, маленькая клизма съ 2,0 *антипирина*, вотъ средства, которыя примѣняются чаще всего и съ лучшимъ успѣхомъ.

В) Болѣе энергичнаго вмѣшательства требуютъ *бурные* приступы печеночной колики съ сильными болями и рвотою. Предписываются абсолютный покой и діета. Даютъ сосать кусочки льда, пить мороженный грогъ, немного молока, если оно переносится и, главнымъ образомъ, дѣлается подкожное впрыскиваніе 0,01—0,02 *солянокислаго морфія*. Это героическое средство, единственное, способное принести больному облегченіе и успокоеніе. Оно показуется здѣсь тѣмъ болѣе, что, устраняя боль, оно тѣмъ не менѣе, не задерживаетъ странствованія камня, т. е. естественнаго хода самороднаго выздоровленія.

Единственнымъ противопоказаніемъ къ примѣненію морфія можетъ служить состояніе сердца, въ тѣхъ, довольно, впрочемъ, рѣдкихъ случаяхъ, когда желчная колика сопровождается явленіями сердечнаго коллапса, частымъ, маленькимъ, неравномѣрнымъ пульсомъ, паденіемъ артеріальнаго давленія, угрожающимъ обморокомъ.

Разъ приступъ желчной колики миновалъ, то необходимо, даже при отсутствіи желтухи, строго соблюдать гигиеническія и діететическія предписанія, имѣя въ виду, что приступы зачастую быстро слѣдуютъ одинъ за другимъ. *Молочную діету*, по возможности, соблюдаютъ еще въ теченіе нѣсколькихъ дней.

V.

Леченіе закупорки и зараженія желчныхъ путей.

Все выше изложенное относилось лишь къ прстѣйшимъ клиническимъ формамъ желчекаменной болѣзни, не прерываемымъ двумя столь частыми осложненіями: *закупоркою* и *инфекціею желчныхъ путей*.

Какъ только вмѣшались эти два процесса, отдѣльно или совмѣстно, положеніе дѣлъ сразу мѣняется и рождаются новыя показанія, требующія, смотря по случаю, *терапевтическаго* или *хирургическаго вмѣшательства*.

Въ этой области мы натолкнемся на много еще неразрѣшенныхъ вопросовъ, потому что хирургія желчныхъ путей находится еще въ періодѣ изученія. Но уже и теперь достигнуты прекрасные результаты и много больныхъ выздоравливаютъ въ настоящее время, предъ которыми еще нѣсколько лѣтъ назадъ мы стояли-бы совершенно безоружные.

Задержка желчи составляетъ естественное слѣдствіе блужданія камня и соотвѣтствуетъ прохожденію камня по общему желчному протоку. Въ неосложненныхъ случаяхъ это странствованіе камня можетъ продолжаться отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней, развивается преходящая желтуха, не требующая особаго леченія.

Но далеко не всегда это такъ. Потому-ли, что камень слишкомъ великъ или имѣетъ неравномѣрную, шероховатую поверхность, потому ли, что вслѣдствіе особой вялости, рефлекторныя изгоняющія сокращенія совершаются недостаточно энергично, но камень останавливается и ущемляется въ какомъ-нибудь пунктѣ желчнаго протока и истеченіе желчи прерывается.

Съ этого момента развертывается картина продолжительной или хронической задержки желчи вслѣдствіе закупорки камнемъ, и клиническое положеніе становится однимъ изъ самыхъ шаткихъ.

Нѣтъ, въ самомъ дѣлѣ, ни одного признака, который указалъ-бы намъ, въ какомъ именно пунктѣ желчнаго протока застрялъ камень, остался-ли онъ неподвижнымъ или продолжаетъ медленно подвигаться впередъ. Изъ хирургическихъ случаевъ мы знаемъ только, что большую часть ущемленіе происходитъ вначалѣ или въ наддуоденальной части общаго желчнаго протока, по *Jourdan*'у ¹⁾, въ 32 случаяхъ холедохотомій изъ 44 найденные камни сидѣли надъ двѣнадцатиперстной кишкою.

Предсказать, какъ долго будетъ продолжаться закупорка, слѣдовательно, почти невозможно и крайне трудно, стало быть, также опредѣлить моментъ, когда слѣдуетъ прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству.

Оперировать, по моему, не должно ни слишкомъ рано, ни слишкомъ поздно, т. е. съ одной стороны, не должно ждать, чтобъ успѣли обнаружить тяжкіе вторичные припадки, а съ другой, рѣшиться на лапоротомию слѣдуетъ не раньше, чѣмъ исключена будетъ всякая вѣроятность самороднаго выздоровленія.

1) *M. Jourdan.* — De la choledocotomie. Thèse de Paris, 1895.

А.—Лекарственное пользованіе.

Предъ нами болѣзней, уже съ мѣсяць одержимый желчекаменной желтухою; онъ страдаетъ мало или вовсе не страдаетъ; общее состояніе не затронуто, онъ не худѣетъ, хорошо питается, никогда не имѣетъ ни жару, ни знобовъ; мы не прощупываемъ растянутого пузыря. При такихъ условіяхъ спѣшить нечего; можно ждать, надѣяться на природное выздоровленіе. Предписываютъ *покой*, продолжительныя *ванны*, исключительную или, по меньшей мѣрѣ, частичную *молочную діету*, посылаютъ больного на воды, если этого позволяетъ время года или совѣтуютъ пить минеральную воду дома, назначаютъ *салициловый* или *бензойнокислый натръ*.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, стараются поддержать асептику кишечнаго канала помощью *бетола* и *бензонафтола*; время отъ времени даютъ легкое *слабительное*. Напомнимъ, что, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Stadelmann'a*, при полной задержкѣ желчи дѣйствуютъ не все слабительныя. *Пододофилинъ*, смолы *яланны* и *скаммонія* почти не дѣйствуютъ. Сохраняютъ свое дѣйствіе *каломель*, *сабуръ*, *гуммигутъ* и *сенна*.

Эти изслѣдованія *Stadelmann'a* имѣютъ, впрочемъ, болѣе теоретическій, чѣмъ практический интересъ. Опыты производились надъ собаками съ наружнымъ желчнымъ свищемъ и резекціей общаго желчнаго протока, слѣдовательно, при условіяхъ, вовсе не аналогичныхъ закупоркѣ желчнаго протока камнемъ. Они выясняютъ намъ лишь *слабительный эффектъ*, между тѣмъ нельзя пренебрегать и сопутствующимъ *желчегоннымъ* дѣйствіемъ. Наконецъ, за исключеніемъ каломеля, испытывались какъ разъ не тѣ средства, которыя слѣдуетъ назначать при желчекаменной желтухѣ: *среднія слабительныя соли*, которыхъ *Stadelmann* не испытывалъ; сохраняютъ при калкулезной желтухѣ полный свой эффектъ и заслуживаютъ, по моему, предпочтенія.

Но вернемся къ нашему предполагаемому больному. Если послѣ двухъ мѣсяцевъ закупорки желчнаго протока, желтуха не исчезнетъ, онъ начнетъ худѣть, слабѣть, изнуряться, то терапевтическія показанія измѣняются, близится пора для хирургическаго вмѣшательства.

Какъ ни трудно и нѣсколько искусственно формулировать общее правило, но обратиться къ хирургу слѣдуетъ, мнѣ кажется, между вторымъ и третьимъ мѣсяцемъ. Послѣ третьяго мѣсяца ждать было бы опасно, пора оперировать.

Зараженіе желчныхъ путей, подобно задержкѣ желчи, требуетъ, смотря по случаю, то терапевтическаго, то оперативнаго вмѣшательства.

При извѣстныхъ ослабленныхъ формахъ, выражающихся лишь немногими рѣдкими лихорадочными приступами во время или послѣ коликъ, можно ограничиться *молочною діетою* и кишечною антисептикою. За-

частую даетъ хорошіе результаты *салолъ*, въ дозахъ по 2—3 грм. въ сутки, но онъ не всегда хорошо переносится и нерѣдко, какъ при всѣхъ страданіяхъ печени вообще, вызываетъ почернѣніе мочи.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ зараженіе желчныхъ путей при холелитіазѣ выражается острыми лихорадочными и токсическими явленіями, подобно тяжелой желтухѣ. При такихъ условіяхъ большая операція была бы крайне опасна и цѣннымъ средствомъ остаются холодныя ванны, дававшія прекрасные результаты *H. Mollière*'у.

Остаются, наконецъ, случаи, гдѣ необходимо оперировать. Мы рассмотримъ ихъ въ одной общей главѣ о хирургическихъ показаніяхъ въ терапіи желчныхъ камней.

В. Хирургическія показанія при леченіи желчекаменной болѣзни.

Оперативное внимательство при холелитіазѣ опирается на трехъ главныхъ явленіяхъ: *болн, задержкѣ желчи, инфекціи желчныхъ путей.*

1. У нѣкоторыхъ больныхъ, несмотря ни на что, желчныя колики повторяются такъ часто, что существованіе ихъ становится невыносимымъ и страдаетъ общее состояніе. Въ такомъ случаѣ должно совѣтовать пробную лапаротомію. Желчный пузырь и пузырный протокъ осматриваются и освобождаются отъ камней, если таковые окажутся; вскрытый пузырь зашивается, либо вырѣзывается, либо, лучше, пришивается къ стѣнкѣ, смотря по индивидуальнымъ условіямъ каждаго случая.

Если желчь асептична, то наружный желчный свищъ заживаетъ обыкновенно довольно легко, иногда послѣ опороженія новыхъ камней.

Можетъ, впрочемъ, случиться, что при операціи не найдено будетъ ожидаемыхъ камней и что причиною болей окажутся воспалительныя сращенія пузыря. Но въ такомъ случаѣ, освобожденіе пузыря осторожнымъ разрушеніемъ сращеній можетъ вести къ выздоровленію.

Операція желчнаго пузыря обыкновенно не тяжки; *Kehr* на 23 случая цистектомій, сдѣланныхъ въ теченіе 6 лѣтъ, не имѣлъ ни одного смертельнаго исхода, а изъ 21 цистектомированныхъ потерялъ только одного.

2. При *закупоркѣ камнемъ* общаго желчнаго протока должно, какъ мы видѣли, оперировать, когда желтуха, не смотря на внутреннія средства, не исчезла послѣ 2—3 мѣсяцевъ, когда пострадало общее питаніе или обнаружались признаки инфекціи.

Лучшею операціею служитъ *холедохотомія*, но должно сознаться, что это довольно-таки тяжелая операція, по *Kehr*'у изъ 82 случаевъ, выключая тѣ, гдѣ за смерть не была отвѣтственна операція, смертность равнялась 25⁰/₁₀₀.

Пробная лапаротомія позволяетъ осмотрѣть предварительно всѣ желчныя каналы и, въ особенности, общій желчный протокъ. Такъ какъ швы желчнаго протока нерѣдко на второй или третій день расходятся,

то не мѣшаетъ, по совѣту *Querr*'а, вставить наружный предохранительный дренажъ. Разъ желчные пути стали вновь проходимыми, то кожный желчный свищъ заживаетъ очень скоро, если нѣтъ заразныхъ осложнений.

Не входя въ ближайшій разборъ всѣхъ техническихъ трудностей холедохотоміи, напомнимъ только, что никогда нельзя поручиться, что удалены всѣ камни. Зачастую въ слѣдующіе за операціею дни черезъ свищъ выходятъ новые камни, иногда даже послѣ преходящаго новаго закупоренія желчнаго протока.

3. *Инфекція желчныхъ путей*, съ хирургической точки зрѣнія, либо ограничивается внѣпеченочными путями, либо распространяется глубже, но клиническое изслѣдованіе часто не даетъ указаній о большей или меньшей распространенности процесса.

Если мѣстные симптомы позволяютъ распознать гнойное воспаленіе желчнаго пузыря на почвѣ камней, то показаніе ясно: необходимо вскрыть пузырь и, удаливъ по возможности, всѣ камни, пришить его къ стѣнкѣ.

Но если, въ отсутствіи яснаго холецистита, констатируются явленія инфекции на почвѣ литіаза, не уступающіе внутреннему леченію и даже все ухудшающіеся, то должно все-таки прибѣгнуть къ холедохотоміи.

Не говоря уже объ удаленіи камней, эта операція устраняетъ задержку желчи, выводитъ наружу зараженную желчь, дѣйствуетъ въ качествѣ, такъ сказать, предохранительнаго клапана на гноеродный процессъ.

Не всякая зараженная желчь, впрочемъ, содержитъ гной, ко всякому оперативному дѣйствію на желчныхъ путяхъ необходимо по этому присоединить бактериологическое изслѣдованіе (*Terrier*).

Тотъ же авторъ доказалъ, что зараженная желчь остается таковою очень долго и что у больного, чувствующаго себя хорошо, пока у него открытъ свищъ, зачастую вновь обнаруживаются явленія инфекции, какъ только сдѣланы будутъ попытки закрыть свищъ.

Теченіе кожныхъ желчныхъ свищей будетъ, стало быть, различно, въ зависимости отъ слѣдующихъ двухъ условій: если желчь безгнилостна, то свищъ склоненъ самъ собою къ заживленію и закрывается довольно скоро и безъ осложнений; напротивъ того, если желчь заражена, то закрытіе свища совершается медленно, зачастую сопровождаясь явленіями ангиохолита.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ можетъ потребоваться новое оперативное вмѣшательство, если чрезмѣрная потеря желчи истощаетъ больного. Хирургъ устанавливаетъ вторичное соустье между пузыремъ и двѣнадцатиперстной или поперечною ободочною кишкою.

Напомнимъ еще разъ, что, какава бы ни была причина страданія, пробная лапаротомія никогда не причиняетъ вреда. Иногда только она

одна позволяетъ опредѣлить точно мѣсто и степень процесса. Весьма любопытно, что иногда хроническая желтуха или септическія явленія исчезаютъ послѣ простой лапаротоміи, когда, вскрывъ животъ, не находятъ ожидаемыхъ камней. У одного изъ моихъ больныхъ, оперированнаго *Delpech* по поводу припадковъ, очень тяжкихъ, желчной инфекции, печень оказалась объемистою, краснофіолетоваго цвѣта, испещренною на поверхности просовидными антихолитически-гноиничками. Послѣ простой лапаротоміи, сверхъ ожиданія, наступило быстрое и полное выздоровленіе.

Замѣчу, что операція при желчныхъ камняхъ не обезпечиваетъ отъ скорого иногда возврата припадковъ. У одного больного, оперированнаго *Ricard* оми, чрезъ 6—8 мѣсяцевъ возобновились тяжкія колики съ желчною инфекціею.

VI.

Лечение осложненій.

Клиническое теченіе желчныхъ камней можетъ быть видоизмѣнено многочисленными осложненіями, вызванными либо ущемленіемъ камня, либо распространеніемъ инфекціоннаго процесса по сосѣдству, либо аномальнымъ странствованіемъ камня. Отсюда вытекаютъ и новыя терапевтическія показанія.

А. Желчекаменный циррозъ.

Это циррозъ, въ окружности желчно-воротныхъ путей съ гладкою, плотною, немного увеличенною въ объемѣ печенью; онъ сопровождается хроническою желтухою, болевыми и зачастую лихорадочными приступами, иногда перигепатитомъ и небольшою брюшною водянкою.

Внутреннее леченіе сводится почти цѣликомъ къ молочной діетѣ и антисептикѣ кишекъ. На первомъ планѣ должны стоять *предохранительныя мѣры*. Не слѣдуетъ при закупоркѣ желчнаго протока камнемъ ждать до тѣхъ поръ, пока не начнетъ развиваться вторичный циррозъ. Должно стараться, сначала внутренними средствами, затѣмъ оперативнымъ вмѣшательствомъ возстановить во время проходимость желчнаго тракта.

В. Пилефлебитъ.

Пилефлебитъ, слипчивый или, чаще, гнойный, можетъ присоединиться къ периаңгхолиту, развившемуся на уровнѣ ущемленія камня. Это очень тяжкое осложненіе, мало доступное нашему воздѣйствію; его легче предупредить, чѣмъ лечить.

Хирургическое вмѣшательство показуется, напротивъ того, при *поддиафрагмальныхъ нарывахъ* съ правой стороны, *гноиныхъ перигепати-*

тажъ, вызванныхъ распространеніемъ нагноенія въ окружности воспаленныхъ желчныхъ канальцевъ или флегмонознымъ воспаленіемъ желчнаго пузыря.

С. Аномальное странствованіе.

Остается разсмотрѣть аномальное прохожденіе камней, требующее иногда безотлагательнаго хирургическаго вмѣшательства.

Разрывъ, травматическій или самородный, желчнаго пузыря, если желчь сколько нибудь заражена, вызываетъ острѣйшій разлитой перитонитъ, рѣже ограниченное воспаленіе брюшины. Единственное спасеніе, это лапаротомія съ наружнымъ дренажемъ.

Могутъ образоваться самопроизвольно *кожные желчные свищи*, но это дурной способъ природнаго выздоровленія, потому что желчные камни всегда прокладываютъ себѣ путь по узкому, неравномѣрному, извилистому проходу, чрезъ который камни выдѣляются съ большимъ трудомъ и который предрасполагаетъ къ вторичнымъ зараженіямъ свищеваго канала.

Если бы мы умѣли всегда во время вмѣшаться, то такого рода факты должны были бы исчезнуть изъ нашихъ наблюденій.

Желудочно-кишечные свищи сами по себѣ не требуютъ оперативнаго вмѣшательства. Нужно только внимательно слѣдить за больнымъ и систематически обезгниливать кишечникъ.

Но довольно часто объемистые камни, проникнувъ въ кишечникъ, ведутъ къ *закупоркѣ кишечника*. *Courvoisier*, затѣмъ *Dagron* собрали 140 случаевъ, а *Galliard*¹⁾ въ 1895 уже 225.

Желчный камень можетъ застрять сейчасъ же вблизи двѣнадцатиперстной кишки, но чаще камни ущемляются въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки, почти на уровнѣ Баугиніевой заслонки или даже въ прямой кишкѣ.

Главною причиною закупорки, конечно, является величина камня, но это не единственная причина. И не крупные камни, которые сами по себѣ не могли бы закрыть просвѣта кишки, могутъ этого достигнуть, вызывая однимъ своимъ прикосновеніемъ рефлекторный спазмъ кишки. Кишечныя стѣнки сокращаются вокругъ камня, образуя надъ и подъ нимъ какъ бы настоящій сфинктеръ, который не даетъ инородному тѣлу двинуться ни взадъ, ни впередъ (*Thiriard*).

Не существуетъ, стало быть, прямой связи между тяжестью припадковъ и объемомъ ущемленнаго камня.

Не вхвдя въ подробный клиническій разборъ закупорки кишечника желчными камнями, обращаю только вниманіе на медленное обыкновенно

¹⁾ *Galliard*. De Pilaus par calculs biliaires. Presse médicale. 1895.

развитіе припадковъ, на наличность симптомовъ литіаза въ прошломъ, на необходимость болшею частью для подтвержденія всегда шаткаго діагноза пробной лапаротоміи, съ которой не слѣдуетъ слишкомъ медлить; отъ этого зависитъ успѣхъ операціи.

Если есть поводъ подозрѣвать закупорку кишки камнемъ, то слѣдуетъ избѣгать всего, что могло бы вызвать или усилить спазмъ подвздошной кишки: не слѣдуетъ давать слабительныхъ (*Galliard*), воздерживаться отъ какого бы то ни было массированія живота. Интенсивныя боли успокаиваетъ подкожное впрыскиваніе морфія; слѣдуетъ, тщательно слѣдя за всѣми припадками, приступитъ къ операціи, какъ только симптомы закупорки подтвердятся или проявятъ склонность къ ухудшенію.

Вначалѣ результаты операціи были дурныя, но, какъ справедливо замѣчаетъ *Galliard*, они съ каждымъ днемъ становятся все лучше, и съ 1891 г. смертность не превышаетъ уже 33⁰/о. Это, конечно, все еще очень высокая цифра, но ее, бѣзъ соенія, понизятъ новѣйшіе успѣхи кишечной хирургіи и болѣе своевременное вмѣшательство.

Не слѣдуетъ, стало быть, терять изъ виду, какъ многочисленны и необходимы показанія къ оперативному вмѣшательству при столь сложныхъ, разнообразныхъ и нерѣдко тяжкихъ явленіяхъ желчекаменной болѣзни. Да и то мы разсмотрѣли далеко не всѣ возможные случаи; наблюдались и болѣе исключительныя, какъ напр., суженіе привратника желудка вслѣдствіе сращенія его съ наполненнымъ камнями желчнымъ пузыремъ ¹⁾.

Не маловажная роль, тѣмъ не менѣе, выпадаетъ и на долю врача терапевта. Ему надлежитъ предупредить соответственными гигиеническими и діететическими предписаніями развитіе желчныхъ камней, лечить правильныя и неосложненныя формы болѣзни, предотвратить или приостановить зараженіе желчныхъ путей или задержку желчи вначалѣ. Онъ же, наконецъ, долженъ опредѣлить точно моментъ, когда требуется оперативное вмѣшательство, и обратиться къ хирургу, когда условія для операціи наиболѣе благопріятны.

¹⁾ *Bouveret. Revue de médecine. 1896.*

Робинъ. Руководство къ частной терапіи. Вып. 8.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Лечение острого воспаления брюшины.

P. Haushalter'a.

I.

Общая замѣчанія.

Острое воспаление брюшины всегда обусловливается заразнымъ дѣя- телемъ и вырабатываемыми послѣднимъ ядами. Оно можетъ присоеди- ниться къ мѣстному страданію, къ травматическому процессу, устано- вившему сообщеніе между брюшиною и внѣшнимъ міромъ, къ кишечной ранѣ, къ прободенію кишки вслѣдствіе изъязвленія или гангрены, поз- воляющему кишечному содержимому излиться въ полость брюшины, къ самопроизвольному или травматическому вскрытію гнойника въ брюшной полости. Наконецъ, заразные дѣятели могутъ проникнуть въ брюшину съ токомъ крови.

Сухое вначалѣ острое воспаление брюшины большею частью, если болѣзнь продолжается нѣсколько дней, оканчивается образованіемъ лож- ныхъ перегородокъ и болѣе или менѣе обильнаго сывороточнаго, гнойнаго или сывороточно-гнойнаго выпота

Обычными агентами при остромъ воспаленіи брюшины являются: *цѣпепкокки*, *гроздекокки*, *кишечная палочка*, *пнеймококкз* (септичекскій перитонитъ). Въ извѣстныхъ случаяхъ перитонитъ вызывается *гнилост- ными микробами*; эти виды проникають въ брюшину либо изъ кишеч- ника послѣ прободенія его, либо извнѣ. Ихъ находятъ однихъ или въ соединеніи съ гноеродными микробами (*гнилостный перитонитъ*). При септичекскомъ перитонитѣ воспаление сопровождается обыкновенно довольно обильнымъ гнойнымъ выпотомъ; при гнилостномъ перитонитѣ гной мо- жетъ отсутствовать: проникшіе изъ кишекъ или извнѣ микроорганизмы разлагають излившуюся въ брюшину жидкость и превращають ее въ зловонную сукровицу.

Съ клинической точки зрѣнія можно подраздѣлить острые общіе перитониты на *чистый острый перитонитъ*, *подострый* и *скрыт- ный перитонитъ*.

Острое чистое воспаление брюшины имѣетъ внезапное начало; вмѣстѣ съ болями быстро появляются рвота, икота, метеоризмъ, раз- стройства кровообращенія; смерть наступаетъ обыкновенно на четвертый или шестой день болѣзни среди коматознаго состоянія.

При *подострыхъ формахъ* боль умѣренна, рвота рѣдкая; преобла-

дают метеоризмъ, запоры или поносъ; гнойный выпотъ въ этихъ случаяхъ довольно обилень.

При *скрытомъ перитонитѣ* болей почти нѣтъ, рвота составляетъ исключеніе, температура мало повышена. Вздутие живота, запоръ или поносъ. Выпотъ въ брюшинѣ обыкновенно обильный, общее состояніе очень скверное.

Острые перитониты разграничиваются еще, смотря по тому, присоединяются ли они *вторично къ мѣстной инфекціи*, являясь такимъ образомъ, по крайней мѣрѣ, вначалѣ мѣстнымъ страданіемъ или же составляютъ *результатъ предшествовавшей септицеміи*; въ этомъ последнемъ случаѣ онъ зачастую протекаетъ скрытно, коварно.

Далѣе, перитониты различаются еще смотря потому, присоединяются ли они къ прободенію кишечника или нѣтъ. *Не прободной перитонитъ* въ этиологическомъ отношеніи соответствуетъ септической, въ клинической чистой острой формѣ перитонита. *Прободной перитонитъ* въ этиологическомъ отношеніи иногда есть гнилостный перитонитъ; теченіе различно смотря потому, развился ли онъ у субъекта среди полного здоровья или у больного. Въ первомъ случаѣ вслѣдъ за прободеніемъ быстро обнаруживаются признаки острого или подострого воспаления брюшины, во второмъ воспаленіе часто протекаетъ въ формѣ скрытаго перитонита.

Прободной перитонитъ можетъ быть гнойнымъ, разлитымъ, онъ можетъ выразиться множественными осумкованными гнѣздами; наконецъ, онъ можетъ существовать безъ видимыхъ измѣненій, съ рѣдкими ложными перепонками, безъ жидкаго выпота: это брюшинная септицемія, брюшинная интоксикація (*Salgnier*). способная убить въ 12—24 часа. Между септицеміею брюшины и ограниченнымъ локализованнымъ перитонитомъ, настоящимъ внутрибрюшиннымъ нарывомъ, существуетъ, впрочемъ, цѣлый рядъ промежуточныхъ разновидностей.

Дѣлится перитониты на опредѣленные анатомическіе, симптоматическіе, діагностическіе и прогностическіе типы на бактериологической почвѣ трудно: одинъ только пнеймококковый перитонитъ, по крайней мѣрѣ, въ первичной своей формѣ обладаетъ извѣстными особенностями, отличающими его отъ прободнаго перитонита, съ которымъ онъ представляетъ и нѣсколько сходныхъ чертъ.

Общій острый перитонитъ, предоставленный самому себѣ, обыкновенно, если не всегда, оканчивается смертельно; выздоровленіе наблюдается только при умѣренныхъ, сухихъ, слипчивыхъ формахъ. Въ случаяхъ выпотнаго перитонита выздоровленіе возможно только путемъ образованія осумкованнаго гнойника, который вскрывается либо самоордно—въ кишечникъ или наружу, либо оперативнымъ путемъ: при многихъ якобы общихъ гнойныхъ перитонитахъ дѣло въ дѣйствительности идетъ объ ограниченномъ перитонитѣ съ обширными гнѣздами.

Крайняя тяжесть симптомовъ остраго воспаления брюшины, имѣющихъ рефлекторное, септическое и заразное происхожденіе, обуславливается богатствомъ брюшной полости нервными сплетеніями, обширнымъ протяженіемъ сывороточной оболочки, легко всасывающей всѣ яды, вырабатываемыя болѣзнетворными дѣятелями болѣзни, или всѣ продукты разложенія патологическихъ жидкостей.

II.

Леченіе общаго остраго перитонита.

A. Предохранительныя мѣры.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется процессъ въ брюшной полости (аппендицитъ, воспаление желчнаго пузыря, язва желудка и пр.), могущій вызвать зараженіе брюшины, больного окружаютъ всѣми условіями, способными предупредить разрывъ, который угрожалъ бы перитонитомъ вслѣдствіе проникновенія въ брюшину гноя или фекальныхъ массъ. Предписывается абсолютный покой, въ извѣстныхъ случаяхъ стараются иммобилизовать кишечникъ, что достигается помощью *опіатовъ* и *льда* на животъ, назначается обычное леченіе мѣстнаго, угрожающаго брюшинѣ страданія и, наконецъ, своевременно принятыя хирургическія мѣры въ извѣстныхъ случаяхъ способны предотвратить воспаленіе брюшины.

B. Леченіе разразившагося уже перитонита.

Когда перитонитъ уже объявился, то возможны два способа леченія: *терапевтическое*, еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ единственно бывшее въ чести, и *хирургическое*, котораго необходимость сознается нынѣ во многихъ случаяхъ.

I. Терапевтическія мѣры.

Хотя противъ общаго остраго перитонита терапевтическія мѣры безсильны, тѣмъ не менѣе, нельзя пренебрегать ими въ теченіе болѣе или менѣе длиннаго неяснаго перваго стадія, когда діагнозъ еще не вполне установленъ. Онѣ показуются также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ, повидимому, о симптоматическомъ локализованномъ вначалѣ перитонитѣ.

При остромъ перитонитѣ всѣ усилія должны быть направлены къ тому, чтобы добиться ограниченія и, если возможно, разрѣшенія процесса.

Для удовлетворенія первому показанію требуется *полный покой* въ положеніи на спинѣ. Больной находится подъ неусыпнымъ надзоромъ; отъ него отстраняютъ малѣйшее сотрясеніе, малѣйшее движеніе. Всѣ необходимыя перемѣщенія выполняются опытнымъ лицами и возможно тихимъ и нѣжнымъ образомъ. Ощупывать и перкутировать животъ слѣдуетъ по возможности легче, не долго и рѣдко.

Даже при запорѣ *слабительныя* строго воспрещаются: подъ вліаніемъ обусловливаемыхъ ими сокращеній кишекъ воспаление распространяется дальше, потому что ограниченные иногда сращениями септические продукты движеніями кишекъ разносятся по всей брюшинѣ.

Иммобилизація кишечника въ цѣляхъ предотвратить распространеніе воспалительнаго процесса, показывается не менѣе строго. Она достигается помощью *опія* и его производныхъ, которые вводятся либо *per os*, либо *per rectum* либо въ подкожную клетчатку. Внутрь дается чрезъ каждые два часа, въ формѣ пилюль, *вытяжка опія* (до 0,2—0,25 въ сутки) или же *черныя капли*, либо *laudanum Rousseau* или *Sydenham'a*. *Per rectum*, опій или *laudanum* вводится въ клизмахъ. При рвотѣ заслуживаютъ предпочтенія *подкожныя впрыскиванія морфія*, суточная доза котораго колеблется, смотря по степени выносливости больного, между 0.01 и 0.15; впрыскиванія повторяются чрезъ большіе или меньшіе промежутки; въ видѣ исключенія, противъ рвоты можно соединить морфій съ *атропиномъ*. Обыкновенно при перитонитѣ опій переносится относительно лучше. Служеніе зрачковъ указываетъ обыкновенно на начинающуюся интоксикацію: въ такомъ случаѣ удлиняютъ промежутки между отдѣльными приѣмами. Опій дается все время, пока еще существуютъ признаки перитонита.

За это время, если нѣтъ рвоты, стараются обезгнивливать, насколько возможно, кишки посредствомъ *бензонафтола* или *салола*.

При очень упорномъ запорѣ, обусловленномъ либо атонією кишечныхъ стѣнокъ, либо дѣйствіемъ опія, должно стараться нѣжными *промывательными* вызвать испражненіе, приблизительно чрезъ каждые три дня.

Когда вздутье кишекъ достигаетъ такой степени, что можно опасаться асфиксіи, то нѣкоторые авторы совѣтуютъ сдѣлать уколъ въ кишку тонкимъ троакаромъ или присасывающею иглою, но это маневръ опасный, потому что можетъ повлечь за собою проникновеніе кишечнаго содержимаго въ полость брюшины и осложненіе перитонита гнилостными явленіями. Предпочтительнѣе поэтому, съ цѣлью выпустить газы, ввести въ прямую кишку *толстую трубку* (катетръ крупнаго калибра или пищеводный зондъ). Иногда при чрезмѣрномъ вздутіи хорошіе результаты даютъ также *ледяныя клизмы*.

В. Противъ рвоты и икоты назначается опять-таки *морфій*; вмѣстѣ съ тѣмъ прибѣгаютъ къ *колотому льду*, который больной сосетъ, не проглатывая, или глотаетъ маленькими кусочками, или же попеременно къ ледяной водѣ, къ *алкогольнымъ* напиткамъ, холоднымъ или ледянымъ, давая ихъ небольшими количествами за разъ (по столовой ложкѣ чрезъ каждые $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ часа). Эти напитки утоляютъ также превосходно очень сильную обыкновенно жажду. Но не должно злоупот-

реблять или, вѣрнѣе, слѣдуетъ избѣгать шипучихъ напитковъ, увеличивающихъ иногда метеоризмъ.

Если несмотря ни на что, рвота продолжаетъ упорствовать или же питьемъ не удается утолить жажду, то можно вводить жидкости чрезъ прямую кишку, дѣлая чрезъ каждые три часа по промывательному изъ 150 грм. воды съ прибавкою опиія или *laudanum*.

Диета, обязательная иногда вслѣдствіе невыносливости желудка, показуется отчасти также вслѣдствіе необходимости избѣгнуть всякой работы со стороны кишечника. Не слѣдуетъ, однако, доводить ее до крайности. Если нѣтъ рвоты или она очень умѣренна, то можно давать замороженныя питательныя жидкости (бульонъ, молоко, разбавленное шипучею водою или алкоголемъ, желе изъ мяса), въ маленькихъ количествахъ чрезъ каждые 4 или 8 часовъ. При непрерывной же рвотѣ больного приходится кормить чрезъ прямую кишку помощью маленькихъ питательныхъ клизмъ съ пектономъ. Можно, впрочемъ, попеременно кормить его то *per os*, то *per rectum*.

С) Бурныя перитонитическія боли успокаиваются подкожными впрыскиваніями *морфія*. вмѣстѣ съ тѣмъ можно прибѣгнуть къ примѣненію наркотическихъ: *припаркамъ съ опиємъ* или *белладонною*, втираніемъ *хлороформа*. Благоотворно вліяютъ на боли и нервныя явленія продолжительныя *теплыя ванны*, но онѣ неудобны потому, что связаны съ необходимостью перемѣщать и двигать больного; если уже поэтому рѣшиться на ванны, то переносить больного слѣдуетъ съ величайшею осторожностью; можно пользоваться ванною съ двойнымъ подвижнымъ дномъ. Иногда успокаивающее дѣйствіе на боли оказываетъ намазанный на весь животъ *эластическій коллодій*; онъ дѣйствуетъ также благоотворно на метеоризмъ, препятствуя чрезмѣрному растяженію кишекъ; поэтому онъ можетъ предотвратить и явленія кишечнаго пареза, особенно запоры; тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ отъ него слѣдуетъ отказаться, потому что когда потребуется хирургическое вмѣшательство, операторъ долженъ имѣть предъ собою возможно чистую и невредимую брюшную стѣнку.

Д) Противъ сердечной слабости и алгидности пускаются въ ходъ обычно употребительныя въ такомъ случаѣ средства: подкожныя впрыскиванія *эфира*, *кофеина*, впрыскиванія *искусственной сыворотки* въ вены или въ подкожную кльтчатку, *вдыханія кислорода*, бутылки съ горячею водою, возбуждающія растиранія, *горчичники* къ конечностямъ и пр.

Е) Всѣ только что перечисленныя средства направлены противъ симптомовъ перитонита; противъ самого же воспалительнаго процесса примѣняются средства, способныя ослабить или ограничить воспаленіе сывороточной. Сюда относятся: кровоизвлеченіе, отвлеченіе и холодъ.

Кровавое отвлечение черезъ брюшную стѣнку можетъ быть достигнуто помощью *кросососныхъ банокъ и пиявокъ*. Кросососныхъ банокъ слѣдуетъ избѣгать, потому что тяжесть стаканчиковъ и обусловливаемое ими напряжение кожи усиливаютъ боли. Предпочтительны пиявки, которыхъ ставятъ числомъ отъ 20 до 30 на болѣзненное мѣсто, а крови извлекаютъ столько, сколько этого позволяетъ состояніе субъекта. Мѣстное кровеизвлеченіе показуется главнымъ образомъ при сухихъ, частичныхъ перитонитахъ съ подострымъ теченіемъ.

Отвлекающія когда-то пользовались большимъ расположеніемъ. *Мушку* слѣдуетъ безусловно отвергнуть, потому что она вызываетъ болѣзненность и обнаженіе кожи. Большою любовью пользовались нѣкогда компрессы съ *терпентиномъ*: животъ покрывался весь кускомъ фланели, пропитанной терпентиномъ и поверхъ всего накладывалась клеенка; это вызвало интенсивное покраснѣніе кожи и боль, когда боль становилась невыносимою, клеенку удаляли. Къ этому средству примыкаютъ втиранія въ животъ *ртутной мази*, простой или съ *белладонною*, два, три раза въ сутки: втерши мазь животъ покрываютъ загѣмъ припаркою изъ льняной муки, а эту послѣднюю, чтобы поддержать ее горячею и влажною, еще клеенкою; одновременно, съ цѣлью предотвратить ртутный стоматитъ, назначаются полосканія рта растворомъ *хлористаго калия*. Въ былыя времена ртутную мазь втирали обыкновенно послѣ пиявокъ, съ цѣлью продолжить противовоспалительное дѣйствіе послѣднихъ.

Отвлечение, достигаемое *банками* и отвлекающими агентами, не говоря уже о томъ, что дѣйствіе ихъ при общемъ перитонитѣ весьма сомнительно, представляетъ тотъ важный недостатокъ, что всѣ эти средства раздражаютъ брюшные покровы и могутъ погубить поэтому сдѣлаться причиною неприятныхъ осложнений въ случаѣ позднѣйшаго оперативнаго вмѣшательства. Вотъ почему всякимъ отвлекающимъ слѣдуетъ предпочесть ледъ. *Ледъ* представляетъ еще то преимущество, что уменьшая воспалительный приливъ въ сосуды брюшины, онъ въ тоже время умѣряетъ нервную возбудимость брюшины, успокаиваетъ боли и интенсивность рефлекторныхъ явленій; сгущая газы въ кишкахъ, онъ уменьшаетъ метеоризмъ. Пузырь со льдомъ, висящій съ кольца, на которомъ онъ укрѣпленъ, оставляютъ на животѣ непрерывно, дабы предотвратить гиперэмическую реакцію, которая наступила бы по снятіи льда; его оставляютъ, если нужно, на нѣсколько дней. На короткое время его можно замѣнить холодными компрессами. У субъектовъ съ очень чувствительными покровами, у которыхъ холодъ легко вызываетъ трофическія кожные разстройства, между пузырьемъ со льдомъ и кожей подкладываетъ кусокъ тонкаго полотна.

Ледъ въ соединеніи съ опиумъ, успокаивая боли, уменьшая рвоту и

икоту, иногда возбуждаетъ обманчивыя надежды, между тѣмъ какъ перитонитъ можетъ прогрессировать скрытно, безъ этихъ симптомовъ; во избѣжаніе разочарованія необходимо по этому внимательно слѣдить за состояніемъ пульса и кровообращенія, состояніемъ температуры и живота.

Ледъ, противопоказуемый во всѣхъ случаяхъ алгиднаго коллапса, умѣстенъ преимущественно вначалѣ и на высотѣ болѣзни.

2. Хирургическое леченіе.

Въ виду, съ одной стороны, чрезвычайной тяжести общаго остраго перитонита и шаткости, если не безсилія, терапевтическихъ средствъ, а съ другой, успѣховъ, достигнутыхъ неоднократно хирургическимъ вмѣшательствомъ, должно спросить себя, не слѣдуетъ ли довольствоваться терапевтическимъ леченіемъ только при отчаянныхъ, неясныхъ или же уже очень доброкачественныхъ формахъ болѣзни, во всѣхъ же другихъ случаяхъ, не теряя времени на безплодныя попытки, безотлагательно и рѣшительно принять болѣе дѣятельныя мѣры. Не наше дѣло излагать здѣсь исторію оперативнаго леченія острыхъ перитонитовъ, разбирать показанія къ нему. Этотъ вопросъ мы должны предоставить хирургамъ, замѣтимъ только, что много еще господствуетъ въ этомъ отношеніи разногласій и противорѣчій, что объясняется частью скуднымъ пока матеріаломъ. Не забудемъ, къ тому же, что перитонитъ не единый процессъ и что не всѣ виды его достаточно изучены.

Но хотя леченіе общаго остраго воспаленія брюшины и перекочевало въ значительной мѣрѣ изъ области терапіи въ область хирургіи, врачу не позволительно было бы относиться безучастно къ операціи, показанія и своевременность которой надлежитъ установить все-таки ему же.

А. При извѣстныхъ формахъ остраго перитонита медлить безусловно нельзя: таковы острые или острѣйшіе, сразу распространенные перитониты, развивающіеся вслѣдъ за *проникающими ранами живота, прободеніемъ* или *травматическимъ разрывомъ* кишки, желчнаго или мочевого пузыря и пр., вслѣдъ за проникновеніемъ въ брюшину вскрышагося гнойника.

Что же касается перитонита, вызваннаго *инфекціею*, распространеніемъ по протяженію, *самороднымъ прободеніемъ* желудка или кишки или желчнаго пузыря вслѣдствіе изъязвленія или гангрены, то вопросъ далеко еще не рѣшенъ.

Хирургическое вмѣшательство представляетъ очень мало шансовъ на успѣхъ, когда *пораженіе брюшины есть результатъ или локализція общей болѣзни*, болѣе тяжелой, нежели самъ перитонитъ, когда *перитонитъ есть проявленіе предшествовавшаго пораженія крови* (послѣродовая или хирургическая септицемія, гноекровіе, гное-гнилокровіе

при скарлатинѣ, оспѣ и пр.). При этихъ въ высокой степени септическихъ формахъ явленія перитонита ступевываются предъ явленіями общей инфекціи и пнтоксикаціи. Существуютъ еще формы, которыя, повидимому, не могутъ подлежать хирургическому вмѣшательству, потому что «бурная инфекція сывороточной не успѣваетъ перейти въ болѣе или менѣе ограниченный гнойный процессъ, потому что септицемія сразу беретъ верхъ надъ мѣстнымъ воспаленіемъ» (*Forgnes* и *Reclus*).

При *общемъ остромъ перитонитѣ, присоединяющемся къ самопроизвольному прободенію, вследствие изъязвленія или гангрены желудка, кишки, желчнаго пузыря, при общемъ перитонитѣ какъ единственномъ или главномъ проявленіи общей инфекціи*, какъ напр. при послѣродовомъ перитонитѣ, когда присоединяющееся вторично къ воспаленію матки пораженіе брюшины выступаетъ на первый планъ, мы въ лапаротоміи имѣемъ, повидимому, единственный путь къ спасенію: она позволяетъ освободить полость брюшины отъ септическихъ жидкостей, она позволяетъ очистить и обеззаразить брюшину, устранить или сдѣлать безвреднымъ для сывороточной прободеніе, первичную причину болѣзни, и дренировать зараженную брюшину.

По мнѣнію хирурговъ къ операціи при этихъ формахъ перитонита должно приступить не медля и выполнить ее быстро. Если признаки со стороны брюшины слѣдуютъ за прободеніемъ, то обыкновенно принято сначала устранить явленія шока: противъ коллапса еще до операціи, дѣлаются возбуждающія *растиранія* конечностей, впрыскивается *эфиръ, кофеинъ, искусственная сыворотка*, больного обладываютъ горячими бутылками. Конечный коллапсъ, если и не составляетъ прмого противопоказанія къ операціи, даетъ мало надеждъ на успѣшность послѣдней. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ крайняя тяжесть болѣзни дѣлаетъ операцію необходимою, не приходится уже считаться съ возрастомъ или предшествовавшими патологическими недочетами больного.

В. Въ долапаротомическую эру точное *распознаваніе* воспаления брюшины имѣло мало значенія съ точки зрѣнія терапіи, потому что ее можно было примѣнять одинаково въ сомнительныхъ и безспорныхъ случаяхъ, нынѣ же, когда общій перитонитъ зачастую оперируется, чрезвычайно важно во время распознать болѣзнь. Замѣтимъ, впрочемъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ пробною лапаротоміею, которую многіе хирурги считаютъ почти безобидною операціею.

Если воспаленіе брюшины присоединяется къ самопроизвольному прободенію желудка или кишки у субъекта здороваго или у больного, у котораго общее состояніе было не затронуто, напр. у лица, имѣвшаго круглую язву желудка, то распознать перитонитъ обыкновенно не трудно: за признаками прободенія (начальный шокъ, коллапсъ, рвота, локализованная боль въ животѣ) слѣдуютъ очень быстро довольно бурныя

явленія перитонита. Отличить такой прободной перитонитъ отъ желчной, почечной или свинцовой колики, отъ извѣстныхъ отравленій, отъ ущемленной грыжи удастся довольно скоро, труднѣе отличить его сразу отъ закупорки кишечника; съ этой точки зрѣнія, нужно имѣть въ виду исчезновеніе при прободномъ перитонитѣ печеночной тупости и появленіе тупого звука по бокамъ.

Если прободной перитонитъ разовьется въ теченіе болѣзни, болѣе или менѣе глубоко нарушившей общее состояніе, то симптомы его обыкновенно неясны и діагнозъ можетъ оставаться шаткимъ въ то время, когда колебанія въ выборѣ леченія могутъ имѣть роковое значеніе.

Нѣтъ, въ самомъ дѣлѣ, ни одного патогномического признака общаго перитонита: симптомы, приписываемые этому послѣднему, можетъ дать простое раздраженіе брюшины, вызванное ограниченномъ воспаленіемъ ея. Къ тому же, если легко распознать чистый перитонитъ, когда имѣются на лицо всѣ классическіе признаки, то нельзя сказать того же о коварныхъ случаяхъ, гдѣ всѣ элементы распознаванія сведены къ намекамъ (*Le Dentu*). Въ этихъ случаяхъ, когда рвота отсутствуетъ, лихорадка ничтожна, животъ уплощенъ или даже втянутъ, распознаваніе перитонита опирается главнымъ образомъ на совпадающемъ съ нормальною температурою учащенномъ пульсѣ, на учащеніи дыхательнаго ритма, на уменьшеніи или прекращеніи мочеотдѣленія, на ригидности брюшной стѣнки, охлажденіи конечностей и характерной физиономіи.

С. — *Смотря по условіямъ, вызвавшимъ перитонитическія явленія*, къ хирургическому вмѣшательству слѣдуетъ прибѣгнуть то раньше, то позже. Въ извѣстныхъ случаяхъ, чтобы сохранить шансы на успѣхъ, необходимо оперировать уже при первыхъ проблескахъ перитонита, съ первымъ появленіемъ рвоты, вздутія живота, боли, кровянистыхъ испражнений, скудной мочи, притупленія звука въ подвздошныхъ ямахъ. Очень ранняя лапаротомія, правда, иногда обнаружитъ только ограниченный перитонитъ, производившій впечатлѣнье общаго; можетъ даже случиться, что не окажется никакого перитонита.

При *общемъ гнойномъ воспаленіи брюшины, вызванномъ аппендицитомъ и прободеніемъ червовиднаго отростка*, единственная надежда на спасеніе кроется въ безотлагательно произведенной лапаротоміи. Да и то многіе авторы считаютъ возможность излеченія общаго гнойнаго или сывороточно-гнойнаго перитонита, осложняющаго аппендицитъ, весьма сомнительною. Напротивъ того, *разлитой гнойный перитонитъ съ множественными очагами* или гнойный перитонитъ, захватывающій нижнюю, либо правую половину живота, вполне излечимъ хирургическимъ путемъ. *Разлитая токсическая форма безъ нагноенія* обыкновенно не поддается никакимъ хирургическимъ мѣрамъ.

Въ виду того, что аппендицитъ весьма часто сопутствуется явлениями раздраженія брюшины, очень похожими на явленія перитонита, нѣкоторые авторы совѣтуютъ не слишкомъ торопиться съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, а послѣдить сначала, не уступаютъ-ли эти явленія терапевтическимъ мѣрамъ и не локализируются-ли они; другіе, напротивъ того, полагаютъ, что необходимо приступить къ лапаротоміи, какъ только обнаружатся признаки разлитого перитонита, въ очень тяжелыхъ случаяхъ, если-бы даже поражение брюшины оставалось подъ сомнѣніемъ, все-таки лучшее, что можно сдѣлать, это оперировать. Впрочемъ, весь этотъ вопросъ слишкомъ тѣсно связанъ съ современнымъ состояніемъ леченія аппендицита, для того, что-бы могли вдаваться здѣсь въ разборъ его.

При *перитонитѣ вследствие прободенія въ теченіе брюшного тифа* (перитонитъ по смежности при этой болѣзни, по *Dieulafoy*, еще не доказанъ) лапаротомію, по статистическимъ даннымъ собраннымъ *Lejars*'омъ, производили 25 разъ, 6 разъ съ успѣхомъ. Изъ этихъ 6 случаевъ выздоровленія, въ трехъ дѣло шло безспорно о разлитомъ воспаленіи брюшины съ очень тяжелымъ общимъ состояніемъ. Одновременно съ перитонитомъ въ этихъ случаяхъ оперировалось и прободеніе: зашиваніе кишечника можетъ повлечь за собою рубцеваніе прободенія.

Хирургическое вмѣшательство при прободномъ перитонитѣ въ теченіе брюшного тифа, стало быть, имѣть за себя извѣстные мотивы, хотя исторія этого вопроса покоится еще пока на очень ограниченномъ числѣ наблюденій, притомъ неполныхъ и разнорѣчивыхъ.

Трудность хирургическаго вмѣшательства при данной формѣ заключается въ томъ, что не легко распознать прободеніе и перитонитъ, и трудно также опредѣлить моментъ, когда слѣдуетъ оперировать. Обыкновенно тифозный перитонитъ начинается коварно, слабыми явлениями. Если къ тошнотѣ, рвотѣ, неяснымъ болямъ въ животѣ, вздутью живота, обычнымъ признакамъ раздраженія брюшины, не имѣющимъ точнаго значенія, присоединятся икота и, въ особенности, внезапное паденіе температуры съ нитевиднымъ пульсомъ, то перитонитъ весьма вѣроятенъ (*Dieulafoy*¹⁾); и хотя прободной перитонитъ при брюшномъ тифѣ не всегда роковымъ образомъ ведетъ къ смерти, а иногда можетъ локализоваться, благодаря сросеніямъ, хирургическое вмѣшательство, тѣмъ не менѣе, показуется, если распознаваніе перитонита не подлежитъ сомнѣнію. Остается еще рѣшить, должно-ли торопиться съ операціею, или выжидать дальнѣйшаго развитія, обнаруженія безспорныхъ признаковъ разлитого перитонита. Съ этой точки зрѣнія, матеріалъ, которымъ мы пока располагаемъ, еще слишкомъ скуденъ для того, чтобы мы могли основывать на немъ опредѣленное мнѣніе.

¹⁾ *Dieulafoy*.—*Acad. de Médecine*, 1896.

По статистикѣ *Houzé*¹⁾, лапаротомія при перитонитѣ вследствие язвы двенадцатиперстной кишки произведена была 18 разъ; въ одномъ случаѣ наступило выздоровленіе. Но прибавимъ, что къ операціи обыкновенно приступали слишкомъ поздно и прободеніе кишки, не распознанное во время операціи, открывалось уже на аутопсіи.

Изъ 72 случаевъ лапаротоміи, произведенной по поводу прободенія желудка, выздоровленіе достигнуто было въ 20, слѣдовательно, смертность равна 70,2% (*Houzé*) *Pariser* собралъ 99 случаевъ съ 33 выздоровленіями (смертность 66,6%). Почти во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о прободеніи вследствие язвы желудка.

Прободеніе желудка обыкновенно влечетъ за собою общій септический перитонитъ, предъ которымъ хирургія безсильна. Въ наблюденіяхъ, обнародованныхъ *Houzé*, у выздоровѣвшихъ оперированныхъ въ моментъ вмѣшательства перитонита еще не было; изъ 33 случаевъ выздоровленія въ статистикѣ *Pariser*'а, въ 23 операція выполнена была спустя лишь 10—15 часовъ по появленіи первыхъ признаковъ прободенія.

Если еще относительно аппендицита можно спорить о наиболѣе благоприятномъ для операціи моментѣ, то по отношенію къ прободенію желудка всякая проволочка была бы преступленіемъ, ибо здѣсь нечего разсчитывать на ограниченіе воспалительнаго процесса и образованіе осумкованнаго гноиника. Приступить къ операціи, слѣдовательно, нужно какъ можно скорѣе, хотя опять таки, по мнѣнію большинства хирурговъ, слѣдуетъ выждать, пока пройдутъ явленія начального шока, противъ которыхъ принимаются обычные мѣры.

Нѣсколько разъ лапаротомія успѣшно примѣнена была при разлитомъ воспаленіи брюшины, вызванномъ различными рѣдкими видами прободенія или гнойнаго воспаленія брюшныхъ внутренностей, острою прободящею язвою подвздошной или ободочной кишки, вскрывшимся въ брюшину гноиникомъ или нагноившейся кистой печени, изъязвленіемъ желчнаго пузыря въ теченіе брюшнаго тифа, гнойнымъ воспаленіемъ послѣдняго (*Houzé*).

Различныя инфекціи и интоксикаціи, равно какъ и ракъ, мочекровіе, и т. п. могутъ дать поводъ къ глубокимъ изъязвленіямъ пищеварительнаго канала, способнымъ вызвать острый прободной перитонитъ, при которомъ хирургическое вмѣшательство можетъ сопровождаться полнымъ успѣхомъ; трудность опредѣлить точно мѣсто кишечнаго страданія, впрочемъ, дѣлаетъ положеніе хирурга въ этихъ случаяхъ нѣсколько нерѣшительнымъ.

Главная трудность въ оперативномъ леченіи остраго воспаленія брюшины, послѣ діагноза, заключается въ томъ, что зачастую приходится

¹⁾ *Houzé, Thèse de Paris, 1896.*

выбирать наиболее благоприятный моментъ для операціи, иногда даже нужно умѣть выжидать; въ настоящее время лучшимъ руководителемъ и для терапевта, и для хирурга служить, повидимому, опытъ; при современномъ состояніи этого вопроса очень трудно было-бы установить на этотъ счетъ какія-нибудь точныя общія правила.

III.

Лечение ограниченнаго острого перитонита.

Крайне рѣдко ограниченный перитонитъ составляетъ послѣдствіе общаго острого воспаления брюшины; обыкновенно онъ обуславливается какимъ нибудь мѣстнымъ заразнымъ гнѣздомъ, вокругъ котораго воспалительный процессъ ограничивается быстро образующимися сращениями.

Въ простѣйшихъ случаяхъ частичный перитонитъ ограничивается фибринознымъ выпотомъ, за которымъ быстро слѣдуетъ сращеніе обоихъ листковъ большой брюшины; въ другихъ случаяхъ дѣло доходитъ до образованія гнойнаго или сывороточно-гнойнаго выпота, осумкованнаго толстыми ложными перепонками.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ частичный перитонитъ присоединился къ изъязвленію кишечнаго канала, содержимое гнойника иногда смѣшано бываетъ съ газами. Частичный перитонитъ можетъ развиваться въ окружности тазовыхъ органовъ у женщины (*pelveo-peritonitis*), въ окружности кишекъ, особенно червовиднаго отростка (*peri-appendicitis*), мочеваго пузыря, селезенки, печени.

Острый ограниченный перитонитъ обыкновенно выражается болѣе характерными и менѣе бурными явленіями, чѣмъ общее воспаление брюшины; иногда, однако, существуютъ явленія раздраженія брюшины, вполне симмулирующія признаки общаго перитонита, но они все же обыкновенно менѣе интенсивны и менѣе продолжительны. Извѣстныя формы частичнаго перитонита уже съ самого начала имѣютъ подострое теченіе или же хроническое, прерываемое острыми ожесточеніями.

Въ общемъ, показанія къ терапевтическому леченію частичнаго перитонита тѣ же, что и для общаго перитонита. Первое требованіе—безусловная *неподвижность*. Пытаются предотвратить распространеніе воспаления, иммобилизуя кишечникъ помощью *опія*, и задержать переходъ въ нагноеніе помощью мѣстнаго *кровеизвлеченія* или непрерывнаго прикладыванія пузыря со *льдомъ*, если воспаление чисто острое. При подострыхъ или наклонныхъ къ хроническому теченію формахъ прибѣгаютъ къ *ртутнымъ втираніямъ*, *точечнымъ прижиганіямъ*, смазываніямъ *іодною настойкою*, *іодистымъ коллодіемъ*.

При сухихъ, слипчивыхъ формахъ это леченіе продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока еще существуютъ воспалительныя явленія. Если же появи-

лись признаки нагноенія частичнаго перитонитическаго гнѣзда, общіе или же указывающіе на скопленіе осумкованной жидкости, то показуется хирургическое вмѣшательство съ промываніемъ и дренажированіемъ.

Изъ различныхъ формъ частичнаго перитонита вытекаютъ и различныя терапевтическія показанія, въ связи съ ихъ мѣстоположеніемъ и происхожденіемъ (*pelvi-peritonitis*, флегмона въ окружности червовиднаго отростка и пр.), но здѣсь не мѣсто о нихъ говорить.

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

Лечение бугорчатаго и раковаго воспаленія брюшины.

Haushalter'a.

I. Бугорчатый перитонитъ.

I.

Общія замѣчанія.

Въ зависимости отъ развитія бугорка, наблюдаются три главныя разновидности бугорчатаго перитонита: *просовидная, язвенная и фиброзная.*

Изъ *просовидной формы* слѣдуетъ выдѣлить ту, гдѣ просовидная бугорчатка брюшины есть только частичное выраженіе всегда смертельной общей просовидной бугорчатки. Просовидная форма, ограниченная брюшиною, сопровождается обыкновенно асцитомъ, съ кровянистымъ иногда выпотомъ; общіе симптомы рѣзко выражены, температура высока, теченіе быстрое и обыкновенно роковое.

Между острыми и хроническими формами бугорчатки брюшины встрѣчаются промежуточныя и излечимыя асцитическія формы, въ томъ числѣ *плевро-брюшинная форма.*

Фиброзная разновидность обнимаетъ собою случаи, гдѣ бугорокъ склоненъ къ заживленію. Она характеризуется коварнымъ началомъ, медленнымъ хроническимъ, обыкновенно безлихорадочнымъ теченіемъ. Фиброзную форму можно еще подраздѣлить на *общую асцитическую форму, осумкованную асцитическую форму и сухую фиброзную форму*; сухая фиброзная форма обыкновенно происходитъ изъ асцитической формы.

При *язвенной формѣ* хроническое теченіе сопутствуется пищеварительными расстройствами, умѣренной лихорадкою и нарушеніемъ общаго

состоянія; органы окружены объемистыми ложными перепонками и творожистыми продуктами. Различают *сухую форму*, при которой кишечныя петли связаны между собою и съ брюшною стѣнкою толстыми сращениями, заключающія въ себѣ тамъ и сямъ болѣе или менѣе размягченную бугорчатую ткань, и *форму гнойную*, гдѣ гной скопляется въ полости брюшины или во вторичныхъ вмѣстилищахъ: съ этой точки зрѣнія язвенный перитонитъ дѣлится еще на *общій гнойный перитонитъ и ограниченный многогнѣздный* или *многогнѣздный гнойный перитонитъ*.

На бугорчатый перитонитъ, долгое время считавшійся однимъ изъ самыхъ опасныхъ проявленій бугорчатки, въ настоящее время, смотрятъ какъ на одну изъ наименѣе излечимыхъ формъ бугорчатки; по крайней мѣрѣ, хроническая разновидность его легче всѣхъ прочихъ видовъ проявляетъ наклонность къ излеченію подъ вліяніемъ различнѣйшихъ средствъ. Не рѣдки даже примѣры самороднаго изцѣленія бугорчатого перитонита, особенно у дѣтей.

Въ *прогностикѣ* бугорчатого воспаленія брюшины должно приниматьъ въ расчетъ *возрастъ больного, общее состояніе, состояніе органовъ и форму болѣзни*. Бугорчатый перитонитъ въ молодомъ возрастѣ излечивается обыкновенно легче, особенно асцитическая форма его. Алкоголизмъ значительно ухудшаетъ предсказанье. Различно также будетъ предсказаніе, смотря потому, ограничивается-ли бугорчатка одною брюшиною или-же она локализовалась и въ другихъ органахъ, въ частности въ кишкахъ. Наболѣе тяжелая изъ всѣхъ формъ это язвенная, при которой бугорокъ, вмѣсто фибрознаго превращенія, всегда претерпѣваетъ творожистое перерожденіе и размягченіе.

Хроническую форму бугорчатого перитонита, сходно съ мѣстною бугорчаткою, можно лечить терапевтическимъ и хирургическимъ способомъ.

II.

Леченіе.

A. Терапевтическій способъ.

1. При *острой формѣ* леченіе, безсильное остановить роковое теченіе болѣзни, ограничивается чисто симптоматическими мѣрами: предписываются *покой, молочная діета, мѣстное отвѣщеніе пиявками, банками, льдомъ; опій* служитъ для успокоенія болей.

2. При *хронической формѣ* терапевтическія мѣры должны быть направлены противъ общаго и мѣстнаго состоянія. Терапія здѣсь заслуживаетъ полнаго вниманія, потому что неоднократно примѣнялась съ успѣхомъ.

1. Общее лечение.

Больной, которому предписывается если не полный, то относительный, соразмеряемый съ каждымъ даннымъ случаемъ покой, долженъ подчиниться *строжайшей тиши*. Лучше, если возможно, чтобъ онъ переселился въ деревню съ соответственнымъ климатомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ показуется постоянное пребываніе на воздухѣ, оказывающее укрѣпляющее вліяніе на питаніе.

Пища должна быть питательная и соответственная состоянію пищеварительныхъ отправленій; главными основами ея должны быть молоко, яйца и жиры; если этого позволяетъ состояніе больного, то можно испробовать перекармливаніе, какъ при чахоткѣ. Какъ при всякой другой формѣ бугорчатки, впрочемъ, и здѣсь необходимо внимательно слѣдить за отправленіями пищеварительнаго аппарата.

Прибѣгаютъ, далѣе, къ обычнымъ укрѣпляющимъ: *рыбьему жиру, фосфатамъ, гипофосфатамъ*, препаратамъ *мышьяка* и къ противобугорчатымъ: *креозоту, іодоформу, таннину*, каждый разъ отмѣняя эти средства, какъ только обнаружится, что желудокъ или кишки ихъ не переносятъ больше.

Мѣстное и симптоматическое лечение.

Оно состоитъ въ примѣненіи отвлекающихъ: *точечныхъ прижиганій, летучихъ мушекъ, іодной настойки, ртутной мази* въ различныхъ мѣстахъ, гдѣ существуетъ боль или опухлость. Можно соединить примѣненіе *іодной настойки* и *коллодія* слѣдующимъ образомъ: животъ смазываютъ слоемъ іодной тинктуры, когда послѣдній, подсохнеть наносятъ поверхъ слой коллодія. Коллодій частью иммобилизуетъ брюшную стѣнку и оказываемымъ давленіемъ уменьшаетъ воспитательный приливъ къ брюшинѣ; онъ дѣйствуетъ также, повышая отвлекающій эффектъ іода. Смазыванія іодомъ и коллодіемъ слѣдуетъ повторять, смотря по состоянію крововъ живота, чрезъ каждые 8—15 дней.

Наконецъ, смотря по обстоятельствамъ, приходится прибѣгнуть и къ средствамъ, способнымъ устранить различныя, впрочемъ въ каждомъ случаѣ, сопутствующія бугорчатому перитониту явленія. Противъ запоровъ назначаются слабительныя, изъ коихъ заслуживаютъ предпочтенія *касторовое масло и каломель* въ раздѣльныхъ дозахъ. Воспрещаются проносныя, вызывающія зачастую пищеварительныя разстройства. Если существуетъ поносъ, то стараются обезгниливать кишечникъ помощью *бензоафтаола, салициловаго висмута, салаола*.

При сильной рѣзи или боли въ животѣ прибѣгаютъ къ впрыскиванію *морфія*, даютъ внутрь *опій*, втираютъ въ животъ *мазь съ белладонною* или съ *опіемъ*, прикладываютъ горячія припарки.

В. Оперативный способъ.

1. Простой проколъ.

Простѣйшее оперативное вмѣшательство, *проколъ* показуется всякій разъ, когда перитонитъ сопровождается обильнымъ *общимъ асцитомъ*, не проявляющимъ ни малѣйшей склонности къ всасыванію, самородному или подъ вліяніемъ терапевтическихъ средствъ. Онъ показуется также при *осумкованномъ асцитѣ*.

Значеніе прокола при бугорчатомъ асцитѣ заключается въ томъ, что удаляется токсическая жидкость, всасываніе которой могло бы вредно отразиться на организмѣ, и возстановляются отправления аппаратовъ пищеварительнаго, дыхательнаго и кровообращенія, болѣе или менѣе нарушенныя обильнымъ изліяніемъ.

Палліативный въ большинствѣ случаевъ, проколъ иногда проявляетъ и *цѣлебное* дѣйствіе, особенно при общемъ бугорчатомъ перитонитѣ (*Гейденрейхъ*). Большую пользу проколъ можетъ принести при острыхъ формахъ, когда явленія локализируются только въ брюшинѣ или даже и при плевро-брюшинныхъ острыхъ формахъ. При гнойномъ воспаленіи проколъ обыкновенно остается безуспѣшнымъ, такъ какъ выпотъ образуется обыкновенно вновь.

Къ проколу можно прибѣгнуть и какъ къ способу изслѣдованія: по опорожненіи полости легче оцупать брюшныя внутренности.

Производится проколъ по тѣмъ же оперативнымъ правиламъ и съ соблюденіемъ тѣхъ же асептическихъ предосторожностей, что и проколъ при брюшной водянкѣ.

2. Проколъ съ промываніемъ полости брюшины.

Промываніе полости брюшины послѣ прокола успѣшно выполнено было въ нѣсколькихъ случаяхъ; впрыскивалась *борная вода*, нагрѣтая до 39—40° Ц.

Подлежащій впрыскиванію растворъ наливается въ стеклянную колбу, вмѣстимостью въ нѣсколько литровъ, закупоренную каучуковою пробкою, чрезъ которую проходятъ двѣ трубки: одна доходитъ до дна колбы и верхнимъ концомъ своимъ посредствомъ каучуковой кишки соединена съ троакаромъ; вторая, лишь мало проникающая въ колбу, соединена посредствомъ каучуковой кишки съ грушею, накачивающею воздухъ въ колбу и перегоняющею такимъ образомъ жидкость въ длинную трубку. Весь приборъ предъ употребленіемъ обезпложивается въ автоклавѣ. Опорожнивъ полость брюшины, аппаратъ соединяютъ съ троакаромъ и продолжаютъ промываніе до тѣхъ поръ, пока впрыснутая жидкость не будетъ выходить обратно безцвѣтною (*Debove*).

Нѣкоторые авторы (*Cellier*¹⁾ совѣтуютъ брать для промыванія *горячую воду* (въ 46°Ц.), рекомендованную уже для леченія мѣстной бугорчатки; для такого промыванія можно пользоваться простымъ ирригаторомъ. Вливаютъ въ животъ 3—4 литра воды, которой затѣмъ даютъ вытекать; промываніе продолжаютъ, пока жидкость не начнетъ вытекать прозрачною. Можно въ одинъ сеансъ употребить до 12—14 литровъ воды.

Проколъ съ послѣдующимъ промываніемъ, какъ и простой проколъ, успешные результаты даетъ, повидимому, только при обильномъ свѣтломъ изліяніи, когда на сценѣ господствуетъ асцитъ. При общахъ или огумкованныхъ гнойныхъ формахъ промываніе не можетъ оказать никакого вліянія на ложныя перепонки и творожистыя массы, до которыхъ притомъ же жидкость съ трудомъ достигаетъ изъ за склеивающихся между собою внутренности сросеній. Въ итогѣ, промываніе является довольно часто излишнимъ дополненіемъ прокола.

3. Проколъ съ измѣняющими вырсыкиваніями.

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ испытано было вырсыкиваніе вслѣдъ за проколомъ *измѣняющихъ веществъ въ брюшину*.

Рекомендуемые нѣкоторыми авторами *йодоформный эфиръ и йодоформный вазелинъ* еще не были испытаны.

Изъ всѣхъ измѣняющихъ веществъ въ настоящее время предпочтенія заслуживаетъ, повидимому *нафтоловая камфора* (*Residu*), успешно испытанная къ тому же при множествѣ формъ мѣстной бугорчатки. Описано нѣсколько случаевъ асцитической формы бугорчатого перитонита, гдѣ вырсыкиваніе въ полость брюшины вслѣдъ за проколомъ нафтоловой камфоры, сопровождалось выздоровленіемъ. Когда въ полости брюшины осталось уже ничтожное количество жидкости, въ оставленную на мѣстѣ канюльку впрыскивается пять правацовскихъ шприцевъ нафтоловой камфоры; извлеки затѣмъ канюльку, закрываютъ ранку кусочкомъ асептической ваты, который смазываютъ поверхъ коллодіемъ, и больному даютъ нѣсколько дней покоя. Движеніями кишекъ нафтоловая камфора расходитя по всѣмъ направленіямъ. Животъ послѣ вырсыкиванія остается нѣсколько болѣзненнымъ; иногда около третьяго, четвертаго дня температура поднимается до 38—39°. Образуется новое количество жидкости, которое, однако, скоро окончательно всасывается. Послѣ такого леченія перитонитъ иногда исчезалъ въ нѣсколько мѣсяцевъ. Пораженная бугорчаткою брюшина, повидимому, не такъ чувствительна къ нафтоловой камфорѣ, какъ здоровая. Одинъ ребенокъ, у котораго циррозъ печени ошибочно принятъ былъ за бугорчатый пери-

¹⁾ *Cellier*. Thèse de Toulouse, 1895.

тонитъ, погибъ послѣ выпрыскиванія 5 грм. нафтоловой камфоры. Необходимо, стало бытъ, прежде, нежели рѣшиться на выпрыскиваніе, быть вполне увѣреннымъ въ распознаваніи.

Слѣдуетъ избѣгать измѣняющихъ выпрыскиваній при *сухихъ* формахъ бугорчатого перитонита, потому что кишечныя сращения могли бы вызвать прободеніе и, къ тому же, препятствовали бы соприкосновенію выпрыснутой жидкости съ больными частями.

О значеніи выпрыскиваній *собачьей сыворотки* при бугорчатомъ перитонитѣ пока трудно судить, такъ какъ она испытана была лишь въ одномъ случаѣ (*Kirmison* и *Pinard*).

Нѣкоторые хирурги, опираясь на ослабляющее и высушивающее дѣйствіе, оказываемое на бугорчатую палочку воздухомъ, вдввали въ брюшину *обезпложенный воздухъ*. Семь этого рода наблюденій принадлежатъ *Mosetig-Moorhof'у*, *Nolen'у*, *Duran'у*. *Folet*, выпустивъ у одной страдавшей бугорчатымъ перитонитомъ женщины 6 литровъ жидкости, ввелъ затѣмъ въ полость брюшины 3 литра воздуха; чрезъ 8 мѣсяцевъ больная была здорова. *A priori*, впрочемъ вліяніе воздуха довольно гадательно; возможно, что въ большинствѣ случаевъ улучшение достигнуто было просто, благодаря проколу и внутреннему леченію.

4. Лапаротомія.

Хотя вопросъ о лапаротоміи при бугорчаткѣ брюшины принадлежитъ области хирургіи, онъ, тѣмъ не менѣе, такъ тѣсно связанъ съ исторією леченія этого страданія, что трудно было бы его совершенно обойти. Первые случаи бугорчатого перитонита, гдѣ достигнуто было выздоровленіе, благодаря лапаротоміи, были случаи, гдѣ операція выполнена была вслѣдствіе ошибочнаго распознаванія; но это положило начало оперативному леченію бугорчатки брюшины, которое съ тѣхъ поръ многими считается отборнѣйшимъ способомъ леченія этого страданія.

А. При *общей просовидной бугорчаткѣ брюшины* лапаротоміи слѣдуетъ избѣгать. Но можно еще обсуждать ея умѣстность въ случаяхъ, гдѣ патологическія явленія локализируются явственно въ брюшинѣ, вызывая асцитъ; въ этихъ, обыкновенно смертельныхъ, случаяхъ позволительно еще надѣяться на успѣхъ отъ лапаротоміи, но если простой проколъ и проколъ съ послѣдующимъ выпрыскиваніемъ измѣняющихъ веществъ остались безплодными. Если острая форма перешла въ подострое или хроническое состояніе, то условія для операціи становятся болѣе благоприятными.

В. При *хронической язвенной формѣ* показанія къ операціи слагаются различно, смотря потому, идетъ ли дѣло о сухомъ перитонитѣ или о перитонитѣ съ изліяніемъ. При *сухой формѣ* нельзя ждать почти никакого успѣха отъ операціи: большинство оперированныхъ до сихъ

портъ при такихъ условіяхъ погибли. Къ тому же, лапаротомія въ этихъ случаяхъ очень трудна, такъ какъ приходится прокладывать себѣ путь среди сросшихся между собою и съ брюшною стѣнкою кишекъ и брюшныхъ органовъ.

Удовлетворительные результаты получились лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *язвенная форма* сопровождалась *разлитымъ* или болѣе или менѣе *осумкованнымъ выпотомъ*. Операция показуется, когда прозрачная вначалѣ жидкость превращается въ гнойную. Наличие симптомовъ, указывающихъ на бугорчатое пораженіе кишекъ, большинствомъ авторовъ считается противопоказаніемъ къ операциі: *Israel*, тѣмъ не менѣе, считаетъ возможнымъ выздоровленіе и при наличии кишечныхъ язвъ. Если же появятся признаки кишечнаго прободенія, вызваннаго процессомъ въ брюшинѣ или симптомы газоваго гнойника въ брюшинѣ, то оперировать должно безъ промедленія.

При *гнойныхъ язвенныхъ формахъ* животъ вскрываютъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ констатируется наиболѣе явственное зыбленіе. Удаливъ гной, осторожно стираютъ съ поверхности кишекъ покрывающіе ихъ наиболѣе мягкіе творожистые продукты. Отыскивать вмѣстилища, которыя не выступаютъ сами собою, было бы неблагоприятно, потому что это могло бы повлечь за собою разрывъ кишки. Для *промыванія* берутся обезгниливающіе растворы или теплая *прокипяченная вода*. Нѣкоторые хирурги вслѣдъ за промываніемъ вдуваютъ *йодоформъ* или слегка проводятъ губками, смоченными въ растворѣ *карболовой кислоты* или *сулемы*. *Tricani*, считающій раздраженіе брюшины необходимымъ условіемъ выздоровленія, впрыскиваетъ, послѣ лапаротоміи въ полость брюшины 10% растворъ глицерина и затѣмъ обсушиваетъ поверхности обезпложенною марлею. *Дренажъ*, рекомендуемый одними, энергично отвергается другими хирургами; во всякомъ случаѣ слѣдуетъ избѣгать выводниковъ изъ каучука, которые угрожаютъ прободеніемъ кишечника.

С. При *сухой фиброзной формѣ* къ операциі до сихъ поръ прибѣгали рѣдко: но въ нѣсколькихъ случаяхъ этого рода она выполнена была успѣшно (*Terrillon, Poncet* и др.). Въ виду того, что слипчивая фиброзная форма уже сама по себѣ указываетъ на процессъ заживленія, то ясно, что вмѣшаться позволительно лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, скученныя фиброзныя массы становятся причиною упорныхъ болей или сильныхъ функциональныхъ расстройствъ, напр. причиняють упорные запоры. Операция при этой слипчивой формѣ сводится просто къ вскрытію живота: объ удаленіи фиброзныхъ продуктовъ, въ виду тѣсной связи ихъ съ внутренностями, не можетъ быть и рѣчи.

Д. Самые удачные результаты операция давала при *асцитической формѣ*. При этой разновидности, впрочемъ, наблюдается выздоровленіе и безъ лапаротоміи, подѣ влияніемъ внутренняго леченія и прокола.

Если дѣло идетъ о *чистой асцитической формѣ*, при которой асцитъ есть почти единственное проявленіе болѣзни, то отъ хирургическаго вмѣшательства можно отказаться или во всякомъ случаѣ его можно отсрочить: простой бугорчатый асцитъ легко излечивается опорожненіемъ или проколомъ съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ измѣняющихъ веществъ, при соответственномъ внутреннемъ леченіи.

Если *асцитъ, общій или частичный*, сопровождается присутствіемъ твердыхъ массъ въ брюшинѣ, т. е. при *фиброзно-творожистой формѣ съ асцитомъ* при извѣстныхъ условіяхъ можетъ возникнуть вопросъ о лапаротоміи. Въ случаяхъ безлихорадочныхъ лапаротомія показывается, если выпотъ остается безъ измѣненія или увеличивается, несмотря на внутреннее леченіе и проколъ, если больной худѣетъ, если появилось небольшое изліаніе въ плеврѣ и если обнаружались легкія повышенія температуры по вечерамъ. Лапаротомія представляетъ больше шансовъ на успѣхъ, если она производится у нелихорадящаго больного: лучше поэтому не дожидаться лихорадочнаго періода; если температура повышена, то хорошо, если время терпитъ, прежде понизить ее, до операціи.

При асцитической формѣ, если жидкость содержитъ хлопья волокнины или ложныя перепонки, то послѣ вскрытія полость промываютъ.

Превосходнѣйшіе результаты лапаротомія даетъ при *осумкованной, асцитической формѣ* (95% выздоровленія).

Е. Въ случаѣ *закрытія просвета кишекъ въ теченіе бугорчатаго перитонита*, операція показывается при остромъ суженіи съ быстрымъ теченіемъ. Въ случаяхъ медленнаго закрытія, причину котораго составляетъ обыкновенно скученіе кишечныхъ петель въ одинъ пакетъ фиброзно-творожистыми массами и которое развивается уже въ позднихъ фазахъ болѣзни, отъ хирургическаго вмѣшательства мало чего можно ожидать.

Г. Въ общемъ, лапаротомія при бугорчаткѣ брюшины *противопоказуется*, коль скоро одновременно съ пораженіемъ брюшины констатируются и обширныя давнія бугорчатыя пораженія въ легкихъ и кишкахъ. Скрытая легочная бугорчатка, ограничивающаяся верхушками, бугорчатые очаги въ суставахъ или костяхъ, не могутъ служить препятствіемъ къ операціи; иногда послѣ исцѣленія перитонита и легочная бугорчатка принимаетъ обратный ходъ.

У нѣкоторыхъ больныхъ лапаротомію пришлось повторять чрезъ извѣстные промежутки. Одинъ больной *Urso* ¹⁾ выздоровѣлъ послѣ четвертой лапаротоміи.

Г. Мы не можемъ здѣсь останавливаться на оперативномъ вмѣшательствѣ при различныхъ формахъ частичнаго перитонита, какъ то *peri-typhlitis, peri-hepatitis, pelvi-peritonitis* бугорчатаго происхожденія.

¹⁾ *Urso*. Wien. Med. Presse, 1896, стр. 829.

При бугорчатомъ перитифлитѣ оно состоитъ либо въ простой лапаротоміи, либо въ отслоеніи срощеній, либо въ опорожненіи гнойныхъ скопленій, иногда же въ резекціи слѣпой кишки или червеобразнаго отростка. Число наблюденій, впрочемъ, такъ ничтожно и результаты столь разнообразны, что изъ этихъ данныхъ трудно вывести какія-либо опредѣленные заключенія. При *тойномъ бугорчатомъ peri-hepatitis* (поддиафрагменный нарывъ) прибѣгали къ резекціи нижняго края грудной кѣтки съ цѣлю достигнуть выпуклой поверхности печени и гнойнаго скопленія (*Lannelongue*). Что касается *pelvi-peritonitis*, связаннаго съ бугорчаткою половыхъ органовъ у женщинъ, то онъ большею частью до операціи оставался нераспознаннымъ. *Aldibert* въ 1892 г. собралъ 17 случаевъ бугорчатаго сальпингита съ пораженіемъ тазовой брюшины, въ томъ числѣ 13 успѣшно оперированныхъ, изъ коихъ въ нѣсколькихъ возврата не было еще спустя годъ послѣ операціи.

Н. По статистическимъ даннымъ, собраннымъ *Leguen*, результаты лапаротоміи при бугорчаткѣ брюшины распределяются слѣдующимъ образомъ: при асцитической формѣ цифра выздоравливающихъ равна 75,5⁰%, при фиброзной формѣ 65,5⁰%, при язвенной 60⁰%. Изъ 287 взятыхъ вмѣстѣ случаевъ статистики *König'a*, *Maurange*, *Pic'a*, *Lafont'a*, *Aldibert'a*, выздоровленіе достигнуто было въ 71,43⁰%; въ 34⁰% больные были еще здоровы спустя два года, изъ остальныхъ многіе ушли изъ подъ наблюденія. Въ нѣкоторыхъ изъ обнародованныхъ донынѣ статистикъ фигурируютъ случаи, гдѣ выздоровленіе держалось еще 20 лѣтъ спустя послѣ лапаротоміи.

Невозможно въ настоящее время составить себѣ точное представленіе о цифрѣ окончательнаго выздоровленія для *каждой изъ формъ бугорчатки брюшины* въ отдѣльности, а между тѣмъ только по *отдаленнымъ послѣдствіямъ лапаротоміи при каждой изъ этихъ формъ* можно было бы вывести опредѣленные заключенія о показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ операціи при различныхъ клиническихъ разновидностяхъ. Должно имѣть въ виду, что клиническое выздоровленіе не всегда однозначуще съ анатомическимъ исцѣленіемъ и что объ окончательномъ выздоровленіи позволительно говорить только спустя много лѣтъ послѣ операціи.

Какъ бы то ни было, лапаротомія, не проявляя специфическаго дѣйствія на бугорчатку брюшины, усиливаетъ или вызываетъ, если она производится при извѣстныхъ условіяхъ, склонность къ исцѣленію, которою болѣзнь во многихъ случаяхъ обладаетъ уже сама по себѣ. *Способъ дѣйствія лапаротоміи* еще неясенъ: возможно, что принимаютъ участіе многіе факторы.

Можно было бы думать, что значеніе операціи кроется въ удаленіи жидкости и токсическихъ продуктовъ, въ уменьшеніи давленія въ сосу-

дахъ брюшины, въ улучшеніи дыханія и кровообращенія, обусловленномъ удаленіемъ выпота, но одной этой причиной объяснить выздоровленіе во всякомъ случаѣ нельзя, потому что оно достигается и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выпотъ почти что не было.

Не вызываетъ ли лапаротомія доброкачественнаго воспаленія, замѣщающаго бугорчатые продукты рубцовой тканью? Изъ произведенныхъ въ послѣднее время экспериментальныхъ изслѣдованій о вліяніи лапаротоміи на бугорчатку брюшины у собакъ, *Щеголовъ* пришелъ къ заключенію, что у этихъ животныхъ выздоровленіе достигается уже однимъ вскрытіемъ живота, особенно если операція дѣлается въ начальномъ періодѣ процесса; въ болѣе позднемъ стадіи она влечетъ за собою только простое улучшеніе и увеличиваетъ болѣе или менѣе продолжительность жизни.

Главное дѣйствіе лапаротоміи сводится, повидимому, къ воспалительной реакціи, обусловливаемой различными соучаствующими въ операціи физическими агентами, каковы: механическая травма, термическія вліянія; проникновеніе воздуха въ брюшную полость, дѣйствіе свѣта; раздраженіе этими агентами больной брюшины вызываетъ пронизываніе тканей, окружающихъ бугорчатые очаги, лейкоцитами, образующими препятствующій дальнѣйшему распространенію этихъ очаговъ барьеръ и затѣмъ организующимся въ богатую новообразованными сосудами соединительную ткань, въ которой окончательно погибаютъ и исчезаютъ специфическіе элементы бугорчатки. Въ двухъ случаяхъ, гдѣ лапаротомія чрезъ нѣкоторое время была повторена, *Маггони* имѣлъ возможность убѣдиться, что большая часть бугорковъ исчезла, другіе отделились отъ основанія, удерживаемые только тонкою ножкою. Срошенія не необходимы для исцѣленія.

II. — Лечение раковаго перитонита

Когда злокачественныя опухоли живота осложнились такимъ же перитонитомъ, то общія разстройства уже столь рѣзки и болѣзнь уже такъ значительно подвинулась впередъ, что приходится ограничиться симптоматическимъ леченіемъ либо вызванныхъ новообразованіемъ разстройствъ, либо самого перитонита.

Противъ болѣе примѣняются *опій*, впрыскиванія *морфія*, втиранія *мази съ белладонною*, *припарки съ опіемъ*, *коллодій*. Рвота удерживается обычными средствами. Смотря ко существующимъ показаніямъ, больного кормятъ *per os* или питательными клизмами.

Если асцитъ принялъ большіе размѣры, такъ что онъ стѣсняетъ отправленія брюшныхъ или грудныхъ органовъ, то прибѣгаютъ къ *слабительнымъ*, *мочегоннымъ*, а если это не поможетъ, то къ *проколу живота*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковаго пораженія брюшины, ослож-

неннаго огромнымъ асцитомъ, особенно при перитонитѣ, присоединяющемся къ пролиферирующимъ кистамъ яичника, *лапаротомія* не только приносила облегченіе больному полнымъ удаленіемъ жидкости, но зачастую замедляла или даже прекращала накопленіе жидкости вновь.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

Лечение брюшной водянки.

G. Girodeau.

I.

Необходимость причиннаго леченія.

Брюшная водянка это синдромъ, противъ котораго терапия имѣетъ мало точекъ опоры.

Это явствуетъ уже изъ способа дѣйствія извѣстныхъ методовъ леченія, творящихъ, повидимому, чудеса въ извѣстныхъ случаяхъ асцита: при внимательномъ разборѣ этихъ способовъ легко усмотрѣть, что они направлены не противъ симптома, а противъ самой вызвавшей его болѣзни. Такъ, наперстянка, молоко, дающіе столь превосходные результаты при асцитахъ сердечнаго или почечнаго происхожденія, оказываются неизмѣнно безсильными, коль скоро они предписываются больнымъ, страдающимъ циррозомъ печени съ асцитомъ. Если бы эти средства имѣли дѣйствительное, непосредственное вліяніе на самую брюшную водянку, то они должны были бы дѣйствовать существенно одинаково во всѣхъ случаяхъ, а это далеко не такъ.

Истинное леченіе асцита состоитъ, стало бытъ, въ принятіи мѣръ не противъ этого симптома, а противъ породившей его болѣзни. Разъ эта послѣдняя распознана, то ее слѣдовало бы лечить приблизительно такъ, какъ если бы асцита и не существовало. Это, я полагаю, лучшее доказательство выставленнаго мною выше положенія. Чтобы описать надлежащимъ образомъ средства, способныя побороть асцитъ, слѣдовало бы, стало бытъ, изложить терапію всѣхъ болѣзней, могущихъ вызвать брюшную водянку, а это завлекло бы насъ слишкомъ далеко за предѣлы настоящаго руководства. Мы ограничимся поэтому простымъ перечисленіемъ средствъ, примѣнимыхъ въ большинствѣ случаевъ, и дадимъ критическій обзоръ предложенныхъ многочисленныхъ способовъ леченія.

II.

Критическій обзоръ предлагаемыхъ способовъ леченія.

Если не считать нѣкоторыхъ кахэктическаго происхожденія асцитовъ, на которые общее леченіе (*вино, алкоголь, хина, мышьяковистый натръ*) оказываетъ такое же дѣйствіе, какъ и на прочія наблюдаемыя въ подобныхъ случаяхъ водяночныя явленія, т. е. измѣняютъ кровосмѣшеніе, то такъ наз. укрѣпляющіе медикаменты обыкновенно бесполезны въ терапіи брюшной водянки. За исключеніемъ помянутыхъ случаевъ, водянка брюшины указываетъ на повышенное давленіе въ системѣ воротной вены, противъ котораго тоническое леченіе бессильно.

Каковъ бы ни былъ механизмъ этого повышенія давленія и въ какомъ бы пунктѣ воротной системы ни лежала причина этого повышенія (приводящія вѣтви, —стволь или внутрпеченочная часть воротной вены, зачастую даже общій застой), ясно, что *кровеизвлеченія* или *отвлекающія* не могутъ способствовать всасыванію излившейся жидкости. Но эти средства дѣйствуютъ превосходно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспалена брюшина (хроническій или подострый перитонитъ съ брюшною водянкою) или при приливахъ, либо воспалительныхъ процессахъ въ печени (подострый гепатитъ, разлитой циррозъ, *peri-hepatitis*). Они при такихъ условіяхъ не только успокаиваютъ боли, но содѣйствуютъ также уменьшенію или даже исчезновенію воспалительнаго элемента. А разъ устраненъ приливъ, то и обусловливаемое имъ пропотѣваніе сыворотки прекращается и по мѣрѣ того, какъ становятся болѣе проходимыми лимфатическіе пути и корешки венъ, начинаетъ всасываться и излившаяся уже жидкость. Слѣдовательно, лишь въ указанныхъ случаяхъ кровеизвлеченія и отвлекающія способны косвеннымъ образомъ принести пользу одержимымъ асцитомъ больнымъ, при прочихъ же категоріяхъ брюшной водянки на нихъ разсчитывать нечего.

Назначеніе *мочегонныхъ* основано на давно уже доказанномъ фактѣ измѣненія мочи у больныхъ, страдающихъ асцитомъ любого происхожденія. Не говоря уже объ измѣненіяхъ цвѣта и химическаго состава мочи, имѣющихъ большое значеніе въ другихъ отношеніяхъ, уменьшеніе количества мочи есть само по себѣ обстоятельство, изъ коего естественно вытекаетъ показаніе возстановить этотъ секретъ. Этимъ путемъ мы надѣемся предотвратить дальнѣйшее пропотѣваніе жидкости въ полость брюшины и даже благоприятствовать выведенію почками уже находящейся въ ней жидкости.

Теорія эта опирается на положительныя наблюденія, которыя, однако, должны быть истолкованы слѣдующимъ образомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ асцитъ вызванъ разстройствомъ кровообращенія безъ глубо-

каго измѣненія стѣнокъ воротной вены, мочегонныя, увеличивая артериальное давленіе или дѣйствуя непосредственно на почечный эпителий, уменьшаютъ количество жидкости въ полости брюшины: доказательство страданія сердца, при коихъ они творятъ чудеса. Напротивъ того, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ пораженіе венныхъ вѣточекъ въ какомъ либо пунктѣ воротной системы, примѣненіе мочегонныхъ почти всегда остается безуспѣшнымъ, какъ напр. при хроническихъ страданіяхъ печени и брюшины, при прижатіи воротной вены.

Исключеніе составляетъ только *каломель*, способъ дѣйствія котораго трудно опредѣлить въ виду сложнаго вліянія его одновременно на почки, кишки и печень. Несомнѣнно, однако, что наиболѣе благотворное вліяніе онъ оказываетъ при асцитѣ печеночнаго происхожденія. Это обстоятельство указываетъ, повидимому, на то, что онъ дѣйствуетъ столько же, измѣняя отправление печени, сколько мочегонно.

Все замѣченное нами по поводу мочегонныхъ приложимо дѣликомъ къ двумъ другимъ группамъ медикаментовъ: *слабительнымъ* и *потогоннымъ*, которыя были нѣкогда въ большомъ ходу. Безъ сомнѣнія, асцитики, уже по самой сущности своей бо́льзни часто страдаютъ запорами, безспорно они имѣютъ сухую, жесткую кожу, но наивно было бы думать, что усиленные отравленія слизистой кишекъ и кожныхъ покрововъ могутъ облегчить всасываніе излившейся въ брюшину жидкости. Паровыя ванны, окуриванія, часто повторяемыя слабительныя только ослабили бы больного, не принося ему ни малѣйшей пользы.

Неоднократно рекомендованное въ различные времена *прижатіе*, помощью *давящей повязки* или *коллодія*, позволительно примѣнить только при наличности воспалительныхъ явленій со стороны брюшины. Когда требуется иммобилизовать кишечныя петли, во всѣхъ же прочихъ случаяхъ оно не только бесполезно, но еще и опасно. Оно нисколько не благопріятствуетъ всасыванію жидкости и ничуть не препятствуетъ нарастанію изліянія. Брюшныя стѣнки, вслѣдствіе оказываемаго на нихъ извнѣ давленія, не могутъ растягиваться, а потому діафрагма съ каждымъ днемъ оттѣняется все выше въ грудную полость и сдавливаетъ легкія, которымъ такимъ образомъ угрожаетъ ателектазъ: эти два фактора, увеличивающіе расстройство дыханія, и побуждаютъ обыкновенно прибѣгнуть поспѣшно къ леченію, которое намъ осталось еще разсмотрѣть, т. е. къ *проколу*.

III.

О проколѣ.

1) Этотъ способъ леченія заслуживаетъ разсмотрѣнія съ двухъ главныхъ точекъ зрѣнія: Когда слѣдуетъ произвести проколъ? Чего слѣдуетъ ожидать отъ него?

Если количество излившейся жидкости незначительно, то о проколѣ живота не должно быть и рѣчи, потому что онъ былъ бы бесполезенъ. Зачастую, и именно при страданіяхъ печени или подострыхъ перитонитахъ небольшой асцитъ сопровождается очень сильнымъ вздутиемъ кишекъ. Въ такомъ случаѣ больной не извлечетъ никакой пользы изъ прокола, потому что какъ бы ни было велико стѣсненіе дыханія, оно обуславливается больше растяженіемъ кишекъ газами, нежели изліяніемъ въ полость брюшины одного или двухъ литровъ жидкости.

Напротивъ того, при большомъ изліяніи, рѣзко выраженной одышкѣ, бессонницѣ, потерѣ аппетита, слѣдуетъ вмѣшаться не медля. Съ опороженіемъ жидкости, дыханіе совершается свободнѣе, разсѣиваются явленія периферическаго застоя, наконецъ, обильное отдѣленіе свѣтлой мочи производитъ впечатлѣніе настоящаго мочеваго кризиса, самочувствіе больного улучшается и все вмѣстѣ, стало быть, вполне оправдываетъ проколъ. Кромѣ того, послѣдній позволяетъ врачу изслѣдовать брюшные органы, поставить діагнозъ, которому раньше препятствовало растяженіе живота, и предотвращаетъ появленіе нѣкоторыхъ механическихъ случайностей, какъ напр. ущемленіе грыжи въ растянутомъ пупочномъ кольцѣ. Но все это выгоды временнаго характера; случайности же и осложненія, которыя можетъ повлечь за собою опороженіе брюшины, столь многочисленны, что скорѣе ихъ, чѣмъ выгоды, слѣдуетъ имѣть въ виду, когда возникаетъ вопросъ о проколѣ у больного, пораженнаго брюшною водянкою.

Мы не будемъ долго останавливаться на мѣстныхъ осложненіяхъ, причиняемыхъ самою операціею: осложненіяхъ непосредственныхъ, вызванныхъ разрывомъ сосуда или какого нибудь важнаго органа и которыхъ можно въ общемъ избѣгнуть, если предварительно осмотрѣть внимательно область, на уровнѣ которой надлежитъ вколоть троакаръ; осложненій вторичныхъ, почти всегда заразнаго свойства, которыя становятся все болѣе и болѣе рѣдкими по мѣрѣ все болѣе строгаго примѣненія антисептики; таковы лимфангоиты, блѣдная рожа, подобная той, которая наблюдаются столь часто на отечныхъ конечностяхъ, перитониты, убивающіе больного въ нѣсколько дней, безъ воспалительной реакціи, безъ лихорадки, посреди явленій коллапса, какъ это наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ брюшина давно уже была больна.

Истинная опасность прокола кроется въ *гибели белка*, которую онъ влечетъ за собою. Подъ этими словами слѣдуетъ разумѣть не ущербъ, наносимый питанію выведеніемъ тѣхъ бѣлковыхъ веществъ, которыя находились въ выпущенной жидкости, а пропотѣваніе въ полость брюшины новаго количества кровяной сыворотки взамѣнъ выпущенной. Другими словами, скопляющаяся вновь въ полости брюшины жидкость отнимаетъ отъ крови большую часть ея существеннѣйшихъ элементовъ, чѣмъ и объяс-

няется быстрый упадокъ силъ у больного въ слѣдующіе за проколомъ дни.

Эта склонность къ кахекси пропорціональна, съ одной стороны, быстротѣ, съ которой возобновляется изліяніе въ брюшину, а съ другой, трудности для больного кормиться. Замѣтимъ, кромѣ того, что возобновленіе изліянія происходитъ тѣмъ быстрѣе, чѣмъ полнѣе было опорожненіе, ибо въ такомъ случаѣ устраняется противодавленіе, которое испытывали сосуды воротной системы со стороны изліянія, и кровь приливаетъ въ легко растяжимые теперь сосуды. Поэтому, нѣкоторые авторы, пораженные быстрымъ возобновленіемъ водянки, предлагаютъ ограничиваться *частичными проколами*, т. е. выпускать лишь небольшія количества жидкости заразъ, прибѣгая, по мѣрѣ надобности, каждый разъ къ новому проколу.

Въ итогѣ, если послѣ прокола жидкость быстро накапливается вновь, то слѣдуетъ ждать по возможности дольше, прежде, чѣмъ выпустить ее вторично, а не уступать первымъ требованіямъ больного. Тѣмъ не менѣе непозволительно было бы «давать жидкости вытекать» послѣ перваго прокола. Такое истеченіе только облегчило бы пропотѣваніе новаго количества кровяной сыворотки: далеко не облегчивъ больного, оно только изнурило бы его и предрасполагало бы ко всѣмъ опасностямъ восходящей инфекции чрезъ оставленное троакаромъ отверстіе.

Если, напротивъ того, жидкость скопляется вновь *медленно*, общее состояніе удовлетворительно, то выгоднѣе для больного повторить проколъ, не дожидаясь чрезмѣрнаго растяженія живота. Каждому врачу случалось наблюдать асцитиковъ, которые въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ перенесли 15, 20, 30 и больше проколовъ и у которыхъ наконецъ, жидкость, накопляясь все медленнѣе и медленнѣе, перестаетъ совсѣмъ изливаться. Такое теченіе брюшной водянки наблюдается преимущественно при циррозѣ съ большою печенью, при сердечной печени, или хроническихъ, бугорчатого или иного происхожденія, процессахъ въ брюшинѣ; кажущаяся *полнота* въ этихъ случаяхъ зачастую смѣняется ужасающею худобою, брюшная стѣнка втягивается, образуя какъ бы одно тѣло съ подлежащими органами.

Слѣдуетъ ли отсюда заключить, что повторные проколы благоприятствовали прекращенію трансудации и что они могутъ быть поэтому разсматриваемы, какъ цѣлебное средство противъ асцита?

Трудно отвѣтить на этотъ вопросъ, хотя не подлежитъ сомнѣнію, что присутствіе жидкости въ сывороточной полости, была ли послѣдняя предварительно воспалена или нѣтъ, вызываетъ или поддерживаетъ извѣстную степень раздраженія, которое ведетъ къ утолщенію соединительной ткани этой перепонки. Такъ какъ кровообращеніе въ рубцовой ткани совершается тѣмъ менѣе живо, чѣмъ она плотнѣе, то очевидно выгоднѣе, въ

интересахъ больного, удалить причину раздраженія, выпуская время отъ времени излившуюся жидкость. Косвеннымъ образомъ, слѣдовательно, проколъ дѣйствительно служить цѣлебнымъ агентомъ асцита.

2. Нельзя-ли ускорить благоприятные результаты *впрыскиваніемъ* послѣ каждаго прокола какого-нибудь вещества въ полость брюшины? Не такъ давно еще *впрыскиванія іодной настойки* насчитывали столько же горячихъ сторонниковъ, сколько рѣшительныхъ противниковъ. Правда, этотъ методъ давалъ безспорно успѣшные результаты, но не во всѣхъ безразлично случаяхъ асцита. Главнымъ образомъ излечиваются по этому способу асцитическія формы хроническаго перитонита, точнѣе говоря, заразные перитониты, которыхъ типомъ служитъ бугорчатый перитонитъ; напротивъ того, на токсическіе перитониты, какъ то перитониты алкоголиковъ, нефритиковъ подобные методы леченія не оказываютъ, повидимому, никакого вліянія.

Въ настоящее время *впрыскиванія іодной настойки* почти совсѣмъ вышли изъ употребленія, и гораздо чаще нынѣ прибѣгаютъ къ *впрыскиваніямъ* въ брюшину небольшихъ количествъ противогнилостныхъ веществъ, какъ-то *сулемы, нафтоловой камфоры, лизола* и пр. Иногда достаточно *впрыснуть* нѣсколько капель такого рода противогнилостнаго раствора, для того, чтобы изліяніе въ брюшинѣ стало постепенно всасываться и чрезъ нѣсколько недѣль наступило выздоровленіе. Но прежде, чѣмъ рѣшиться на такія *впрыскиванія*, должно убѣдиться, что не нарушены фізіологическія отправленія печени и проходимость почекъ. Если моча содержитъ бѣлокъ, то лучше отказаться отъ нихъ. Равнымъ образомъ, если асцитъ находится въ связи съ страданіемъ печени, то мы настоятельно совѣтуемъ воздерживаться отъ антисептическихъ *впрыскиваній*, въ особенности отъ *нафтоловой камфоры*. Въ одномъ случаѣ обнародованномъ въ «Société médicale des hôpitaux de Paris» такого рода *впрыскиваніе* ускорило, повидимому, смертельный исходъ, хотя *впрыснута* была очень слабая доза и съ соблюденіемъ всѣхъ употребительныхъ предосторожностей.

3. Гораздо менѣе понятенъ способъ дѣйствія такъ называемой *пробной лапаротоміи* на извѣстные бугорчатаго происхожденія асциты. Случаи излеченія этимъ способомъ асцита нынѣ неисчислимы, а что дѣло идетъ дѣйствительно о настоящемъ выздоровленіи, доказано было въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ по поводу ущемленной грыжи или закрытія кишки, приходилось вторично вскрывать животъ: въ то время, какъ при первой лапаротоміи вся сывороточная устьяна была многочисленными бугорками, ихъ теперь не было и слѣда.

Это цѣлебное вліяніе лапаротоміи наблюдалось одинаково какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операторы ограничивались удаленіемъ выпота, не производя того, что хирурги называютъ туалетомъ брюшины, такъ и тогда,

когда сывороточная промывалась антисептическимъ или асептическимъ растворомъ: возникаетъ поэтому вопросъ, не дѣйствуетъ ли тутъ въ качествѣ цѣлебнаго агента простое соприкосновеніе воздуха съ воспаленною брюшиною? Это мнѣніе находитъ себѣ опору въ способѣ *Folet*, которому удалось въ нѣсколькихъ случаяхъ добиться исчезновенія асцита выпрыскиваніемъ въ брюшину, послѣ опорожненія ея проколомъ, *нѣсколькихъ литровъ обезпложденного воздуха*.

IV.

Особенные случаи.

1. Въ извѣстныхъ случаяхъ, однако, именно въ тѣхъ, гдѣ выпущенная жидкость имѣетъ красный цвѣтъ отъ примѣси крови, повторные проколы противопоказуются, даже если скопленіе новой жидкости происходитъ медленно. Отъ какой бы причины ни зависѣлъ *геморрагическій асцитъ*, ясно, что всякая потеря крови должна быстро истощить больного, все равно идетъ ли дѣло о хроническомъ пахиперитонитѣ напр. у алкоголика, или о первичномъ, либо вторичномъ ракѣ брюшины.

2. Хотя патогенезъ *хилознаго асцита* еще окончательно не выясненъ, вѣроятно, что въ извѣстныхъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ, онъ обуславливается жировымъ перерожденіемъ заключающихся въ асцитической жидкости бѣлыхъ шариковъ и зародышевыхъ элементовъ. Онъ наблюдается, стало быть, у больныхъ съ хроническимъ перитонитомъ, а мы видѣли выше, что именно при такихъ условіяхъ асцитъ проявляетъ склонность къ излеченію. Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, должно прибѣгнуть къ повторнымъ проколамъ, если изліяніе не возобновляется быстро послѣ перваго прокола. Но если бы даже брюшная водянка исчезла, у больного, тѣмъ не менѣе, остаются глубокія измѣненія брюшины, угрожающія всеми опасностями закрытія кишечника перитонитическими перемычками.

3. *Беременность* не служитъ противопоказаніемъ къ проколу. Впрочемъ, асцитъ при такихъ условіяхъ рѣдко достигаетъ такихъ размѣровъ, чтобы потребовалось опорожненіе до окончанія беременности.

4. Равнымъ образомъ не противопоказанъ проколъ при брюшной водянкѣ, сопутствующей иногда *опухолямъ* въ полости живота, но онъ при такихъ условіяхъ бесполезенъ. Если у субъекта, имѣющаго новообразованіе въ животѣ, появился асцитъ, то почти всегда можно съ увѣренностью поставить діагнозъ рака, потому что доброкачественныя опухоли обыкновенно не сопровождаются изліяніемъ въ брюшину. Проколъ въ такихъ случаяхъ, понятно, можетъ имѣть значеніе лишь палліативнаго, а никакъ не цѣлебнаго средства противъ асцита.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Общія патологическія свѣдѣнія и терапевтическія показанія при болѣзняхъ печени.

I. Teissier.

I. Предварительныя замѣчанія	Стр. 4
II. Общая этиологія	4
III. Общія терапевтическія показанія	12
А. Предупреждающее или профилактическое леченіе, стр. 15; 1. Діета, стр. 15;—2) антисептика кишекъ, стр. 17;—3) слабительныя и желчегонныя, стр. 18. В. Цѣлебная терапія, стр. 20: 1) антисептической методъ, стр. 18;—2) измѣняющіе агенты, стр. 21. С. Леченіе симптомовъ и осложненій, стр. 24: 1) боли, стр. 25;—2) желтуха, стр. 25;—3) рефлекторныя явленія, стр. 26;—4) лихорадка, стр. 26;—5) желудочно-кишечныя разстройства и кровотеченія, стр. 27;—6) явленія интоксикаціи, стр. 27.	

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Леченіе гипереміи печени.

E. Boinet.

I. Общія замѣчанія	28
А. Опредѣленіе предмета, стр. 28.—В. Необходимость ранняго леченія, стр. 29.—С. Патогенезъ, стр. 30;—1) анатомическія условія, стр. 30;—2) физиологическія условія, стр. 30. D. Этиологія, стр. 32.—1) активныя приливы, стр. 32;—2) Токсическіе агенты, стр. 32;—заразные агенты, стр. 34;—дискразіи и діатезы, стр. 36;—рефлекторное и нервное происхожденіе, стр. 36,—2) Пассивныя гипереміи стр. 37.	
II. Леченіе	37
А. Острые приливы, стр. 37.—В. Хроническія гипереміи, стр. 38:—1) общія терапевтическія показанія, стр. 39;—діета, стр. 39;—кишечная антисептика, стр. 42;—желчегонныя, стр. 44;—каломель, стр. 46;—двууглекислый натръ, стр. 48;—минеральныя кислоты, стр. 48;—опотеранія, стр. 49;—минеральныя воды, стр. 49;—водолеченіе, стр. 52.	
III. Леченіе различныхъ клиническихъ формъ	52
А. Гиперемія вслѣдствіе излишествъ стола, стр. 52.—В. Гиперемія печени у диспептиковъ, стр. 53.—С. Гиперемія печени у подагриковъ, стр. 54;—Д. Гиперемія печени у диабетиковъ, стр. 55;—Е. Гиперемія печени малярійнаго происхожденія.—Пассивныя гипереміи печени, стр. 57.	

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Лечение доброкачественных форм желтухи.

E. Voinet.

I. Общія замѣчанія	59
А. Катарральная желтуха, стр. 60.—В. Доброкачественная заразная желтуха, стр. 61.	
II. Лечение доброкачественныхъ желтухъ вообще	64
А. Диета, стр. 64.—В. Слабительная, стр. 64.—С. Обезжиривающая, стр. 65.—Лекарства способные возстановить проходимость желчныхъ путей, стр. 66.—Е. Минеральная вода, стр. 66.—Ф. Большія холодныя клизмы, стр. 68.—Г. Хроническія желтухи, стр. 70;—массажъ, стр. 70;—фарадизация стр. 70;—проколъ пузыря, стр. 70;—антисептика кишекъ, стр. 71;—Н. Выведеніе ядовитыхъ продуктовъ чрезъ почки, кожу и помощью усиленнаго окисленія, стр. 71.	
III. Лечение некоторыхъ связанныхъ съ желтухою разстройствъ	72
1. Зудъ, стр. 72.—2. Крапивница, стр. 75.—Адинамія и кровотеченія, стр. 76.	
IV. Общія терапевтическія показанія при известныхъ разновидностяхъ желтухи	76
Желтуха вслѣдствіе полихоліа, стр. 76;—желтуха отъ душевнаго потрясенія, стр. 76;—затяжная форма катарральной желтухи, стр. 77;—вторичныя хроническія желтухи, стр. 77;—отравныя желтухи, гематогенныя желтухи, стр. 78;—вторичныя инфекціонныя желтухи при общихъ острыхъ болѣзняхъ стр. 78;—вторичныя желтухи при хроническихъ общихъ болѣзняхъ, стр. 80.	

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

Лечение тяжелыхъ формъ желтухи.

Thevenet.

I. Общія замѣчанія	81
1. Тяжкія вторичныя желтухи, стр. 83.—2. Первичныя тяжкія желтухи, стр. 84.—3. Клиническая картина, стр. 88.—4. Главныя анатомическіе процессы, стр. 89.—почечная паренхима, стр. 90;—кровь, стр. 91;—взаимоотношенія процессовъ, стр. 91.—5. Природа болѣзни, стр. 93.—6. Самоотравленіе, стр. 93.	
II. Лечение	
I. Профилактика, стр. 97.—А. Отягощенныя желтухи стр. 97. В. Первичныя тяжкія желтухи, стр. 99.—2. Лекарства, стр. 99. А. Заразный агентъ, стр. 100.—В. Общее состояніе и питаніе. Кожа, стр. 100.—С. Разстройства температуры, стр. 102;—Нервная система, стр. 104;—Е. Матка, стр. 104;—Пищеварительныя разстройства, стр. 105;—Сердце, стр. 105;—Н. Кровь, стр. 106;—I. Почки, стр. 107;—К. Печень, стр. 108.	

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Лечение желтухи новорожденныхъ.

Weill'я

I. Раздѣленіе предмета	110
II. Идиопатическая желтуха	110
А Общія замѣчанія, стр. 110—В. Лечение. стр. 117.	

<i>III. Симптоматическія желтухи</i>	117
А. Страданія желчныхъ путей, стр. 117.—В. Страданія печени, стр. 118.—С. Желтуха при общихъ инфекціяхъ, стр. 119.	

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Лечение перерожденій печени.

Ch. Achard'a.

<i>I. О различныхъ перерожденіяхъ печени</i>	123
<i>II. Жировое перерожденіе печени</i>	124
А. Общія замѣчанія, ст. 124.—В. Терапевтическія показанія, стр. 125.	
<i>III. Амилонидное перерожденіе</i>	126

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Лечение бугорчатки печени.

<i>I. Общія замѣчанія</i>	127
<i>II. Терапевтическія показанія</i>	129
А. Мѣстное лечение, стр. 129. Б. Общее лечение, стр. 129.	

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

Лечение рака печени.

Ch. Achard'a.

<i>I. Анатомическія и клиническія замѣчанія</i>	131
<i>II. Терапевтическія показанія</i>	133

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

Лечение гидатидныхъ кистъ печени.

Ch. Achard'a.

<i>I. Клиническія замѣчанія</i>	134
<i>II. Терапевтическіе методы</i>	137
<i>III. Хирургическіе методы</i>	141

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

Лечение циррозовъ печени.

<i>I. Общія замѣчанія</i>	144
А. Излечимость циррозовъ, стр. 144. В. Условія излечимости циррозовъ, стр. 147. С. Причины и патогенезъ циррозовъ, стр. 152. Общая семиологія стр. 157.	
<i>II. Общее лечение циррозовъ</i>	158
А. Профилактика, стр. 159. В. Доасцитическій періодъ, стр. 159. С. Періодъ асцитическій, стр. 177. 1) Лекарственное пользованіе, 177; 2) проколъ живота, 181.	
<i>III. Лечение различныхъ формъ цирроза</i>	182
А. Алкогольный гипертрофическій циррозъ, стр. 183. В. Атрофическій циррозъ печени, стр. 184. С. Гипертрофическій циррозъ <i>Hanot</i> , стр. 185. Желчекаменный циррозъ, стр. 186. Е. Сердечный циррозъ печени, стр. 187. Ф. Сифилитическій циррозъ, стр. 187.	

G. Малирийный циррозъ, стр. 189. H. Циррозъ диабетиковъ, стр. 190.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Лечение желчекаменной болѣзни.

A. Chauffard'a.

I. Общія замѣчанія	190
II. Терапевтическія замѣчанія	192
III. Лечение желчекаменной болѣзни	193
A. Общія замѣчанія, стр. 193. Общая гигиена, стр. 195. С. Лекарственное пользование, стр. 196.	
IV. Лечение печеночной колики	201
V. Лечение закупорки и зараженія желчныхъ путей	202
VI. Лечение осложненій	207
A. Желчекаменный циррозъ, стр. 207. B. Пилефлебитъ, стр. 207. C. Анормальное странствованіе камня, стр. 208.	

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

Лечение остраго воспаленія брюшины.

H. Haushalter'a.

I. Общія замѣчанія	210
II. Лечение общаго остраго перитонита	212
A. Предохранительныя мѣры, стр. 212.—B. Лечение кровившагося уже перитонита, стр. 212.—C. Хирургическое лечение, стр. 216.	
III. Лечение ограниченнаго остраго перитонита	221

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

Лечение бугорчатаго и раковаго воспаленія брюшины.

H. Haushalter'a.

Бугорчатый перитонитъ.

I. Общія замѣчанія	222
II. Лечение	223
A. Терапевтическій способъ, стр. 223.—Общее лечение, стр. 224;—мѣстное и симптоматическое лечение, стр. 224.—B. Оперативный способъ, стр. 225, I простой проколъ, стр. 225;—проколъ съ промываніемъ полости брюшины, стр. 225—3. проколъ съ измѣняющимися впрыскиваніями, стр. 226;—4 лапаратомія, стр. 227.	
Раковый перитонитъ	231

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ.

Лечение брюшной водянки.

G. Girodeau.

I. Необходимость причиннаго леченія	232
II. Критическій обзоръ	233
III. О проколѣ	234
IV. Особенные случаи	238

