

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

Профессора Г. А. Захарьина

И

Т Р У Д Ы

ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ИЗДАНИЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

Выпускъ 3-й.

МОСКВА.

1897.



~~№ 419~~

116
3-383

116.1/4 (075.8)

Университетская типография, Страстной бульварь.

ВКОЗ — УСР

УПРАВЛІННЯ КЛІНІК
ОДЕСЬКОГО
Державного медичного інституту
1-а Акуш.-Гінек. клініка

м. Одеса, вул. Бастарова № 9
Тел. 2-11

191 815

Одесский
медический институт
БИБЛИОТЕКА

ЕГО ИМПЕРАТОРСКОМУ ВЫСОЧЕСТВУ

ВЕЛИКОМУ КНЯЗЮ

КОНСТАНТИНУ КОНСТАНТИНОВИЧУ

АВГУСТЪЙШЕМУ ПРЕЗИДЕНТУ АКАДЕМІИ НАУКЪ

ПОСВЯЩАЕТЪ

СВОЙ ТРУДЪ И ТРУДЫ ЗАВѢДЫВАЕМОЙ ИМЪ КЛИНИКИ

Профессоръ Григорій Захарьинъ
Почетный Членъ Академіи.



СОДЕРЖАНИЕ.

Предисловіе.

Л Е К Ц І И:

I. Брюшныя болѣзни и функціональныя разстройства нервной системы.

Третій случай	1
Четвертый случай	22
Пятый случай	28
Шестой случай	32
Седьмой случай	48
Восьмой случай	60
Девятый случай	64
Десятый случай	69

II. Ревматизмъ и подагра.

Одиннадцатый случай	77
Двѣнадцатый случай	84
Тринадцатый случай	94
Четырнадцатый случай	102

Т Р У Д Ы:

Г. А. Захарыня:	1. Терапевтическія замѣтки	111
	Лѣчить ли лихорадку и какъ лѣчить?	—
	Юдь при грудницѣ	115
	Висмутъ	117
	Ревень при острой инъекціонной желтухѣ (Вей- левой болѣзни)	118
—	2. О лѣченіи бугорчатки средствомъ Ко- ха (туберкулиномъ)	120

П. М. Попова:	3.	Средство Коха по опытамъ надъ животными	134
В. В. Никулина:	4.	О сифилисѣ плевры.....	143
П. М. Попова:	5.	Подкожныя впрыскиванія мышьячнаго Фовлерова раствора	153
Н. Θ. Голубова:	6.	О методахъ изслѣдованія больныхъ...	166
—	7.	О желчномъ циррозѣ печени.....	178
К. Θ. Флерова:	8.	О патогенномъ значеніи микроорганизмовъ Friedlaender'a и Fraenkel'я....	203
В. Θ. Полякова:	9.	О микробномъ и безмикробномъ нагноеніяхъ.....	213
П. М. Попова:	10.	О катаррѣ желудка.....	228
—	11.	О бактеріальномъ населеніи катаррального желудка	260
—	12.	О каріокинезѣ въ желудочныхъ железахъ	287
К. Θ. Флерова:	13.	О ферментативной способности микроорганизма Фридлендера и его сходствѣ съ bacillus lactis aerogenes	296
Н. Θ. Голубова:	14.	Воспаленіе червеобразнаго отростка слѣпой кишки какъ инфекціонное эпидемическое заболѣваніе	303

Л Е К Ц И И.

ВИЗАНТСКА
ЖЕНСКОЙ КЛИНИКИ
№
ИМПЕРАТОРСКАГО
Новороссійскаго У. Университета

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Къ предисловію предыдущаго выпуска считаю нужнымъ прибавить слѣдующее.

Продолжая изданіе своихъ клиническихъ лекцій, я вижу себя вынужденнымъ отказаться отъ изложенія ихъ въ систематическомъ порядкѣ (какъ намѣревался вначалѣ) по извѣстнымъ отдѣламъ внутреннихъ болѣзней,—отказаться потому, что нахожусь въ зависимости отъ встрѣчающагося матеріала: не всегда могу найти нужный случай, чтобы продолжать изложеніе начатаго отдѣла, а съ другой стороны, настаивая на систематическомъ порядкѣ, долженъ пропускать,—отказываться отъ ихъ изложенія,—такіе случаи, которые даютъ возможность касаться съ пользою (тою, которую имѣетъ въ виду мой трудъ) другихъ отдѣловъ внутреннихъ болѣзней.

При выборѣ больныхъ для клиническаго разбора (а слѣдовательно и для *печатныхъ* клиническихъ

лекцій), имѣя въ виду прежде всего интересы своихъ слушателей, будущихъ практическихъ врачей, я предпочитаю самые обыкновенные, «ординарные» случаи, какъ наиболѣе важные, ибо чаще встрѣчающіеся,—избѣгаю «рѣдкихъ» случаевъ; разбираю случаи и легкіе, и тяжелые, но имѣющіе хотя малѣйшую вѣроятность излѣченія или, по крайней мѣрѣ, улучшенія, а вполнѣ неизлѣчимыхъ и не обѣщающихъ улучшенія касаюсь лишь настолько, насколько это необходимо для знанія ихъ діагностики, для умѣнья отличить ихъ отъ поправимыхъ и излѣчимыхъ.

Время, употребляемое на разборъ каждаго случая (а слѣдовательно и на печатное изложеніе его), зависитъ конечно отъ особенностей послѣдняго; но вообще чѣмъ далѣе подвигается клиническое преподаваніе, тѣмъ болѣе возможно тратить менѣе времени на каждый разбираемый случай, короче высказываться о каждомъ больномъ—отчасти въ виду растущей врачебной зрѣлости слушателей, отчасти вслѣдствіе возможности ссылаться на прежде сказанное (а также и напечатанное) о приемахъ клиническаго преподаванія, объ изслѣдованіи больныхъ, о распознаваніи, о регулированіи гигиены больного вообще и діеты его въ особенности, о многихъ прежде прилагавшихся методахъ лѣченія,—словомъ, обо

всемъ, чего обыкновенно приходится касаться уже при первыхъ больныхъ и что дѣлаетъ столь продолжительнымъ клинической разборъ первыхъ рассматриваемыхъ, а потому по преимуществу образцовыхъ случаевъ.

Помѣщавшіяся и въ предыдущихъ выпускахъ *Прибавленія*, не представляющія клиническихъ лекцій, но тоже обязанныя своимъ происхожденіемъ клинической (и врачебно-практической) дѣятельности, обозначены въ настоящемъ выпускѣ болѣе точнымъ названіемъ *клиническихъ трудовъ*. Кромѣ принадлежащихъ мнѣ, въ настоящемъ выпускѣ помѣщены (будутъ помѣщаться и въ слѣдующихъ) работы ассистентовъ и ординаторовъ завѣдуемой мною клиники, а также и другихъ лицъ, трудящихся въ ней, а потому весь отдѣлъ и получилъ названіе *Трудовъ Факультетской Терапевтической Клиники*. Работы, произведенныя лицами, трудящимися въ моей клиникѣ, въ лабораторіяхъ другихъ преподавателей, будутъ помѣщаться въ этомъ отдѣлѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣютъ ближайшее отношеніе къ клиникѣ и, какъ обыкновенно, возникаютъ по клинической инициативѣ.

Чтобы не открывать впередъ діагностики, содержаніе случаевъ, рассматриваемыхъ въ настоящемъ выпускѣ, точно не обозначено (причины такого

приема объяснены въ предисловіи ко 2-му выпуску).
Небольшое неудобство, могущее происходить отъ
этого для отыскиванія содержанія, легко устранится,
если читатель, интересующійся подлежащимъ тру-
домъ, самъ по прочтеніи точнѣе отмѣтитъ содер-
жаніе.

Г. Захарьинъ.

· Ноябрь 1892.

I. Брюшныя болѣзни и функціональныя разстрой-
ства нервной системы.

ТРЕТІЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 3-го ноября 1889.

Больной, студентъ, 22 лѣтъ, жалуется на боли въ животѣ и запоръ, смѣняющійся иногда поносомъ,—на сердцебіеніе и непріятныя ощущенія въ сторонѣ сердца,—на головныя и спинныя боли, плохой сонъ, скорое утомленіе отъ тѣлеснаго и умственнаго труда и мрачное настроеніе духа: больного безпрестанно тревожатъ всякаго рода опасенія, главное же—онъ боится, что у него есть «органической пороки сердца».

Условія и образъ жизни. Уже четвертый годъ больной живетъ почти безвыѣздно въ Москвѣ, зиму и лѣто. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Прежде больной купался, а за послѣдніе годы—нѣтъ, потому что отъ купанья сталъ забивать и получать припадки сердцебіенія. Въ баню не ходитъ, моется дома. Прежде курилъ, а теперь пересталъ, потому что куреніе стало вызывать біеніе сердца. Пьетъ немного чаю; кофе и вина не пьетъ. Порядокъ ѣды—утромъ чай съ хлѣбомъ, обѣдъ и ужинъ; столъ всегда былъ хорошій, за исключеніемъ одного двухнедѣльнаго періода, о которомъ будетъ рѣчь. Больной, какъ сказано, студентъ и, кромѣ того,

даетъ уроки. На воздухъ бываетъ часа два въ дечь. Времени для сна имѣеть достаточно, отъ 11 вечера до 8 утра.

Анамнезъ. Родители больного, по его словамъ, здоровы. Уже съ гимназій, лѣтъ 10 назадъ, у больного начались запоры, но впрочемъ здоровье не измѣняло до переѣзда въ Москву, а съ тѣхъ поръ запоры усилились, и больной сталъ немного худѣть и слабѣть. Три года назадъ больной перенесъ острый сочленовный ревматизмъ—легкій (больной все время оставался на ногахъ) въ нѣсколько дней прошедшій отъ салициловаго натра; съ того времени появились сердцебиенія. Годъ назадъ сонъ сталъ плохъ, душевное настроеніе—мрачно, слабость замѣтнѣе, припадки сердцебиенія стали сопровождаться неприятными ощущеніями, а иногда и прямо болями въ стонѣ сердца. Всѣ эти болѣзненные явленія очень усилились послѣ огорченія, которое больной перенесъ три мѣсяца назадъ. Мѣсяць назадъ больному пришлось употреблять дурное кушанье, причинившее поносъ, сначала прекратившійся отъ опійной настойки, но потомъ возобновившійся; съ тѣхъ поръ у больного то дня 3—4 нѣтъ на низъ, то прослабитъ раза 3—4 въ день, съ болью въ животѣ, жидко и со слизью.— 29-го октября больной поступилъ въ нашу клинику въ день поноса. Дано 5 капель t-гае оріі, животъ повязанъ фланелью и назначено $\frac{1}{2}$ стакана горячей Эмской воды (Кессельбрунъ) утромъ, натошакъ, за часъ до чаю, а послѣ обѣда и ужина по столовой ложкѣ отвара кондуранго (3j на 3jij) съ 5 каплями t-гае nucis vomicae, въ случаѣ запора—клизтирь и, по прекращеніи поноса, одинъ день—статическое электричество («ванна», т.-е. сидѣнье на изолированной скамейкѣ во время сеанса), другой—общій массажъ (при чемъ животъ не массировался), позднѣе же лѣченіе холодной водой; избѣгать утомленія тѣлеснаго и душевнаго (много не читать); для питья, пока длится поносъ, чай, о пищѣ будетъ рѣчь ниже.

Status. Больной—средняго тѣлосложенія и хотя говорить, что худѣеть, но питаніе и доселѣ весьма удовлетворительно:

подкожный слой жира довольно значителенъ и мышцы хорошо развиты. Аппетитъ и желудочное пищевареніе, по словамъ больного, весьма переменчивы: въ дни, когда сонъ покоенъ и самочувствіе хорошо, больной ѣсть достаточно и послѣ ѣды ничего тягостнаго не замѣчаетъ; когда же сонъ и самочувствіе плохи, больной ѣсть мало и все-таки чувствуетъ тяжесть подъ ложечкой, которая проходитъ лишь послѣ тягостной и продолжительной отрыжки. До поноса другихъ неприятныхъ ощущеній въ животъ не было; со времени поноса появились кишечныя боли. Съ поступленія въ клинику поносъ прекратился и кишечныя боли почти стихли. Вчера, послѣ того, какъ двое сутокъ не было на низъ, поставили водяной клистирь, вызвавшій достаточное испражненіе; впрочемъ животъ еще нѣсколько вздутъ и немного чувствителенъ при изслѣдованіи, которое къ тому же вызываетъ небольшое урчанье. Особенной чувствительности, также какъ и вообще чего-либо ненормальнаго въ сторонѣ желудка, печени, селезенки и почекъ не замѣчается. Моча—нормальна. Больной очень (и давно уже) невозддерженъ въ половыхъ сношеніяхъ; теперь эрекціи ослабли и самъ больной слабѣетъ послѣ сношеній, хотя и болѣе рѣдкихъ, чѣмъ прежде. Дважды былъ трипперъ, прошедшій безслѣдно, но очень усилившій нервныя расстройства больного. Сифилиса у больного нѣтъ.—Небольшая одышка при ходьбѣ. Въ упомянутыхъ въ анамнезѣ припадковъ сердцебіенія съ болями въ сторонѣ сердца пульсъ нормаленъ, а при припадкахъ значительно учащается. Объективное изслѣдованіе не показываетъ ничего ненормальнаго въ дыхательныхъ органахъ, въ сердцѣ и большихъ сосудахъ, также какъ и въ грудномъ ящикѣ, за исключеніемъ гиперестезіи кожи на небольшомъ пространствѣ около лѣваго груднаго соска,—пространствѣ гораздо меньшемъ, чѣмъ мѣсто въ сторонѣ сердца, гдѣ больной чувствуетъ боль во время сильныхъ припадковъ сердцебіенія. Лихорадки нѣтъ. Нервные симптомы точно обозначены въ жалобахъ больного и анамнезѣ. Головныя боли быва-

ютъ при запорѣ—въ затылкѣ, а послѣ умственныхъ занятій—во лбу; изрѣдка—легкія мигрени. Спинныя боли оказываются гиперестезіей кожи въ сторонѣ нѣсколькихъ спинныхъ позвонковъ; всѣ движенія спины совершенно свободны, безболѣзненны. Рефлексы значительно повышены.

Діагностика, въ виду конца лекціи,—въ слѣдующій разъ; а теперь два слова о лѣченіи. Въ періодъ плохой пищи больной заболѣлъ поносомъ, очевидно, вслѣдствіе катарра кишекъ (испражненія съ болью и со слизью); мыслимо, что при этомъ начался и катарръ желудка, что диспептическія желудочныя явленія если не сполна, то, по крайней мѣрѣ, отчасти зависятъ отъ катарра; поэтому назначенъ Эмсъ, но, въ виду поноса, лишь по $\frac{1}{2}$ стакана утромъ и очень теплый. Назначеніе кондуранго и *pisic vomicae*,—столь пригодныхъ, какъ вамъ извѣстно изъ разбора перваго случая (2-й выпускъ настоящихъ лекцій), равно при поносѣ и запорѣ,—у больного, страдающаго попеременно то запоромъ, то поносомъ, не требуетъ объясненій. О назначеніи электричества, массажа и, позднѣе, гидротерапіи будетъ рѣчь уже послѣ окончательной діагностики.

Лекція 7-го ноября 1889.

Status. Больному во всемъ лучше. Аппетитъ и пищевареніе таковы, что больной уже три дня получаетъ ежедневно 2 тарелки куринаго супа, $\frac{3}{4}$ курицы, болѣе полуфунта жареной говядины, 6 яицъ и около фунта бѣлаго хлѣба, съѣдаетъ все это въ 4 раза и, кромѣ незначительной тяжести и легкой отрыжки, и то изрѣдка, а не послѣ каждой ѣды, — не имѣетъ никакихъ диспептическихъ явленій. Такое состояніе послѣ лишь пятидневнаго употребленія Эмской воды, и то лишь по полустакану въ день,—особенно, если вспомнить медленное поправленіе аппетита и пищеваренія при болѣе энер-

гичномъ и продолжительномъ лѣченіи и строжайшей діетѣ въ первомъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ настоящаго катарра желудка,—конечно уже одно говоритъ противъ катарра, а тѣмъ болѣе язвы или рака желудка въ данномъ случаѣ; говоритъ также и противъ расширенія этого органа, тѣмъ болѣе, что на низъ, хотя и при помощи клистира—достаточно. Животъ менѣе вздутъ и неболѣзненъ. Сердечныхъ припадковъ за эти дни почти не было. Сонъ получше, хотя и не всякую ночь. Настроеніе духа стало покойнѣе, особенно послѣ того какъ я, изслѣдовавъ больнаго, объявилъ ему, что у него рѣшительно нѣтъ органическаго порока сердца и что вообще болѣзнь его вполне излѣчима. Слабость тоже меньше. Прежде чѣмъ перейти къ окончательной діагностикѣ, скажемъ о лѣченіи, которое показуется сегодняшнимъ состояніемъ больнаго. Катарра желудка нѣтъ, а потому Эмская вода отмѣняется, кондуранго и пух будемъ продолжать, такъ какъ еще бываетъ, хотя и не постоянно, тяжесть подъ ложечкой и отрыжка и такъ какъ поносъ кончился лишь недавно, а запоръ еще продолжается. Франклинизація и массажъ—хорошо дѣйствовали на больнаго; но теперь, съ прекращеніемъ поноса, время замѣнить ихъ гидротерапіей. Кромѣ того назначимъ больному *argentum nitricum* (гранъ на 20 пилюль изъ *extr. trifol.*) вначалѣ по пилюль 2 раза въ день, непосредственно передъ принятіемъ пищи. Такъ какъ сонъ не всегда еще удовлетворителенъ, а окончаніе поноса даетъ возможность назначать бромистые препараты, то въ случаѣ нужды будемъ прибѣгать къ нимъ. О причинѣ назначенія ляписа и, въ случаѣ нужды, брома будетъ рѣчь, послѣ окончательной діагностики, при объясненіи всего плана лѣченія.

Діагностика. Уже выяснилось, какъ выше сказано, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи о катаррѣ, расширеніи, язвѣ и рагѣ желудка; а измѣнчивость аппетита и диспептическихъ явленій и ихъ зависимость отъ общаго нервнаго состоянія свидѣлствуютъ, что у больнаго *нервная*

диспенсія. Кромѣ желудочныхъ у больного имѣются еще болѣзненные явленія кишечныя, сердечныя и общія нервныя (а въ печени, селезенкѣ, почкахъ и органахъ дыханія ихъ нѣтъ). Начнемъ съ общихъ нервныхъ, такъ какъ, думаю, даже для васъ, начинающихъ, изъ данныхъ, собранныхъ разпросомъ и объективнымъ изслѣдованіемъ, замѣтно, что эти разстройства въ настоящемъ случаѣ—главныя.

Чтобы лучше выяснитъ значеніе болѣзненныхъ нервныхъ явленій у нашего больного, я долженъ повторить дословно сказанное о состояніи нервной системы въ первомъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ (2-й выпускъ, стр. 40—42):

«*Нервная система*, при поступленіи больного въ клинику, представляла, какъ вы помните, слѣдующія болѣзненные явленія: плохой сонъ, головокруженія, боли въ головѣ, спинѣ и животѣ, угнетенное душевное настроеніе и тѣлесную слабость,—сумму припадковъ, обыкновенно замѣчаемую у лицъ, страдающихъ слабонервностью, *neurasthenia*. Слѣдуетъ ли заключить, что у нашего больного—неврастенія? Въ практикѣ настоящаго времени безпрестанно слышишь діагностику «неврастенія» и видишь, что этимъ названіемъ обозначаются совершенно различные случаи, имѣющіе сходство лишь въ нервныхъ симптомахъ, да и то не во всѣхъ. Такое обыкновеніе можетъ повести къ тому, что терминъ *неврастенія* потеряетъ всякое опредѣленное значеніе, будетъ обозначать лишь группу припадковъ, да и то не всегда одинаковую, тогда какъ онъ обозначаетъ извѣстную болѣзнь. Вотъ картина, представляемая лицами, страдающими типическою и притомъ чистою, не осложненною неврастеніей; нерѣдко это—люди крѣпкаго сложенія, долговѣчныя, у которыхъ грудныя и брюшныя органы совершенно здоровы и (до времени) правильно функционируютъ, питаніе цвѣтущее; а между тѣмъ они жалуются на нервныя разстройства, на то, что у нихъ—то хорошій сонъ, то бессонница безъ очевидныхъ причинъ; быстро перемѣнчивое настроеніе духа—то возбужденное, то угнетенное; ум-

ственная энергія и тѣлесная сила быстро смѣняются слабостію. Къ этому присоединяются боли въ разныхъ частяхъ тѣла, для которыхъ мѣстно, въ болящихъ частяхъ, не открывається причины,—также кожная гиперестезія и повышение сухожильныхъ рефлексовъ; позднѣе появляются разстройства въ отправленіяхъ различныхъ органовъ, обыкновенно прежде всего—запоръ, потомъ (иногда много позднѣе) нервная диспепсія, сердцебіеніе и другіе симптомы. При изслѣдованіи причинъ такого болѣзненнаго состоянія большею частью находится наследственное расположеніе, — слабость, уязвимость нервной системы уже отъ рожденія, — а также приобретенное пораженіе послѣдней вредно дѣйствующими на нее вліяніями. Такъ ли у нашего больного? Плохой сонъ былъ не безъ видимыхъ причинъ, а отъ болей, съ уменьшеніемъ которыхъ скоро сталъ нормальнымъ, съ улучшеніемъ сна и съ поправленіемъ пульса (сердечной дѣятельности) также скоро исчезли головныя боли и головокруженія; для всѣхъ остальныхъ болей оказались вполне очевидныя, ясно выраженыя причины, различныя болѣзненныя состоянія въ частяхъ, гдѣ ощущались боли; кожной гиперестезіи и повышения сухожильныхъ рефлексовъ, явныхъ признаковъ нервной диспепсіи и припадковъ сердцебіенія у нашего больного нѣтъ, также какъ и измѣнчиваго душевнаго настроенія (напротивъ, больной весьма сдержанъ); угнетенное душевное настроеніе, бывшее при поступленіи, скоро прошло при уменьшеніи болей, улучшеніи сна и ободреніи больного; значительная и медленно уступающая тѣлесная слабость вполне объясняется крайнею худобою мышцъ и неудовлетворительнымъ развитіемъ скелета. Взавши въ расчетъ общій упадокъ питанія нашего больного, долженствовавшій сказаться и въ питаніи нервной системы,—далѣе плохой сонъ въ теченіе долгаго времени и сильныя боли во многихъ пораженныхъ органахъ, тоже существующія уже долгое время,—что также должно было вредно отражаться на состояніи нервной системы,—и видя, какъ

скоро поправляется послѣднее съ поправленіемъ здоровья больного, съ уменьшеніемъ мѣстныхъ страданій и улучшеніемъ сна,—слѣдуетъ заключить во 1-хъ, что нервная система нашего больного не только не представляетъ особой слабости, но, напротивъ, составляетъ скорѣе самую крѣпкую часть организма, и во 2-хъ, что у нашего больного нѣтъ настоящей и первичной неврастеніи, что его нервные симптомы развились послѣдовательно за болѣзнями другихъ органовъ, вслѣдствіе этихъ болѣзней (какъ о томъ свидѣтельствуется и анамнезъ) и такъ скоро проходятъ съ удаленіемъ причинъ, что очевидно не указываютъ на существованіе стойкой неврастеніи, хотя бы послѣдовательной».

Въ настоящемъ случаѣ совершенно наоборотъ: при хорошемъ сложеніи и питаніи, при здоровомъ состояніи всѣхъ, помимо нервной системы, органовъ (ничтожный поносъ появился лишь недавно, а запоръ и сердечныя явленія сами, какъ будетъ объяснено,—неврастеническаго происхожденія), при житьѣ въ несравненно лучшихъ условіяхъ развилась первичная стойкая, прогрессирующая неврастеніи, полная сумма симптомовъ которой выяснилась изъ разспроса и объективнаго изслѣдованія. — Это случай настоящей, типической, хотя и не крайне развитой неврастеніи. Что касается ея происхожденія, то вліяніе наслѣдственности намъ точно неизвѣстно, а причины, вызвавшія ее, очевидны: трехлѣтнее житье зимою и лѣтомъ въ большомъ городѣ при значительныхъ и постоянныхъ (уроки и лѣтомъ) умственныхъ занятіяхъ, недостатокъ купанья за эти годы, огорченія, а главное, безспорно, крайняя невоздержность въ половыхъ сношеніяхъ, также и уретриты. Въ крайне развитыхъ случаяхъ настоящей неврастеніи приходится останавливаться на ея дифференціальной діагностикѣ отъ истеріи и даже множественнаго склероза. Въ настоящемъ, умѣренно развитомъ случаѣ, гдѣ отличіе отъ названныхъ болѣзней такъ очевидно, это было бы потерей времени.

Хотя у нашего больного и былъ острый сочленовный рев-

матизмъ, впрочемъ весьма легкій и кратковременный, но, при вполне нормальномъ состояніи органовъ кровообращенія, бывающія у нашего больного болѣзненные явленія въ сферѣ *plexus cardiaci* (сердцебиенія и боли въ сторонѣ сердца) должны быть отнесены къ неврастенію, для которой они составляютъ весьма частый симптомъ.

Начало запору, т.-е. ослабленію нервномышечнаго аппарата кишекъ положили задержки позывовъ на низъ во время гимназическихъ уроковъ. Съ развитіемъ общей неврастеніи это состояніе кишекъ, конечно, усилилось. Кишечный катарръ, появившійся около мѣсяца назадъ, положилъ начало поносу и съ тѣхъ поръ кишки представляли картину двухъ одновременно существующихъ болѣзненныхъ состояній—слабости ихъ нервномышечнаго аппарата и катарра ихъ слизистой оболочки.

Предсказаніе. Есть ли у нашего больного врожденное расположеніе въ неврастенію—точно неизвѣстно; но если и есть, то врядъ ли значительное: изъ данныхъ, собранныхъ изслѣдованіемъ, видно, что до извѣстнаго періода жизни, почти до университета, у больного не было признаковъ слабонервности; послѣдніе стали развиваться лишь послѣ очевиднаго воздѣйствія причинъ, способныхъ вызвать неврастенію, каковы: постоянное житіе и постоянныя занятія (и лѣтомъ) въ большомъ городѣ, недостатокъ прежде привычнаго купанья, огорченія, а главное—половая невоздержность. Въ такихъ случаяхъ, т.-е. когда нѣтъ врожденной и притомъ упорной, трудно устранимой слабости нервной системы, когда неврастенія лишь приобрѣтенная и притомъ, какъ у нашего больного, не крайне развитая, излѣченіе вполне возможно; но, конечно, прочность излѣченія, отсутствіе рецидивовъ вполне зависитъ отъ того, насколько больной будетъ имѣть силы воли и возможности избѣгать вліяній, вызывающихъ неврастенію.

Лѣченіе. Начнемъ съ главной болѣзни, настоящаго случая,—болѣзни нервной системы, *неврастеніи*. Въ отдѣлѣ гигиены

главнѣйшіе совѣты больному будутъ слѣдующіе: вопервыхъ, сейчасъ же уменьшить (вначалѣ значительно) занятія и уѣхать на родину до начала будущаго семестра, т.-е. до половины января, а затѣмъ всякое лѣто, живя по возможности долго въ хорошей загородной мѣстности и купаясь, хотя на мѣсяць совершенно прекращать занятія;—беречь сонъ, не пертить его, (напр. излишней ѣдой и утомительными умственными занятіями непосредственно передъ сномъ) и не сокращать,—спать не менѣе того, сколько нужно;—трудиться съ достаточнымъ отдыхомъ, не доводить себя ни до тѣлеснаго, ни до душевнаго утомленія. Отъ половыхъ сношеній,—главной бо-лѣзнетворной причины въ настоящемъ случаѣ,—будемъ со-вѣтовать совершенно воздержаться. Къ сожалѣнію далеко не всегда этотъ совѣтъ врача исполняется; но было бы ошибкой думать, что такъ бываетъ *всегда* и что слѣдовательно не сто-итъ и трудиться давать его. Напротивъ толковый и рѣши-тельный, доброжелательно и съ участіемъ данный совѣтъ не подѣйствуетъ скорѣе въ меньшинствѣ случаевъ, а если по-дѣйствуетъ, то будетъ истиннымъ благодарѣніемъ для больного, самымъ важнымъ результатомъ дѣятельности врача въ такихъ случаяхъ. Да и исполненіе этого совѣта далеко не такъ трудно, даже не такъ невозможно, какъ обыкновенно думаютъ больные, о которыхъ рѣчь, если врачъ научить ихъ избѣгать полового возбужденія какъ физическими вліяніями (запоры, мягкое ло-же и сидѣнье, узкое платье, спиртные напитки и пр.), такъ и тѣми, которыя дѣйствуютъ психическимъ путемъ (страст-ныя мысли, извѣстное чтеніе,—извѣстное общество, мужское и женское), а также разъяснить вредъ въ подобныхъ случа-яхъ, недостаточной тѣлесной дѣятельности, умственной праз-дности, недостатка эстетическихъ впечатлѣній и, прежде всего, напомнить о нравственныхъ и религіозныхъ требованіяхъ. Притомъ нашему больному уже 22 года и черезъ 1½ года онъ окончитъ университетскій курсъ; слѣдовательно въ не-далекомъ будущемъ возможна и женитьба.

Лучшее средство изъ *неаптечныхъ* для лѣченія неврастеніи—гидротерапія и притомъ чѣмъ моложе больной, чѣмъ надежнѣе состояніе внутреннихъ органовъ, чѣмъ лучше состояніе питанія и чѣмъ болѣе нервныя разстройства носятъ характеръ слабости, тѣмъ болѣе идетъ прохладная и холодная вода; наоборотъ, чѣмъ старше больной, чѣмъ болѣе внушаютъ опасенія тѣ или другіе внутренніе органы, чѣмъ хуже питаніе и чѣмъ болѣе нервныя разстройства носятъ характеръ возбужденія, душевнаго (полная бессонница, тревожное душевное состояніе) и тѣлеснаго (гиперестезія, боли и спазмодическіе припадки, какъ рвоты, сердцебіенія, несвободное и ускоренное дыханіе), тѣмъ болѣе идетъ вода теплая. Въ концѣ учебнаго года я отдаю обыкновенно двѣ лекціи клинической бальнеотерапіи, т.е. бальнеотерапіи практическаго врача и тогда подробнѣе остановлюсь на предметѣ, котораго коснулся; но сказаннаго пока достаточно, чтобы видѣть, что нашему больному пригоднѣе прохладная (и потомъ холодная) вода, чѣмъ теплая. Одна изъ лучшихъ (если не лучшая) формъ приложенія холодной воды у больныхъ еще достаточно крѣпкихъ (какъ нашъ больной) есть вѣрообразный душъ высокаго давленія, приложенный на всю поверхность тѣла, кромѣ головы (на которую кладется холодная примочка). Поносъ не позволялъ до настоящаго времени прибѣгнуть къ такимъ душамъ, а потому пока употреблялись, изъ неаптечныхъ средствъ, общій массажъ и электричество.

Общій массажъ—далеко не такое вѣрное средство противъ неврастеніи, какъ гидротерапія: въ случаяхъ неврастеніи съ характеромъ возбужденія, съ истериформными симптомами, массажъ также непригоденъ, какъ и при чистой истеріи, а иногда и прямо неприложимъ (при значительной гиперестезіи). У нашего больнаго въ виду того, что преобладаютъ симптомы съ характеромъ слабости, что гиперестезіи ничтожны какъ по своей интенсивности, такъ и особенно по занимаемому ими протяженію, въ виду зябкости больнаго и

предписанной ему малой тѣлесной дѣятельности, слѣдовательно отчасти и для замѣны послѣдней, мы употребили общій массажъ и, какъ сказано, результатъ оправдалъ наши ожиданія.

Электричество, въ особенности статическое и гальваническое, бываетъ, какъ показалъ опытъ, полезно при неврастеніи, но далеко не всегда. Точныхъ показаній къ его употребленію нельзя дать: рѣшаетъ опытъ, полезно оно или нѣтъ и притомъ какое, статическое или гальваническое (или то и другое); мы испробовали статическое и, такъ какъ оно оказалось хорошо дѣйствующимъ на нервныя расстройства нашего больного, то и не мѣняли его.

Теперь, когда поносъ прекратился, кишечныя боли окончательно стихли и животъ сталъ безболѣзненъ, мы оставимъ массажъ и электричество и употребимъ души, въ началѣ 20^о Р., а потомъ ниже.

Главные аптечныя средства противъ неврастеніи—лаписъ, мышьякъ и желѣзо. Послѣднее пригодно, если при неврастеніи замѣчается и сильно выраженное малокровіе, что гораздо чаще бываетъ у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Нашему больному желѣзо не только не показуется,—потому что у него нѣтъ признаковъ малокровія,—а скорѣе противопоказуется, какъ средство, легко портящее аппетитъ и условливающее запоръ, которымъ и безъ того страдаетъ больной. Мышьякъ пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ неврастеніи, гдѣ одновременно аппетитъ плохъ и питаніе сильно пострадало; у нашего больного аппетитъ хотя и перемѣнчивъ, но большею частью очень хорошъ, питаніе пострадало еще мало, а только что кончившійся поносъ составляетъ противопоказаніе для мышьяка, легко вызывающаго поносы. Лаписъ особенно пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ неврастеніи, гдѣ преобладаютъ болѣзненные явленія съ характеромъ слабости, какъ у нашего больного; онъ тоже нѣсколько крѣпитъ, но далеко не такъ сильно и не такъ постоянно, какъ желѣзо и вовсе не портитъ аппетита.

Изъ вышеизложеннаго видно, почему мы назначили нашему больному лаписъ.

Всегда ли при неврастеніи слѣдуетъ назначать одновременно два средства (или болѣе), какъ въ настоящемъ случаѣ примѣнены лаписъ и гидротерапія? Конечно не всегда: въ случаяхъ умѣренно развитой и недавней неврастеніи у крѣпкихъ молодыхъ людей достаточно бываетъ,—особенно въ лѣтнее время, когда возможно долговременное пребываніе на воздухѣ,—соблюденія гигиены и одной гидротерапіи, напр. въ видѣ рѣчнаго, а тѣмъ болѣе морскаго купанья. Неврастенія нашего больнаго—довольно сильная и притомъ давнишняя, время года теперъ—начинающаяся зима; притомъ больной думаетъ скоро отправиться на родину, гдѣ не будетъ имѣть возможности пользоваться такими сильными вѣрообразными душами высокаго давленія, какъ у насъ въ клиникѣ, а долженъ будетъ замѣнить ихъ такимъ же душемъ изъ ручнаго насоса, дѣйствующимъ, конечно, гораздо слабѣе; вотъ почему одновременно съ гидротерапіей назначенъ больному лаписъ.

Если названные средства, хотя и лучшія противъ неврастеніи, будутъ дѣйствовать недостаточно скоро,—что весьма возможно въ данномъ случаѣ столь упорной неврастеніи,—будутъ недостаточно скоро устранять нѣкоторыя, особенно отяготительныя, болѣзненные явленія, зависящія отъ неврастеніи и въ свою очередь поддерживающія ее, главнымъ образомъ плохой сонъ, то будемъ назначать, симптоматически, бромъ (15 грановъ бромистаго натрія въ случаѣ бессонницы), до тѣхъ поръ, пока главное лѣченіе (гидротерапія и лаписъ) которое можно назвать кореннымъ, не устранитъ прочно вмѣстѣ съ остальными симптомами неврастеніи и бессонницы. Бромистые препараты,—одни изъ лучшихъ (если не лучшія) снотворныхъ средствъ,—особенно показываются въ данномъ случаѣ еще и мрачно-безпокойнымъ настроеніемъ духа, а также и болѣзненно-возбужденною половой сферой (похотливостью и склонностью къ поллюціямъ). Долженъ прибав-

вить, что бромъ, какъ и вообще симптоматическія и палліативныя средства, слѣдуетъ назначать крайне воздержно, какъ разъ въ мѣру дѣйствительной необходимости. Злоупотребленіе симптоматическими и палліативными средствами—вѣрный признакъ плохаго врача, или неумѣющаго понять, въ чемъ суть дѣла, и назначить коренное лѣченіе или, чаще, тяготящагося этимъ исполненіемъ своего долга.

Сердечныя явленія съ тѣхъ поръ, что больной успокоился за свое сердце и вообще чувствуетъ себя получше, настолько стихли, что не требуютъ особеннаго лѣченія.

Повось кончился, остались небольшія диспептическія явленія (иногда небольшая тяжесть и отрыжка) и запоръ. О лѣченіи запора—въ слѣдующій разъ.

Лекція 18-го ноября 1889.

Прежде чѣмъ говорить о лѣченіи желудочнокишечныхъ расстройствъ у неврастениковъ, коснусь вопроса о томъ, одна ли форма желудочной нервной диспепсїи, всегда ли послѣдняя бываетъ лишь въ такомъ видѣ, какъ у нашего больного.—Теоретическія попытки создать различныя, весьма многочисленныя формы нервной диспепсїи, полагая въ основаніе послѣднихъ предполагаемое повышеніе и пониженіе дѣятельности желудочныхъ нервовъ (чувствующихъ, движущихъ и секреторныхъ), не удалась; но дѣйствительность показала, что бываютъ, по крайней мѣрѣ, двѣ формы нервной диспепсїи: одна, самая частая,—такая, какъ въ настоящемъ случаѣ (главные симптомы—тяжесть послѣ ѣды и отрыжка), замѣчаемая при неврастениіи съ характеромъ слабости; другая, болѣе рѣдкая, гдѣ главные припадки—сильныя боли въ сторонѣ желудка (настоящія кардіалгіи и гастралгіи) съ послѣдующей мучительной, сильно кислой отрыжкой и такой же рвотой, нерѣдко съ одновременными припадками сильной мигре-

ни. Эта послѣдняя форма замѣчается обыкновенно при неврастеніи съ характеромъ возбужденія. Лѣченіе, а отчасти и діета при той и другой формѣ нервной диспепсіи неодинаковы.

Назначая діету при нервной диспепсіи, слѣдуетъ, какъ объяснено по поводу перваго разсмотрѣннаго нами случая, руководствоваться, кромѣ общихъ фізіологическихъ и діететическихъ соображеній, индивидуальностью даннаго случая. Вообще же, въ случаяхъ чистой, неосложненной другими болѣзнями желудка нервной диспепсіи непригодна такая «деликатная» пища какъ при катаррѣ желудка, скорѣе наоборотъ—пища, болѣе способная вызвать достаточное отдѣленіе желудочнаго сока; впрочемъ при вышеупомянутой второй формѣ нервной диспепсіи необходимо внимательное наблюденіе при назначеніи такой пищи. При этой послѣдней формѣ по всей вѣроятности и безъ того бываетъ усиленное отдѣленіе желудочнаго сока или, по крайней мѣрѣ, содержащейся въ немъ соляной кислоты; еще большее возбужденіе такого отдѣленія поведетъ къ усиленію изжоги и кислой отрыжки, болѣе подъ ложечкой и кислой рвоты. Кромѣ того, совѣтуя неврастенникамъ ѣсть хотя и не такъ часто и понемногу, какъ больнымъ съ катарромъ желудка, но все же не очень много за разъ, т.-е. не переѣдать, слѣдуетъ помнить, что именно неврастенники особенно способны впасть въ другую крайность не ѣсть достаточно, голодать и тѣмъ поддерживать, путемъ недостаточнаго питанія нервной системы, свою неврастенію.

Назначая діету, слѣдуетъ также имѣть въ виду и запоръ, которымъ обыкновенно страдаютъ неврастенники (особенно вначалѣ; позднѣе часто присоединяется катаррѣ толстой кишки и тогда бываетъ то запоръ, то поносъ), слѣдуетъ для противодѣйствія запору разнообразить пищу и назначать, сколько возможно, пищу, непривычную больному: напр. у больныхъ не пьющихъ воды, а только чай, нерѣдко запоръ устраняется питьемъ 2—3 полустакановъ воды, по полустакану утромъ ватошакъ и въ теченіе дня, за часъ или болѣе до принятія

пищи; у другихъ тоже бываетъ отъ замѣны утренняго чая— кофе (съ молокомъ) и притомъ некрѣпкимъ, но съ цвѣріемъ,— у третьихъ отъ употребленія сыраго молока или просто-квashi, но безъ одновременной другой пищи, особенно безъ *хлѣба*,—отъ овощей (напр. отъ полстакана или стакана морковнаго сока утромъ натощакъ), ягодъ и фруктовъ, употребляемыхъ не вмѣстѣ съ другой пищей, а уже на болѣе или менѣе опорожненный желудокъ.

Лѣченіе желудочной нервной диспепсіи и запора начинается конечно лѣченіемъ общаго неврастеническаго состоянія. Затѣмъ тѣ же *неаптечныя* средства прилагаются и въ области пищеварительныхъ органовъ. При той формѣ диспепсіи, какъ у нашего больнаго, пригодны вышеописанные души (причемъ пускаютъ душъ на животъ, нѣсколько долѣе, чѣмъ на другія части тѣла), массажъ живота, а также индуктивный и лабильный гальваническій токъ, прилагаемый прямо на животъ. При другой формѣ нервной диспепсіи (желудочныхъ боляхъ и кислой рвотѣ) названныя средства могутъ вызвать ожесточеніе болѣзненныхъ явленій, а пригодны теплыя ванны, статическое электричество («ванна» и «вѣтерокъ» на сторону желудка) и стабильный гальваническій токъ (одинъ электродъ подъ ложечку, а другой на ту или другую сторону шеи, въ мѣстѣ нахожденія блуждающаго и большаго симпатическаго нервовъ). Если одновременно съ нервной диспепсіей есть брюшныя страданія, вызывающія припадки болей и болѣзненность пораженныхъ частей (напр. печеночная и почечныя колики, острый или полуострый катарръ желчныхъ и мочевыхъ путей, а также желудка и кишѣкъ), то тоже пригодны лишь теплыя ванны и, развѣ, франглинизация; души, массажъ, индуктивный и лабильный гальваническій токъ могутъ лишь ухудшить (и даже опаснымъ образомъ, напр. души и массажъ) вызвавъ гематурію или сильное обостреніе піэлита) состояніе такихъ больныхъ.

Лапись, повидимому, можетъ быть пригоденъ равно при обѣихъ формахъ нервной диспепсiи. Горькія, особенно пух vomica, пригодны при той формѣ послѣдней, которая имѣется у нашего больного и непригодны при изжогѣ и кислой отрыжкѣ, желудочныхъ боляхъ и кислой рвотѣ, гдѣ они усиливаютъ эти симптомы, повидимому вслѣдствіе того, что еще болѣе возбуждаютъ и безъ того усиленное отдѣленіе желудочнаго сока или, по крайней мѣрѣ, его соляной кислоты. Такъ было во второмъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ (Выпускъ 2-й, изд. 2-е, стр. 98). Точно также у такихъ больныхъ, если одновременно имѣется катарръ желудка и потому нужно бываетъ давать щелочную минеральную воду, напр. Эмскую, слѣдуетъ назначать послѣднюю послѣ ѣды, примѣрно черезъ часъ: тогда она хорошо переносится (вѣроятно потому, что вызванное ею отдѣленіе желудочнаго сока идетъ на пищевареніе), тогда какъ данная за часъ до принятія пищи вызываетъ изжогу, кислую отрыжку и даже боль подъ ложечкой.

Иногда запоръ быстро уступаетъ коренному, вышеизложенному лѣченію неврастеніи общей и желудочнокишечной; иногда же медленно и тогда нужно бываетъ прибѣгать къ временнымъ мѣрамъ, клистирамъ и, гораздо рѣже, слабительнымъ,—прежде всего настойчиво потребовать отъ больного, чтобъ онъ не задерживалъ позывовъ на низъ. Въ первомъ выпускѣ моихъ лекцій (изд. 2-е, стр. 16 и 17) приведены главныя указанія для правильнаго употребленія клистировъ. Прибавлю, что обыкновенно бываетъ достаточенъ клистиръ изъ 2—3 стакановъ воды около 20°P. Ставить клистиръ всего лучше утромъ, послѣ перваго принятія пищи (особенно послѣ кофе) и прежде приступа къ обычнымъ занятіямъ, могущимъ ослабить и безъ того слабый позывъ на низъ. Поставивъ клистиръ, для однихъ лучше тотчасъ удовлетворять послѣдующему затѣмъ позыву на низъ, для другихъ лучше удержаться на нѣсколько минутъ: впередъ назначить невозможно, рѣшаетъ лишь опытъ. Страхъ привыкнуть къ клисти-

рамъ — неоснователенъ, если одновременно прилагаются всѣ терапевтическія и гигиеническія мѣры для лѣченія общей и желудочнокишечной неврастеніи.

Если клистиры недостаточно опорожняють кишки, то, пока коренное лѣченіе запора еще не достигло своей цѣли, приходится прибѣгать къ слабительнымъ. При избыткѣ вновь рекомендуемыхъ слабительныхъ считаю пригоднымъ указать на тѣ, преимущества которыхъ мнѣ извѣстны по достаточному опыту: 1, *жженая магнезія*—легкое слабительное; 2, *kali tartaricum*—болѣе сильное; 3, *спрнокислый натрзъ* (Глауберова соль)—еще болѣе сильное (лучше давать съ прибавленіемъ двууглекислой соды или въ щелочной минеральной водѣ, иначе можетъ вызвать кишечныя боли и лишнее послабленіе); 4, *ревенный порошокъ* одинъ или (при изжогѣ) пополамъ съ жженой магнезіей—умѣренно, но вѣрно дѣйствуетъ; 5, *сабуръ* (алоë)—можетъ быть, лучшее слабительное по вѣрности дѣйствія, близкаго притомъ къ нормальному послабленію и потому, что къ нему долго не привыкають (лучшая формула: Rp. extr. rhei compositi, extr. aloës āā ʒʒ. M. f. l. a. pilulae 20 v. 30. Consp, lycopodio); 6, *folia sennae*—хорошо и не сильно дѣйствуетъ въ *холодномъ* настоѣ (въ горячемъ скорѣе вызываетъ боли), который легко приготовить и дома; 7, *infusum sennae salinum* (т.-е. съ прибавкой глауберовой соли)—сильно дѣйствующее слабительное, особенно пригодное, когда нужно вѣрное и быстрое дѣйствіе, напр. при опасныхъ головныхъ припадкахъ (приливъ крови, грозящей апоплексіи) дается тогда каждый часъ по рюмкѣ (въ двѣ столовыхъ ложки) до дѣйствія; 8, *подофилинъ*; 9, *cascara sagrada* и 10, *cortex rhamni frangulae* очень пригодны, если нужно временно замѣнить ремень, сабуръ и *folia sennae*, къ которымъ больной привыкъ и которые поэтому перестали дѣйствовать; — 11, *каломель* — переносится пищеварительными органами, можетъ быть, легче всѣхъ слабительныхъ, особенно пригоденъ при болѣзняхъ желчевыхъ пу-

тей и острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ кишечнаго канала, но имѣетъ свои противопоказанія (о чемъ сказано достаточно въ 1-мъ выпускѣ) и 12, *касторовое масло* — дѣйствуетъ вѣрно, но непригодно для частаго употребленія. Дозы слабительныхъ средствъ приблизительно указываются фармакологіей; въ каждомъ данномъ случаѣ слѣдуетъ индивидуализировать, начиная, если только нѣтъ спѣшныхъ, нудящихъ показаній, съ небольшого приема.

У нашего больного, судя по ходу его здоровья, повидимому недолго придется прибѣгать къ клистирамъ и врядъ-ли придется давать слабительныя; но бываютъ случаи, обыкновенно у людей пожилыхъ, гдѣ мышечный аппаратъ кишекъ находится не только въ состояніи астениі, но уже и атрофіи, гдѣ имѣются одновременно болѣзненные состоянія брюшныхъ и грудныхъ органовъ, абсолютно противопоказующія употребленіе гидротерапіи, массажа и электрическихъ токовъ, индуктивнаго и лабильнаго гальваническаго и гдѣ слабость больныхъ мѣшаетъ правильной гігіенѣ, напр. достаточному движенію: въ такихъ случаяхъ все дѣло врача въ умѣломъ одновременномъ употребленіи клистировъ и слабительныхъ, въ искусномъ выборѣ и внимательной смѣнѣ послѣднихъ.

У перваго разсмотрѣннаго нами больного пришлось лѣчить поносъ, у настоящаго — запоръ, у того и у другаго сравнительно простые случаи поноса и запора. Иначе, конечно, лѣчится запоръ, смѣняющійся поносомъ при кишечной неврастеніи и одновременно хроническомъ, упорномъ катаррѣ толстой кишки (гдѣ — главное поле дѣйствій для систематическаго употребленія клистировъ, просто опорожняющихъ и лѣкарственныхъ — съ танниномъ, висмутомъ, борной кислотой и др.); иначе лѣчатся поносы при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ кишечнаго канала, при застоѣ крови въ воротной венѣ вслѣдствіе болѣзней печени, при неврозахъ (напр., при болѣзни Базедова); иначе лѣчатся запоры, если, кромѣ нихъ имѣются другія болѣзненные состоянія, брюшныя,

грудныя и головныя. Вообще ставить вопросы «какъ лѣчить запоръ» и «какъ лѣчить поносъ» такъ же бессмысленно, какъ спрашивать «какъ лѣчить кашель»: въ каждомъ данномъ случаѣ назначенію лѣченія должна предшествовать точная діагностика.

Обратимся къ больному, который сегодня оставляетъ клинику и уѣзжаетъ на родину.

За 11 дней, истекшіе съ тѣхъ поръ, что мы видѣли больного въ послѣдній разъ, онъ принималъ горькія и лаписъ въ пилюляхъ (по $\frac{1}{20}$ грана дважды въ день), въ случаѣ нужды ставилъ водяные клистиры и ежедневно принималъ вѣробразный душъ высокаго давленія въ началѣ 20°, а послѣдніе дни 18°R., причемъ на животъ пускали душъ нѣсколько долѣе, чѣмъ на другія части тѣла. Души больной переносилъ очень хорошо: быстро согрѣвался и чувствовалъ себя бодрѣе послѣ душа. Четыре раза за это время пришлось давать больному бромистый натрій (15 грановъ на ночь): сонъ послѣ того бывалъ лучше.

Status. Больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что ему много лучше противъ прежняго: аппетитъ хорошъ, диспептическія желудочныя явленія прошли, на низъ большею частью правильно, изрѣдка нуженъ бываетъ клистиръ, прежнія бо-лѣзненные ощущенія въ животѣ прошли; прежніе сердечные припадки почти не беспокоятъ больного; тѣлесныя силы хороши (больной уже началъ прогулки), но сонъ не постоянно хорошъ, а умственные занятія еще вызываютъ головную боль, хотя и не сильную, и чувство утомленія.

Третьяго дня утромъ неловко вставши съ постели больной вдругъ почувствовалъ боль въ правой подвздошной сторонѣ. Исслѣдованіе показало, что причина боли—немного смѣщенная почка; когда послѣдняя была оттѣснена на свое мѣсто, боль стихла. Нѣтъ сомнѣнія, что почка была подвижная уже прежде (передъ появленіемъ боли больной не сдѣлалъ ничего такого, что могло бы смѣстить и сдѣлать подвиж-

ною дотолѣ нормально-твердо находившуюся на своемъ мѣстѣ почку), но удерживалась на своемъ мѣстѣ кишками, находившимися въ состояніи значительнаго растяженія газами. Теперь, когда при правильномъ опорожненіи кишекъ метеоризмъ ихъ прошелъ (животъ не вздутъ), достаточно было незначительнаго повода, неловкаго движенія, чтобы смѣстить почку, уже бывшую подвижною. Впрочемъ смѣщеніе очень невелико и, по всей вѣроятности, дѣло обойдется безъ почечнаго бандажа, а достаточно будетъ широкаго пояса, носимаго отдѣльно или приспособленнаго къ нижнему платью. При движеніяхъ больной долженъ будетъ стягивать поясъ, а въ покоѣ распускать, потому что, иначе, постоянное стягиваніе живота въ мѣстѣ пояса усилитъ запоръ на низъ.

Совѣтъ больному: по выходѣ изъ клиники принимать лаписъ (который, какъ видно, у больнаго не усиливаетъ запора) еще мѣсяцъ, понемногу увеличивая пріемъ (первыя двѣ недѣли по три пилюли ежедневно, другія двѣ—по четыре, а послѣдніе дни убавлять ежедневно по пилюлѣ) и продолжать еще шесть недѣль вѣрообразный душъ изъ ручнаго насоса, постепенно понижая температуру до 16°P .; къ бромистому натрію прибѣгать какъ можно рѣже и въ случаѣ нужды ставить клистиръ.

О гигиеническомъ наставленіи уже сказано.

ЧЕТВЕРТЫЙ СЛУЧАИ.

Изъ лекціи 24-го ноября 1889.

Больной, о которомъ будетъ рѣчь, за все время своего пребыванія въ клиникѣ былъ такъ слабъ и страдалъ такими мучительными припадками, что о переносѣ его изъ палаты и разборѣ въ аудиторіи нельзя было и думать. Впрочемъ не только кураторы больнаго были вполне ознакомлены съ его состояніемъ и нашимъ мнѣніемъ о послѣднемъ, но и большинство изъ васъ, если не всѣ, видѣли, посѣщая палаты, все то, что можно было бы демонстрировать большой аудиторіи: главнымъ образомъ изнуренный и кахектический видъ больнаго и припадки мучительной рвоты, которыми онъ страдалъ; а потому въ интересѣ случая остановлюсь на немъ.

Больной, отставной военный, 59 лѣтъ, поступилъ въ клинику, жалуясь на давящую боль подъ ложечкой, изжогу, отрыжку тухлыми яйцами, рвоту и постоянную мучительную тошноту (заставляющую его иногда вызывать рвоту искусственно, раздражая зѣвъ щекотаніемъ), а также на похуданіе и слабость.

Анамнезъ и образъ жизни. Больной съ молодости провелъ почти всю жизнь на Кавказѣ, гдѣ часто страдалъ болотною лихорадкой (маляріей) и много лѣчился хининомъ. За послѣдніе 10 лѣтъ больнаго постоянно крѣпило, и часто бывала у

него послѣ ѣды небольшая тяжесть подъ ложечкой и отрыжка, мало его беспокоившія. Въ остальномъ до послѣдняго (1889) лѣта больной, при вѣрпкомъ сложеніи и покойномъ житіѣ въ хорошихъ условіяхъ не могъ ни на что пожаловаться. Главная неправильность его образа жизни состояла въ недостаткѣ движенія, въ постоянномъ сидѣнн (за чтеніемъ, письмомъ и отчасти за картами) при весьма хорошемъ столѣ и довольно значительномъ употребленіи спиртнаго (ежедневно—2—3 рюмки водки, стакана 2 мѣтнаго кавказскаго вина и чай съ коньякомъ). Въ іюнѣ больной перенесъ обычную малярію, которая скоро прошла отъ хинина, но послѣ которой обычные желудочные симптомы, тяжесть и отрыжка послѣ ѣды стали усиливаться и сопровождаться другими—изжогой и тошнотой; запоръ на низъ сталъ упорнѣе. До повывны августа состояніе больного было еще сносное и онъ не лѣчился. Съ того же времени пошло быстрое ухудшеніе: аппетитъ пропалъ, чувство тяжести подъ ложечкой смѣнилось давящей болью, отрыжка (уже вонючая, тухлыми яйцами) и изжога усилились, больного стало рвать, тошнота сдѣлалась мучительной и заставляла больного вызывать рвоту и искусственно; больной сталъ худѣть и слабѣть. Тогда онъ обратился къ врачу. Лѣченіе (сначала соляная кислота, потомъ горькія (*condurango* и *pux vomica*) и вода Виши по полстакана три раза въ день, затѣмъ промыванія желудка) облегчало мало и не надолго; желудочные симптомы усиливались, а питаніе и силы падали съ возрастающею быстротой, и въ такомъ состояніи больной поступилъ въ нашу клинику.

Клиническое наблюденіе показало слѣдующее. Нервная система въ нормальномъ состояніи (даже, какъ показалъ разспросъ, и неврастеніей больной никогда не страдалъ), органы дыханія—тоже. Признаки артеріосклероза: артерія жестковаты, небольшой систолическій шумъ на грудинѣ и умѣренное увеличеніе лѣваго желудочка (толчокъ сердца всего яснѣе ощущается въ сосочковой линіи); пульсъ учащенъ и

слабовать; температура тѣла понижена, крайнее похуданіе. Моча содержитъ немного сахара (1%) и бѣлка. Какъ оказалось изъ разспроса, ясно выраженныхъ явленій сахарнаго діабета (сильной жажды и такого же аппетита) никогда не было. Въ печени, селезенкѣ и почкахъ ничего ненормальнаго, при объективномъ изслѣдованіи, незамѣтно. Сифилиса у больного не было.

Органы пищеваренія. Всѣ вышеназванные симптомы, прогрессировавшіе до поступленія больного въ клинику, продолжали быстро возрастать (при столь же быстромъ упадкѣ силъ): почти уже съ первыхъ дней больной пересталъ удерживать и принимавшуюся имъ въ ничтожномъ количествѣ пищу и лѣкарства (немного Эмской воды и кондуранго, t-ra valer. aether., морфій). Пища выводилась совершенно непереваренная. Выводимое рвотою, какъ оказалось изъ неоднократнаго изслѣдованія, содержало, кромѣ непереваренной пищи, очень мало слизи, крайне мало (0.33 на 1.000) соляной кислоты и, обыкновенно, желчь; крови ни разу не было. Подложечная сторона была слегка вздута и слегка чувствительна (опухоли въ животѣ нигдѣ не прощупывалось). Сдѣланное въ первый же день промываніе желудка растворомъ соды произвело лишь ничтожное облегченіе желудочныхъ симптомовъ, а второе промываніе (на другой день) не дало и того. Клизтиръ выводилъ небольшое количество сухихъ испражнений.

Говоря о распознаваніи, остановлюсь лишь на органахъ пищеваренія; объ остальномъ скажу кратко. О значеніи ненормальныхъ явленій въ органахъ кровообращенія уже сказано. Постоянное присутствіе бѣлка въ мочѣ, хотя цилиндры и не встрѣчались, зависитъ всего скорѣе, отъ небольшого интерстиціального нефрита такъ называемаго *старческаго*, столь обыкновенно сопровождающаго артеріосклерозъ у старыхъ людей. Упадокъ питанія и силъ, конечно, слѣдуетъ считать послѣдствіемъ болѣзни пищеварительныхъ органовъ, а не діабета, ясно выраженныхъ признаковъ котораго никогда

не было и $\frac{0}{100}$ сахара ничтожень. Обстоятельно разсмотрѣть значеніе симптомовъ и распознаваніе артеріосклероза, нефритовъ и сахарнаго мочеизнуренія будетъ время впереди, на болѣе подходящихъ для того случаяхъ, гдѣ эти страданія будутъ играть главную роль.

Какая болѣзнь органовъ пищеваренія у нашего больного? Прежде всего—очевидно желудка. Чтò же именно? О *нервной диспепсiи* не можетъ быть и рѣчи; не говоря уже о томъ, что врядъ ли когда нервная диспепсiя можетъ довести до такого состоянія, въ какомъ находится нашъ больной, нѣтъ никакихъ указаній на нее: и больной никогда не страдалъ общей неврастеніей, и желудочные симптомы не имѣютъ главнаго характера нервной диспепсiи—измѣнчивости, напротивъ, они крайне постоянны. Нѣтъ ли у больного *обыкновеннаго катарра желудка*? Чтобы вызвать желудочные симптомы въ такой степени, какъ у нашего больного, катарръ долженъ бы быть крайне развитъ, а слѣдовательно и слизи было бы много, тогда какъ ея очень мало. *Язвы желудка*, очевидно, тоже нѣтъ потому что нѣтъ свойственныхъ ей приступовъ острыхъ болей (кардіалгiи) и рвотой не выводится крови.

У больного прежде всего—*атрофическій катарръ желудка*, атрофія желудочныхъ железъ; объ этомъ свидѣлствуютъ выводимая непереваренною пища и крайнее уменьшеніе количества соляной кислоты (0.33 на 1.000 вмѣсто средненормальнаго 2.0 на 1.000). Но атрофическій катарръ желудка обыкновенно замѣчается при другихъ болѣзняхъ, ведущихъ къ истощенію, маразму организма. О какой таковой болѣзни всего скорѣе можно думать въ настоящемъ случаѣ? О ракъ, потому что больной, 4 или 5 мѣсяцевъ назадъ бывшій въ обычномъ ему за послѣдніе 10 лѣтъ состояніи почти полнаго здоровья и даже цвѣтущаго питанія, въ такое короткое время дошелъ до крайняго маразма: изъ хроническихъ болѣзней, ведущихъ къ маразму, злокачественнымъ новообразованіямъ особенно свойственно такое быстрое теченіе. Отсут-

ствіе признаковъ другихъ хроническихъ болѣзней, могущихъ вести къ маразму (напр. застарѣлаго сифилиса, туберкулеза и пр.) и возрастъ больного тоже говорятъ въ пользу рака. Мѣсто послѣдняго, въ виду неудержимой рвоты, — скорѣе всего предположить (опухоли нигдѣ не прощупывается) въ выходѣ (pylorus) желудка, хотя почти постоянное присутствіе желчи въ выводимомъ рвотою нѣсколько говоритъ противъ затрудненнаго прохода въ этомъ мѣстѣ. Противъ рака поджелудочной железы говоритъ нѣкоторымъ образомъ отсутствіе застойной желтухи, которую при ракъ этого органа, настолько значительномъ, чтобы сдавить двѣнадцатиперстную кишку, можно было бы ожидать вслѣдствіе давленія раковой опухоли на ductus choledochus (не говоря уже о возможномъ асцитѣ отъ давленія той же опухоли на воротную вену). Точныхъ признаковъ рака поджелудочной железы, которые получались бы отъ вліянія прекращенной функціи этого органа на пищевареніе, и вообще нѣтъ, а въ данномъ случаѣ, когда все, вводимое въ желудокъ, извергается обратно, и быть не можетъ.

Лѣченіе, при невозможности вводить что-либо въ желудокъ и быстромъ приближеніи къ смертному исходу, могло состоять лишь изъ питательныхъ клистировъ (2—3 сырыхъ яйца съ прибавкой воды и поваренной соли, всей массы около стакана, температуры около 30° R.), къ которымъ прибавляли капель восемь опійной тинктуры, чтобы клистиръ лучше удерживался, и десертную ложку коньяку въ качествѣ возбуждающаго; при крайне мучительной рвотѣ дѣлались иногда подкожныя впрыскиванія морфія ($\frac{1}{8}$ грана заразъ).

Больной скончался на 13-й день своего пребыванія въ клиникѣ. *Вскрытіе* показало: склерозъ артерій, въ томъ числѣ и аорты; лѣвый желудочекъ расширенъ, стѣнки его дряблы и блѣдны, но мѣстами представляютъ еще слѣды гипертрофіи;

умѣренный интерстиціальныи нефритъ, печень, селезенка и поджелудочная железа не представляютъ никакихъ измѣненій; катарръ и атрофія почти всей слизистой оболочки желудка (она очень утончена и совершенно гладка, ея поверхность не представляетъ нормальнаго сосочковаго вида, *surface mamelonnée*), мышечная оболочка желудка тоже атрофирована; двѣнадцатиперстная кишка сѣужена въ своей нижней трети настолько, что едва пропускаетъ обыкновенный карандашъ; на внутренней поверхности задней стѣнки кишки въ этомъ мѣстѣ раковая язва, — величиною въ двугривенный, — на раковой опухоли кишечной стѣнки, величина опухоли — съ грецкій орѣхъ; сосѣднія брыжжеечныя железы представляютъ рядъ раковыхъ метастазовъ.

Итакъ на четырехъ разсмотрѣнныхъ нами больныхъ вамъ пришлось встрѣтить, кромѣ многихъ другихъ страданій, главныя формы болѣзней желудка: чистую нервную диспепсію (въ третьемъ случаѣ), — чистый хроническій катарръ желудка (въ первомъ), — одновременно (во второмъ) хроническій катарръ, язву и расширение желудка, еще и съ явленіями нервной диспепсіи, гдѣ однако, несмотря на совмѣстное существованіе нѣсколькихъ болѣзней желудка, возможно было распознать каждую изъ нихъ, — и, наконецъ, атрофическій катарръ желудка и ракъ если не выхода этого органа, то сходный съ нимъ по симптомамъ ракъ двѣнадцатиперстной кишки.

ПЯТЫЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 7-го декабря 1890.

Больной, крестьянинъ, 50 лѣтъ, поступилъ въ клинику 24-го прошлаго ноября, жалуясь на боль въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьѣ, на желтуху, похуданіе и общую слабость.

Анамнезъ и образъ жизни. До 20-лѣтняго возраста больной жилъ въ деревнѣ, а съ тѣхъ поръ въ Москвѣ—дворникомъ. Помѣщеніе сносное. Лѣтомъ купается, въ другое время года еженедѣльно ходитъ въ баню и парится. Пьетъ много горячаго чаю, водку—послѣдній годъ умѣренно, а прежде бывали излишества. Пища—обыкновенная рабочаго человѣка. Занятія свои до болѣзни не находилъ утомительными. Женатъ и имѣлъ много дѣтей.

На 9-мъ году больной перенесъ оспу, на 21-мъ какую-то лихорадочную болѣзнь, послѣ которой совершенно поправился, и былъ здоровъ до прошлаго августа. Сифилиса у больного не было. Въ прошломъ маѣ больной перенесъ сильное огорченіе. Въ прошломъ августѣ появились боли въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьѣ, аппетитъ уменьшился и стало крѣпнть на низъ. Три недѣли назадъ (въ началѣ ноября) появилась желтуха, и больной сталъ замѣтно худѣть и слабѣть. Въ клиникѣ больного продолжало крѣпнть (черезъ

день или два выходило немного сухихъ, совершенно неокрашенныхъ желчью испражнений) и животъ былъ вздутъ. 30-го ноября дали больному 7 порошковъ каломеля, по грану каждый (первые 5 черезъ часъ, а послѣдніе 2 черезъ два): немного прослѣбило слегка окрашенными желчью, но не характерными для каломеля испраженіями; больной послѣ того не ослабѣлъ, но и не почувствовалъ никакого облегченія (боли остались прежними). Помимо каломеля больной принималъ ежедневно (кромѣ 30-го ноября) три раза по полустагану теплой Эмской воды, разъ или два (при усиленіи болей) по $\frac{1}{4}$ грана кодеина и, за весь день, ложки 4 столовыхъ крѣпкаго вина (пульсъ постоянно былъ слабовать). Такъ какъ температура по вечерамъ поднималась до $38,5^{\circ}$ то иногда давали хининъ (5 грановъ на пріемъ, разъ въ день), повидимому нѣсколько уменьшавшій лихорадку. Кромѣ того иногда дѣлали теплыя ванны, нѣсколько уменьшавшія боли и зудъ кожи.

Status. Больной хорошаго сложенія, очень похудѣлъ; сильная желтуха кожи и склеръ. Аппетитъ очень плохъ. Диспептическихъ явленій почти нѣтъ, лишь небольшая тяжесть послѣ ѣды: постоянной и тягостной отрыжки, изжоги, тошноты и рвоты не было и нѣтъ. Боли въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьѣ послѣ ѣды не усиливаются, но усиливаются отъ давленія на болящія мѣста. Животъ вздутъ. Печень увеличена и чувствительна при давленіи, но неровностей и явныхъ бугровъ не представляетъ; желчный пузырь растянутъ до величины значительной опухоли, но почти нечувствителенъ при давленіи. Селезенка немного увеличена. На низъ крѣпятъ: послѣ каломеля ставились черезъ день водяные клистиры, выводившіе немного, совершенно неокрашенныхъ желчью, испражнений. Моча сильно желтушна, бѣлка и сахара не содержитъ. Артеріи жестковаты, пульсъ частъ и слабовать. Органы дыханія не представляютъ ничего ненормальнаго. Больной, какъ сказано, лихорадитъ: температура по

вечерамъ отъ 37,5° до 38,5. Сонъ плохъ, иногда бываютъ головокруженія, зудъ кожи.

Распознаваніе. Болѣзненный процессъ, развивающійся у человѣка немолодаго, близкаго къ старости, но крѣпкаго сложенія и дотолѣ здороваго,—особенно же развивающійся послѣ сильнаго огорченія,—и быстро приводящій больнаго къ крайнему упадку питанія и силъ,—обыкновенно ракъ (вообще злокачественное новообразование), рѣже—сахарное мочеизнуреніе. У нашего больнаго нѣтъ ни діабета, ни другаго болѣзненнаго процесса (кромѣ рака), который могъ бы объяснить его тяжелое состояніе. О сифилитической гуммѣ, сдавливающей ductus choledochus, нечего и думать: не только больной отрицаетъ инфекцію, но и абсолютно не представляетъ никакихъ признаковъ сифилиса (къ тому же у жены его было 11 родовъ и ни одного выкидыша). Гипертрофическій желчевой циррозъ и многокамерный эхинококкъ печени, о которыхъ могла бы придти мысль по поводу увеличенія печени и желтухи, исключаются, помимо другихъ соображеній, по своему гораздо болѣе медленному теченію. Остается ракъ. Какого органа? Очевидно—не желудка, потому что во-первыхъ не только нѣтъ бурныхъ, но даже и никакихъ желудочныхъ симптомовъ, а во-вторыхъ явно сдавленъ ductus choledochus (испражненія совершенно не окрашены желчью, желтуха, желчный пузырь крайне растянутъ), слѣдовательно раковая опухоль должна находиться около него.

Очевидно, что скорѣе всего слѣдуетъ думать о раковой опухоли на нижней поверхности печени (въ porta hepatis) или о ракъ поджелудочной железы. По поводу предыдущаго случая уже было сказано, что вѣрныхъ признаковъ рака pancreatis, помимо опухоли въ мѣстѣ ея, нѣтъ: таковой опухоли у нашего больнаго не прощупывается. Противъ рака печени говорить (хотя и не абсолютно) то обстоятельство, что на ея доступной ощупыванію части не замѣчается ни явныхъ бугровъ, ни неровностей и то, что чувствительность ея не

велика и притомъ совершенно равномерна вездѣ, не сильнѣе на нѣкоторыхъ мѣстахъ. Такая чувствительность и вмѣстѣ увеличеніе печени вполне объясняются уже однимъ застоємъ желчи въ этомъ органѣ и растяженіемъ его капсулы.

Предсказаніе—понятно.

Лѣченіе. Несмотря на невѣроятность такого процесса въ желчевыхъ путяхъ у нашего больного, на который лѣченіе могло бы подѣйствовать, вначалѣ все-таки сдѣлана была попытка къ тому (каломель и эмсъ), не давшая никакого результата. За симъ остается лишь поддерживать силы больного и облегчать особенно тягостные для него симптомы; средства къ тому названы выше.

Изъ лекціи 18-го января 1891.

Состояніе больного постоянно ухудшалось и 16 января онъ скончался; въ послѣдніе два дня жизни замѣчались поразительное паденіе пульса и силъ и крайняя блѣдность.

Сдѣланное сегодня вскрытіе показало: ракъ поджелудочной железы, изъязвившійся въ двѣнадцатиперстную кишку и условившій сильное кровотеченіе; кишки (кроме S romanum и прямой) наполнены кровяными сгустками; ductus choledochus выше мѣста сдавленія и всѣ другіе желчные протоки сильно растянуты, такъ же какъ и желчный пузырь (послѣдній—до величины страусоваго яйца).

ШЕСТОЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 25-го октября 1889.

Больной, крестьянинъ, 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику 20-го октября, жалуясь на желтуху, слабость и боли во всемъ животѣ, особенно же въ правомъ подреберьѣ; захворалъ, по его словамъ, за недѣлю до поступления въ клинику.

Анамнезъ и образъ жизни. Больной происходитъ изъ здоровой семьи, до 22 лѣтъ жилъ въ деревнѣ, затѣмъ былъ въ военной службѣ, а послѣдніе 2 года, состоя въ запасѣ, живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Живя въ Москвѣ, не купается (прежде купался и при этомъ чувствовалъ себя особенно хорошо); часто ходитъ въ баню и пьетъ довольно горячаго чаю, потливъ. Раза два въ недѣлю выпиваетъ рюмки по три водки. Порядокъ ѣды: утромъ чай съ хлѣбомъ, обѣдъ и ужинъ. Столъ хорошій (постомъ—рыба), но больной очень занятъ (наблюдаетъ за отправкой товара и провожаетъ нагруженные послѣднимъ воза), такъ что часто обѣдаетъ не дома, не во время и чѣмъ придется (колбасой, соленой рыбой и др.). По причинѣ же занятій больной часто не досыпаетъ. За послѣдніе два года у больного много неприятностей частью отъ весьма отвѣтственныхъ занятій, частью отъ семейныхъ огорченій. Больной холостъ, венерическихъ болѣзней не имѣлъ.

При такихъ данныхъ, конечно, нельзя было положиться на слова больного, отвѣтившаго на первый вопросъ, что онъ до настоящей болѣзни ничѣмъ не хворалъ. Дѣйствительно, разспросъ о состояніи больного, объ отправленіяхъ его организма непосредственно передъ настоящимъ заболѣваніемъ показалъ, что хотя аппетитъ, пищевареніе, мочеотдѣленіе, дыханіе и кровообращеніе были совершенно нормальны, но что больной за время житія въ Москвѣ, несмотря на лучшія противъ прежняго помѣщеніе и пищу, похудѣлъ и сталъ настроенъ менѣе бодро и весело, сдѣлался впечатлителенъ и раздражителенъ («сталъ все близко принимать къ сердцу»); кромѣ того съ 1-го октября, т.-е. недѣли за двѣ до настоящаго заболѣванія стала по временамъ, всего чаще при ѣздѣ по мостовой (проводящая товаръ, больной иногда садился на телѣгу), показываться боль въ правомъ подреберьѣ (больной прямо указалъ на мѣсто желчнаго пузыря).

13-го октября больной поѣлъ жирныхъ щей съ бѣлужиной и въ тотъ же день, долго оставаясь на воздухѣ, сильно прозябъ; вечеромъ почувствовалъ боль подъ ложечкой и слабость. На другой день боль сильнѣе, а аппетитъ меньше, на третій пожелтѣли бѣлки глазъ. 16-го октября больной поѣлъ жирной солянки изъ почекъ и запилъ холоднымъ пивомъ. Въ тотъ же день появились сильныя боли около пупка и поносъ, что продолжалось и слѣдующій день. 18-го октября боли около пупка уменьшились и поносъ прекратился, но боли въ правомъ подреберьѣ усилились и потемнѣла моча. 20-го октября больной поступилъ въ клинику. За послѣдніе дни у больного ежедневно по разу выходило немного сухихъ, вонючихъ, совершенно неокрашенныхъ желчью испражнений.

21-го октября дали больному 7 грановъ каломеля (въ порошкахъ, по грану черезъ часъ): больного хорошо слабило 21-го и 22-го—обильными и характерными для каломеля (темно-зелеными испражнениями, послѣ чего боли около пупка совершенно прошли, а въ правомъ подреберьѣ уменьшились,

моча посвѣтлѣла, облегчилась дотолѣ тяжелая голова и появился аппетитъ. 23-го дали больному $\frac{1}{2}$ стакана теплой натуральной Карлсбадской воды (источникъ Мюльбрунъ) за часъ до обѣда, а 24-го два $\frac{1}{2}$ стакана, одинъ—за часъ до обѣда, другой—за часъ до ужина. Вчера, 24-го, отъ 5 до 7 часовъ вечера, у больного былъ сильный припадокъ боли въ правомъ подреберьѣ и подъ правой лопаткой и одновременно температура, бывшая до того нормальной, поднялась до $38,5^{\circ}$.

Status. Температура еще $37,6^{\circ}$, но больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что чувствуетъ себя много лучше, чѣмъ до поступленія. Аппетитъ очень хорошъ, но больной получаетъ пока немного пищи. Диспептическихъ явленій нѣтъ; на низъ вчера, послѣ клистира, вышло достаточно замѣтно окрашенныхъ желчью испражнений. Моча много свѣтлѣе, чѣмъ была, но еще содержитъ, какъ показываетъ изслѣдованіе, желчный пигментъ и желчныя кислоты, бѣлка и сахара не содержитъ. Животъ (все время съ поступленія въ клинику завязанный фланелью) болѣзненъ лишь въ мѣстѣ желчнаго пузыря и не вздуть. Печень слегка увеличена, желчный пузырь не ощупывается. Въ сторонѣ селезенки и почекъ—ничего ненормальнаго. Органы дыханія и кровообращенія въ нормальномъ состояніи. Спитъ больной вообще лучше, чѣмъ до поступленія въ клинику, но все еще не совсѣмъ хорошо, частью отъ болей въ животѣ, частью, когда послѣднихъ и нѣтъ, прямо отъ бессонницы (думаетъ о своей болѣзни). О нѣсколько мрачномъ и раздражительномъ настроеніи духа больного упомянуто въ анамнезѣ.

Распознаваніе. Кромѣ легкихъ нервныхъ симптомовъ,—на значеніе которыхъ, послѣ того, что мною было сказано по поводу перваго и третьяго случая о неврастеніи, останавливаться не буду,—у больного замѣчаются теперь лишь признаки пораженія желчевыхъ путей: желтуха, болѣзненность при давленіи и боли въ сторонѣ желчнаго пузыря—постоянныя несильныя и, временами, очень сильныя, острыя, въ формѣ рѣзко

очерченныхъ приступовъ. За недѣлю до поступленія въ клинику у больного были желудочно-кишечныя разстройства (потеря аппетита, кишечныя боли и поносъ), быстро, въ двое сутокъ, прошедшія. До того времени аппетитъ и пищевареніе были вполне нормальны и послѣ того аппетитъ быстро возстановился, диспептическихъ явленій нѣтъ, кишечныя боли прошли и собственно нѣтъ никакихъ кишечныхъ симптомовъ: если больного крѣпить и испраженія не окрашены желчью, то это зависитъ отъ малаго количества пищи и задержки желчи, т.-е. отъ пораженія желчныхъ путей, которое оказывается болѣе стойкимъ болѣзненнымъ состояніемъ, чѣмъ быстро прошедшія желудочно-кишечныя разстройства. Было бы поэтому ошибочно счесть настоящій случай за желудочно-кишечный катарръ, распространившійся на желчные пути: врядъ ли упомянутыя быстро прошедшія желудочно-кишечныя разстройства происходили отъ сколько-нибудь стойкаго желудочно-кишечнаго катарра; а пораженіе желчевыхъ путей, повторяю, оказывается весьма стойкимъ. Къ тому же признаки его,—боли въ сторонѣ желчнаго пузыря,—показались еще за двѣ недѣли до упомянутыхъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ, въ то время, когда аппетитъ и пищевареніе были еще вполне нормальны. Очевидно, что болѣзнь желчевыхъ путей была уже прежде названныхъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ и только усилилась послѣ нихъ.

Какая же болѣзнь желчевыхъ путей у нашего больнаго? При вашихъ свѣдѣніяхъ въ частной патологіи внутреннихъ органовъ и послѣ того, что было мною сказано о камняхъ въ желчномъ пузырьѣ по поводу перваго рассмотрѣннаго нами случая, вы вѣроятно уже заключили, что у нашего больнаго камни въ желчномъ пузырьѣ и не ошиблись: у больнаго дѣйствительно эта болѣзнь, хотя не въ крайнемъ развитіи, но со всѣми характерными ея симптомами,—болѣзнь весьма важная, потому что такъ часто встрѣчается, легко излѣчивается при правильной терапіи и гигиенѣ, а въ противномъ случаѣ

разстроиваетъ здоровье и можетъ вести къ опасности. Считаю нужнымъ поэтому остановиться на значеніи ея симптомовъ, ея діагностикѣ и терапіи.

Отъ чего образуются желчные камни? Всѣ согласны въ томъ, что этому способствуетъ вялое движеніе желчи по желчевымъ путямъ. Этимъ объясняютъ частоту желчныхъ камней у женщинъ (ношеніе узкаго корсета и беременности ограничиваютъ движенія діафрагмы, способствующія ходу желчи по ея путямъ и поступленію въ кишки) и у людей, ведущихъ сидячую жизнь (причемъ тоже движенія діафрагмы не такъ свободны и значительны, какъ при подвижномъ, физически дѣятельномъ образѣ жизни). Далѣе полагали, что причина образованія желчныхъ камней лежитъ въ выдѣленіи желчи измѣненнаго (противъ нормы) качества: но точныя изслѣдованія не подтвердили этого предположенія. Съ бѣльшимъ правомъ полагаютъ теперь, что желчные камни образуются въ желчи, нормально отдѣленной, отъ вліянія причинъ, идущихъ изъ кишечнаго канала и вызывающихъ осажденіе холестерина, желчныхъ пигментовъ и известковыхъ солей (главныхъ составныхъ частей желчныхъ камней). Причины эти (всею болѣе предполагаются микробы, столь обильныя и разнообразныя въ кишечномъ каналѣ) по однимъ вызываютъ катарръ желчевыхъ путей и желчнаго пузыря, затрудняющій ходъ желчи и своими продуктами условливающій измѣненіе этой жидкости, образованіе изъ нея упомянутыхъ осадковъ, по другимъ — прямо, сами вызываютъ измѣненія желчи и ея осадки. Всѣ эти предположенія нуждаются въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ и подтвержденіяхъ.

Клиника въ томъ отношеніи согласна съ названными предположеніями, что подтверждаетъ частоту одновременнаго существованія желчныхъ камней и катарра желчевыхъ путей (причемъ не слѣдуетъ забывать, что раздраженіе послѣднихъ камнями можетъ повести и къ послѣдовательному катарру ихъ): постоянная чувствительность, а иногда и прямо болѣзненность при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря и частая жел-

туха—характерные симптомы желчныхъ камней. Особенно же характернымъ симптомомъ этой болѣзни считаются приступы *печеночной колики*,—острой, иногда крайне жестокой боли, которая быстро развивается и черезъ извѣстное время также быстро проходитъ. На описаніи всего приступа печеночной колики, извѣстномъ вамъ изъ частной патологіи, не стану останавливаться. Приступы печеночной колики считаются невральгіей печеночнаго сплетенія можетъ быть при одновременномъ тоническомъ спазмѣ желчнаго пузыря. Полагаютъ, что эти приступы вызываются прохожденіемъ камней по узкимъ частямъ желчныхъ путей и слѣдовательно раздраженіемъ послѣднихъ; но, какъ увидимъ ниже, врядъ ли можно думать, чтобы всегда такъ было. Я сказалъ, что особенно характернымъ симптомомъ желчныхъ камней считаются приступы печеночной колики; но было бы большою ошибкой думать, что послѣдніе всегда бывають при этой болѣзни, что если ихъ нѣтъ, то, слѣдовательно, нѣтъ и желчныхъ камней. Напротивъ, очень часто встрѣчаются случаи этой болѣзни, гдѣ нѣтъ приступовъ острой боли, т.-е. печеночной колики, а замѣчается лишь постоянная умѣренная боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, на которую или прямо жалуется больной или которая обнаруживается лишь при изслѣдованіи, при давленіи. Иногда въ такихъ случаяхъ, въ дальнѣйшемъ теченіи ихъ, наблюдается и появленіе приступовъ печеночной колики, иногда же нѣтъ. Такіе случаи также уступаютъ обычному лѣченію желчныхъ камней, какъ и случаи съ приступами печеночной колики. Можно сказать, что если приступы печеночной колики—особенно характерный симптомъ желчныхъ камней, то самый частый, самый постоянный симптомъ этой болѣзни есть постоянная боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, усиливающаяся при давленіи *).

*) Въ статьѣ о каломелѣ (1-й выпускъ моихъ лекцій, изд. 2-е стр. 130—131) подробно объяснена важность постоянной боли и болѣзненности при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря, какъ симптомовъ желчныхъ камней.

Какъ видно, у нашего больного явные признаки желчныхъ камней и катарра желчевыхъ путей. И теперь есть боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, усиливающаяся при давленіи, а при поступленіи въ клинику была сильнѣе. Вчера былъ довольно сильный приступъ печеночной колики, а легкіе, какъ видно изъ анамнеза, стали бывать уже съ начала октября. Развивавшаяся же при незначительномъ и быстро прошедшемъ желудочнокишечномъ разстройствѣ сильная желтуха (совершенное непоступленіе желчи въ кишки при приѣмѣ больного въ клинику) свидѣтельствуесть, что уже до этого разстройства былъ катарръ желчевыхъ путей, достаточно сильный, чтобы такъ обостриться по незначительному поводу.

Нѣкоторые полагають необходимымъ для діагностики желчныхъ камней отыскиваніе вышедшаго камня въ испражненіяхъ. Я считаю такое отыскиваніе, — для практики, — празднымъ занятіемъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, къ которымъ относится и настоящій, діагностика легка, не представляетъ никакихъ затрудненій. Въ рѣдкихъ случаяхъ затруднительной діагностики нахожденіе камня въ испражненіяхъ во 1-хъ столь случайно, такъ часто не удается, что на него нельзя рассчитывать, а во 2-хъ, если и удается, то мало помогаетъ дѣлу. Коснемся такихъ, вообще представляющихъ интересъ, случаевъ затруднительной діагностики.

Приходится иногда рѣшить, что у больного — желчные камни или ракъ печѣни? Дѣло идетъ обыкновенно о больныхъ, сильно истощенныхъ, съ небольшой желтухой, съ сильными болями въ сторонѣ печени (которая при томъ болѣзненна при давленіи, особенно въ мѣстѣ желчнаго пузыря), но безъ рѣзкихъ объективныхъ признаковъ рака этого органа. Ищутъ камень въ испражненіяхъ и, положимъ, находятъ: есть желчные камни; но развѣ это исключаетъ одновременное пораженіе ракомъ (больные, долго страдавшіе желчными камнями, очень нерѣдко заболѣваютъ потомъ ракомъ этого органа), опредѣленіе присутствія или отсутствія котораго обыкновенно и состав-

ляетъ важнѣйшую задачу діагностики въ такихъ случаяхъ. Не находеніе камня въ испражненіяхъ, а тщательное объективное изслѣдованіе и внимательное обсужденіе настоящаго и прошлаго состоянія больного, хода болѣзни,—иногда же лишь успѣхъ или неуспѣхъ лѣченія,—уясняютъ діагностику въ такихъ случаяхъ.

Встрѣчаются, далѣе, больные съ симптомами, возбуждающими мысль и о желчныхъ камняхъ, и о болѣзни желудка, обыкновенно язвѣ (рѣже ракъ) около его выхода: у такихъ больныхъ бываютъ приступы жестокихъ болей со рвотой (но безъ характерныхъ желтушныхъ явленій и безъ крови въ выводимомъ рвотой) и болѣзненность при давленіи правѣ средней линіи живота, между пупкомъ и ребернымъ краемъ, въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ не то желчному пузырю, не то выходу желудка. И здѣсь находеніе камня, если и удастся, оставляетъ открытымъ вопросъ, нѣтъ ли, при желчныхъ камняхъ, и одновременной язвы желудка; и здѣсь діагностику уясняютъ тѣ же приемы, что и въ предыдущемъ случаѣ (менѣе всего, впрочемъ, результаты лѣченія, могущаго быть одинаковымъ при обѣихъ болѣзняхъ). Объ объективномъ изслѣдованіи въ такихъ случаяхъ замѣчу, что если боль оказывается преимущественно при давленіи на упомянутое мѣсто, направленномъ вверхъ, къ правому подреберью, то это говоритъ за болѣзненность желчнаго пузыря; если же—при давленіи, направленномъ внизъ и внутрь (къ пупку), то—за болѣзненность выхода желудка.

Наконецъ, говоря о случаяхъ затруднительной діагностики желчныхъ камней, скажу объ отличіи ихъ, вызываемыхъ ими приступовъ невралгій печеночнаго сплетенія (т.-е. приступовъ печеночной колики) отъ приступовъ чистой невралгій этого сплетенія. Прежде всего, конечно, спрашивается, бываетъ ли такая чистая невралгія послѣдняго? Нѣкоторые полагаютъ, что да: такъ извѣстный клиницистъ и авторъ капитальнаго труда о болѣзняхъ печени Фрерихсъ описалъ случай печеночной коли-

ки, гдѣ неоднократно лѣченіе въ Карлсбадѣ не помогло, а укрѣпляющее и противонервное помогло и счелъ этотъ случай за чистую невральгію печеночнаго сплетенія (hepatalgia). Случай Фрерихса, по моему мнѣнію, неубѣдителенъ именно потому, что противонервному лѣченію предшествовало неоднократно лѣченіе въ Карлсбадѣ: мыслимо, что это послѣднее удалило желчные камни, а припадки колики остались, какъ сдѣлавшаяся самостоятельно hepatalgia,—прошедшая потомъ отъ противонервнаго лѣченія. Примѣръ тому—невральгія личнаго нерва, вызванная больными зубами и остающіяся (хотя и не навсегда, но иногда на весьма долгое время) по удаленіи и излѣченіи послѣднихъ. Я не встрѣчалъ случаевъ, которые бы можно было принять за чистую и притомъ первичную, ідиопатическую гепатальгію, но нерѣдко наблюдалъ такіе, гдѣ послѣ періода явныхъ симптомовъ желчныхъ камней, во время котораго помогала обычная терапія послѣднихъ (каломель, минеральныя воды), наступалъ другой, гдѣ приступы печеночной колики, хотя и слабѣе прежняго, продолжались, но уже не поддавались названному лѣченію, а уступали другому, направленному на поправленіе состоянія нервной системы (мѣстно же, на сторону желчнаго пузыря, электричеству статическому и гальваническому). Можетъ быть, въ такихъ случаяхъ уже не было желчныхъ камней, а оставалась лишь сдѣлавшаяся самостоятельно печеночная колика въ видѣ, слѣдовательно, гепатальгіи, но не первичной, а вторичной, послѣдовательно за бывшими желчными камнями. Для меня, поэтому, діагностическія затрудненія бывали не въ томъ, чтобы рѣшить, что въ данномъ случаѣ — печеночная колика, какъ симптомъ желчныхъ камней, или первичная чистая гепатальгія, а въ томъ, какой предо мною періодъ болѣзни—есть ли еще желчные камни и нужно лѣчить ихъ или лишь получившіе самостоятельность приступы печеночной колики, которые слѣдуетъ лѣчить иначе, какъ невральгію. Рѣшеніе не всегда

легко и достигается внимательнымъ обсужденіемъ состоянія больного, хода болѣзни и результатовъ предыдущей терапіи; но иногда лишь новыя терапевтическія пробы рѣшаютъ дѣло.

Настоящій случай, какъ сказано, не относится къ случаямъ затруднительной діагностики. Въ виду столь осязательныхъ данныхъ въ области желчевыхъ путей и лишь легкихъ нервныхъ симптомовъ нашего больного не можетъ быть и мысли о чистой гепатальгіи, точно такъ же, какъ о язвѣ желудка въ виду состоянія пищеваренія и, наконецъ, о ракѣ какого-либо органа въ виду молодости и крѣпости нашего больного, такъ какъ и въ виду быстрого улучшенія его состоянія.

Бываютъ другаго рода случаи, гдѣ собственно діагностика легка, но врачъ — конечно невнимательный, — впадаетъ въ ошибку. Дѣло въ томъ, что больные (желчными камнями), у которыхъ нѣтъ приступовъ печеночной колики, а только постоянная боль въ сторонѣ желчнаго пузыря, часто жалуются на боль «подъ ложечкой», не точно обозначаютъ мѣсто боли, что такъ возможно при близости обоихъ мѣстъ («подъ ложечкой» и желчнаго пузыря). Врачъ, поддаваясь первому впечатлѣнію, изслѣдуетъ, производитъ давленіе только подъ ложечкой, спрашиваетъ больного, — отвѣчающаго, что боль усиливается, — и заключаетъ, что у больного каттаръ желудка; тогда какъ внимательное изслѣдованіе, т.-е. изслѣдованіе и сосѣднихъ мѣстъ показываетъ въ такихъ случаяхъ, что максимумъ болѣзненности находится въ мѣстѣ желчнаго пузыря. Конечно могутъ быть одновременно и желчные камни, и катарръ желудка, но тогда должны быть сполна и симптомы обѣихъ болѣзней.

Говоря о діагностикѣ, слѣдуетъ сказать о вчерашнемъ приступѣ печеночной колики. Больной былъ очень облегченъ послѣ дѣйствія каломеля: болѣзненность при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря очень уменьшилась послѣ того и теперь остается такою. Вчера однако былъ опять, какъ сказано, при-

ступъ печеночной колики. Что вызвало его? Обычныхъ поводовъ, вызывающихъ такіе приступы,—травматическихъ (въ родѣ, какъ было съ нашимъ больнымъ, тряски при ѣздѣ въ телѣгѣ по мостовой), душевныхъ волненій, погрѣшностей въ діетѣ и простуды,—въ клиникѣ не было. Можно сказать лишь то, что такіе приступы перѣдко замѣчаются при началѣ лѣченія желчныхъ камней карлсбадскою (вообще щелочною минеральною) водою, что не мѣшаетъ, однако, ея дальнѣйшему лѣчащему дѣйствию *). Упомянутый приступъ сопровождался легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ — явленіе перѣдкое: въ 1-мъ выпускѣ моихъ лекцій, въ статьѣ о каломелѣ описанъ случай желчныхъ камней, гдѣ приступы печеночной колики почти постоянно сопровождались лихорадочнымъ состояніемъ.

Предсказаніе—хорошо; болѣзнь излѣчима; но прочность излѣченія и отсутствіе возвратовъ зависятъ отъ того, насколько больной захочетъ и будетъ имѣть возможность исполнять требованія гігіены и терапіи.

Лѣченіе. Вначалѣ данъ былъ больному каломель, произведшій столь значительное и столь обычное въ такихъ случаяхъ улучшение **). Затѣмъ назначили теплую щелочную и слегка слабительную минеральную воду (Карлсбадъ Мюльбрунъ). Почему? Конечно не по теоретическимъ соображеніямъ, которыя мѣняются сообразно съ переменною понятій объ образованіи желчныхъ камней: такъ, когда за причину послѣдняго считали измѣненія отдѣляемой желчи, то и дѣйствіе щелочныхъ минеральныхъ водъ полагали во вліяніи на отдѣленіе желчи, въ томъ, что желчь при употребленіи щелочей отдѣляется

*) Параллельное явленіе замѣчается при лѣченіи почечнаго песка минеральными водами, т.-е. въ началѣ лѣченія появляются или усиливаются приступы почечной колики; такъ что въ обоихъ случаяхъ, т.-е. при лѣченіи какъ желчныхъ камней, такъ и почечнаго песка минеральными водами не лишнимъ бываетъ предупредить больного о возможности такого начального ожесточенія припадковъ.

***) Касательно показаній къ каломелю при желчныхъ камняхъ я долженъ, чтобы не повторяться въ печати, указать на свою статью о каломелѣ (послѣднее изданіе, съ дополненіемъ,—во 2-мъ изданіи 1-го выпуска моихъ лекцій).

болѣе обильно и болѣе жидкая (что повидимому подтвержда-лось и экспериментальными изслѣдованіями), слѣдовательно, думали, болѣе способная содѣйствовать распаду и удаленію камней; теперь, когда главною причиною образованія желчныхъ камней считаютъ измѣненія уже отдѣленной, но вяло текущей (застаивающейся) желчи вслѣдствіе катарра желчевыхъ путей, хорошее вліяніе щелочныхъ минеральныхъ водъ на желчные камни объясняютъ, главнымъ образомъ, ихъ дѣйствіемъ на названный катарръ. Можетъ быть въ извѣстной мѣрѣ вѣрно и то, и другое мнѣніе, но главное основаніе къ показанію щелочныхъ минеральныхъ водъ при желчныхъ камняхъ—не эти предположенія, а то, что практика показала пользу названныхъ водъ при этой болѣзни и указала способъ ихъ употребленія.

Почему назначена именно Карлсбадская вода, а не другая щелочная, напр. Эмсъ, Мариенбадъ, Виши или Эссентуки. Чѣмъ руководиться при выборѣ минеральныхъ водъ, подробно объяснено во 2-мъ выпускѣ моихъ лекцій; поэтому, въ качествѣ краткаго поясненія для настоящаго случая, скажу лишь слѣдующее. Если бы больной былъ подверженъ поносу, то слѣдовало бы назначить Эмсъ; но больного слегка крѣпить, а потому назначенъ Карлсбадъ. Сильно слабящій Мариенбадъ не показуется настоящимъ случаемъ, а, какъ вода холодная и богатая углекислотой, слѣдовательно могущая усилить боли, противопоказуется. Если бы у больного печеночная колика и желчные камни играли второстепенную роль, а главную—почечная колика и почечный (мочекислый) песокъ, самъ же больной представлялъ бы явные симптомы подагры (*arthritis urica*), то слѣдовало бы назначить Виши или Эссентуки (нагрѣтые) и т. д.

Больной заявляетъ, что, боясь потерять мѣсто, желаетъ какъ можно скорѣе оставить клинику; поэтому назначимъ Карлсбадъ нѣсколько болѣе того, сколько обыкновенно слѣдуетъ давать въ холодное время года, при постоянномъ пребываніи

въ комнатѣ: третьяго дня больной выпилъ полстакана назван-
ной минеральной воды, вчера два полстакана, сегодня назна-
чимъ три, а съ завтрашняго дня по 4 полстакана, два приема
за часъ до ранняго (въ полдень) обѣда, въ разстояніи $\frac{1}{4}$
часа другъ отъ друга, а остальные два за часъ до ужина
(въ 7 часовъ вечера) такимъ же порядкомъ. Постепенное уве-
личеніе количества минеральной воды, начиная съ одного
полстакана въ день, въ настоящемъ случаѣ показуется тѣмъ,
что, во 1-хъ, у больного не такъ давно былъ поносъ, а во
2-хъ, его только что слабило отъ каломеля: назначеніе че-
тырехъ полстакановъ Мюльбруна съ перваго же дня могло
бы вызвать поносъ, вовсе нежелательный.

Кромѣ питья Мюльбруна назначимъ больному теплую ванну
и вѣроятно повторимъ ее, какъ весьма хорошее средство при
боляхъ, вызываемыхъ желчными камнями и катарральной жел-
тухѣ. Въ случаѣ, что у больного повторится приступъ пе-
ченочной колики, дадимъ ему приемъ ($\frac{1}{4}$ грана) или два ко-
деина, чего, судя по вчерашнему приступу, будетъ достаточно
для успокоенія боли (при очень жестокихъ припадкахъ нуженъ
бываетъ морфій). Какъ сказано больной нѣсколько «нервенъ»
и подверженъ бессонницѣ: по временамъ будемъ давать эфирно-
валеріановыя капли (тѣмъ болѣе, что пульсъ иногда слабѣетъ),
а на ночь ежедневно, до устраненія бессонницы, 15 грановъ
бромистаго натрія.

Изъ лекціи 27 октября 1889.

Status. Приступовъ печеночной колики не было, темпера-
тура нормальна, улучшеніе во всѣхъ отношеніяхъ.

Будетъ продолжаться прежнее лѣченіе.

Изъ лекціи 15 ноября.

Status. Больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что совер-
шенно выздоровѣлъ. Дѣйствительно: аппетитъ и пищевареніе

нормальны (последніе дни на низъ—безъ клистира), желтуха исчезла, приступовъ печеночной колики не бываетъ, въ мѣстѣ желчнаго пузыря нѣтъ ни болей, ни чувствительности при давленіи, сонъ хорошъ (бромистый натрій давали всего недѣлю), настроеніе духа бодрое (теплыхъ ваннъ понадобилось всего двѣ, а последніе дни больному дѣлають прохладныя (20°R.) обтиранія смѣсью воды съ водкой, хорошо дѣйствующія на его нервное состояніе). Больной пилъ Мюльбрунъ до сегодня по 4 полустакана ежедневно; сегодня получить лишь 2 полстакана, потому что завтра, по своимъ дѣламъ, долженъ оставить клинику.

Больному объяснено, что прошли лишь явные признаки его болѣзни, что лишь время покажетъ, насколько прочно его выздоровленіе и что, во избѣжаніе возврата болѣзненныхъ припадковъ, онъ долженъ остерегаться неправильностей въ его образѣ жизни, выяснившихся при разпросѣ (само пребываніе въ клиникѣ было уже доброю гигиеническою школою для больного). Ему объяснено, что очень можетъ понадобиться повтореніе лѣченія Мюльбруномъ и что отложить это повтореніе до теплаго времени года (т.-е. хотя бы до того времени избѣжать возврата болѣзненныхъ припадковъ), когда онъ могъ бы лѣчиться минеральной водой, не бросая (по крайней мѣрѣ вполнѣ не бросая) своихъ занятій, было бы, очевидно, крайне желательно для него.

Я не совѣтую больному продолжать питье Мюльбруна дома во 1-хъ потому, что въ настоящее время года, при постоянныхъ занятіяхъ больного на воздухѣ, это было бы рисковано, а во 2-хъ потому, что можетъ быть будетъ достаточно того 24-хъ-дневнаго употребленія Мюльбруна, которое больной оканчиваетъ сегодня: уже дней десять, какъ нѣтъ ни желтухи, ни боли въ мѣстѣ желчнаго пузыря, а приступовъ печеночной колики послѣ того, о которомъ была рѣчь 25-го октября, болѣе не было. Въ другихъ случаяхъ часто приходится продолжать курсъ лѣченія минеральной водой до шести недѣль.

Далѣ этого срока я обыкновенно не продолжаю лѣченія минеральными водами, а дѣлаю перерывъ и, если нужно, повторяю, во 1-хъ потому, что болѣе продолжительное, безъ перерыва, употребленіе минеральныхъ водъ можетъ вредить пищеваренію и питанію, а во 2-хъ, чтобы дать выясниться полученному отъ лѣченія результату. Если во время этого необходимаго перерыва больного беспокоятъ боли въ мѣстѣ желчнаго пузыря, то назначаю эфиръ, по 10—15—20 капель три раза въ день (особенно осторожно, т.-е. въ меньшей дозѣ у людей, обыкновенно немолодыхъ, у которыхъ есть гипертрофія сердца или вообще послѣднее легко возбуждимо), или, у людей съ надежнымъ пищевареніемъ, эфиръ (3j) и *oleum terebinthinae rectificatum* (3j) въ вышеозначенной дозѣ. Эти средства (средство Durandé'a собственно 1 ч. *olei tereb.* + 4 чч. эфира иногда безспорно дѣйствительны.

Вообще же я продолжаю лѣченіе желчныхъ камней до полного исчезновенія ихъ симптомовъ (и нѣсколько долѣе того), главнымъ образомъ не приступовъ печеночной колики (которые появляются такъ неопредѣленно, что ими нельзя руководствоваться), а постоянныхъ болей и болѣзненности при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря. Руководствоваться этими послѣдними симптомами всего надежнѣе, впрочемъ приступы печеночной колики прекращаются обыкновенно раньше исчезновенія упомянутыхъ постоянныхъ болей и болѣзненности при давленіи. Прекращая лѣченіе по вышеназваннымъ показаніямъ, я никакъ не думаю, что желчные камни «излѣчены», удалены, что ихъ уже нѣтъ: приходится видѣть, что названные симптомы вполне исчезли, больной совершенно ничего не чувствуетъ въ мѣстѣ желчнаго пузыря, приступовъ печеночной колики давнымъ давно нѣтъ и больной ведетъ себя въ гигиеническомъ отношеніи безупречно и вотъ по случайному поводу (всего чаще послѣ сильнаго душевнаго волненія) неожиданно раздражается жестокой приступъ печеночной колики, доказывающей, что есть еще камень (или камни) въ

пузырь. Правда, такіе случаи крайне рѣдки: обыкновенно возвращенію приступовъ печеночной колики предшествуетъ возвратъ постоянной, хотя и небольшой боли и чувствительности при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря, напоминающій о необходимости повторить лѣченіе и, обыкновенно, о необходимости строже исполнять требованія гигиены. Но, повторяю, лѣченіе слѣдуетъ вести лишь до исчезновенія (и нѣсколько долѣе) названныхъ симптомовъ. Лѣчить долѣе того, до тѣхъ поръ, пока «совершенно не будетъ камней», не имѣетъ смысла (не говоря уже о возможномъ вредѣ продолжительнаго лѣченія), потому что чѣмъ же тогда руководствоваться въ продолженіи лѣченія, какъ долго вести его? Да и нѣтъ нужды въ этомъ: опытъ показываетъ, что при соблюденіи гигиены, при правильности всѣхъ отправленій организма камни пребываютъ въ желчномъ пузырьѣ, не вызывая никакихъ болѣзненныхъ явленій; а если гигиена не соблюдается и существуютъ желудочнокишечныя, нервныя и другія разстройства, то и полное удаленіе камней (если бы таковое удалось) не поможетъ, потому что народятся новые. Конечно, какъ уже выше сказано, при возвратѣ симптомовъ въ мѣстѣ желчнаго пузыря слѣдуетъ, предупреждая приступы печеночной колики, повторить лѣченіе минеральною водою.

Предложенныя въ послѣднее время для лѣченія желчныхъ камней салициловокислый натръ и прованское масло, по моимъ наблюденіямъ, не заслуживаютъ рекомендаціи.

Говорить объ оперативномъ лѣченіи желчныхъ камней, которое иногда (правда, при правильной терапіи и гигиенѣ, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ) составляетъ единственное средство для облегченія невыносимыхъ страданій или даже для спасенія больнаго,—настоящій случай не представляетъ достаточнаго повода.

СЕДЬМОЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 24 марта 1892.

Больной, запасный рядовой, 24 лѣтъ, жалуется на желтуху, увеличеніе живота, отеки ногъ, лихорадочное состояніе и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ здоровой, не малярійной мѣстности (сельской) Владимірской губерніи. Помѣщеніе — хорошая крестьянская изба, отхожее мѣсто — хлѣвъ. До болѣзни по лѣтамъ купался. Еженедѣльно жаркая баня. Немного куригъ и пьетъ чай умѣренно, но ежедневно пьетъ не мало водки, а изрѣдка и очень помногу. Пища хорошая. Холость. Зараженіе сифилисомъ отрицаетъ, а изслѣдованіе подтверждаетъ отсутствіе этой болѣзни. Въ послѣднее время по нездоровью ничѣмъ не занимается, а до того былъ въ военной службѣ.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Съ 18 лѣтъ сталъ пить водку и съ тѣхъ поръ началъ замѣчать изжогу и отрыжку послѣ ѣды. 21-го года поступилъ въ военную службу (служилъ, въ Варшавѣ, въ артиллеріи рядовымъ), гдѣ принужденъ былъ воздерживаться отъ водки и замѣтилъ, что отрыжка и изжога прекратились; но въ іюнѣ 1891 перенесъ, по всей вѣроятности, тифъ (въ теченіе 6 недѣль былъ сильный жаръ, слабость и безпамятство), послѣ чего въ концѣ іюля былъ уво-

ленъ домой «на поправку». Дома началъ пить, послѣ чего вскорѣ появились отрыжка, изжога и боли подъ ложечкой (особенно послѣ холоднаго питья и грубой пищи). Въ концѣ сентября показалась желтуха и одновременно усилились желудочные симптомы, особенно боли, уже сопровождавшіяся рвотой. Больной бросилъ водку, сталъ осторожнѣе въ пищѣ и принималъ карлсбадскую соль и какіе-то порошки (повидимому ревень); въ половинѣ ноября боли и диспептическія явленія стихли, а желтуха, по словамъ больнаго, исчезла. Больной опять сталъ пить и вновь появились желтуха, боли и рвоты (уже ежедневныя), а также небольшое лихорадочное состояніе, увеличеніе живота, отекъ ногъ и общая слабость. 6-го декабря больной въ первый разъ поступилъ въ клинику съ слѣдующими,—главнѣйшими,—данными (помимо вышеназванныхъ): печень очень увеличена, тверда, гладка (край острый), при давленіи не чувствительна, также какъ и мѣсто желчнаго пузыря; испражненія слабо окрашены желчью, моча сильно желтушна, бѣлка и сахара не содержитъ; селезенка немного увеличена, умѣренный асцитъ; сердце немного приподнято высокостоящей діафрагмой, тоны чисты, пульсъ слабъ; органы дыханія и нервная система въ нормальномъ состояніи. Больному назначены діета, Эмсъ, горькія (*extr. fl. condur. и t-ra nucis vom.*) и возбуждающія капли (*t-ra valer. aether. и liqu. anod. Hoffm. āā*); рвота прекратилась и диспептическія явленія уменьшились. 11-го декабря дано 10 порошковъ (по грану) каломеля: больнаго обильно прослабило характерными каломельными испражненіями, послѣ чего пошли почти нормально обращенныя испражненія, а моча стала свѣтлѣть и лихорадочное состояніе прошло. Послѣ каломеля продолжалось прежнее лѣченіе (Эмсъ, горькія и возбуждающія), но 20-го декабря больной, не докончивъ предполагавшагося лѣченія, вышелъ изъ клиники, впрочемъ уже значительно облегченный: желтуха и диспептическія явленія почти прошли, также какъ и отекъ ногъ, а асцитъ уменьшился и силы стали много лучше. По выходѣ изъ

клиники больной опять сталъ пить водку и ѣсть все безъ разбора, но, несмотря на это, до середины февраля чувствовалъ себя изрядно. Съ середины февраля состояніе больного стало быстро ухудшаться: появились значительная желтуха, рвота (почти ежедневная) и поносъ (слабило раза 3—4 въ день, очень жидко, безъ боли), быстрое увеличеніе живота, отекъ ногъ, лихорадочное состояніе съ ежедневными знобами, слабость, а позднѣе кровотеченіе изъ носа и десенъ и гемералопія. 15-го марта больной вторично поступилъ въ клинику.

Съ поступленія въ клинику больной постоянно принимаетъ средства, усиливающія дѣятельность сердца (вино, t-ra valer. aether. + liqu. anodyn. Hoffm. по 25 капель 4 раза въ день и часто coffeinum natro-salicyl. по 5 грановъ трижды въ день), а 17-го октября дано было пять порошковъ (по грану) каломеля, хорошо подѣйствовавшихъ. Лихорадка (доходившая по вечерамъ до 40,2°) послѣ каломеля упала и потомъ совсѣмъ прекратилась, такъ что послѣдніе три дня ея совсѣмъ не было, но сегодня опять небольшой знобъ. Моча послѣ каломеля посвѣтлѣла, а испраженія изрядно окрашиваются и стали гуще и рѣже (лишь дважды въ день). Диспептическія явленія прошли. Пульсъ и самочувствіе больного стали лучше, но асцитъ увеличивается.

Status. Появился небольшой аппетитъ. Съ прекращеніемъ лихорадки уменьшилась жажда и прошла сухость языка. Десны разрыхлены и кровоточатъ. Боли подъ ложечкой, рвота и другія диспептическія явленія прошли. На низъ какъ выше сказано. Моча менѣе желтушна, чѣмъ при поступленіи, бѣлка и сахара не содержитъ, количество—1.500. Болей въ животѣ нѣтъ, асцитъ очень великъ, видны значительно растянутыя вены покрововъ живота. Печени и селезенки, по причинѣ асцита, теперь ощупать невозможно, но при поступленіи изслѣдованіе показало, что печень очень увеличена, (свободный край ея пальца на 4 поперечныхъ ниже нормальнаго), а въ прочемъ такого же качества, какъ въ первое пребываніе боль-

наго въ клиникѣ и также совершенно безболѣзненна при давленіи (также какъ и мѣсто желчнаго пузыря), селезенка же выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на $1\frac{1}{2}$ —2 поперечныхъ (маляріи у больного не было), плотна и тоже не болѣзненна. Сердце приподнято высокостоящею діафрагмой, но не увеличено; какъ у верхушки, такъ и у основанія слышится систолическій шумъ вездѣ одинаковой силы. Пульсъ 112, правильный, сильнѣе чѣмъ при поступленіи, но все еще слабовать. Грудь не болитъ, при движеніи одышка (дыханіе въ покоѣ, — 30 разъ въ минуту), небольшой кашель съ ничтожнымъ количествомъ слизистой мокроты (при выслушиваніи кой-гдѣ сухіе хрипы), голосъ очень хриплъ (отъ катарра голосовыхъ связокъ, какъ показало ларингоскопическое изслѣдованіе). Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. О лихорадочномъ состояніи сказано выше; съ его прекращеніемъ сонъ сталъ лучше, а прежде бывшія (къ вечеру, при усиленіи лихорадки) головныя боли почти прекратились. При движеніи бываютъ головокруженія. Сознаніе ясно, но память за послѣдніе полгода ослабѣла. Настроеніе духа угнетенное. Гемералопія. Слухъ нормаленъ. Болей въ спинѣ, рукахъ и ногахъ нѣтъ. Ноги до колѣнъ значительно отекли. Сильная желтуха: склеры и видимыя слизистыя оболочки окрашены въ желтый цвѣтъ, кожа — въ желтобурый.

Распознаваніе. Диспептическія явленія, а также боли подъ ложечкой, регулярно появлявшіяся при питьѣ водки и діететическихъ погрѣшностяхъ, проходившія, когда больной бросилъ пить и былъ остороженъ въ пищѣ и быстро уступившія лѣченію Эмской водой и горькими въ первое пребываніе больного въ клиникѣ, безспорно указываютъ на катарръ желудка. Вызывавшееся вначалѣ питьемъ водки и погрѣшностями въ діетѣ. страданіе это поддерживается теперь и столь очевиднымъ затрудненіемъ кровообращенія въ системѣ воротной вены вслѣдствіе болѣзни печени. Поносъ обусловливается, главнымъ образомъ, этимъ же затрудненіемъ кровообращенія: ничтожная примѣсь слизи къ испражненіямъ указываетъ лишь на ничтож-

ный кишечный катарръ, а между тѣмъ испражненія хотя и не часты, но обильны, жидки и совершенно не сопровождаются болью (при катаррѣ, наоборотъ, скорѣе часты, не обильны не столь жидки, сколько слизисты и, въ большей или меньшей степени, сопровождаются болью). Мочевые органы, помимо присутствія элементовъ желчи въ мочѣ, здоровы. Помимо болей подъ ложечкой, сопровождавшихся рвотой и теперь прошедшихъ, животъ совершенно безболѣзненъ и постоянно былъ таковымъ; въ виду этого большой асцитъ нашего больного слѣдуетъ считать слѣдствіемъ затрудненнаго кровообращенія по воротной венѣ, что подтверждается значительнымъ расширеніемъ подкожныхъ венъ живота, упомянутыми поносами и увеличеніемъ и уплотненіемъ селезенки. Последнее больше не къ чему отнести: маляріей больной не хворалъ, а отнести это увеличеніе селезенки къ слѣдствіямъ перенесеннаго (предполагаемаго) тифа нѣтъ достаточныхъ основаній; такого рода увеличеніе и уплотненіе селезенки послѣ тифа необычно. О пораженіи печени и желчевыхъ путей говорятъ рѣзко выраженные симптомы, но на его разсмотрѣніи удобнѣе остановиться въ концѣ, обозрѣвши сначала состояніе остальныхъ частей организма. Катарръ глотки, гортани и небольшой бронхіальный, столь обыкновенный у пьющихъ людей, не требуетъ особенныхъ поясненій. Причина смѣщенія сердца вверхъ очевидна. Слабость пульса и систолическій шумъ могутъ зависѣть частью отъ смѣщенія сердца, частью отъ трофическихъ измѣненій сердечной мышцы (которыхъ такъ естественно ждать у больного, недавно перенесшаго тяжелую лихорадочную болѣзнь, а, главное, такъ разстроившаго пьянствомъ свое здоровье вообще, а въ частности питаніе) и частью отъ нѣкотораго расстройства иннервации сердца вслѣдствіе холеміи, присутствіе въ крови элементовъ желчи, потому что у больного замѣчаются уже безспорныя холемическія явленія—кровооточивость десенъ и гемералопія. Считать систолическій шумъ признакомъ пораженія какого-либо отверстія сердца или закрывающей его засло-

ночки нѣтъ ни малѣйшаго основанія во 1-хъ потому, что нѣтъ главнаго доказательства существованія такого пораженія—послѣдовательнаго увеличенія сердца, а во 2-хъ потому, что въ декабрѣ (въ первое пребываніе больнаго въ клиникѣ) тоны сердца были чисты, шумовъ не было, хотя главныя болѣзненныя явленія нашего больнаго (брюшныя), хотя и въ меньшей степени, были тогда уже на лицо. Частота пульса условливается тѣми же причинами и, конечно, лихорадочнымъ состояніемъ. Отекъ ногъ поддерживается слабостью пульса, но, конечно, главнымъ образомъ, зависитъ отъ давленія скопившейся въ полости брюшины и растянувшей животъ жидкости на нижнюю полу ю вену и впадающія въ нее большія вены брюшной полости. Для лихорадочнаго состоянія не видно другихъ причинъ, кромѣ болѣзни печени и желчныхъ путей. Нервные симптомы больнаго послѣ всего вышесказаннаго не нуждаются въ особомъ объясненіи.

Какая же болѣзнь печени у нашего больнаго? Прежде всего замѣчу, что случаи болѣзней печени, гдѣ діагностика прямо очевидна изъ наличности симптомовъ (какъ напр., когда большая, неболѣзненная печень съ ясной флюктуаціей на какомъ-либо мѣстѣ ея поверхности и при полномъ отсутствіи другихъ болѣзненныхъ явленій какъ въ самой печени, такъ и въ остальномъ организмѣ прямо указываетъ на эхинококковую кисту этого органа или когда большая, бугристая и крайне болѣзненная печень у кахектическаго больнаго при очевидномъ отсутствіи сифилиса, говоритъ о ракѣ или вообще злокачественномъ образованіи въ этомъ органѣ) встрѣчаются рѣже, чѣмъ такіе, гдѣ нужно бываетъ прибѣгать къ особому способу распознаванія, къ дифференціальной діагностикѣ (см. 1-й выпускъ моихъ лекцій). Настоящій случай относится къ этимъ послѣднимъ, а потому приложимъ къ нему названный діагностическій способъ.

Очевидно, что гиперемія печени не можетъ объяснить наличности симптомовъ у нашего больнаго, такъ же какъ и ожи-

рвѣніе этого органа. Противъ амилоида печени говорятъ столь большой асцитъ, желтушные явленія и отсутствіе альбуминури, которую, какъ признакъ одновременнаго амилоида почекъ, слѣдовало бы ожидать, допуская такое значительное развитіе амилоиднаго перерожденія у нашего больного, какое требовалось бы, чтобы объяснить столь значительное увеличеніе печени, а также и селезенки. Сифилисъ печени могъ бы вызвать такія явленія, какія замѣчаются у нашего больного (однако съ прибавкой болей въ сторонѣ печени, которыя обыкновенно бываютъ при сифилисѣ этого органа, но которыхъ нѣтъ и не было въ настоящемъ случаѣ); но противъ этого страданія говорить не только то, что больной, несколько не скрытный, совершенно отрицаетъ зараженіе сифилисомъ, а, главнымъ образомъ, то, что ни изъ анамнеза, ни изъ настоящаго состоянія больного не видно ни малѣйшихъ указаній на сифилисъ. Противъ рака печени говорятъ молодость больного, отсутствіе неровностей и полная безболѣзненность этого органа, а также неоднократное улучшеніе (и даже исчезновеніе) желтушныхъ явленій (и параллельное прекращеніе лихорадки) послѣ каломеля, невысказанное въ этомъ случаѣ, еслибы они условливались ракомъ печени. Эхинококковая киста не могла бы вызвать наличности симптомовъ, замѣчаемыхъ у нашего больного, не говоря уже о томъ, что нѣтъ и признаковъ этого страданія (флюктуаци). Многокамерный эхинококкъ, расселившійся по желчевымъ путямъ и условливающей хроническую желтуху, отличается отъ настоящаго случая тѣмъ, что вызываетъ рѣзкое измѣненіе формы печени (особенное увеличеніе правой доли), имѣетъ болѣе хроническое теченіе, обыкновенно не сопровождается асцитомъ, особенно столь большимъ, а, главное, тѣмъ, что уменьшеніе (тѣмъ болѣе исчезновеніе) условливаемыхъ имъ желтушныхъ явленій отъ лѣченія каломелемъ невысказанно. Остается, какъ видно, та болѣзнь печени, мысль о которой, въ виду этиологіи даннаго случая (злоупотребленія водкой, можетъ быть, при содѣй-

ствіи перенесеннаго, — предполагаемаго, — тифа), приходитъ прежде всего, т.-е. циррозъ этого органа, результатъ его межуточного воспаления (*hepatitis interstitialis*).

Ученіе о циррозахъ печени далеко отъ совершенства. Патолого-гистологическія данныя, извѣстныя объ этихъ страданіяхъ, толкуются разно. На основаніи ихъ одни полагаютъ, что бываютъ циррозы: *венозный*, гдѣ межуточное воспаление идетъ отъ развѣтвленіи воротной вены, — *желчевой*, гдѣ оно идетъ отъ мелкихъ желчныхъ протоковъ, и *смѣшанный*, гдѣ оно идетъ одновременно отъ тѣхъ и другихъ; другіе же думаютъ, что есть только одинъ циррозъ, что межуточное воспаление печени всегда идетъ одновременно и отъ развѣтвленій воротной вены и отъ желчныхъ протоковъ и лишь преобладаетъ въ одномъ случаѣ около первыхъ, а въ другомъ около вторыхъ, въ концѣ же концовъ распространяется всюду. Клиника показываетъ слѣдующее: бываютъ 1) случаи цирроза, при которыхъ замѣчаются лишь слѣдствія затрудненнаго венознаго кровообращенія печени (асцитъ, увеличеніе селезенки, поносы и кишечныя (а также и желудочныя) кровотечения) безъ задержанія желчи; 2) другіе случаи, при которыхъ, наоборотъ, замѣчается лишь послѣднее безъ расстройства воротновенознаго кровообращенія и 3) такіе, гдѣ замѣчаются оба рода симптомовъ. Какъ видно, клиническія данныя болѣе согласны съ первымъ изъ упомянутыхъ возрѣній (высказаннымъ впервые французскими изслѣдователями Charcot, Hanot и др.; второе же защищается нѣмецкими). Да и этиологически вѣроятнѣе, что въ однихъ случаяхъ возбудители воспаления достигаютъ печени черезъ кровеносные сосуды, въ другихъ — черезъ желчные протоки (изъ кишечнаго канала), а въ третьихъ одновременно обоими путями. Что межуточное воспаление, начавшись отъ одного мѣста, напр., отъ желчныхъ протоковъ и сопровождаясь вначалѣ лишь явленіями задержки желчи, можетъ потомъ распространиться и на окружность развѣтвленій воротной вены и вызвать явленія разстроенаго крове-

обращенія въ послѣдней, конечно, не можетъ доказывать, что процессъ сразу начался вездѣ. Прибавлю, что въ случаяхъ циррозовъ съ разстройствомъ воротновенознаго кровообращенія печень иногда крайне уменьшается (впервые описанный, — Леннекомъ, — циррозъ, «Леннековъ»), иногда же очень увеличивается. Одни думаютъ, что такое увеличеніе бываетъ лишь вначалѣ, а потомъ печень уменьшается и что если этого не бываетъ, то только потому, что истощенный больной не доживаетъ до времени уменьшенія печени. Нѣкоторыя наблюденія дѣйствительно говорятъ въ пользу того, что печень, вначалѣ увеличенная, потомъ уменьшается; но гораздо чаще встрѣчаются случаи, гдѣ печень остается увеличенною до смерти, хотя больной живетъ обыкновенно долго, даже гораздо долѣе, чѣмъ въ случаяхъ съ уменьшенной печенью, такъ что нельзя утверждать, чтобы такая увеличенная печень потомъ всегда уменьшалась. Патолого-гистологическія изслѣдованія тоже еще недостаточно уясняютъ этотъ вопросъ.

Итакъ, клиника показываетъ слѣдующія формы цирроза: 1) *венозный*, т.-е. съ явленіями разстроеннаго воротновенознаго кровообращенія, причемъ печень иногда крайне уменьшена (*Леннековъ или атрофическій циррозъ*), иногда же очень увеличена (*гипертрофическій венозный циррозъ*, причемъ размѣется гипертрофія соединительной ткани печени, железистый же элементъ послѣдней, печеночныя клѣточки при циррозѣ всегда страдаютъ); 2) *гипертрофическій циррозъ желчевой*, т.-е. съ явленіями задержанія желчи и 3) *смѣшанный* — съ тѣми и другими симптомами. Какая форма цирроза у нашего больного? По первому впечатлѣнію, по желтухѣ и одновременному асциту можно бы было думать о смѣшанномъ циррозѣ; но дальнѣйшее разсмотрѣніе ведетъ къ другому заключенію. Какъ видно изъ анамнеза, неоднократно у нашего больного, послѣ пьянства и погрѣшностей въ пищу, являлась желтуха *одновременно* съ рѣзкими признаками сильнаго желудочнаго катарра (диспепсіи, боли, рвоты) и *одновременно же*, при пра-

вильной діятѣ и лѣченіи, проходила, такъ что она несомнѣнно зависитъ отъ катарра большихъ желчныхъ протоковъ. Правда, что послѣдній, при долговременномъ существованіи или частныхъ возвратахъ можетъ распространиться и на мелкіе желчные протоки и такимъ образомъ вызвать воспаление соединительной ткани около послѣднихъ, т.-е. повести къ желчевому циррозу, но въ данномъ случаѣ наблюденіе говоритъ противъ существованія послѣдняго: желтуха такъ быстро уступала діятѣ и лѣченію, въ особенности каломелю, какъ обыкновенно не бываетъ при желчевомъ циррозѣ (тамъ явленія задержки желчи уступаютъ, при успѣшномъ лѣченіи, гораздо медленнѣе). Слѣдовательно, у нашего больного венозный циррозъ и притомъ гипертрофическій (печень очень велика) и одновременно катарръ желчныхъ протоковъ *choleangitis catarrhalis*. Признаковъ желчныхъ камней нѣтъ. Лихорадочное состояніе больного, появившееся съ желтухой и проходившее съ ея уменьшеніемъ и прекращеніемъ какъ въ первое, такъ и въ настоящее пребываніе больного въ клиникѣ, зависитъ, очевидно, отъ упомянутаго холеангита.

Лѣченіе. Пояснять назначеніе каломели, Эмса, горькихъ и возбуждающихъ въ первое пребываніе больного въ клиникѣ, а также каломели и возбуждающихъ (и одновременно мочегонныхъ, какъ вино, вышеназванныя капли и кофеинъ) въ настоящее время, конечно, — послѣ всего, что было говорено въ предыдущихъ лекціяхъ, — было бы излишне. Послѣ каломели быстро пала высокая температура, и послѣдніе дни больной вовсе не лихорадилъ; одновременно рѣзко и значительно уменьшились желтушные явленія и прошла диспепсія. Отъ дѣйствія возбуждающихъ пульсъ сталъ лучше, но мочи замѣтно не прибавилось, а самое грозное явленіе — асцитъ, столь тягостный для больного, столь разстраивающій дыханіе и кровообращеніе, увеличился, такъ что въ ближайшемъ будущемъ предвидится необходимость оперативнаго опорожненія полости брюшины. Сегодня еще разъ дадимъ каломель, потому что

больного опять знобить немного и желтуха еще не прошла; возможно ждать и мочегоннаго дѣйствія каломеля. Вино, вышеназванныя капли и кофеинъ въ усиленныхъ приѣмахъ будемъ, конечно, продолжать. Другія мочегонныя, напр. *kali aceticum* и острия (кк. *adonis vernalis*, *squilla* и пр.), не пригодны въ настоящемъ случаѣ по причинѣ поноса (послѣ же каломеля слабить больного не хуже, а лучше). Впрочемъ, въ виду неудержимо растущаго асцита врядъ ли можно ожидать значительнаго дѣйствія мочегонныхъ и, повторяю, проколъ живота неизбѣженъ.

Предсказаніе. Вполнѣ выраженный венозный циррозъ печени, гипертрофическій и атрофическій, при теперешнемъ состояніи терапіи неизлѣчимъ; ни одно изъ испытанныхъ средствъ не оправдало себя, въ томъ числѣ и іодистые препараты: изрѣдка наблюдавшіеся случаи нѣкотораго дѣйствія послѣднихъ по всей вѣроятности относятся къ циррозу смѣшаннаго происхожденія, отъ водки и сифилиса. При относительно хорошемъ состояніи прочихъ органовъ и при хорошихъ внѣшнихъ условіяхъ удастся продлить жизнь больного, поддерживая въ порядкѣ пищевареніе, кровообращеніе и мочеотдѣленіе и, по временамъ, опорожня оперативно полость живота. При столь разстроеномъ здоровьѣ нашего больного понятво, какъ мало надежды на значительное продленіе его жизни.

Изъ лекціи 27-го марта 1892.

Послѣ второй дачи каломеля лихорадки нѣтъ, испражненія вполнѣ окрашены, желчный пигментъ исчезъ изъ мочи и склеры посѣтлѣли, но асцитъ растетъ и сегодня необходимо опорожнить животоъ оперативно.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. 27-го марта проколоужъ выпущено 2.500 к. с. прозрачной, лимоннаго цвѣта жидкости чисто трансудативнаго характера съ значительнымъ облегче-

ніемъ больного. Съ 1-го апрѣля больной сталъ бредить (бредъ напоминаетъ *delirium potatorum*). 4-го апрѣля, по настоянію родныхъ, оставилъ клинику и уѣхалъ на родину. Въ концѣ апрѣля снова пріѣхалъ въ Москву и былъ изслѣдованъ наблюдавшимъ его въ клиникѣ ординаторомъ: бредъ прошелъ, желтухи ни слѣда (гемералопія и систолическій шумъ исчезли), громадный асцитъ и отекъ ногъ; проколомъ живота выпущено 3.000 к. с., послѣ чего изслѣдованіе показало, что печень осталась столь же большою и плотною, какъ была въ клиникѣ. Больной вернулся домой, вначалѣ іюня снова пріѣхалъ въ Москву опять съ огромнымъ животомъ и отекомъ ногъ. Опять выпущено 2.500 к. с. и данъ іодистый натрій (отъ 20 до 50 грановъ въ сутки) и молоко (6 стакановъ): черезъ 2 недѣли результатъ—нуль и сдѣлавшійся необходимымъ проколъ опять вывелъ 3.000 к. с. Больной уѣхалъ домой и съ тѣхъ поръ объ немъ не было извѣстій.

ВОСЬМОЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 1-го декабря 1889.

Больной, крестьянинъ 18 лѣтъ, жалуется на боль въ правомъ подреберьѣ, желтуху, которая длится уже 1½ года и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Последніе 10 лѣтъ больной безвыѣздно живетъ въ Москвѣ (прежде жилъ въ деревнѣ), постоянно въ сырыхъ и холодныхъ помѣщеніяхъ (обыкновенно въ подвальномъ этажѣ), не купается, еженедѣльно ходитъ въ жаркую баню. Пища изрядная. Последніе 2 года пьетъ водку. По занятію — сапожникъ, работаетъ съ утра до вечера и, кромѣ праздниковъ, почти не бываетъ на воздухѣ.

До послѣднихъ двухъ лѣтъ больной ни на что не могъ пожаловаться. Два года назадъ, какъ сказано, сталъ пить водку; черезъ полгода послѣ того начали показываться боли въ правомъ боку, и вскорѣ появилась желтуха, продолжающаяся (въ значительно усиленномъ видѣ) до настоящаго времени. Боль въ правомъ боку бываетъ двоякая: постоянная, сносная и, по временамъ, весьма острая, длящаяся часа 3—4. Припадки этой послѣдней боли съ теченіемъ времени становились все чаще и сильнѣе и, въ послѣднее время, сопровождались рвотою (явные приступы печеночной колики). Больной поху-дѣлъ, ослабѣлъ и 27 прошлаго ноября поступилъ въ клинику;

прежде ничѣмъ не лѣчился. Зараженіе сифилисомъ больной отрицаетъ и никакихъ указаній на сифились нѣтъ.

Status. Сложеніе изрядное, похуданіе и желтуха покрововъ и склеръ весьма значительны. Аппетитъ хорошъ: больной перевариваетъ ежедневно около $\frac{3}{4}$ фунта мяса, $\frac{1}{2}$ ф. хлѣба, 2 яйца и двѣ тарелки супа безъ малѣйшихъ диспептическихъ явленій, проситъ даже прибавить пицци. На низъ нѣсколько крѣпить: испражненія сухи, вонючи и на глазъ совершенно не окрашены желчью. Въ мочѣ оказывается желчный пигментъ (бѣлка и сахара нѣтъ), но въ весьма умѣренномъ количествѣ: судя по обезцвѣченію испражнений, т.-е. по непоступленію желчи въ кишки, можно бы было ждать болѣе темной окраски мочи (указаніе на то, что железистые элементы печени, печеночныя клѣточки уже страдаютъ, затруднены въ своей дѣятельности). Селезенка нормальна. Печень увеличена, плотнѣе нормальнаго, но правильной формы и гладка, весьма болѣзненна при давленіи. Органы дыханія и кровообращенія такъ же, какъ и нервная система, не представляютъ ничего ненормальнаго (сонъ хорошъ). Лихорадки нѣтъ.

Распознаваніе. Очевидно, что у больного желчные камни и сильный катарръ желчевыхъ путей, *choleangitis catarrhalis*, чѣмъ и обуславливаются боли, непоступленіе желчи въ кишки, задержка ея въ печени (а оттуда—увеличеніе этого органа и, можетъ быть, затрудненіе желчеобразовательной, а слѣдовательно и остальной его дѣятельности вслѣдствіе сдавленія печеночныхъ клѣточекъ) и общая желтуха. Но только ли это? Нѣтъ ли дальнѣйшаго пораженія печени и какого именно? Изъ эхіологіи, хода болѣзни и настоящаго состоянія очевидно, что этимъ дальнѣйшимъ пораженіемъ могло бы быть межуточное воспаленіе около мелкихъ желчныхъ протоковъ печени, т.-е. развитіе гипертрофическаго желчеваго цирроза (не повторяю дифференціально-діагностическаго приѣма, приложеннаго въ предыдущемъ случаѣ). Есть ли таковой въ настоящемъ случаѣ, нельзя не отрицать (болѣзнь длится такъ давно, что раз-

витіе цирроза возможно и мыслимо), ни утверждать (потому что замѣчаемые симптомы могутъ быть вполне объяснены холеангитомъ и желчными камнями). Подождемъ, что скажетъ дальнѣйшее наблюденіе.

Точно также подождемъ съ *предсказаніемъ*, тѣмъ болѣе, что оно всегда зависитъ не только отъ діагностики (даже и самой опредѣленной, а не таковой, какъ въ настоящемъ случаѣ), но и отъ возможности и успѣшности лѣченія. Нельзя, впрочемъ, не сказать, что въ виду молодости больного, его хорошаго сложенія и хорошаго состоянія всѣхъ прочихъ (помимо печени) частей его организма, а также въ виду того, что больной совсѣмъ не лѣчился, виды на будущее благопріятны.

Лѣченіе. Назначимъ сначала каломель въ слегка послабляющей дозѣ (не доводя до поноса); позднѣе вѣроятно понадобится щелочная минеральная вода, именно Карлсбадъ, такъ какъ больной склоненъ къ запору (въ предыдущемъ случаѣ, при склонности къ поносу и слабости больного, назначался Эмсъ). Сдѣлаемъ также больному теплую ванну, одну, а, можетъ быть, смотря по ходу дѣла, и не одну*).

Изъ лекціи 12-го декабря 1889.

Status. 3-го, 4 и 5-го декабря больной принималъ по 4 порошка (по грану) каломеля ежедневно съ наилучшимъ результатомъ: 6-го, 7-го и 8-го его слабило по разу ежедневно, достаточно, мягкими, хорошо окрашенными испраженіями. 9 декабря опять замѣчена слабая окраска кала; поэтому третьяго дня и вчера дали опять по 4 порошка каломеля. Опять хорошее дѣйствіе, но сегодня показалось небольшое слюнотеченіе (обычныя мѣры—полосканье бертоллетовой солью и смазываніе десенъ t-га gallarum, конечно, прилагаются); помимо

*) Послѣ всего, что было сказано о каломелѣ, минеральныхъ водахъ и теплыхъ ваннахъ, какъ въ настоящемъ, такъ и въ предыдущихъ выпускахъ, останавливаться на объясненіи показній къ этимъ средствамъ въ данномъ случаѣ считаю излишнимъ.

этого состояніе больного вполне хорошо: аппетитъ нормальный, диспепсіи нѣтъ, дыханіе, кровообращеніе и нервная система въ порядкѣ, силы много лучше, моча почти не содержитъ желчнаго пигмента, острыхъ болей въ сторонѣ печени почти нѣтъ, сама печень почти не болѣзненна, но уменьшилась хотя замѣтно, но не рѣзко, что, можетъ быть, говорить за присутствіе цирроза, хотя и небольшого.

Каломеля сегодня давать, конечно, не будемъ, а съ завтрашняго дня назначимъ Карлсбадъ; позднѣе, если понадобится, дадимъ опять каломель.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. Больной пилъ Карлсбадъ (до 4 подустакановъ ежедневно) до 2 января (каломель больше не понадобился), до дня выхода изъ клиники. Ко времени выхода не только испраженія были постоянно вполне окрашены, а моча постоянно свѣтла, безъ желчнаго пигмента, но и желтуха общихъ покрововъ почти исчезла, больной прибавился на 11 фунтовъ (3 п. 1 ф. при поступленіи въ клинику, 3 п. 12 ф. при выходѣ) и совершенно окрѣпъ; печень совершенно не чувствительна при давленіи, но осталась скорѣе немного увеличенною, чѣмъ вполне нормальной величины. Больной, по нашему настоянію, бросилъ пить водку и, около полугода спустя, показывался наблюдавшему его ординатору въ такомъ же хорошемъ состояніи, какъ и при выходѣ изъ клиники.

Итакъ въ *шестомъ* случаѣ—желчные камни и холеангитъ, въ *седьмомъ*—гипертрофическій венозный циррозъ и холеангитъ, въ *восьмомъ*—желчные камни, холеангитъ и небольшой гипертрофическій желчевой циррозъ. Напомню, что въ статьѣ о каломелѣ (1-й выпускъ) описанъ мною не только вполне характерный, но и весьма тяжелый случай гипертрофическаго желчеваго цирроза, окончившійся, впрочемъ, благополучно. Прибавлю, что въ настоящемъ выпускѣ (въ Трудахъ) Др. Н. О. Голубовымъ описанъ наблюдавшійся имъ въ моей клиникѣ еще болѣе тяжелый случай гипертрофическаго желчеваго цирроза со смертельнымъ исходомъ и вскрытіемъ.

ДЕВЯТЫЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 16-го ноября 1890.

Больной, крестьянинъ 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику недѣлю назадъ (8-го ноября), жалуясь на то, что животъ «пучнетъ» и на слабость; приче́мъ прибавилъ, что онъ уже лежалъ въ больницѣ, гдѣ ему сказали, что у него болѣзнь—эхинококкъ печени.

Образъ жизни и анамнезъ. Послѣдній годъ, по нездоровью, больной живетъ въ деревнѣ (Рязанской губерніи), въ здоровой мѣстности; прежде жила въ деревнѣ и въ Москвѣ, въ обычныхъ условіяхъ крестьянина и рабочаго чело́вѣка. Занятія въ деревнѣ—крестьянскія, въ Москвѣ—столярныя работы. Водку пилъ мало. Женатъ и имѣетъ дѣтей (выкидышей не было).

Больной происходитъ изъ здоровой семьи и до послѣднихъ 4-хъ лѣтъ ничѣмъ не хворалъ. 4 года назадъ сталъ замѣчать опухоль въ правомъ подреберѣ, которая не болѣла, но постоянно увеличивалась и, наконецъ, настолько стала мѣшать занятіямъ и движеніямъ больного, что три года назадъ онъ легъ въ больницу, гдѣ ему сдѣлали операцію, выпустили жидкость и сказали, что его болѣзнь—эхинококкъ (больной очень точно запомнилъ названіе) печени. Больной оставался въ больницѣ 7 мѣсяцевъ и вышелъ безо всякихъ слѣдовъ прежней

опухоли. Полтора года послѣ того онъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ; но около года назадъ опять сталъ замѣчать опухоль въ правомъ подреберьѣ, уже нѣсколько болящую, которая тоже росла и мѣшала работать; при этомъ больной сталъ худѣть и слабѣть. Двѣ недѣли назадъ опухоль вдругъ уменьшилась, почти пропала, но одновременно также быстро животъ увеличился, сталъ болѣть и появился знобъ, жаръ и поносъ (слабило разъ 10 въ день, жидко); черезъ 2 дня лихорадка и поносъ прошли, а вскорѣ стихли совершенно и боли живота, но послѣдній сталъ расти; тогда больной приѣхалъ въ Москву и легъ въ клинику.

Status въ день приема. Аппетитъ хорошъ, но больной ѣсть понемногу; иначе ему тяжело, особенно затрудняется дыханіе. Помимо того—никакихъ диспептическихъ явленій; на низъ правильно. Мочи 1.100 к. с., бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Явный и весьма большой асцитъ (рѣзкая флюктуація): окружность живота въ уровнѣ пупка—98 сантим., отъ *spina ilei. ant. sup.* до пупка—28 сантим. Печени за напряженностью растянутыхъ стѣнокъ живота ощупать невозможно. Болей и болѣзненности при давленіи въ животѣ нѣтъ. Діафрагма очень приподнята. Одышка при движеніи, въ покойномъ состояніи дыханіе—26; пульсъ 78, правиленъ, но слабъ; помимо того—ничего ненормальнаго въ органахъ дыханія и кровообращенія, а также и въ нервной системѣ (лишь сонъ не крѣпокъ по причинѣ большаго, мѣшающаго движеніямъ и свободному дыханію живота). Лихорадки нѣтъ. Больной, какъ сказано, похудѣлъ и ослабѣлъ. Зараженіе сифилисомъ онъ отрицаетъ и никакихъ указаній на него нѣтъ.

Больной поставленъ въ правильныя условія, животъ завязанъ фланелью, внутрь назначено мочегонное (*kaLi aceticum*) и вино (отъ 6 до 8 столовыхъ ложекъ портвейна въ день).

Status сегодня. Больной чувствуетъ себя получше: дышать свободнѣе и самъ покрѣпче, сонъ тоже лучше; объемъ жи-

вота не представляетъ замѣтнаго уменьшенія, но мочи прибавилось почти вдвое (2.000 к. ц.).

Распознаваніе. Очевидно, что у больного за послѣдній годъ вновь образовался эхинококковый пузырь, который вскрылся въ полость брюшины (а можетъ быть, одновременно, и въ кишки). Противъ того, чтобы это былъ нарывъ въ печени, говорить отсутствіе сильныхъ болей и лихорадки за время (около года) болѣзни: боли были весьма небольшія, а лихорадки совсѣмъ не было; аппетитъ постоянно оставался хорошимъ, но больной не могъ ѣсть, сколько хотѣлъ (мѣшало давленіе увеличенной печени на желудокъ), а потому худѣлъ и слабѣлъ. Вскрытіе эхинококкового пузыря въ полость брюшины повело къ легкому перитониту, скоро прошедшему, но вызвавшему асцитъ.

Лѣченіе. Скопленія въ полости брюшины большею частью не поддаются внутреннему лѣченію, а требуютъ оперативнаго (радикальнаго, а, гдѣ невозможно, палліативнаго, т.-е. выпусканія жидкости). Къ счастью въ настоящемъ, — весьма рѣдкомъ, — случаѣ дѣло стоитъ болѣе благопріятно. Явленія перитонита были такъ легки (боли были не жестоки, рвоты не было, лихорадка не сильна) и скоропреходящи, что можно надѣяться на хорошее, малоизмѣненное состояніе брюшины и слѣдовательно на возможное всасываніе скопившейся жидкости. Печень въ своей, непострадавшей отъ эхинококка части функционируетъ правильно (пищевареніе нормально, кишечныя испражненія хорошо окрашены желчью), слѣдовательно можно надѣяться на достаточно свободное кровообращеніе въ печени, а потому и въ системѣ воротной вены. Аппетитъ хорошъ, желудокъ, кишки, почки и всѣ другіе органы здоровы. Все это даетъ надежду на возможность всосанія скопившейся въ брюшинѣ жидкости; а потому приступить прямо къ операціи было бы неправильно: слѣдуетъ испытать внутреннее лѣченіе.

Поставивши больного въ правильныя гигиеническія условія, мы назначили, для способствованія всасыванію скопившейся жидкости, мочегонное лѣченіе. Потогонное лѣченіе (напр. теплыя ванны, пилокарпинъ) могло бы ослабить дѣятельность сердца и тѣмъ, пожалуй, способствовать не всасыванію, а увеличенію скопленія; не говоря уже о томъ, что, по состоянію больного, по затрудненію его дыханія и кровообращенію, такое лѣченіе могло бы быть опаснымъ. Лѣченіе слабительными могло бы разстроить пищевареніе и питаніе и, потому, ухудшить, а не улучшить состояніе больного. Назначая мочегонное лѣченіе, мы направили его на два главные фактора мочеотдѣленія—сердце и почки: для перваго дали вино (пульсъ больного былъ слабъ), а для вторыхъ—*kali acetikum* (острыя мочегонныя, какъ *adonis vernalis*, *squilla* и пр. могли бы разстроить пищевареніе и ослабить больного), по полдрахмѣ въ день (*Rp. kali acetici ʒj, aquae petroselini ʒvj*—на два дня, принимать по столовой ложкѣ); при чемъ послѣ четырехъ дней употребленія этого средства слѣдующіе два дня больной не принималъ его.

Состояніе больного видимо улучшается, а потому планъ лѣченія остается прежній; но въ виду того, что полдрахмы въ день *kali acetici*—приемъ небольшой, а больной переноситъ лѣкарство совершенно хорошо, увеличимъ приемъ, назначимъ драхму въ день (*Rp. kali acetici ʒj aquae petroselini ʒvj*—на два дня, принимать по столовой ложкѣ). Порядокъ приема остается прежній, т.-е. послѣ четырехъ дней употребленія—двухдневная перемежка: такимъ образомъ и пищевареніе надежнѣе сохранится въ хорошемъ состояніи и не образуется привычки къ лѣкарству, ведущей къ болѣе слабому дѣйствию послѣдняго.

Изъ лекціи 12-го декабря 1890.

Status. Больной заявляетъ, что чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Дѣйствительно: аппетитъ превосходный, пищева-

реніе правильно, количество мочи—2.000 (доходило до 3.300), селезенка нормальна, животъ нормальной величины (окружность—72,5 сантим., разстояніе отъ пупка до *spina ilei. ant. sup.*—15 сант.), діафрагма на мѣстѣ, никакихъ слѣдовъ бывшаго скопленія, дыханіе, кровообращеніе и нервная система въ нормѣ, больной пополнѣлъ и совершенно окрѣпъ. Печень совершенно неболѣзненна и замѣтно увеличена въ своей лѣвой долѣ (въ правой не замѣчается ничего ненормальнаго). Эхинококковые пузыри всего чаще бываютъ въ правой долѣ печени: ограниченіе функціи этой части органа можетъ вести къ усиленной функціи и гипертрофіи лѣвой его доли.

Больному сказано, что весьма возможно, что не будетъ образовываться новыхъ опухолей, но чтобы въ случаѣ такого образованія, онъ своевременно искалъ врачебной помощи.

ДЕСЯТЫЙ СЛУЧАЙ *).

Февраль 1890.

Больной, 33 лѣтъ, поступилъ въ клинику 3 февраля 1890, жалуясь на боли въ правомъ боку и одышку.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Часто ходитъ въ баню, потливъ. По занятіямъ—кладовщикъ на желѣзнодорожной станціи: ведетъ книги и наблюдаетъ за выдачей и приѣмомъ матеріаловъ; занятія неустойчивы. Женатъ, но жена не была беременна. Сильно злоупотреблялъ водкой, начиная съ 23-хъ-лѣтняго возраста, но со времени болѣзни, съ іюля прошлаго года совсѣмъ бросилъ пить.

Въ декабрѣ 1877 больной заразился сифилисомъ и лѣчился два мѣсяца іодистымъ калиемъ, а годъ спустя, въ больницѣ (въ Петербургѣ), ртутными втираніями и тоже іодистымъ калиемъ. Съ тѣхъ поръ, въ теченіе десяти лѣтъ (до лѣта 1889) ничего болѣзненнаго въ себѣ не замѣчалъ и ничѣмъ не лѣчился. Лѣтомъ 1889 сталъ чувствовать тяжесть въ животѣ

*) Больной дважды находился въ клиникѣ: въ февралѣ 1890 и съ половины февраля до половины апрѣля 1891; предметомъ лекцій былъ въ 1891 году, а въ первое пребываніе въ клиникѣ былъ извѣстенъ слушателямъ по вечернимъ занятіямъ съ ассистентами. Здѣсь исторія его излагается въ обычной настоящему изданію формѣ.

и одышку, а вскорѣ потомъ боли въ правомъ подреберьѣ, усиливавшіяся по ночамъ и при движеніи. Больной бросилъ пить водку—сразу, послѣ чего аппетитъ сталъ хуже, на низъ стало крѣпнѣть, одышка усилилась, больной сталъ худѣть и слабѣть. По совѣту врача (уже тогда нашедшаго большое увеличеніе печени) больной пилъ, въ теченіе мѣсяца, Эссен-туки № 17 и принималъ слабительное, но безъ всякаго облегченія. Съ 1 сентября (1889) больной лѣчился, въ теченіе трехъ недѣль, въ больницѣ ртутными втираціями (всего около 10) и іодистымъ калиемъ внутрь, а потомъ принималъ послѣдній (все въ одномъ и томъ же, неувеличивающемся при-емѣ, ложки 3—4 въ день) дома еще три недѣли: боли стали на время легче. Затѣмъ, до поступленія въ клинику, больной не лѣчился и состояніе его продолжало ухудшаться.

Status 3 февраля. Сложеніе крѣпкое. Аппетитъ порядочный, но больной ѣсть немного, потому что чувство тяжести въ животѣ усиливается послѣ ѣды. Диспепсія нѣтъ. На низъ сильно крѣпнѣть. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Животъ увеличенъ, небольшой асцитъ. Селезенка немного увеличена. Печень очень увеличена: верхняя граница (по перкуссіи) выше нормы, а свободный край ощупывается больше, чѣмъ на ширину ладони ниже ребернаго края; притомъ онъ не остръ, а тупъ; другихъ измѣненій въ формѣ печени нѣтъ; печень плотнѣе нормальнаго и, при давленіи, вездѣ болѣзненна; подвижность печени при дыхательныхъ движеніяхъ мала. Желтухи нѣтъ и прежде не было. Сердце сдвинуто кверху, тоны чисты, пульсъ (66) слабъ, одышка. Въ дыхательныхъ органахъ ничего ненормальнаго. Лихорадки нѣтъ. Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. Сонъ плохъ отъ несвободнаго дыханія и ночнаго ожесточенія болей въ сторонѣ печени. Голова (особенно затылокъ) болитъ при запорѣ и облегчается при хорошемъ опорожненіи кишекъ.

Распознаваніе. Если лица, издавна и въ значительномъ количествѣ употребляющія крѣпкіе спиртные напитки, сразу

бросаютъ пить, то слѣдствіемъ этого обыкновенно появляется цѣлый рядъ разстройствъ: аппетитъ уменьшается, на низъ начинается или крѣпить, или слабить (вмѣсто прежняго правильнаго опорожненія кишекъ), пульсъ дѣлается слабъ и является одышка, больной худѣетъ, плохо спитъ и слабѣетъ тѣлесно и душевно. Какъ видно изъ анамнеза, часть разстройствъ, замѣчаемыхъ у нашего больного, — несомнѣнно такого происхожденія; остальная же зависитъ отъ очевидной болѣзни печени: послѣдняя очень увеличена и болѣзненна, асцитъ и увеличеніе селезенки свидѣтельствуютъ о затрудненіи воротновенознаго кровообращенія.

Какая болѣзнь печени въ данномъ случаѣ? Анамнезъ, а отчасти и симптомы (регулярное усиленіе печеночныхъ болей по ночамъ) указываютъ на сифилисъ, какъ на ближайшую причину пораженія печени; вліяніе долговременнаго злоупотребленія водкой, конечно, тоже нельзя отрицать. При такихъ данныхъ и послѣ всего, что было сказано, по поводу предъидущихъ случаевъ, о діагностикѣ болѣзней печени вообще и, въ частности, объ ихъ дифференціальной діагностикѣ, нѣтъ повода останавливаться долѣе на исключеніи другихъ пораженій печени въ данномъ случаѣ. Изъ двухъ пораженій печени, на возможность которыхъ указываетъ анамнезъ, которое вѣроятнѣе, сифилитическое или водочное? Данныя, говоряція за сифилисъ печени, безспорны: печень болѣзненна (что мало свойственно водочному пораженію печени), боли по ночамъ сильнѣе, специфическое лѣченіе облегчаетъ боли, печень очень велика (что мало свойственно водочному страданію печени); прямыхъ же указаній на существованіе и водочнаго пораженія печени нѣтъ никакихъ (затрудненіе воротновенознаго кровообращенія свойственно и сифилису печени), нельзя лишь отрицать его возможности въ данномъ случаѣ.

Какое именно сифилитическое пораженіе печени въ данномъ случаѣ? Во 1-хъ есть указаніе на сифилитическій перигепатитъ, а именно: болѣзненность печени, усиленіе болей

по ночамъ и ограниченіе дыхательныхъ движеній этого органа (впрочемъ значеніе послѣдняго симптома ослабляется тѣмъ, что, при большомъ объемѣ печени и напряженіи брюшныхъ стѣнокъ, дыхательныя движенія этого органа и помимо вліянія возможныхъ сращеній отъ перигепатита менѣе свободны, чѣмъ въ нормальныхъ условіяхъ). Указаній на значительныя гуммозныя опухоли нѣтъ: поверхность печени гладка. Остаются, слѣдовательно, изъ числа сифилитическихъ пораженій печени, мелкія разсѣянныя гуммозныя образованія, разлитой межуточный гепатитъ и его исходъ—циррозъ печени, которымъ и слѣдуетъ приписать въ данномъ случаѣ увеличеніе этого органа. Какое изъ послѣдненазванныхъ поражений преобладаетъ—конечно нельзя сказать: признаки затрудненнаго воротновенознаго кровообращенія указываютъ на уже имѣющійся циррозъ.

Предсказаніе. Боли печени, вызываемыя перигепатитомъ, легко уступаютъ специфическому лѣченію, особенно препаратамъ іода. Всего же лучше предсказаніе, когда имѣются лишь гуммозныя опухоли, хотя бы и значительныя, но безъ пораженія остальной части органа; здѣсь возможно полное излѣченіе. Гораздо хуже предсказаніе при разлитомъ межуточномъ гепатитѣ и его исходѣ—циррозѣ печени: здѣсь успѣхъ лѣченія бываетъ незначителенъ и скоропреходящъ; ухудшенія болѣзни (послѣ временнаго облегченія) еще труднѣе поддаются лѣченію и обыкновенно ведутъ къ смерти. Повидимому въ печени бываетъ тоже, что въ нервной системѣ (а вѣроятно и во всѣхъ другихъ органахъ), т.-е. явно сифилитическое пораженіе (гуммозное?),—какъ въ нервной системѣ—*lues* головного и спиннаго мозга,—вполнѣ уступающее специфическому лѣченію, и такое, связъ котораго съ сифилисомъ очевидна (какъ для пораженій нервной системы, прогрессивнаго паралича и *tabes dorsualis*, показываетъ статистика), но при которомъ специфическое лѣченіе далеко не имѣетъ того дѣйствія. Видно на исходъ болѣзни у нашего больнаго, у котораго столь явные признаки пораженія *всей* печени и, вмѣ-

стѣ, симптомы уже наступившаго затрудненія въ воротно-венозномъ кровообращеніи, конечно не хороши; но такъ какъ больной всегда лѣчился лишь урывками, недостаточно настойчиво и недостаточно интенсивно, то послѣднее слово въ предсказаніи будетъ зависѣть отъ лѣченія.

Лѣченіе. Поставивъ больного въ правильныя гигиеническія условія, назначимъ ему немного крѣпкаго вина (такъ какъ пульсъ слабъ и больной теперь болѣе, чѣмъ когда-либо, нуждается въ этомъ привычномъ для него стимулѣ), противъ запора—водяныя промывательныя и, противъ главнаго страданія, специфическое лѣченіе, вначалѣ іодъ въ видѣ іодистаго натрія. Назначимъ іодъ, а не ртуть, во 1-хъ потому, что въ позднѣйшемъ стадіѣ сифилиса (въ каковомъ, какъ видно и изъ анамнеза и изъ самой формы сифилитическаго пораженія находится нашъ больной) болѣе идетъ іодъ, во 2-хъ потому, что здоровье больного очень ослабѣло, а ртутное лѣченіе уже само скорѣе можетъ ослабить, чѣмъ іодистое, и въ 3-хъ потому, что сифилитическія боли особенно легко и быстро уступаютъ іодистому лѣченію. Іодистый натрій будемъ давать въ щелочной минеральной водѣ (въ Виши, до 1½ стакана въ день), потому что въ ней іодистые препараты лучше переносятся организмомъ, а также потому, что у больного моча красна, очень кисла и насыщена мочекислыми солями. Въ такихъ случаяхъ, какъ настоящій, іодистые препараты слѣдуетъ, какъ показываетъ опытъ, давать въ постоянно увеличивающемся и вообще въ большемъ количествѣ. Отъ результата іодистаго лѣченія будетъ зависѣть, что дѣлать далѣе.

Status 28 февраля. Больной принималъ іодистый натрій слѣдующимъ образомъ:

	4-го	февраля	—	20	грановъ,
5 и	6-го	>	по	30	>
7 >	10-го	>	>	40	>
11 >	15-го	>	>	50	>
16 >	20-го	>	>	60	>
21 >	28-го	>	>	70	>

Іодистый натрій давался въ растворѣ (3j на 3vj aquae dest.), столовыми ложками, съ прибавкой небольшого количества въ началѣ воды Виши—Селестень, а потомъ,—такъ какъ больнаго стало немного слабить,—воды Эмсъ—Кессель-брунъ (всего въ сутки 1½ стакана).

Сегодня больноі заявилъ, что чувствуетъ себя настолько хорошо, что, опасаясь потерять мѣсто, долженъ выйти изъ клиники. Состояніе его таково: аппетитъ очень хорошъ, на низъ правильно (клизтиры понадобились лишь въ первые дни пребыванія больнаго въ клиникѣ), мочи больше, она свѣтла и не красна, всѣ боли исчезли, пульсъ лучше, сонъ хорошъ, больноі очень окрѣпъ, печень совершенно неболѣзненна, но уменьшилась (если уменьшилась) очень мало, такъ же какъ и асцитъ.

Больному объяснена вся серьезность его положенія, объяснено, что хотя боли исчезли, аппетитъ и сонъ поправились и силы окрѣпли, но важнѣйшіе и опаснѣйшіе симптомы—увеличеніе печени и водянка живота замѣтно не поддались іодистому лѣченію, что лѣченіе должно настойчиво продолжаться, что теперь необходимо лѣчиться ртутью, а правильное, безъ риска нанести вредъ, употребленіе такого сильнаго средства, какъ ртуть, возможно лишь при ближайшемъ врачебномъ наблюденіи и правильной обстановкѣ, т. е. въ больницѣ и что всякая отсрочка такого лѣченія опаснымъ образомъ уменьшить возможность хорошаго исхода болѣзни. Больноі объявилъ, что ему необходимо вернуться къ своимъ занятіямъ и что онъ постарается лѣчиться дома; на слѣдующій день онъ оставилъ клинику.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. Больноі въ теченіе марта продолжалъ принимать іодистый натрій, понемногу и неаккуратно, но до іюня чувствовалъ себя почти такъ же хорошо, какъ и при выходѣ изъ клиники. Съ іюня опять сильныя боли въ правомъ боку и больноі сталъ лѣчиться—каломелемъ, по 4 порошка въ день (доза неизвѣстна, слабило при этомъ слег-

ка) и притомъ такимъ образомъ: недѣлю принималъ каломель, недѣлю нѣтъ; при этомъ полоскалъ ротъ бертолетовой солью и пораженія десенъ не было. Такое лѣченіе продолжалось июнь, июль и августъ. Больному стало получше и такое сносное состояніе продолжалось до февраля 1891, когда снова заболѣлъ правый бокъ, сталъ быстро увеличиваться животъ, а затѣмъ опухли ноги. 18-го февраля больной во второй разъ поступилъ въ клинику.

Status 18-го февраля. Appetitъ очень плохъ; диспепсіи собственно нѣтъ, а тошнота и иногда рвота скорѣе уремическаго характера (не послѣ ѣды, а въ связи съ головной тяжестью и болью). На низъ иногда крѣпиль, иногда поносъ. Въ мочѣ много бѣлка, есть и цилиндры (гіалиновые и зернистые); мочи въ сутки—500 к. ц. Большой асцитъ (ноги же отекли до половины голеней), селезенка не прощупывается. Печень—такая же, какъ годъ назадъ, болѣзненность при давленіи не велика. Сердце сдвинуто вверхъ, пульсъ—96 и слабъ. Дыхательные органы нормальны. Лихорадки нѣтъ. Сонъ очень плохъ. Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ.

Лѣченіе. Правильныя гигиеническія условія, вино, когда нужно—промывательное. Такъ какъ больной довольно много лѣчился ртутью, а іоду не принималъ почти уже годъ, то назначень іодистый натрій, сначала въ небольшомъ количествѣ Эмской воды, а потомъ въ кипяченомъ молокѣ. При употребленіи іодистаго натрія склонность больного къ поносу увеличилась, а потому одновременно давали *t-ra coto*, отъ 10 до 20 капель 4 раза въ день, что дало возможность провести іодистое лѣченіе въ теченіе шести недѣль и дойти до 90 грановъ іодистаго натрія въ сутки; но улучшенія не было: 27-го февраля пришлось выпустить изъ брюшной полости 3.000 к. ц. жидкости (чисто трансудативнаго характера). Съ 19-го марта одновременно съ употребленіемъ іодистаго натрія стали дѣлать ртутныя втиранія (по полудрахмѣ сѣрой мази въ сутки):

25-го марта пришлось, однако, вновь выпустить 3.000 к. ц. Въ концѣ марта специфическое лѣченіе, какъ іодистое, такъ и ртутное, прекращено (всего сдѣлано 10 втиравій) и продолжалось лишь возможное укрѣпляющее. 12-го апрѣля больной вышелъ изъ клиники въ такомъ же состояніи, какъ поступилъ въ нее: скопленіе въ полости живота, послѣ послѣдняго прокола, еще не увеличилось до прежней степени, но продолжало расти.

II. Ревматизмъ и подагра.

ОДИННАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 29-го ноября 1889.

Больной, крестьянинъ — водовозъ 25 лѣтъ, поступилъ въ клинику, жалуясь на сильныя боли въ сочлененіяхъ, потерю аппетита и слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе жаркое, отхожее мѣсто холодное. Часто ходитъ въ баню и пьетъ много горячаго чаю, очень потливъ. Водку употребляетъ умѣренно. Пища—обыкновенная рабочаго человѣка. Работы много и къ концу дня больной сильно устаетъ. Холостъ.

До настоящей болѣзни больной былъ всегда здоровъ, за исключеніемъ головныхъ болей, появившихся въ жаркое время года при полевыхъ работахъ и проходившихъ послѣ носоваго кровотеченія. Недѣлю назадъ, 21-го ноября, больной сильно прозябъ и вечеромъ почувствовалъ знобъ, жаръ и боли въ сочлененіяхъ, ничѣмъ не лѣчился и до поступленія въ клинику, 27-го ноября, чувствовалъ себя хуже и хуже. 27-го и 28-го ноября дали больному семь порошковъ салициловаго натра, по 10 грановъ каждый, въ Эмской водѣ (Кессельбрунъ), послѣ чего довольно сильно зашумѣло въ ушахъ, а боли очень облегчились и салициловаго натра больше не давали.

Боляція сочлененія намазали теплымъ деревяннымъ масломъ и обернули ватой.

Status. Появился аппетитъ, диспепсiи нѣтъ, на низъ правильно. Моча, бывшая красною и довольно насыщенною, посвѣтлѣла; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Печень и селезенка въ нормальномъ состоянiи, также какъ органы дыханiя и кровообращенiя, а равно и нервная система. Температура при поступленiи— $38,2^{\circ}$, теперь— $36,8^{\circ}$. При поступленiи больной, вообще потливый, сильно потѣлъ, сегодня потѣеть мало. При поступленiи были поражены всѣ ножныя сочлененiя (кромѣ лѣваго тазобедреннаго) и оба локтевыя: боли были крайне сильны, больной избѣгалъ всякихъ движенiй; небольшая опухоль замѣчалась лишь въ колѣнныхъ сочлененiяхъ. Сегодня всѣ боли очень стихли, но слегка чувствуются еще вездѣ, гдѣ были прежде; опухоль колѣнныхъ сочлененiй исчезла. Шумъ въ ушахъ еще продолжается, но уже весьма слабый.

Распознаванiе. Очевидно, что у больного острый сочленовный ревматизмъ. За это говоритъ, кромѣ столь характерной картины болѣзни, острое начало послѣдней въ дотолѣ здоровомъ организмѣ при столь же характерныхъ для нея располагающихъ (жаркое помѣщенiе, частыя бани, горячiй чай, потливость, постоянное утомленiе отъ тѣлесной работы и наконецъ простуда) условiяхъ, а также столь рѣшительное дѣйствiе салициловаго натра, который противъ остраго сочленовнаго ревматизма—едва ли менѣе специфическое средство, чѣмъ хининъ противъ малярии. Мы не знаемъ никакой другой болѣзни, которая могла бы такъ быстро вызвать такую совокупность симптомовъ и такъ быстро уступить салициловому натру.

Предсказанiе. Болѣзнь легка и уже проходитъ, но очень склонна къ возвратамъ, особенно при условiяхъ, въ которыхъ живетъ больной и при его образѣ жизни.

Лѣченiе. Больному дано самое надежное средство противъ остраго сочленовнаго ревматизма—салициловый натръ: вы ви-

дите его дѣйствіе. Даю я салициловый натръ обыкновенно въ небольшомъ количествѣ (за день приходится отъ 1 до 2 стакановъ) щелочной воды Эмсъ-Кессельбрунъ или, у людей крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія, тѣмъ болѣе при склонности къ подагрѣ, Виши-Селестенъ, потому что такимъ образомъ это средство лучше переносится. Больные, которые тяготятся непріятнымъ вкусомъ салициловаго натра, могутъ принимать послѣдній въ облаткахъ и запивать щелочною водою. Противъ остраго сочленовнаго ревматизма даю салициловый натръ непременно до шума въ ушахъ (такъ же какъ хининъ противъ маляріи), довольно сильнаго, а иногда въ тяжелыхъ случаяхъ, до очень сильнаго, конечно внимательно наблюдая за дѣятельностью сердца, которую большія дозы салициловаго натра, особенно даваемые долго безъ перерыва, могутъ ослабить до степени коляпса. Опытъ показалъ мнѣ, что такой образъ употребленія салициловаго натра противъ остраго сочленовнаго ревматизма (такъ же какъ и хинина противъ маляріи) даетъ наилучшіе результаты: болѣзнь прерывается быстро и прочно,—не тянется и не возвращается (какъ при нерѣшительной дачѣ названнаго средства, въ малыхъ дозахъ и не доводя до опредѣленнаго дѣйствія), что крайне важно, потому что, чѣмъ скорѣе и прочнѣе прерывается болѣзнь, тѣмъ вѣрнѣе избѣгается развитіе опасныхъ ея осложнений, сердечныхъ и другихъ. Какъ только шумъ достаточно (судя по силѣ болѣзни) силенъ, тотчасъ прерываю употребленіе салициловаго натра. Бываетъ нерѣдко, что съ появленіемъ достаточно сильнаго шума боли въ сочлененіяхъ и лихорадка исчезаютъ и не возвращаются, такъ что болѣе не приходится давать упомянутое средство. Если же шумъ замѣтно ослабѣлъ, а боли и лихорадка, хотя и въ гораздо меньшей степени, продолжаютъ, то тотчасъ назначаю вновь салициловый натръ. Начинаю давать это средство (у взрослыхъ) съ 10 грановъ каждые два часа; но если случай тяжелый и названная доза хорошо переносится, то быстро увеличи-

ваю ее, даю 15 и потомъ 20 грановъ каждые два часа, внимательно наблюдая (вновь повторяю) за пульсомъ и, въ случаѣ нужды, давая возбуждающія (напр. *t-ra valer. aether. и liq. anodyn. Hofm. aa*).

Какъ выше сказано, у нашего больного лихорадка и опухоль колѣнныхъ сочлененій исчезли, а боли крайне уменьшились, но слегка чувствуются еще вездѣ, гдѣ были прежде; шумъ же въ ушахъ, по прекращеніи дачи салициловаго натра постепенно уменьшаясь, сталъ очень слабъ. Поэтому, согласно съ вышесказаннымъ, опять будемъ давать названное средство, не увеличивая приѣма, потому что дѣйствіе его и безъ того достаточно, а случай—легкій.

Противъ острого сочленовнаго ревматизма помогаетъ также антипиринъ. Описаны даже немногіе случаи этой болѣзни, гдѣ салициловый натръ не помогаль, а антипиринъ помогъ. Мнѣ такихъ случаевъ не встрѣчалось и, судя по наличности своихъ и чужихъ наблюденій, все же считаю салициловый натръ самымъ надежнымъ средствомъ противъ острого сочленовнаго ревматизма; къ тому же антипиринъ въ большихъ дозахъ еще опаснѣе для сердца, чѣмъ салициловый натръ.

Тяжелые случаи острого сочленовнаго ревматизма съ сердечными и другими осложненіями могутъ, конечно, условливаться особенно сильнымъ дѣйствіемъ его болѣзнетворной причины,—по всей вѣроятности паразитной, потому что острому сочленовному ревматизму присущи всѣ характеры заразной болѣзни и притомъ острой,—но, какъ выше сказано, замѣчаются особенно часто тогда, когда болѣзнь долго остается безъ правильнаго лѣченія, не прерывается быстро вначалѣ, а больной продолжаетъ подвергаться простудѣ (напр., въ плохомъ помѣщеніи, въ холодномъ отхожемъ мѣстѣ) и травматическимъ вліяніямъ (не можетъ достаточно покоить себя, встаетъ, вообще дѣлаетъ движенія). Въ такихъ же случаяхъ часто не бываетъ быстрого перерыва болѣзни и исхода прямо въ выздоровленіе, а остается хроническое страданіе одного

или чаще нѣсколькихъ сочлененій, для котораго укоренилось названіе «*хроническаго ревматизма*», — названіе неправильное, вводящее смуту въ понятія и мѣшающее точной діагностикѣ (а слѣдовательно и терапіи) разнообразныхъ страданій, огульно покрываемыхъ этимъ названіемъ (мнѣ придется еще остановиться на этомъ предметѣ). Остающееся страданіе (обыкновенно одного сочлененія) иногда переходитъ въ сильное воспаленіе съ исходомъ въ нагноеніе, что указываетъ на присоединившееся вторичное зараженіе гноеродными микроорганизмами.

Хроническія страданія сочлененій послѣ остраго сочленовнаго ревматизма часто остаются также въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ поражаетъ организмъ уже не здоровый, а больной, напр. бугорчаткой (такъ въ случаяхъ остраго сочленовнаго ревматизма у юныхъ «золотушныхъ» особъ), а чаще сифилисомъ или подагрой, даже лишь расположеніемъ къ подагрѣ. Въ виду предстоящихъ лекцій «о хроническомъ ревматизмѣ» и подагрѣ остановлюсь на отношеніи остраго сочленовнаго ревматизма къ этой послѣдней болѣзни.

Фактически подагра есть скопленіе мочекислыхъ солей въ крови и отложеніе ихъ (главнымъ образомъ кислаго мочекислаго натра) въ различныхъ (можетъ быть во всѣхъ) тканяхъ и органахъ, всего чаще въ сочлененіяхъ, въ ихъ хрящахъ и другихъ тканяхъ, — отложеніе, вызывающее разнообразныя (смотря по различію пораженныхъ мѣстъ) страданія. Откуда скопляются мочекислыя соли въ крови — вопросъ спорный; но безспорно, что такому скопленію способствуютъ излишняя пища и вино при тѣлесно недѣятельномъ образѣ жизни, т. е. условія, ослабляющія въ организмѣ процессы окисленія. Извѣстный клиницистъ Эбштейнъ не безъ основанія полагаетъ, что преимущественному отложенію мочекислыхъ солей въ сочлененіяхъ благопріятствуетъ обильное образованіе мочевой кислоты въ сосѣднихъ сочлененіяхъ органахъ, костномъ мозгу и мышцахъ. Острый сочленовный ревматизмъ сопровож-

дается лихорадочнымъ состояніемъ (условливающимъ усиленное образование мочевой кислоты) и обильнымъ пѣтомъ, такъ что моча очень уменьшается въ количествѣ, бываетъ очень красна и насыщена (остынувъ, даетъ обильный отстой мочеислага натра). Понятно, что если такой болѣзненный процессъ, условливающий усиленное образование и уменьшенное выведение (вслѣдствіе уменьшенія количества мочи) мочевой кислоты, поразить не только подагрика, но лишь расположеннаго къ подагрѣ, то послѣдняя можетъ тотчасъ обнаружиться. Дѣйствительно, иногда приходится наблюдать слѣдующее. Человѣкъ, лѣтъ подъ 40, хорошаго сложенія, излишняго питанія и съ хорошимъ пищевареніемъ, хорошо кушающій, изрядно выпивающій и тѣлесно недѣятельный, давно уже замѣчающій у себя красную мочу, словомъ кандидатъ на подагру, но не представляющій еще ни единого мѣстнаго ея симптома, поражается острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ, лихорадить, потѣеть и выводитъ мало красной мочи съ обильнымъ «кирпичнымъ» отстоемъ. Даютъ правильно салициловый натръ и быстро прерываютъ болѣзнь: лихорадка и боль исчезаютъ. Больной чувствуетъ себя хорошо, но дня 2—3 спустя объявляетъ, что «ревматизмъ вернулся» въ *большомъ пальцѣ правой ноги* и страшно промучилъ его всю ночь. Болящее мѣсто оказывается опухшимъ и покраснѣвшимъ, но всѣ остальные сочлененія тѣла совершенно свободны и лихорадки нѣтъ; словомъ у больного—типическій острый подагрическій инсультъ и ни малѣйшаго возврата остраго сочленовнаго ревматизма. Въ другихъ случаяхъ послѣдняго у подагриковъ или расположенныхъ къ подагрѣ, при правильномъ лѣченіи лихорадка стихаетъ и большинство сочленовныхъ пораженій исчезаетъ, но въ одномъ или нѣсколькихъ изъ пораженныхъ сочлененій остается хроническое страданіе уже подагрическаго характера.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни. Больной принялъ еще 6 порошковъ (60 грановъ) салициловаго натра, послѣ чего шумъ

усилился, а боли исчезли и осталась лишь общая слабость. При хорошемъ аппетитѣ больной быстро поправился и 11 декабря вышелъ изъ клиники. Въ послѣдніе (передъ выходомъ) дни ему дѣлали обтиранія всего тѣла водой съ водкой, укрѣплявшія его. При выходѣ больного, ему данъ совѣтъ въ холодную и сырую погоду въ баню не ходить, а дѣлать упомянутыя обтиранія, а также пить чаю меньше и не горячаго.

ДВѢНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 19-го февраля 1891.

Больная, крестьянка, 58 лѣтъ, поступила въ клинику 29 января, жалуясь на боли и опухоль въ рукахъ и ногахъ, главнымъ образомъ въ сочлененіи кисти и предплечія, колѣнномъ и голеностопномъ, а также въ мелкихъ сочлененіяхъ ручной кисти и стопы на обѣихъ сторонахъ. Боли продолжаются уже 1½ года, очень усиливаются при движеніяхъ и тѣмъ крайне затрудняютъ послѣднія.

Образъ жизни и анамнезъ. Послѣдніе 1½ года живетъ въ Москвѣ (прежде жила въ деревнѣ). Помѣщеніе сносное, отхожее мѣсто холодное. Въ банѣ бываетъ разъ въ мѣсяць. Чаю и водки не пьетъ и прежде не пила. Столъ—простаго рабочаго. Была замужемъ и имѣла дѣтей (выкидышей не было), давно уже вдовѣтъ. Послѣдніе 1½ года, по болѣзни, не можетъ работать; прежде много и крайне утомительно работала на огородахъ.

Всегда до настоящей болѣзни была здорова. Осенью 1889, работая въ холодную погоду въ огородѣ, почувствовала боли въ пальцевыхъ сочлененіяхъ обѣихъ рукъ, продолжала работать, но боли очень усилились (и осложнились опуханіемъ болящихъ мѣстъ), такъ что работа стала невозможна. Обратилась къ врачу, который далъ мазь и внутрь сладковатые

порошки (повидимому салициловый натръ); стало полегче, но совсѣмъ болѣзнь не прошла, не позволяла работать и въ такомъ видѣ тянулась до начала послѣдней (на 1891) зимы, когда, съ наступленіемъ холодовъ, усилились прежнія боли и появились новыя, съ опухолью, въ остальныхъ изъ вышеперечисленныхъ пораженныхъ сочлененій.

Въ теченіе трехъ недѣль, проведенныхъ въ клиникѣ, больная пила ежедневно Эссентукскую воду (№ 17), сначала по $1\frac{1}{2}$, а потомъ по стакану въ день, принимала нѣсколько разъ (сначала черезъ день, а потомъ черезъ два) салициловый натръ (въ Эссентукской водѣ, сначала по 20, а потомъ по 40 грановъ ежедневно, что вызывало шумъ въ ушахъ); а съ 6-го февраля, какъ только пораженныя сочлененія, подъ вліяніемъ покоя, теплаго содержанія и упомянутого лѣченія, стали значительно менѣе болѣзненны, ихъ начали массировать, а потомъ и электризовать стабильнымъ батарейнымъ токомъ: больной стало много лучше.

Status сегодня, 19 февраля. Аппетитъ всегдашній умѣренный. Желудокъ, кишки, печень и селезенка въ нормальномъ состояніи. Моча красновата, бѣлка и сахара не содержитъ. Менструація кончилась 15 лѣтъ назадъ. Органы дыханія въ нормальномъ состояніи (бывшій при поступленіи ничтожный бронхіальный катарръ, вызывавшій небольшой кашель, прошелъ), такъ же какъ и органы кровообращенія (лишь артеріи немного жестковаты). Больная, давно уже худощавая, за болѣзнь мало похудѣла. Температура при поступленіи была немного повышена ($37,6^{\circ}$), но вскорѣ стала нормальной. Сонъ хорошъ. Ни головныхъ, ни иныхъ болей, помимо названныхъ сочленовныхъ, нѣтъ. Послѣднія очень уменьшились и движенія стали гораздо свободнѣе. Опухоль, особенно значительная (замѣтна и флюктуація) въ сочлененіи ручной кисти и предплечія, а также колѣнномъ обѣихъ сторонъ, уменьшилась, а бывшая при поступленіи легкая краснота и повышение температуры послѣдненазванныхъ сочлененій прошли.

Распознаваніе. Большая представляет образчикъ того, что обыкновенно обозначается въ руководствахъ частной патологии, въ литературѣ вообще, а также и въ практикѣ хроническимъ сочленовнымъ ревматизмомъ или, если кромѣ сочлененій поражены и другіе органы движенія, мышцы, нервы и кости (т.-е. всѣ части костей, а не только ихъ сочленовные концы), просто хроническимъ ревматизмомъ. Я уже имѣлъ случай замѣтить, что считаю это названіе «неправильнымъ, вводящимъ смуту въ понятія и мѣшающимъ точной діагностикѣ (а слѣдовательно и терапіи) разнообразныхъ страданій, огульно покрываемыхъ этимъ названіемъ». Воспользуюсь даннымъ,—единственнымъ, имѣющимся въ настоящее время въ клиникѣ,—случаемъ (хотя бываютъ другіе, болѣе сложные, которые были бы потому болѣе пригодные для моей цѣли), чтобы объяснить и обосновать свое мнѣніе.

Слово *ревматизмъ*, давно утратившее свое древнее значеніе, и до сихъ поръ не имѣетъ опредѣленнаго: имъ, какъ сказано, обозначаютъ какъ острый сочленовный ревматизмъ,—рѣзко обособленную болѣзнь, не менѣе опредѣленную, чѣмъ корь, оспа, скарлатина, брюшной тифъ, сыпной тифъ и т. д., болѣзнь, которую нельзя смѣшать съ другими,—и такіе случаи, какъ настоящій (о значеніи котораго буду говорить) и еще болѣе сложные и разнообразные какъ по выражаемымъ органамъ, такъ и, главнымъ образомъ, по этиологіи и, кромѣ того, сближающіеся многочисленными междуточными (по характеру симптомовъ) случаями съ узловатымъ или безобразящимъ пораженіемъ сочлененій (*arthritis nodosa s. deformans*). Номенклатура конечно должна избѣгать ненужной ломки, не трогать укоренившихся и всѣмъ понятныхъ названій, не вводить безъ нужды, ранѣе полнаго уясненія сущности предмета новыхъ терминовъ, но все же должна стремиться къ точности. Если названіе ревматизмъ должно быть сохранено, то конечно подъ условіемъ пріобрѣтенія опредѣленнаго значенія: это требованіе вполнѣ выполняется, если сохранить это на-

звание единственно для острого сочленовнаго ревматизма, — болѣзни, какъ сказано, вполне обособленной, опредѣленной. Названіе ревматизмъ, въ своемъ прежнемъ, древнемъ значеніи, конечно, не будетъ точно соотвѣтствовать ни тому, что мы уже теперь знаемъ, ни тому, что, по всей вѣроятности, будемъ знать объ остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, но насколько не менѣе, чѣмъ названія корь, оспа, скарлатина, чума и т. д. соотвѣтствуютъ обозначаемымъ ими болѣзнями. Точныя названія будутъ возможны тогда, когда сущность названныхъ болѣзней будетъ точно извѣстна, а до тѣхъ поръ должны оставаться, имѣють на то болѣе права, *укоренившіяся* названія: названіе ревматизмъ для упомянутаго, выше (одиннадцатый случай) разсмотрѣннаго острого пораженія многихъ сочлененій не менѣе укоренилось, чѣмъ названія корь, оспа и т. д. для обозначаемыхъ ими болѣзней и, повторяю, обозначаетъ столь же рѣзко обособленную, опредѣленную болѣзнь, какъ и эти термины.

Если же сохранить названіе *ревматизмъ* для острого сочленовнаго ревматизма, то можно ли, не лишая его опредѣленнаго значенія, прилагать его къ такимъ случаямъ, какъ настоящій и другіе, еще болѣе сложные, о которыхъ я упоминалъ и о которыхъ еще буду говорить? Очевидно нѣтъ, во 1-хъ потому, что эти случаи различны другъ отъ друга, представляютъ, какъ увидимъ, различныя и отъ различныхъ причинъ происходящія пораженія, а во 2-хъ насколько не тождественны съ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ. Такъ настоящій: сначала заболѣли и опухли сочлененія ручныхъ пальцевъ и такъ остались доселѣ, *годъ спустя* заболѣли остальные пораженныя сочлененія и такъ остаются. Гдѣ же картина острого сочленовнаго ревматизма? Гдѣ одновременное и притомъ мѣняющееся, переходящее пораженіе многихъ сочлененій, гдѣ лихорадочное состояніе, гдѣ различныя осложненія, сердечныя и другія, которыхъ такъ естественно было бы ждать, если бы болѣзнь была дѣйствительно тѣмъ,

что называют острым сочленовным ревматизмом и притомъ столь долго тянувшимся. Наконецъ и салициловый натръ, столь *специфически* дѣйствующій, столь рѣшительно *прерывающій* болѣзнь при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, въ настоящемъ случаѣ дѣйствовали (какъ видно изъ исторіи болѣзни и какъ мы наблюдали въ клиникѣ) лишь какъ симптоматическое средство (болеутоляющее и притомъ не-сильное), не прерывая, не уничтожая болѣзни.

Правда, бывають такіе случаи, что явный, типическій острый сочленовный ревматизмъ не оканчивается быстрымъ прекращеніемъ болѣзни и выздоровленіемъ (обыкновенно вслѣдствіе того, что больной находится въ неблагопріятныхъ условіяхъ и не лѣчится или лѣчится, но неправильно, недостаточно энергично), а оставляетъ хроническое страданіе пораженныхъ сочлененій, которое тянется мѣсяцы и годы, представляется совершенно въ такомъ же видѣ, какъ настоящій случай, т.-е. безъ характерныхъ особенностей остраго сочленовнаго ревматизма и также не уступаетъ салициловому натру, не излѣчивается этимъ средствомъ. Называть такіе случаи хроническимъ сочленовнымъ ревматизмомъ, т.-е. считать ихъ за острый сочленовный ревматизмъ (болѣзнь, которой присущи всѣ признаки *остраго* инфекціоннаго страданія), перешедшій въ *хроническое* состояніе, было бы тоже, что называть остающійся иногда послѣ кори хроническій бронхіальный катарръ — *хроническою корью* или остающійся послѣ брюшнаго тифа хроническій поносъ — *хроническимъ брюшнымъ тифомъ*. Очевидно, что во всѣхъ названныхъ случаяхъ не специфическая острая инфекціонная болѣзнь перешла въ хроническое состояніе, а остались мѣстные пораженія, вызываемыя ею и въ благопріятныхъ случаяхъ вмѣстѣ съ нею исчезающія, а въ неблагопріятныхъ остающіяся хроническими.

При хроническомъ пораженіи сочлененій, остающемся послѣ остраго сочленовнаго ревматизма, бывають иногда

явные возвраты послѣдняго: является лихорадочное состояніе, пораженія сочлененій ожесточаются и принимаютъ переходный характеръ, и салициловый натръ вновь хорошо дѣйствуетъ. Но такіе возвраты острого сочленовнаго ревматизма, вообще весьма свойственные этой болѣзни и столь же часто бывающіе и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ бывшихъ ея приступовъ не остается ни малѣйшаго хроническаго страданія сочлененій, не могутъ доказывать, что существующее,—мѣсяцами и годами,—между приступами хроническое страданіе сочлененій было бы тождественно съ острою инфекціонною болѣзью, которую называютъ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ.

Что же представляютъ такіе случаи хроническаго пораженія сочлененій, *polyarthritis chronica*, какъ настоящій и другіе, о которыхъ я упоминалъ? Здѣсь особенно нуженъ тщательный клиническій анализъ: я произвожу въ такихъ случаяхъ двойное изслѣдованіе и дѣлаю двойную діагностику—*анатомическую*, опредѣленіе пораженныхъ органовъ и тканей и *этіологическую*, опредѣленіе причинъ; поступаю такъ главнымъ образомъ потому, что терапия бываетъ различна не только по различію причинъ, но и по различію пораженныхъ органовъ (сочлененій, костей, мышцъ, нервовъ).

Анатомическое изслѣдованіе показываетъ слѣдующее. Всего чаще и преимущественно поражаются сочлененія; при этомъ слѣдуетъ опредѣлять состояніе сочленовныхъ концовъ костей и ихъ хрящей, состояніе сочленовной капсулы и лежащихъ внѣ ея мягкихъ частей. Рѣже замѣчаются пораженія (обыкновенно боли и опуханія),—кромѣ сочлененій,—и другихъ мѣстъ; тогда слѣдуетъ опредѣлять, что именно поражено: *кожа* (гиперестезія, дерматитъ и проч.) или *кости* (всего чаще періоститъ, вызывающій боль,—усиливающуюся при давленіи,—и иногда опухоль), *хрящи* (напр., перихондритъ реберныхъ, гортанныхъ и ушныхъ хрящей,—всего чаще отъ подагры,—тоже вызывающій боль, усили-

вающуюся при давленіи), *мышцы* (міозитъ: повышенная температура, напряженность и болѣзненность при давленіи и движеніяхъ, а позднѣе похуданіе пораженныхъ мышцъ и образованіе въ нихъ циррозныхъ затвердѣній), *нервы* (невритъ: боли, болѣзненность при давленіи и разнообразныя функціональныя разстройства).

Изслѣдованіе причинъ показываетъ всего чаще слѣдующія: острый сочленовный ревматизмъ, а также хотя много рѣже, другія острия инфекціонныя болѣзни,—трипперъ (не могу не замѣтить, насколько названіе *polyarthritus gonorrhoeica* предпочтительнѣе безсмысленнаго, путающаго понятія названія «трипперный ревматизмъ»), сифились, бугорчатка, подагра, простуда, травматическія вліянія (не столько рѣзкія, какъ ушибы, пораненія и проч., сколько менѣе сильныя, но постоянно дѣйствующія, какъ—напряженная, утомительная тѣлесная дѣятельность), злоупотребленіе спиртными напитками (алкоголь не вызываетъ прямо пораженія сочлененій, но предрасполагающее къ нимъ вліяніе его очевидно).

Хроническія пораженія сочлененій, какъ сказано, бываютъ обыкновенно не простаго происхожденія, а сложнаго, зависятъ отъ дѣйствія не одной, а нѣсколькихъ, даже многихъ причинъ, такъ напр., отъ совокупнаго дѣйствія перенесеннаго остраго сочленовнаго ревматизма и въ то же время—подагры, сифилиса, простуды и травматическихъ вліяній.

Какое общее названіе болѣе пригодно для хроническихъ страданій, о которыхъ идетъ рѣчь? Если соблюсти необходимо для названія краткость, то всего лучше—*множественный хроническій артритъ polyarthritus chronica*, потому что сочленовныя пораженія обыкновенно преобладаютъ и такое названіе не предрѣшаетъ точной діагностики (а слѣдовательно и терапіи) даннаго случая и не затемняетъ ее, какъ это дѣлаетъ терминъ хроническій «ревматизмъ».

Обратимся теперь къ анализу настоящаго случая. У лица такого возраста, какъ наша больная (58 лѣтъ) и живущихъ въ такой же тяжелой, полной лишеній обстановкѣ часто бываетъ подагра особаго вида, такъ называемая (въ противоположность обыкновенной, упомянутой по поводу предыдущаго случая) атоническая. У нашей больной нѣтъ характерныхъ проявленій подагры, напр., пораженія сочлененій большихъ ножныхъ пальцевъ, вообще преимущественнаго пораженія мелкихъ сочлененій (поражены и малыя и большія), а также явныхъ подагрическихъ отложеній около сочленовныхъ концовъ костей; но есть указанія на расположеніе къ подагрѣ—постоянно красноватая моча и, какъ показало наблюденіе въ клиникѣ, хорошее дѣйствіе на больную щелочной (Ессентужской) воды. Это расположеніе къ подагрѣ дѣлаетъ понятнымъ, почему тѣ вредныя вліянія, травматическія и простуда, которымъ больная въ теченіе своей трудовой жизни подвергалась безнаказанно, вызвали у нея, подѣ старость, болѣзнь сочлененій. Касательно столь очевиднаго вліянія простуды (дважды повторявшееся заболѣваніе съ наступленіемъ холодовъ) стоитъ еще отмѣтить, что поражены именно тѣ сочлененія, которыя были или постоянно открыты (ручныхъ пальцевъ, пястныхъ и запястныхъ) или мало защищены (колѣнныхъ и голеностопныхъ, ибо больная не носитъ ни кальсонъ, ни юпокъ, а стопы все же были обуты). Какъ уже сказано, въ больныхъ сочлененіяхъ оказываются пораженными мягкія части, лежащія внѣ сочленовнои капсулы (опухоль, а при поступленіи еще повышенная температура и легкая краснота) и сама капсула (флюктуация); признаковъ пораженія костей нѣтъ.

Предсказаніе. Судя по хорошему ходу лѣченія, можно надѣяться на удовлетворительный исходъ болѣзни, на возвращеніе въ значительной мѣрѣ свободы движеній, конечно если больной удастся избѣжать въ будущемъ вредныхъ вліяній, способныхъ вызвать возвратъ болѣзни.

Лѣченіе. Почему при расположеніи къ подагрѣ назначена щелочная вода и почему,—у больной 58 лѣтъ и яблестящаго питанія,—въ небольшомъ количествѣ вамъ конечно понятно. Прибавлю лишь, что если атоническая подагра бываетъ у больныхъ, долго хворавшихъ прежде обыкновенною формою подагры, пившихъ много щелочныхъ водъ и сильно упавшихъ въ своемъ питаніи, то приходится давать или самыя легкія щелочныя воды (Эмсъ) или землистыя (Контрксевиль). Питаніе нашей больной, правда, не блестяще, но и упавшимъ его нельзя назвать, минеральныхъ же водъ она никогда не пила, а потому ей и назначена весьма дѣйствительная щелочная вода (Ессентукская, № 17-й), но какъ сказано, въ небольшомъ количествѣ: ходъ лѣченія вполнѣ оправдываетъ такое назначеніе. — Салициловый натръ, какъ болеутоляющее, достаточно облегчилъ больную. Массажъ и стабильный батарейный токъ очевидно вліяютъ на уменьшеніе сочленовныхъ опуханій и облегченіе движеній. Ессентукскую воду, по $\frac{1}{2}$ стакана дважды въ день, массажъ и электричество будемъ поэтому продолжать; въ салициловомъ же натрѣ, вообще въ болеутоляющихъ нѣтъ болѣе нужды.

Мы ограничиваемся названными средствами, потому что они очевидно достаточны. Превосходное средство при хроническихъ болѣзняхъ сочлененій—соленыя ванны теплыя и даже (если нѣтъ противопоказаній) горячія; въ данномъ случаѣ мы не прибѣгаемъ къ нимъ, потому что, какъ сказано, очевидно обойдемся и безъ нихъ, а главное потому, что онѣ противопоказуются зимнимъ временемъ: больная, по выходѣ изъ клиники, болѣе рисковала бы простудой. Хорошее средство при хроническихъ сочленовныхъ пораженіяхъ—карболовая кислота (примочки изъ 2—4‰ раствора и подкожныя впрыскиванія); въ данномъ случаѣ нужды въ немъ нѣтъ, къ тому же подкожныя впрыскиванія карболовой кислоты вызываютъ сильныя боли. Іодистые (также какъ и ртутные) препараты безспорно полезны при участіи сифилиса въ сочленовныхъ пораженіяхъ.

При назначеніи мѣстнаго лѣченія слѣдуетъ обращать вниманіе на то, какіе именно органы или ткани поражены. Для мышцъ всего лучше—массажъ. Для сочлененій полезны—мушки, массажъ, электричество и карболовая кислота. Для пораженій надкостницы—лишь общее лѣченіе, обыкновенно противосифилитическое или противоподагрическое, или то и другое вмѣстѣ (напр. іодистые препараты въ щелочныхъ минеральныхъ водахъ); массажъ и электричество усиливаютъ боли и ухудшаютъ болѣзнь. Для невритовъ—покой, мушки, раздражающія и болеутоляющія мази, а, по окончаніи остраго періода, осторожный массажъ не самаго нерва, а, съ цѣлью отвлеченія, сосѣднихъ мягкихъ частей, главнымъ образомъ мышечныхъ массъ; дѣйствіе электричества невѣрно. Наконецъ, повторяю, соленыя ванны, теплыя или горячія, полезны для всѣхъ пораженій.

Изъ лекціи 1-го марта 1891.

Больная сегодня оставляетъ клинику. Всѣ отправленія въ порядкѣ, питаніе улучшилось, силы тоже. Опухоль осталась, хотя гораздо меньше прежняго, лишь въ запястныхъ сочлененіяхъ, въ другихъ же почти прошла. Болей при давленіи, пассивныхъ и непродолжительныхъ активныхъ движеніяхъ нигдѣ нѣтъ. Продолжительная ходьба вызываетъ чувство утомленія, а потомъ и боль въ колѣнахъ, впрочемъ скоро проходящую при отдыхѣ.

Больной данъ совѣтъ избѣгать извѣстныхъ вредныхъ вліяній и продолжать массажъ.

ТРИНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 3 марта 1892.

Больная, вдова чиновника, 47 лѣтъ, поступила въ клинику 27-го февраля, жалуясь на сильныя боли въ поясницѣ и въ ногахъ сверху до колѣнъ,—боли, крайне усиливающіяся при движеніяхъ, дѣлающія послѣднія почти невозможными; жалуется также на боли въ груди и лѣвой половинѣ живота.

Образъ жизни и анамнезъ. Больная живетъ въ одной изъ подмосковныхъ губерній, въ здоровой мѣстности и хорошемъ помѣщеніи, но отхожее мѣсто холодное. Лѣтъ 5 перестала купаться, въ банѣ бываетъ дважды въ мѣсяць, очень потлива. Кофе, вина и водки не пьетъ, пьетъ чай — горячій, въ день—стакана 4; вообще же пьетъ мало: кромѣ чая только воду, не болѣе стакана за весь день. Завтракаетъ и обѣдаетъ, столъ хорошій, ѣсть много сладкаго. Вдовѣтъ 5 лѣтъ, беременна не была. Мало бываетъ на воздухѣ и мало дѣлаетъ движенія. Занятія—небольшія по домашнему хозяйству.

Больная—изъ здоровой семьи и сама очень крѣпкаго сложенія, 17-ти лѣтъ перенесла брюшной тифъ, 27-ми малярію. Послѣ того была здорова до наступленія климактерическаго періода, начавшагося пять лѣтъ назадъ: три года регулы «путались», а два года назадъ совершенно прекратились. Съ наступленіемъ климактерическаго періода стали дѣлаться при-

ступы жара къ головѣ и сильнаго пота во всеѣ тѣлѣ, въ первый годъ очень частые—по нѣсколькѣ разъ въ день (съ тѣхъ поръ пошло меньше мочи, послѣдняя стала красна и часто давала красноватый отстой). 4 года назадъ первый и притомъ весьма сильный приступъ лѣвосторонней почечной колики (боли въ лѣвой сторонѣ поясицы съ отдачей въ лѣвый пахъ), продолжавшійся, съ перемежками, четыре дня. Годъ спустя второй приступъ, легче перваго, окончившійся въ два дня. Послѣ того нерѣдко бывали припадки почечной колики, все лѣвосторонней, но не сильные. Въ прошломъ (1891-го года) октябрѣ появилась постоянная сильная боль въ лѣвой сторонѣ поясицы и живота (остающаяся доселѣ) и въ то же время начались и постепенно усиливались все тѣ боли, съ которыми больная поступила въ клинику. Лѣченіе было такое: сначала салициловый натръ до шума въ ушахъ въ теченіе мѣсяца—безъ успѣха; затѣмъ, цѣлый мѣсяць, іодистый калий (въ растворѣ, по 3 ложки въ день, доза неизвѣстна)—тоже безъ всякаго успѣха; затѣмъ прохладныя обтиранія (мокрой простыней) въ теченіе мѣсяца—тоже безуспѣшно; наконецъ, двѣ недѣли передъ поступленіемъ въ клинику больная пила воду Виши-Селестенъ (прежде никогда не пивала минеральныхъ водъ), по 1½ стакана въ день и почувствовала небольшое облегченіе. Въ клиникѣ больная продолжаетъ пить ту же воду (нагрѣтую до температуры парнаго молока) по ½ стакана три раза въ день, всякій разъ за часъ до принятія пищи.

Status. Аппетитъ уменьшенъ. Въ клиникѣ, при правильной діетѣ и употребленіи воды Виши, диспептическихъ явленій нѣтъ, а прежде бывали (тяжесть подъ ложечкой, изжога) почти постоянно. Больную обыкновенно крѣпить, и два раза въ мѣсяць она принимаетъ касторовое масло; въ клиникѣ кишка достаточно опорожняется водяными клистирами. Печень и селезенка въ нормальномъ состояніи. Боли въ лѣвой сторонѣ живота зависятъ отъ сильной болѣзненности почки

и мочеточника; на правой сторонѣ почка и мочеточникъ тоже чувствительны при давленіи, но гораздо менѣе. Нѣсколько дней передъ поступленіемъ въ клинику больная уже не пила воды Виши и моча при поступленіи была въ маломъ количествѣ (500—700 к. с. въ сутки), очень красна, сильно кислой реакціи и давала большой отстой (главнымъ образомъ мочекислаго натра); теперь, когда больная вновь пьетъ Виши, а, по нашему совѣту, чай не горячій (отъ чего меньше потѣетъ) и обыкновенной воды поболѣе, мочи идетъ отъ 1.000 до 1.200 к. с. въ сутки, она менѣе красна и отстою гораздо менѣе. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Дыхательные органы здоровы. Величина сердца нормальна и тоны чисты, но пульсъ слабовать, что указываетъ на недостаточную дѣятельность (а, можетъ быть, и на пострадавшее уже питаніе) сердечной мышцы, очень естественную у больной, дѣлающей мало движенія. Больная была прежде полна, за болѣзнь похудѣла, но все еще нельзя назвать худой. Лихорадки нѣтъ. Сну мѣшаютъ нѣсколько боли, но все же онъ достаточно продолжителенъ и крѣпокъ. Грудныя боли, на которыя жалуется больная, при изслѣдованіи оказываются зависящими отъ болѣзненности грудины, реберъ и лопатокъ; всего же болѣе болѣзненны кости таза (особенно крестцовая) и обѣ бедренныя; движенія въ вертлужныхъ сочлененіяхъ крайне болѣзненны, что крайне затрудняетъ поворачиваніе въ постели, а вставаніе и ходьбу дѣлаетъ почти невозможною: больную, какъ вы видѣли, принесли въ аудиторію въ креслѣ.

Распознаваніе. Очевидно, мы имѣемъ передъ собою типическій случай подагры, *arthritis urica*. Больная—крѣпкого сложенія, съ хорошимъ до послѣдняго времени пищевареніемъ, жила всегда въ достаткѣ, кушала лишнее, дѣлала мало движенія, не имѣла дѣтей, располнѣла и съ наступленіемъ климатическаго періода и свойственныхъ ему вазомоторныхъ явленій (частое обдаваніе всего тѣла пѣтомъ, что усилило обычную потливость больной) стала отдѣлять уменьшенную

въ количествѣ красную мочу съ обильнымъ мочекислымъ отстоемъ и страдать почечной коликой, — болѣзною, столь свойственную подагрикамъ, связанною съ самою сущностью подагры: затѣмъ появились вышеупомянутыя боли въ костяхъ, подагрическіе періоститы.

Нѣтъ ли при этомъ и сифилиса, такъ какъ боли иногда мѣшаютъ сну. Правда, мѣшаютъ, но лишь въ томъ случаѣ, если больная, во снѣ, сдѣлаетъ движеніе, вызывающее боль; послѣдняя будитъ больную, но тотчасъ же, въ покоѣ, проходитъ и больная снова и крѣпко засыпаетъ. Ночныя же ожесточенія сифилитическихъ болей не таковы, длятся по долгу, многіе часы и не облегчаются покойнымъ положеніемъ; напротивъ, больные предпочитаютъ иногда ходить во время ночнаго припадка болей. Не стану указывать на то, что кости, всего чаще поражающіяся при сифилисѣ (напр. большеберцовыя, локтевыя, кости черепа), здѣсь не поражены; точно также нѣтъ и особенно характерныхъ для подагры поражений мелкихъ сочлененій, особенно большихъ ножныхъ пальцевъ. Но тогда какъ анамнезъ и настоящее состояніе столь рѣшительно свидѣтельствуютъ о подагрѣ, на сифилисъ они не даютъ никакихъ указаній. Наконецъ, мѣсячное лѣченіе іодистымъ калиемъ было совершенно безуспѣшно, а двухнедѣльное употребленіе воды Виши произвело хотя небольшое, но безспорное облегченіе. Что касается преимущественнаго пораженія подагрой, у нашей больной, костей таза и бедренныхъ, то возможно, что этому способствовала простуда при обнаженіи сидѣнья и бедръ въ холодномъ отхожемъ мѣстѣ съ наступленіемъ (въ прошломъ октябрѣ) холодной погоды.

Предсказаніе. Какъ показываетъ опытъ, такого рода больные, какъ въ настоящемъ случаѣ, при употребленіи, обыкновенно повторномъ, минеральныхъ водъ (вначалѣ щелочныхъ, позднѣе щелочныхъ и землистыхъ) и соблюденіи гигиены, обыкновенно освобождаются отъ тяжелыхъ симптомовъ подагры и ихъ возвратовъ.

Лѣченіе. Причиной безуспѣшности предъидущаго лѣченія была, очевидно, неясность діагностики. Врачъ видѣлъ «хроническій ревматизмъ» и цѣлый мѣсяцъ давалъ салициловый натръ до шума въ ушахъ — безъ всякаго успѣха: противъ собственно подагрическихъ поражений, въ особенности противъ подагрическихъ періоститовъ салициловый натръ совершенно недѣйствителенъ, а дѣйствуетъ какъ болеутоляющее (и то въ соединеніи съ щелочными минеральными водами) лишь при подагрическихъ сочленовныхъ пораженіяхъ, осложненныхъ острымъ или полуострымъ сочленовнымъ ревматизмомъ или послѣдовательнымъ за нимъ пораженіемъ сочлененій, а также простуднымъ страданіемъ послѣднихъ. Безуспѣшность лѣченія и подозрѣніе о сифилисѣ повели къ назначенію іодистаго калия, хотя правильнѣе было бы дать сначала щелочную минеральную воду, потому что о сифилисѣ могло лишь придти подозрѣніе, а признаки подагры были очевидны. Поводомъ къ назначенію прохладныхъ обтираній могла быть или нѣкоторая нервность больной, измученной болями или, опять, неясное представленіе о «хроническомъ ревматизмѣ»; но нервность, конечно, нельзя было удалить, не удаливъ ея причинъ, т.-е. продолжающихся болей, а противъ болей вообще (особенно же противъ почечныхъ) пригоднѣе теплыя ванны, а не прохладныя обтиранія (идутъ ли въ настоящемъ случаѣ теплыя ванны—будетъ разсмотрѣно ниже).

Больной назначена вода Виши, такъ какъ опытъ показалъ, что сильныя щелочныя воды (какъ Виши и Эссентуки)—лучшее средство при такой типической подагрѣ, какъ у нашей больной (позднѣе, при атонической подагрѣ, пригоднѣе Эмсъ или земляная вода, напр. Контрксевиль). Мы даемъ Виши въ умѣренномъ количествѣ (хотя желательнѣе бы было давать въ большемъ), потому что больная не только не можетъ, по зимнему времени, выходить на воздухъ, но даже и въ комнатѣ пока вовсе не можетъ ходить: при такихъ условіяхъ большее количество легко всасывающейся, не слабящей воды

Виши могло бы усилить вазомоторные припадки больной, приливы крови къ головѣ и обдаваніе потомъ, что (послѣднее) вызвало бы уменьшеніе мочеотдѣленія. Такъ какъ нельзя давать большаго количества минеральной воды, то придется давать ее подольше.

Что назначить еще, чтобы ускорить облегченіе и поправленіе больной? Какъ сказано и какъ показалъ опытъ и въ настоящемъ случаѣ, отъ салициловаго натра, котораго больная принимала такъ много, ждать нечего. Тоже можно думать объ антипиринѣ и подобныхъ ему средствахъ, столь сходныхъ по дѣйствию съ салициловымъ натромъ. Притомъ названныя средства въ данномъ случаѣ не только бесполезны, но и вредны, потому что усиливаютъ потливость (мѣшающую отдѣленію достаточнаго количества мочи) и ослабляютъ дѣятельность сердца и безъ того слабоватую. Назначить въ данномъ случаѣ для облегченія болѣе препараты опія было бы большою ошибкой, вызвало бы усиленіе упомянутыхъ вазомоторныхъ припадковъ, отяготительныхъ для больной (приливы крови къ головѣ) и мѣшающихъ достаточному мочеотдѣленію (потливость). Всего желательнѣе, конечно, уменьшать боли радикально, удаляя ихъ причины, т.-е. свойственныя подагрѣ отложенія мочекислаго натра въ болящихъ мѣстахъ. Употребляемый для этой цѣли литій безспорно дѣйствуетъ, но не особенно значительно. Назначимъ нашей больной предложенный въ послѣднее время пиперацинъ, повидимому способствующій растворенію и выведенію мочекислыхъ отложений: есть наблюденія, очень говорящія въ пользу пиперацина. Назначимъ послѣдній въ растворѣ (Rp. piperazini 3j, aquae destill. 3vj), по столовой ложкѣ три раза въ день (слѣдовательно 15 грановъ въ сутки), непосредственно передъ приемомъ воды Виши.

Изъ наружныхъ средствъ, въ данномъ случаѣ, при подагрическихъ періоститахъ, электричество бесполезно, а массажъ даже вреденъ, можетъ усилить боли. Теплыя ванны противо-

показуются крайнею болѣзненностью движеній: раздѣться, сѣсть въ ванну, выдти изъ нея и вновь одѣться—больше ожесточило бы боли, чѣмъ ихъ облегчила бы теплая ванна. Притомъ въ настоящемъ случаѣ потребовались бы, по причинѣ сильной болѣзненности почки и мочеточника лѣвой стороны, очень теплыя ванны, что опять увеличило бы столь вредную для больной потливость.

Изъ лекціи 27-го марта 1892.

Больная продолжаетъ пить Виши, а съ 4-го по 25-ое марта принимала пиперацинъ. Состояніе ея очень улучшилось: всѣ боли, какъ костныя, такъ и почечныя, крайне уменьшились; больная безъ затрудненія пришла въ аудиторію. Всѣ отправленія въ порядкѣ, моча не красна, безъ отстоевъ и слабокислой реакціи, сонъ крѣпкій и болей ночью нѣтъ, такъ какъ движенія безболѣзненны.

Что касается дѣйствія пиперацина, то, повидимому, съ его назначеніемъ облегченіе болей пошло скорѣе, даже гораздо скорѣе; но, конечно, навѣрное нельзя этого утверждать, потому что одновременно больная пила воду Виши, употребленіе которой, въ виду тяжелаго состоянія больной, мы не могли отмѣнить, чтобы сдѣлать опытъ чистымъ. Желудкомъ пиперацинъ, въ вышеупомянутой дозѣ, переносился хорошо и вообще не вызывалъ никакихъ непріятныхъ явленій *).

Такъ какъ мы не могли, какъ объяснено выше, давать большаго количества минеральной воды, то слѣдуетъ продолжать питье ея возможно долѣе.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. 7-го апрѣля больная вышла изъ клиники почти безъ болей. До выхода пила Виши въ

*) Дальнѣйшія наблюденія показали, что на пиперацинъ нельзя рассчитывать,—что дѣйствіе его, если таковое есть, ничтожно и невѣрно и что опытъ принадлежитъ къ категоріи средствъ, выдвинутыхъ за послѣднее время спекуляціей и рекламированныхъ мнимо-научною обстановкой.

прежнемъ количествѣ: моча стала блѣдна и иногда нейтральна. Больной данъ совѣтъ прекратить питье минеральной воды, но лѣтомъ, въ случаѣ возобновленія болей, хотя и не жестокихъ, опять пить Виши въ томъ же количествѣ, но болѣе короткій срокъ, недѣли 3 или 4, а также, если возможно, брать тепловатыя ванны (градусовъ 27 Р.) съ солью и содой, первой фунтовъ 6, а второй фунта 3 на ванну *) (опытъ показаль пользу такихъ ваннъ для подагриковъ) и, конечно, тщательно соблюдать объясненную ей, ея индивидуальную гигиену. Дѣлать движенія посовѣтовано болѣе, но съ отдыхомъ, отнюдь не до утомленія, особенно не до утомленія прежде болѣвшихъ мѣстъ.

*) Точныя указанія о температурѣ ваннъ, о количествѣ соли для нихъ и пр. см. въ 4-мъ выпускѣ *Клиническихъ Лекцій*, въ статьѣ *Основы бальнеотерапіи практическаго врача*.

ЧЕТЫРНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 11-го октября 1891.

Больная, жена торговца, 32-хъ лѣтъ, поступила въ клинику 2-го октября, жалуясь на боли во всемъ тѣлѣ, въ особенности же въ животѣ, правомъ боку, груди, рукахъ и ногахъ, на одышку, сердцебіеніе, отеки ногъ, плохой сонъ и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больная живетъ въ одной изъ подмосковныхъ губерній, въ хорошей мѣстности и хорошемъ помѣщеніи. Всегда мало купалась, а лѣтъ пять, какъ совсѣмъ оставила купанье, потому что оно стало вызывать сильную одышку. Въ банѣ бываетъ еженедѣльно, но не потлива. Пьетъ чашки 2 — 3 чая и стаканъ кофе, спиртныхъ напитковъ никогда не употребляла. Порядокъ ѣды — завтракъ, обѣдъ и ужинъ; больная всегда была крайне невоздержна въ пищѣ, ѣла много жирнаго, мучнаго и особенно сладкаго. Была дважды беременна, послѣдніе роды 9 лѣтъ назадъ. Занятія — очень небольшія по домашнему хозяйству; на воздухѣ въ холодное время года больная совсѣмъ не бываетъ, а лѣтомъ хотя и бываетъ, но почти не ходитъ по нездоровью (впрочемъ не ходила и прежде, когда была здорова, потому что не любила ходить).

Больная изъ здоровой семьи и сама очень крѣпкаго сложенія. Всегда вела вышеописанный образъ жизни, всегда

много ѣла и дѣлала мало движенія, съ прекращеніемъ беременностей очень располнѣла и уже пять лѣтъ назадъ стала страдать печеночною коликой (характерные приступы сильныхъ болей въ правомъ боку со рвотой и желтухой). Въ октябрѣ 1886 года въ первый разъ поступила въ нашу клинику, гдѣ оказалось, что кромѣ общаго ожирѣнія и желчныхъ камней есть и ясно выраженная подагра: почечная колика (моча съ обильнымъ отстоемъ мочекислорода натра) и подагрическіе періоститы разныхъ костей, особенно реберъ (сифилиса какъ тогда не было, такъ и теперь нѣтъ). Больная держала діету, пила Виши, взяла нѣсколько теплыхъ ваннъ и черезъ мѣсяць вышла изъ клиники совершенно поправившись; но, несмотря на то, что ей настойчиво было указано, къ чему ведетъ ея образъ жизни, ни въ чемъ не измѣнила его и въ январѣ 1887 г. вновь вынуждена была обратиться въ клинику, гдѣ пробыла мѣсяць, лѣчилась также и вышла опять поправившись. По слабыхарактерности опять жила по-прежнему и въ октябрѣ 1887 года въ третій разъ обратилась въ клинику со всѣми прежними, теперь усилившимися припадками, въ особенности же съ сильною печеночною коликой. Лѣчение — нѣсколько разъ каломель, теплыя ванны, затѣмъ Карлсбадъ и Виши. Больная опять очень поправилась и, несмотря на прежнее неправильное, мало измѣненное къ лучшему житье, почти цѣлый годъ чувствовала себя довольно удовлетворительно и лишь въ октябрѣ 1888 г. вынуждена была обратиться, въ четвертый разъ, въ клинику, гдѣ разъ приняла каломель, а затѣмъ шесть недѣль пила одновременно Карлсбадъ-Мюльбрунъ (два приема въ $\frac{1}{2}$ стакана утромъ) и Виши-Селестень (два приема по $\frac{1}{2}$ стакана во вторую половину дня). Очень поправилась, жила нѣсколько правильнѣе и года полтора чувствовала себя изрядно; затѣмъ — опять прежніе порядки въ образѣ жизни и въ послѣдніе полтора года прежніе недуги, какъ обѣ колики, такъ и особенно подагрическія по-

раженія костей и сочлененій крайне усилились, девять дней назадъ, больная поступила въ клинику черезъ три года послѣ ея четвертаго пребыванія въ послѣдней.

Status. Больная очень полна; цвѣтъ кожи, бывшій прежде здоровымъ, теперь — темный, оливковый. Аппетитъ плохъ, жажды нѣтъ (вообще больная пьетъ очень мало. Легкія диспептическія явленія (изжога, отрыжка, тошнота) бываютъ только при несоблюденіи діѣты, въ противномъ случаѣ ихъ нѣтъ. На низъ крѣпитъ: бываетъ ежедневно, но недостаточно; окраска испражнений желчью — нормальная. Животъ великъ — отъ очевиднаго отложенія жира, а также и отъ кишечнаго метеоризма. Регулы бываютъ въ срокъ, но очень по малу и длятся лишь одинъ день. Моча—хотя въ небольшомъ количествѣ (900 к. с.), но блѣдна и мутна (въ отстоѣ много кристалловъ щавелекислой извести, эпителія почечнаго таза и лейкоцитовъ), бѣлка и сахара не содержитъ. Почки и мочеточники очень болѣзненны. Печень увеличена, но нормальной формы и консистенціи,—не болѣзненна; мѣсто желчнаго пузыря болѣзненно. Сильная болѣзненность грудины, реберъ, лопатокъ и позвонковъ. Одышка. Припадки сердцебіенія съ легкими признаками грудной жабы (чувство стѣсненія въ сторонѣ сердца и одновременно въ лѣвой лопаткѣ и лѣвой рукѣ). Объективное изслѣдованіе дыхательныхъ путей даетъ нормальные результаты. Кашля нѣтъ. Объемъ сердца, по причинѣ большой толщины подкожно-жирнаго слоя, нельзя опредѣлить; тоны чисты, но очень слабы; пульсъ правиленъ, но очень слабъ. Теперь, какъ и обыкновенно, лихорадки нѣтъ; но при простудѣ усиливаются всѣ боли и тогда больная лихорадитъ, но немного и недолго. Голова не болитъ. Головокруженія бываютъ часто, особенно при быстромъ выпрамлиніи и сколько-нибудь долгомъ стсяніи, причѣмъ лицо блѣднѣетъ. Сонъ постоянно очень плохъ по причинѣ повсемѣстныхъ болей. Въ послѣдніе годы стали бывать легкіе истерическіе припадки: чувство

стѣсненія въ груди и горлѣ, слезы (судорогъ и потери сознанія не бываетъ). Всѣ кости и сочлененія конечностей — болѣе или менѣе болѣзненны, на ногахъ особенно сочлененія большихъ пальцевъ, на рукахъ — плечевыя. Сильная гиперестезія кожи. Зрѣніе и слухъ нормальны. Крайняя мышечная слабость. Ноги слегка отеки до половины голеней.

Распознаваніе. Бѣольшую часть недуговъ, замѣчаемыхъ у нашей больной, приходилось уже разсматривать по поводу предыдущихъ случаевъ. Желудокъ еще въ хорошемъ состояніи. Крѣпленіе на низъ и кишечный метеоризмъ зависятъ отъ слабости мышечнаго аппарата кишекъ, столь естественной при недѣятельномъ образѣ жизни и общей мышечной слабости больной. Въ мочевыхъ путяхъ явленія нефролитіазиса и катаррального піелита. Желчные камни. Увеличеніе печени, при ея неболѣзненности и нормальной консистенціи, а также въ виду общаго ожирѣнія, слѣдуетъ отнести къ ожирѣнію этого органа, о чемъ свидѣтельствуетъ и оливковый цвѣтъ кожи, указывающій на нѣкоторое затрудненіе желчеотдѣленія отъ стѣсненія желчевыхъ путей жировыми отложеніями. Слабую дѣятельность сердца (на которую указываютъ слабый пульсъ, головокруженія при блѣдномъ лицѣ и отекъ ногъ), при пульсѣ нормальной частоты и нормальнаго ритма, слѣдуетъ отнести къ слабости сердечной мышцы, по всей вѣроятности вслѣдствіе ожирѣнія послѣдней; отъ того же, при развившемся истерическомъ состояніи, могутъ зависѣть легкіе припадки грудной жабы и сердцебіенія. Одышка, при нормальномъ состояніи дыхательныхъ путей, зависитъ очевидно отъ сердечной же слабости, а отчасти отъ высокаго положенія діафрагмы вслѣдствіе большаго живота. Легкая истерія больной развилась подъ вліяніемъ комнатной и недѣятельной жизни, продолжительной бессонницы и давнишнихъ сильныхъ болей. Гиперестезія кожи можетъ отчасти зависѣть отъ истеріи, но впрочемъ составляетъ обычное явленіе при сильноболѣзненныхъ пораженіяхъ ле-

жащихъ подъ кожей частей (истерія у больной легкая, а кожная гиперестезія крайне сильна и замѣчается не въ одной половинѣ тѣла, какъ часто бываетъ при истеріи, а вездѣ, преимущественно же надъ болящими глубокими частями: желчнымъ пузыремъ, мочевыми путями и почти всѣми костями и хрящами). Разстройства питанія въ настоящемъ случаѣ очень типичны: подъ вліяніемъ вышеупомянутаго образа жизни и съ прекращеніемъ беременностей развилось общее ожирѣніе, потомъ типическая подагра, arthritis urica, съ мочекислымъ нефролитіазисомъ и позднѣе, подъ вліяніемъ мышечной недѣятельности и присоединившагося функциональнаго нервнаго разстройства, при большомъ количествѣ сладкой пищи, оксалурія. Какъ извѣстно, такое сочетаніе разстройствъ питанія, или съ присоединеніемъ еще и сахарнаго діабета, встрѣчается часто.

Предсказаніе. Состояніе больной, очевидно, крайне серьезно: при столь многочисленныхъ и глубокихъ разстройствахъ организма всякая случайная болѣзнь,—неважная для здороваго организма,—можетъ получить роковое значеніе. Что же касается излѣченія или, по крайней мѣрѣ, значительнаго поправленія здоровья, то и оно, какъ увидимъ, встрѣчаетъ крайнія затрудненія, не говоря уже о слабыхъ характеристности больной, парализующей всѣ усилія къ прочному возстановленію ея здоровья.

Лѣченіе и теченіе болѣзни. Діета, по мѣрѣ надобности—водяные клистиры и возбуждающія (смѣсь эфирновалеріановыхъ капель съ гофманскими и кофе). Вначалѣ, по причинѣ сильной болѣзненности желчнаго пузыря, данъ былъ каломель (8 порошокъ, по грану черезъ часъ), вызвавшей значительное облегченіе, но также и значительную, хотя временную слабость, такъ что отъ дальнѣйшаго употребленія каломеля пришлось отказаться. Точно также, послѣ первой теплой ванны, облегчившей боли въ животѣ (почечныя и желчнаго пузыря), но очень ослабившей сердечную дѣятель-

ность, пришлось отказаться и отъ теплыхъ ваннъ. Массажъ пораженныхъ сочлененій и общій (показанный оксалуріей), даже легчайшій, оказался невозможнымъ, по причинѣ кожной гиперестезіи. Пришлось ограничиться назначеніемъ воды Контрксевиль (въ виду оксалуріи) по $\frac{1}{2}$ стакана трижды въ день,—небольшихъ приѣмовъ (по 10 грановъ 2—3 раза въ день, но не ежедневно) салициловаго натра, какъ болеутоляющаго и бромистаго натра (15 грановъ на ночь, но не ежедневно), какъ снотворнаго (оба средства давались въ упомянутыхъ приѣмахъ Контрксевильской воды), что мало облегчало больную (большіе приѣмы салициловаго натра противопоказывались слабостью сердца). Тогда, продолжая употребленіе минеральной воды, перешли къ антипирину, который, въ приѣмѣ, дважды въ день, по 5 грановъ, хорошо дѣйствовалъ; облегчилъ боли до того, что сонъ сталъ возможенъ и не ослаблялъ сердечной дѣятельности.

Больная вышла изъ клиники 27-го октября, замѣтно облегчившись отъ своихъ страданій. Для дальнѣйшаго лѣченія ей данъ былъ такой совѣтъ: прибѣгая по мѣрѣ надобности къ водянымъ клистирамъ, возбуждающимъ и болеутоляющимъ (антипирину, а если привыкнетъ къ нему, то къ фенацетину въ томъ же приѣмѣ), пить попеременно Виши - Селестень (противъ мочекислыхъ отложеній) и Контрксевиль (противъ оксалуріи) въ небольшомъ количествѣ (по $\frac{1}{2}$ стакана дважды въ день) и съ перемежками, и лѣчиться молокомъ; когда же будетъ возможно, то прибѣгнуть къ массажу (по уменьшеніи болей и гиперестезіи) и теплымъ ваннамъ (по уменьшеніи слабости и въ теплое время года).

Лѣчиться молокомъ посовѣтовано такимъ образомъ: продолжая пить названныя минеральныя воды и прибѣгать, по мѣрѣ надобности, къ клистирамъ, возбуждающимъ и болеутоляющимъ, въ дни молочнаго лѣченія употреблять кромѣ молока лишь кофе (съ небольшимъ количествомъ сахара) и немного чая (безъ сахара), затѣмъ рѣшительно ничего, ни-

какого другаго питья и пищи; молоко пить не жирное, но и не снятое, по полустакану заразъ, въ теченіе цѣлаго дня въ такомъ количествѣ, чтобы не чувствовать голода, но не болѣе того (обыкновенно достаточно бываетъ стакановъ 5 — 7); пить нѣсколько дней подрядъ, пока не появится чувство слабости; тогда нѣсколько дней подрядъ, оставивъ молоко, употреблять другую пищу, соображаясь съ вообще назначенной діетой (рекомендована разнообразная пища — мясо, рыба, яйца, также и мучное; исключено — сладкое и очень жирное, а также всякія закуски, соусы, подливки и т. д.); когда при такой пищѣ чувство слабости пройдетъ, то вновь употреблять нѣсколько дней одно молоко и т. д. до полученія удовлетворительныхъ результатовъ. Показанія къ такому лѣченію молокомъ въ подобныхъ случаяхъ и получаемые отъ него результаты изложены мною въ статьѣ о сифилисѣ сердца, въ 1-мъ выпускѣ Клиническихъ Лекцій (изд. 2-е, стр. 88 и 89).

Прибавлю, что въ случаяхъ атонической подагры, подобныхъ настоящему, когда уже и минеральныя воды оказываются недѣйствительными или малодѣйствительными, нѣрѣдко даетъ хорошіе результаты продолжительное употребленіе *земляничнаго чая* (*herba et radix fragariae vescae*): на хорошую щепоть такого чая — стаканъ кипятку, дать хорошенько настояться и пить постольку разъ или два въ день.

Т Р У Д Ы.

1. Терапевтическія замѣтки.

Проф. Г. А. Захарьина.

Лѣчить ли лихорадку и какъ лѣчить?

Въ настоящее время нѣкоторые утверждаютъ, что лихорадку при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ лѣчить не слѣдуетъ, потому что она составляетъ тогда самозащиту организма противъ болѣзнетворной причины. Не отрицая не только возможности, но даже и вѣроятности такого процесса самозащиты, изъ него нельзя однако выводить основанія къ тому, чтобы относиться пассивно къ лихорадкѣ. Развѣ кашель, напр., не есть въ извѣстныхъ случаяхъ (при бронхіальномъ катаррѣ съ обильнымъ отдѣленіемъ, при отека легкаго и др.) самозащита организма, безъ которой больной задохся бы, — защитный симптомъ, который слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ не ослаблять, а усиливать и развѣ не приходится въ другихъ случаяхъ, хотя бы при томъ же бронхіальномъ катаррѣ стараться уменьшать слишкомъ сильный кашель, нарушающій сонъ или вредно, даже опасно дѣйствующій на мозговое кровообращеніе, на дѣятельность сердца, на состояніе брюшныхъ органовъ и т. д.? То же можно сказать о поносѣ и о другихъ симптомахъ, полезныхъ въ извѣстной мѣрѣ и вредныхъ, когда они переходятъ за нее; то же и о лихорадкѣ при заразныхъ болѣзняхъ; слѣдовательно, и къ ней врачъ долженъ относиться такъ же, какъ и къ другимъ такого рода симптомамъ, — не лѣчить, если есть основаніе считать ее полезною и если она не переходитъ извѣстной границы, и лѣчить въ противномъ случаѣ.

Какъ лѣчить лихорадку? Въ случаяхъ, гдѣ возможно коренное лѣченіе не только лихорадочныхъ симптомовъ, но и всей болѣзни, напр. (въ области внутреннихъ болѣзней) при маляріи, при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ образъ дѣйствія врача—ясенъ.

При острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, противъ которыхъ мы не имѣемъ кореннаго лѣченія, напр. при тифѣ (сыпномъ), тифоидѣ (брюшномъ тифѣ), возвратной горячкѣ, инфлюэнцѣ, крупозной пневмоніи, рожѣ и др. я поступаю такимъ образомъ. Если лихорадка умѣренна и, анализируя состояніе больного, я не вижу отъ нея безспорнаго вреднаго вліянія, то выжидаю, въ противномъ случаѣ прибѣгаю къ лѣченію. При какой температурѣ можно считать лихорадку умѣренной? Прежде всего, конечно, слѣдуетъ индивидуализировать: старые люди хуже переносятъ температуру въ 39° , чѣмъ дѣти такую въ 40° и выше; но вообще говоря, у взрослыхъ, но не старыхъ людей температура до 39° рѣдко тревожитъ врача, а за 40° обыкновенно внушаетъ опасенія. Наиболѣе же требуетъ вниманія и тщательнаго анализа состоянія больного температура между 39 и 40° . Въ такихъ случаяхъ, напр. при брюшномъ тифѣ, если нѣтъ никакого другаго беспокоящаго симптома, я не лѣчу лихорадки. Если при такой температурѣ есть какой-либо внушающій опасенія симптомъ, то прежде, чѣмъ взяться за противолихорадочное лѣченіе, стараюсь выяснитъ, нѣтъ ли другихъ причинъ этого симптома помимо высокой температуры: замѣчаю, напр., угнетеніе мозговой дѣятельности и, одновременно, явленія прилива крови къ головѣ (красное лицо) что часто бываетъ при брюшномъ тифѣ (и иногда проходитъ отъ произвольно наступающаго носоваго кровотеченія) — тогда назначаю не жаропонижающія, а 2 піявки къ носовой перегородкѣ, мѣшокъ со льдомъ на голову, чего нерѣдко и бываетъ достаточно; если замѣчаю угнетеніе мозговой дѣятельности при блѣдномъ лицѣ, то дѣлаю холодныя обливанія головы, даю мускусъ, иногда (обыкновенно въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, при грозящемъ отека мозга) ставлю мушку на заднюю поверхность шеи; при слабомъ пульсѣ, особенно у лицъ, привыкшихъ къ спиртнымъ напиткамъ, даю вино, коньякъ и возбуждающія; въ другихъ случаяхъ для устраненія беспокоящихъ симптомовъ приходится дать слабительное (при запорѣ и кишечномъ метеоризмѣ) и т. д. Если же, обсудивъ состояніе больного, не нахожу основаній ждать пользы отъ названныхъ и другихъ средствъ или, приложивъ послѣднія,

не вижу достаточнаго облегченія и долженъ отнести внушающіе опасенія симптомы къ высокой температурѣ, то прибѣгаю къ противолихорадочнымъ средствамъ—каломелю, прохладнымъ ваннамъ, антифебрину (рѣже антипирину), фенацетину, салициловому натру и хинину.

Показанія къ употребленію каломеля при нѣкоторыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (брюшномъ тифѣ, крупозной пневмоніи, рожѣ и остромъ нефритѣ) уже объяснены мною (1-й выпускъ Клиническихъ Лекцій, изд. 2-е, стр. 124—127).

Прохладныя ванны—температура 24—22° Р. съ пониженіемъ, во время ванны, до 20—18°. Продолжительность ванны опредѣляется особенностями даннаго случая (первая ванна въ присутствіи врача, а послѣдующія—опытнаго фельдшера). Больной опускается въ ванну и поднимается изъ нея на простынѣ. Главныя противопоказанія: поносъ, кишечныя кровотечения, ненадежное состояніе сердца, затрудненіе дыханія (отъ сильнаго бронхита и гипостаза или отъ присоединившейся пневмоніи) и сильно возбужденное состояніе нервной системы. Главное показаніе, кромѣ пониженія температуры,—угнетенное состояніе нервной системы. Прохладныя обтиранія всего тѣла водой съ уксусомъ необходимы для чистоты и обыкновенно пріятны больнымъ (вслѣдствіе легкаго возбужденія нервной системы), но вліяніе ихъ на пониженіе температуры конечно ничтожно.

Прибавлю, что приходится иногда (всего чаще при брюшномъ тифѣ) прибѣгать еще къ одному гидротерапевтическому приему, а именно въ такихъ случаяхъ (обыкновенно въ дальнѣйшемъ теченіи тифа, при значительномъ уже истощеніи больнаго:) палящій жаръ туловища, конечности холодны, весьма слабый пульсъ, сильное мозговое возбужденіе (бессоница и постоянный бредъ). Въ такихъ случаяхъ я даю препараты брома и одновременно кладу разогрѣвающій компрессъ на все тѣло: на постели разстилаются нѣсколько фланелевыхъ одѣялъ, а поверхъ простыня, смоченная комнатною (или нѣсколько холоднѣе) водою; больной, конечно совершенно обнаженный кладется на простыню и заворачивается сначала ею, а потомъ одѣялами. Такое лѣченіе большею частью бываетъ успѣшно: больной успокоивается, перестаетъ бредить, засыпаетъ, палящій жаръ туловища и холодъ конечностей проходитъ, пульсъ улучшается.

Антифебринъ, антипиринъ и фенацетинъ употребляю обыкновенно такимъ образомъ: даю пятигранный (рѣже 3-хъ гранный) приѣмъ, большею частью получаю пониженіе тем-

пературы до 39° и ниже и, пока послѣднее длится, не даю другихъ пріемовъ; вновь повысилась температура за 39° , опять такой же пріемъ и т. д., слѣдовательно несколько не стараюсь понизить температуру до нормы, а довольствуюсь ея пониженіемъ до невнушающей опасенія высоты (тоже при употребленіи *прохладныхъ ваннъ* *). Всего чаще даю антифебринъ или фенацетинъ, а если мало помогаютъ или больной привыкаетъ къ нимъ, то антипиринъ или салициловый натръ (10 грановъ на пріемъ).

Хининъ даю (помимо маляріи) въ тѣхъ случаяхъ, когда лихорадочное состояніе имѣетъ сильноослабляющій или прямо перемежающійся характеръ (при лихорадочномъ состояніи постояннаго типа, *febris continua*, хининъ дѣйствуетъ лишь въ очень большихъ, трудно переносящихся пріемахъ и то несильно и не надолго), всего чаще при лихорадочныхъ катаррахъ дыхательныхъ путей, при затянувшейся пневмоніи, инфлюэнцѣ и брюшномъ тифѣ (если позволяетъ состояніе кишекъ), когда лихорадка изъ постоянной дѣлается сильноослабляющею или перемежающеюся (при постоянной же даю антифебринъ, фенацетинъ и антипиринъ). Даю во время послабленія или перемежки и потому большею частью утромъ (не натощакъ, а послѣ чая или кофе), а не вечеромъ, какъ обыкновенно совѣтуютъ: данный во время послабленія или перемежки лихорадочнаго состоянія хининъ лучше дѣйствуетъ, можетъ быть, потому, что скорѣе всасывается. Пріемъ хинина не довожу до появленія шума въ ушахъ (какъ при лѣченіи маляріи), а даю обыкновенно пятигранные пріемы разъ или два, рѣдко три въ день.

При легочной чахоткѣ главное противолихорадочное и вообще главное средство, конечно, креозотъ (или гваяколь, гваяколь-карбонатъ); но, пока послѣдній начнетъ достаточно дѣйствовать, приходится иногда давать хининъ при послаб-

*) Пониженіе температуры до нормы въ продолженіе всего теченія болѣзни (брюшнаго тифа) при помощи холодныхъ ваннъ или названныхъ жаропонижающихъ средствъ было испытано, но не стало общей практикой (и рекомендуется (холодные ванны) въ настоящее время весьма немногими), потому что во 1-хъ не приноситъ пользы (продолжительность болѣзни не сокращается), а во 2-хъ можетъ вредить: безпрестанныя холодныя ванны, вызывая усиленное производство тепла, увеличиваютъ истощеніе организма, а вышеназванныя *antipyretica*, которыя для постояннаго пониженія повышенной температуры до нормы нужно бываетъ давать въ большихъ пріемахъ, вредно, даже опаснымъ образомъ дѣйствуетъ на сердце; не говоря уже о возможномъ вредѣ отъ прекращенія лихорадки (повышенной температуры), какъ возможной самозащиты организма: такъ нѣкоторые наблюдатели утверждаютъ, что въ случаяхъ брюшнаго тифа, лѣчимыхъ настойчивымъ употребленіемъ холодныхъ ваннъ, чаще бывають рецидивы.

ляющей и перемежающейся лихорадкѣ, а при постоянной — антифебриль, фенацетинъ, антипиринъ (салициловый натръ въ малыхъ приемахъ мало дѣйствителенъ, а въ большихъ скоро портитъ пищевареніе и потому предпочитаю ему послѣдненазванныя средства).

При септицеміи и шѣміи даю, за неимѣніемъ лучшихъ средствъ, креозотъ (или гваяколь и гваяколь - карбонатъ), такъ напр. при лѣченіи эмпіемы (помимо оперативнаго).

Іодъ при грудницѣ.

Давно уже мнѣ пришлось убѣдиться въ пользѣ іода (іодистаго калия) при воспаленіи грудной железы во время кормленія грудью; но изъ литературы и доселѣ не видно, чтобы это средство при лѣченіи названной болѣзни заняло свое надлежащее мѣсто. Въ учебникахъ и руководствахъ фармакологіи, акушерства и хирургіи упоминается (одобрительно или неодобрительно) о іодѣ при гипертрофіи грудной железы и при галакторреѣ; а что касается грудницы, то, напр. у Бильрота (*Болѣзни грудныхъ желѣзъ*, русск. переводъ 1881), въ § о лѣченіи этой болѣзни (стр. 28) находимъ лишь слѣдующую замѣтку: «очень хвалятъ также внутреннее употребленіе іодистаго калия, чтобы вызвать быстрое исчезновеніе молока въ грудяхъ». Такую замѣтку конечно нельзя считать точнымъ показаніемъ. Во многихъ же учебникахъ хирургіи, напр. Дессо, Видаля (1846), Барделебена (1861), Гютера (1882), Тильманса, Альберта (1891) и др., объ употребленіи іода при грудницѣ не упоминается вовсе. Считаю поэтому излишнимъ сказать о своихъ наблюденіяхъ и вытекающихъ изъ нихъ показаніяхъ.

Первый случай — въ декабрѣ 1866 г. Больная 27 лѣтъ, ргімірага, кормила уже пятый мѣсяць, когда заболѣла правая грудь около соска. Больная, по совѣту врача, приняла слабительное и потомъ клала ледяные компрессы на больную грудь — безуспѣшно. На четвертый день заболѣванія больная обратилась ко мнѣ. *Status.* Сложеніе крѣпкое, помимо легкаго лихорадочнаго состоянія и болѣзни грудной железы все въ порядкѣ. Въ правой грудной железнѣ отъ соска внутрь затвердѣніе въ величину куриного яйца, крайне болѣзненное; кожа на мѣстѣ затвердѣнія сильно покраснѣла; объ груди вспухли, сильно напряжены и слегка болѣзненны при давленіи (больная перестала кормить). Назначенъ іодистый калий (ʒj на ʒvj aquae dest., черезъ часъ по столовой

ложкѣ). Къ слѣдующему утру (больная приняла за сутки драхму іодистаго калия) — большое облегченіе: всѣ боли уменьшились; груди значительно опали, затвердѣніе уменьшилось, лихорадки почти нѣтъ. Больная принимала еще два дня по 8 ложекъ и день 4 ложки упомянутаго раствора іодистаго калия и къ концу этого времени—всѣ боли прошли, груди опали окончательно, затвердѣніе исчезло, а образовавшійся около самаго соска ничтожный нарывъ опорожнилъ съ полнаперстка гноя и быстро зажилъ.

Болѣзни грудныхъ желѣзъ, въ томъ числѣ и грудница лежатъ внѣ круга моей обычной практики; но все же за 26 лѣтъ, истекающихъ со времени моего перваго наблюденія, мнѣ пришлось лѣчить не менѣе 20 такихъ случаевъ, какъ вышеописанный: всегда я употреблялъ іодистый калий, какъ вышеупомянуто и всегда съ такимъ же хорошимъ, быстро успѣшнымъ результатомъ *). Я убѣжденъ, что такое своевременное употребленіе іодистаго калия при грудницѣ всегда предотвратитъ образование большаго нарыва и необходимость оперативнаго лѣченія.

Изъ одного соображенія можетъ возникнуть противоположеніе къ лѣченію грудницы іодистымъ калиемъ: такое лѣченіе, какъ сказано, предотвращаетъ образование большаго нарыва, быстро устраняетъ боли, лихорадку и затвердѣніе, словомъ, быстро оканчиваетъ болѣзнь, избавляя больную отъ того истощенія, которое слѣдуетъ за образованіемъ большаго, сопровождаемаго сильною лихорадкою нарыва и за продолжительнымъ теченіемъ болѣзни; но это же лѣченіе прекращаетъ отдѣленіе молока и кормленіе, послѣ болѣзни, становится невозможнымъ. А между тѣмъ бываютъ случаи, что по излѣченіи, — безъ употребленія іодистыхъ препаратовъ,—образовавшагося нарыва женщина можетъ еще кормить грудью. Но всякому извѣстно какъ рѣдки такіе случаи и какъ рѣдко можетъ быть, чтобы женщина, перенесшая нарывъ грудной железы и слѣдовательно пострадавшая въ своемъ здоровьѣ, своихъ силахъ, могла еще кормить ребенка, съ пользою для него и безъ риска опаснаго ослабленія здоровья (и развитія бугорчатки) для себя.

Іодистый калий при грудницѣ слѣдуетъ назначать не только въ такихъ случаяхъ, какъ вышеописанный, но и тогда,

*) Прибавлю, что при этомъ довольствуюсь опорожненіемъ (если таковое понадобится) кишки клистиромъ, слабительнаго не даю (кромѣ пудящихъ къ тому случаевъ), чтобы послѣдующее употребленіе іодистаго калия не вызвало поноса.

когда уже образовался и вскрылся (или былъ вскрытъ) нарывъ, если послѣдній не великъ, а затвердѣніе еще значительно или если кромѣ вскрывшагося нарыва есть еще одно или нѣсколько затвердѣній въ другомъ мѣстѣ железы. Но если нарывъ очень значителенъ, нагноеніе распространилось и на соединительную ткань, окружающую железу, то іодистаго калия назначать не нужно (потому что тогда обыкновенно уже нѣтъ затвердѣній и отдѣленіе молока прекратилось) и не слѣдуетъ по причинѣ истощенія больной.

Упомяну еще объ одномъ случаѣ. Я былъ призванъ къ больной, у которой опасались развитія рака грудной железы. Оказалось, что у больной, — тридцатилѣтней женщины крѣпкаго сложенія, нѣсколько разъ рожавшей, кормившей грудью и прекратившей послѣднее кормленіе мѣсяца четыре назадъ, — есть нѣсколько оставшихся послѣ кормленія, слегка болѣзненныхъ затвердѣній, — каждое величиной въ голубиное яйцо, — въ той и другой грудной железѣ; впрочемъ все въ порядкѣ, сифилиса нѣтъ. Больная принимала, по моему назначенію, іодистый калий (3j на ℥vj aquae dest., по 6 столовыхъ ложекъ въ день) въ теченіе недѣли и затвердѣнія исчезли безслѣдно.

В и с м у т ь .

Въ разсмотрѣнныхъ доселѣ случаяхъ мнѣ не пришлось назначать висмутъ; въ будущемъ конечно встрѣтятся случаи, гдѣ придется употреблять это средство и, слѣдовательно, разсматривать его назначеніе въ данныхъ, индивидуальныхъ условіяхъ. Скажу пока о результатахъ, полученныхъ мною при употребленіи висмута, именно его основной селитроксилой соли (*bismuthum subnitricum*, *magisterium bismuthi*) и о показаніяхъ къ его назначенію. Изъ того, что Нотнагель и Росбахъ (*Handbuch der Arzneimittellehre*, изд. 6-е 1887, стр. 266 и 267) говорятъ о висмутѣ, видно, что они стали цѣнить это средство лишь съ тѣхъ поръ, какъ начали давать его въ большихъ приѣмахъ. Я долженъ повторить тоже самое. Даваемый, у взрослыхъ, по 10 грановъ (въ упорныхъ случаяхъ по 15 и 20 грановъ) на приѣмъ, отъ 3 до 5 разъ въ день, *bismuthum subnitricum* превосходно дѣйствуетъ при хроническихъ поносахъ, какъ зависящихъ отъ кишечнаго катарра, такъ и отъ дизентеріи. При катаррѣ желудка, не осложненномъ пораженіемъ кишекъ,

дѣйствіе висмута (можетъ быть легко болеутоляющее) ничтожно въ сравненіи съ дѣйствіемъ щелочныхъ минеральныхъ водъ, которыя стоятъ здѣсь на первомъ планѣ. При вышеназванныхъ болѣзняхъ кишекъ, особенно болѣе далекихъ отъ желудка частей ихъ, совершенно наоборотъ: на первомъ планѣ висмутъ внутрь и въ клистирахъ, а щелочныя минеральныя воды врядъ ли имѣютъ какое-нибудь значеніе.

Сравнивая висмутъ съ другими, употребляемыми противъ поносовъ средствами, скажу слѣдующее. Висмутъ особенно пригоденъ тогда, когда испражненія часты, болѣзненны, скудны и содержатъ слизь. Въ острыхъ случаяхъ при сильныхъ боляхъ — лучше всего опій (обыкновенно *t-ra opii simplex*). О противопоказаніяхъ къ долговременному употребленію опія (т. е. въ хроническихъ случаяхъ) и о неудобствахъ назначенія танина и уксуснокислаго свинца (потери аппетита, чего не бываетъ при висмутѣ) я уже имѣлъ случай говорить (2-й выпускъ Клиническихъ Лекцій, изд. 2-е, стр. 18 и 19). *Tinctura coto* полезна, когда испражненія рѣдки, неболезненны, но очень обильны и изнуряютъ больныхъ. Бываютъ случаи, гдѣ очень полезно одновременное употребленіе висмута и *t-rae coto*.

При язвѣ желудка Нотнагель и Росбахъ не видѣли пользы отъ основнаго селитроокислаго висмута; мнѣ же извѣстны случаи столь рѣшительнаго улучшенія названной болѣзни при употребленіи этого средства, что я считаю его настоятельно показаннымъ при ней. (См. 2-й выпускъ, 5-е изданіе, стр. 106).

Ревень при острой инфекціонной желтухѣ (Вейлевой болѣзни).

Считаю излишнимъ отмѣтить слѣдующее наблюденіе. Въ клиникѣ были два случая названной болѣзни, совершенно сходные другъ съ другомъ; обѣ больныя — молодыя, бывшія до болѣзни совершенно здоровыми женщины, работницы съ одной фабрики, гдѣ было еще нѣсколько такихъ же больныхъ.

Первая больная поступила въ клинику на 7-й день болѣзни. Въ первые шесть — знобъ, сильный жаръ, слабость (все время лежала), полная потеря аппетита и желтуха. *Status* при приѣмѣ въ клинику: сильная желтуха склеръ и кожи, лихорадки нѣтъ, аппетитъ есть, хотя и небольшой, желудочной диспепсіи нѣтъ, испражненія совершенно не

окрашены желчью, скудны, сухи и очень вонючи, моча содержит желчный пигмент (бѣлка и сахара нѣтъ), затѣмъ въ печени, какъ и вообще въ животѣ, а также въ груди и нервной системѣ ничего ненормальнаго, небольшое похуданіе и общая слабость. Каломель, данный обычнымъ образомъ, послабилъ, но не вызвалъ ни обычныхъ «каломельныхъ», т. е. окрашенныхъ желчью испражнений, ни постепеннаго окрашиванія послѣднихъ желчью и уменьшенія желтухи. Послѣ того больная недѣлю пила Эмсъ, затѣмъ опять каломель и опять недѣлю Эмсъ; при этомъ 2 теплыхъ ванны. Результатъ — нуль. Тогда назначенъ былъ ревенъ въ порошокъ по 5 грановъ дважды въ день: съ первыхъ же дней испраженія стали постепенно окрашиваться желчью и при этомъ сдѣлались обильнѣе, мягче и не вонючи. Черезъ 10 дней испраженія окрасились вполнѣ нормально, желтуха покрововъ исчезала (желтуха мочи исчезла раньше), чувство общей слабости прошло.

Вторая больная поступила въ клинику тоже на 7-й день болѣзни, тоже уже безъ лихорадки (передъ этимъ сильный жаръ и слабость), тоже съ сильной желтухой и вообще совершенно въ такомъ же состояніи, какъ и первая. Прямо былъ назначенъ ревенный порошокъ такимъ же образомъ, какъ и въ первомъ случаѣ и съ такимъ же хорошимъ результатомъ.

II. О лѣченіи бугорчатки средствомъ Коха (туберкулиномъ.)

Проф. Г. А. Захарьина.

(Сообщено въ засѣданіи Физико - Медицинскаго Общества въ Москвѣ 8-го апрѣля 1891 г.).

Въ срединѣ декабря 1890 въ факультетской терапевтической клиникѣ былъ полученъ туберкулинъ; а черезъ двѣ недѣли, послѣ полнаго бактериологическаго изслѣдованія полученной жидкости и по предварительномъ наблюденіи выбранныхъ больныхъ, начались впрыскиванія.

Во избѣжаніе опасныхъ послѣдствій, впрыскиванія начались большею частію не съ одного миллиграмма, — начальной дозы, указанной *Кохомъ*, — а съ одной десятой миллиграмма; лишь у самыхъ надежныхъ больныхъ начинали съ цѣлаго миллиграмма. Точно также наивысшая доза была въ 6 миллиграммовъ, т. е. далеко ниже предѣльной дозы, указанной *Кохомъ*. Благодаря такой осторожности, ни несчастныхъ случаевъ, ни какихъ-либо опасныхъ припадковъ при лѣченіи больныхъ въ клиникѣ не было. Замѣчу, что двумя мѣсяцами позднѣе (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1891, № 12) профессора *Гутманъ* и *Эрлихъ* въ Моабитской больницѣ (въ Берлинѣ), гдѣ впрыскиванія производились подъ наблюденіемъ самого *Коха*, тоже рекомендовали начинать съ одной десятой миллиграмма.

Для того же, чтобы выяснитъ дѣйствіе бѣльшихъ дозъ Коховскаго средства, одновременно начаты были опыты лѣченія туберкулиномъ животныхъ (кроликовъ и морскихъ свинокъ), предварительно зараженныхъ бугорчаткой, причемъ, конечно, уже не стѣснялись величиной дозы. Эти опыты,

такъ же какъ и микроскопическія изслѣдованія измѣненій въ бугорковой ткани, происходящихъ подъ вліяніемъ лѣченія, а равно и бактериологическія изслѣдованія самой Коховской жидкости производились въ лабораторіи профессора *А. И. Бабухина* ассистентомъ клиники д-ромъ *Поповымъ*.

Г. Поповъ сообщитъ сегодня же о своихъ изслѣдованіяхъ; я же скажу лишь, что результаты лѣченія туберкулиномъ животныхъ, зараженныхъ бугорчаткой, совпадаютъ съ результатами нашихъ клиническихъ наблюденій.

Впрыскиванія производились, при самой тщательной дезинфекціи какъ инструментовъ, такъ и кожи больныхъ, свѣжеприготовленнымъ растворомъ туберкулина, а изрѣдка приготовленнымъ наканунѣ, но стерилизованнымъ предъ впрыскиваніемъ. Кромѣ ничтожной боли при уколѣ, никакихъ неприятныхъ явленій при впрыскиваніяхъ ни разу не было, ни послѣдующей боли, ни гнойниковъ и пр.

На описаніи столь часто описанныхъ и столь извѣстныхъ явленій общей и мѣстной (въ пораженныхъ бугорчаткой частяхъ) реакціи не останавливаюсь. Скажу лишь, что намъ приходилось наблюдать кромѣ лихорадочнаго состоянія почти и всѣ другія такъ-называемыя реактивныя явленія въ разныхъ частяхъ организма, такъ же какъ и въ пораженныхъ мѣстахъ приходилось также наблюдать, что въ началѣ небольшихъ впрыскиваній (нѣскольکو десятыхъ миллиграмма) вызывали реакцію, а позднѣе, у того же больного, гораздо большія, напримѣръ, въ 6 миллиграммовъ не вызывали ея.

Перехожу къ главному вопросу, вопросу о лѣчебномъ дѣйствиі туберкулина. Главнымъ предметомъ нашихъ наблюденій было лѣченіе бугорчатки легкихъ.

Всѣхъ больныхъ, которымъ дѣлались впрыскиванія, было 15. За исключеніемъ же одной больной съ волчанкой (*lupus*), протекавшею подъ вліяніемъ лѣченія обычнымъ, столь часто описаннымъ образомъ, — одной больной безъ явнаго туберкулезнаго пораженія, гдѣ впрыскиваніе было сдѣлано съ діагностическою цѣлью и не дало никакого опредѣленнаго результата и одного, не долго остававшагося подъ наблюденіемъ больного съ туберкулезною язвой гортани, послѣ шести впрыскиваній принявшею лучшей видъ, остается 12 больныхъ съ бугорчаткой легкихъ (въ томъ числѣ одинъ съ туберкулезными язвами въ гортани), лѣченіе которыхъ впрыскиваніями туберкулина подлежитъ настоящему обсужденію.

Всѣ больные передъ впрыскиваніями оставались, отъ восьми дней до двухъ недѣль (въ одномъ случаѣ — до 20 дней),

безъ всякаго лѣченія, кромѣ промывательныхъ для устраненія запора и теплаго содержанія (фланель) болящаго бока груди. Гигіеническія условія, въ томъ числѣ и образъ жизни (дѣятельность и отдыхъ), въ которыхъ больные находились въ клиникѣ, слѣдуетъ назвать весьма хорошими, несравненно лучшими, чѣмъ условія, въ которыхъ пребывали больные до поступленія въ клинику. Обыкновенно уже за это время, т. е. еще до начала впрыскиваній состояніе больныхъ нѣсколько улучшалось: нѣсколько уменьшались боли въ груди, кашель, лихорадка и слабость, у нѣкоторыхъ немного увеличивался аппетитъ.

По результатамъ лѣченія упомянутыхъ 12 больныхъ можно раздѣлить на 4 группы.

Первая группа трое больныхъ.—*Больная 21 года*, признаки начальнаго пораженія (хрипы) верхушки праваго легкаго, мокроты — 2—3 плевка, въ мокротѣ бациллъ нѣтъ, эластическія волокна изрѣдка попадаютъ, больная немного лихорадитъ. За время (20 дней) передъ впрыскиваніями—никакой перемѣны въ состояніи больной. Сдѣлано 20 впрыскиваній отъ 1 до 3 миллиграммовъ. Реакція, общая и мѣстная, была очень сильная и, общая, разнообразная. Въ виду сильной реакціи впрыскиванія дѣлались чрезъ сравнительно долгіе промежутки, такъ что продолжались съ конца декабря до конца февраля. *Результатъ:* къ концу февраля мѣстныя явленія не только безъ перемѣны, но появились хрипы въ верхушкѣ и лѣваго легкаго, мокроты стало больше, эластическія волокна по прежнему; аппетитъ очень улучшился, прибѣль въ вѣсѣ за 2 мѣсяца—7 фунтовъ, самочувствіе гораздо лучше. Слѣдуетъ замѣтить, что больная истерична, очень доступна внушенію и самовнушенію, возлагала большую надежду на лѣченіе Коховскими впрыскиваніями и съ нетерпѣніемъ ожидала его. По прекращеніи впрыскиваній больная въ теченіе пяти недѣль принимала креозотъ и мышьякъ и за это время прибѣла въ вѣсѣ еще на 4 фунта и стала меньше лихорадитъ, а мѣстныя явленія остались безъ перемѣны.

Больной 35 лѣтъ, признаки начальнаго пораженія (хрипы) верхушки лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, лихорадки нѣтъ. За время передъ впрыскиваніями состояніе больного не измѣнилось. Сдѣлано 15 впрыскиваній отъ одной десятой миллиграмма до цѣлаго миллиграмма. Послѣ впрыскиваній повышенія температуры не было, но бывало чувство общаго недомоганія и, всякій разъ, увеличеніе количества мочи (кубич. сантиметровъ на 200—

800), безъ альбуминуриі, при томъ же количествѣ питья, также и увеличеніе количества мокроты. *Результатъ*: за мѣсяць больной прибылъ въ вѣсѣ на 6 фунтовъ, самочувствіе нѣсколько улучшилось, хрипы и кашель по прежнему, мокроты больше, бациллы и эластическія волокна — по прежнему.

Больной 19 лѣтъ, хрипы въ мѣстахъ верхушки лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, больной не лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніями боли въ лѣвомъ боку груди стали меньше. Сдѣлано 12 впрыскиваній отъ $\frac{1}{2}$ до 1 миллиграмма. Послѣ впрыскиваній бывали повышенія температуры, усиленіе хриповъ и увеличеніе количества мокроты. *Результатъ*: за мѣсяць больной прибылъ въ вѣсѣ на 4 фунта, самочувствіе нѣсколько улучшилось; хрипы и кашель по прежнему, мокроты больше прежняго, бациллы и эластическія волокна въ ней—по прежнему. По прекращеніи впрыскиваній больной принималъ три недѣли креозотъ и за это время прибылъ въ вѣсѣ еще на три фунта.

Слѣдовательно у всѣхъ трехъ больныхъ въ главномъ, т. е. въ мѣстныхъ симптомахъ, въ состояніи пораженныхъ частей — никакого измѣненія (развѣ къ худшему, потому что мокроты стали побольше и, у первой больной, появились хрипы тамъ, гдѣ ихъ не было), т. е. результатъ — нуль. О значеніи прибавки въ вѣсѣ и лучшаго самочувствія буду говорить ниже.

Вторая группа, четверо больныхъ.—*Больная 22 лѣтъ*, небольшой фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, больная лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніемъ лихорадка и боли въ груди стали меньше. Сдѣлано 10 впрыскиваній, отъ 5 до 7 десятыхъ миллиграмма. Послѣ впрыскиваній бывала сильная реакція, общая и мѣстная (усиленіе кашля и болей въ груди, увеличеніе хриповъ и мокроты, послѣдней—вдвое и втрое больше, она жиже, два раза было небольшое кровохарканье). Впрыскиванія дѣлались черезъ день, а дважды, — послѣ кровохарканій, — были перемежки на три дня. Послѣ десятаго впрыскиванія не было никакой реакціи, но черезъ сутки, т. е. на другой день утромъ, больная залихорадила (39°) и съ тѣхъ поръ стала сильно лихорадитъ, такъ что впрыскиванія были оставлены. *Результатъ*: больная потеряла въ вѣсѣ 3 фунта и стала слабѣе, сильно лихорадитъ, появились обильные хрипы въ верхушкѣ и *другаго, лѣваго легкаго*, бациллы въ мокротѣ по прежнему. По прекращеніи

впрыскиваній и назначенія креозота больной стало лучше и она пришла въ то общее состояніе, въ которомъ была до впрыскиваній, но хрипы на лѣвой сторонѣ остались.

Больная 18 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ лѣваго легкаго, мокроты немного и въ ней за время (недѣлю) передъ впрыскиваніями не найдено ни бациллъ, ни эластическихъ волоконъ, шейныя и подмышечныя железы на лѣвой сторонѣ сильно припухли, но не болятъ и при давленіи неболезненны. Больная лихорадитъ. Сдѣлано 9 впрыскиваній, отъ 1 до 4 десятыхъ миллиграмма, черезъ день или два. Сильная реакція, общая (температура— 40°) и мѣстная: усиленіе хриповъ на лѣвой сторонѣ и появленіе ихъ на правой, гдѣ они остались постоянно. Послѣ четвертаго впрыскиванія показались въ мокротѣ бациллы. Послѣ cadaго впрыскиванія железы болѣли и оставались болѣзненны при давленіи и въ промежуткахъ между впрыскиваніями. *Результатъ*: потеря въ вѣсъ на три фунта, слабость больше, лихорадка сильнѣе, появленіе хриповъ на другой (правой) сторонѣ, мокроты больше, опухшія железы еще увеличились и стали болѣзненны. По прекращеніи впрыскиваній и назначеніи креозота и мышьяка все стало лучше: лихорадка гораздо меньше, вѣсъ тѣла прибываетъ, слабость проходитъ, но хрипы на правой сторонѣ не исчезли, а на лѣвой пришли въ то состояніе, въ которомъ были до впрыскиваній, мокроты меньше, железы стали неболезненны и опали до прежней величины.

Больной 25 лѣтъ, небольшой фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніями лихорадка стала немного меньше. Сдѣлано 17 впрыскиваній отъ $\frac{1}{2}$ до 1 миллиграмма, черезъ день. Послѣ перваго впрыскиванія сильная реакція, общая ($39,4^{\circ}$) и мѣстная. Потомъ реакція стала слабѣть, но послѣ 6-го впрыскиванія, не вызвавшего никакой реакціи, больной вообще залихорадилъ сильнѣе. *Результатъ*: потеря въ вѣсъ на 2 фунта, слабость и лихорадка значительнѣе, хрипы обильнѣе, бациллы и эластическія волокна по прежнему. По прекращеніи впрыскиваній назначень хининъ (два дня), а потомъ креозотъ: въ теченіе недѣли лихорадка уменьшилась.

Больная 23 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, лихорадка. За время до впрыскиваній больная потеряла въ вѣсъ 2 фунта. Сдѣлано 7 впрыскиваній, отъ 1 до 3 десятыхъ миллиграмма, черезъ день. Первые три впрыскиванія вызвали реакцію, общую и

мѣстную; потомъ реакція стала уменьшаться, но больная вообще захворала сильнѣе. *Результатъ*: потеря въ вѣсѣ за время впрыскиваній еще 2 фунта, слабость и лихорадка значительнѣе, остальное безъ перемѣны. По прекращеніи впрыскиваній больная двѣ недѣли принимала креозотъ: улучшенія не было.

Слѣдовательно у всѣхъ четырехъ больныхъ — безспорное ухудшеніе какъ въ общемъ состояніи, такъ и въ мѣстныхъ симптомахъ въ состояніи пораженныхъ частей; кромѣ того, у двухъ, по прекращеніи впрыскиваній и назначеніи креозота и мышьяка, — такое же безспорное улучшеніе, а у третьяго (за время лишь одной недѣли), по крайней мѣрѣ, — начало такого улучшенія.

Третья группа, трое больныхъ. — Больной 19 лѣтъ, фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, чрезвычайныя боли при испражненіи по причинѣ туберкулѣзной язвы in recto, непосредственно надъ сфинктеромъ, лихорадить. Первые три недѣли, въ клиникѣ, принималъ креозотъ и рыбій жиръ и дѣлалъ клистиры съ танниномъ. Никакого улучшенія. Тогда по усиленной просьбѣ отца больного, слѣдовавшаго совѣту весьма опытнаго извѣстнаго врача, лѣчившаго больного прежде, стали дѣлать впрыскиванія, отъ 1 до 4 десятыхъ миллиграмма, всего 11 разъ, обыкновенно черезъ день, лишь однажды съ пятидневнымъ перерывомъ. Реакціи ни общей, ни мѣстной не было; но больной вообще сталъ болѣе лихорадить и слабѣть, хотя продолжалъ принимать креозотъ и рыбій жиръ, а по временамъ и антифебринъ. Язва in recto послѣ 4 впрыскиваній стала выполняться, а послѣ 10 совершенно зарубцевалась, такъ что больной сталъ испражняться (безъ клистира) безъ всякой боли и появленіе крови въ испражненіяхъ прекратилось. *Результатъ*: зарубцеваніе упомянутой язвы, значительное общее ухудшеніе (лихорадка и слабость увеличились, потеря въ вѣсѣ — 5 фунтовъ) и увеличеніе легочнаго фокуса.

Больной 31 года, фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, пораженіе гортани (отекъ надгортанника, инфильтратъ лѣваго lig. aryepiglottici), лихорадка. За время до впрыскиванія — никакой перемѣны въ состояніи больного. Сдѣлано 18 впрыскиваній, отъ 1 до 9 десятыхъ миллиграмма, черезъ день. Общая реакція — ничтожная, мѣстная — больше хриповъ и мокроты, гиперемія гортани. При впрыскиваніяхъ общее состояніе (лихорадка, аппетитъ, сонъ и силы) не улучшалось (скорѣе

ухудшалось) и легочные симптомы не изменялись ни къ лучшему, ни къ худшему; но гортанные симптомы, очень беспокоившіе больного, вначалѣ улучшились: боли стали меньше и голосъ чище. Поэтому впрыскиванія продолжались при одновременномъ назначеніи креозота и мышьяка; но позднѣе состояние гортани стало ухудшаться (боли, отекъ надгортанника и инфильтратъ въ лѣв. lig. ary-epiglott. увеличились, голосъ сталъ хуже), а потому впрыскиванія были прекращены и больной, не могшій оставаться долѣе въ клиникѣ, вышелъ. *Результатъ:* увеличеніе лихорадки и слабости, потеря въ вѣсѣ—7 фунтовъ.

О третьемъ больномъ, состояніе котораго, удовлетворительное до впрыскиваній, весьма ухудшилось послѣ нихъ, будетъ рѣчь ниже.

Слѣдовательно у всѣхъ трехъ больныхъ—большое ухудшеніе.

Четвертая группа, двое больныхъ. Больной 26 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ лѣваго легкаго, слѣды бывшаго плеврита ниже лѣвой лопатки, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадить. За время до впрыскиваній аппетитъ не увеличился, но температура пониже, кашель и боли въ груди поменьше, а самъ больной покрѣпче. Сдѣлано 22 впрыскиванія, отъ 1 до 6 миллиграммовъ, черезъ день. Бывала реакція, общая (наибольшая $38,5^{\circ}$, послѣ впрыскиванія въ 3 миллиграмма) и мѣстная (увеличеніе болей въ груди, кашля, мокроты и хриповъ). Послѣднія три впрыскиванія въ 6 миллиграммовъ не вызвали повышенія температуры. Послѣ восьми впрыскиваній, хрипы выше и ниже лѣвой ключицы исчезли, но потомъ снова появились. *Результатъ:* аппетитъ много лучше, больной прибылъ въ вѣсѣ на 12 фунтовъ и чувствуетъ себя крѣпче, болей въ груди нѣтъ, но попрежнему немного лихорадить, хрипы тоже попрежнему, а мокроты стало вдвое болѣе; бациллы и эластическія волокна въ ней попрежнему; мокрота этого столь поправившагося (въ общемъ состояніи) больного, будучи привита кролику, условила погибель послѣдняго вслѣдствіе развившейся бугорчатки легкихъ и подкожныхъ лимфатическихъ железъ (какъ показало вскрытіе). По прекращеніи впрыскиваній, больной, принимая три недѣли креозотъ, прибылъ въ вѣсѣ еще на $3\frac{1}{2}$ фунта; причемъ количество мокроты снова уменьшилось до того, которое было до впрыскиваній.

Больной 30 лѣтъ, значительный фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадить. За время (10 дней) до впрыскиваній больному стало замѣтно лучше: лихорадка, кашель и боли

въ груди меньше, аппетитъ живѣе. Сдѣланы 22 впрыскиванія, отъ 1 до 6 миллиграммовъ, черезъ день. Бывала реакція, общая и мѣстная. Послѣ перваго впрыскиванія (1 миллигр.) — $38,2^{\circ}$, послѣ втораго (2 миллигр.) — $38,9^{\circ}$, затѣмъ слабѣе и послѣднія три впрыскиванія, въ 6 миллиграммовъ каждое, не вызывали никакого повышенія температуры. *Результатъ*: аппетитъ лучше, прибыль въ вѣсѣ — $10\frac{1}{2}$ фунтовъ, самъ больной крѣпче, мокроты—вдвое меньше; кашель тоже меньше, но по прежнему есть небольшая лихорадка, бациллы и эластическія волокна въ мокротѣ — по прежнему бронхиальное дыханіе и глухой звукъ (при постукиваніи) — безъ перемѣны, хриповъ меньше, но они замѣчаются на томъ же протяженіи. По прекращеніи впрыскиваній больной три недѣли принималъ креозотъ и прибыль въ вѣсѣ еще на $3\frac{1}{2}$ фунта.

Слѣдовательно, въ обоихъ случаяхъ— значительное улучшение общаго состоянія (питанія и силъ) безъ рѣшительныхъ перемѣнъ въ мѣстныхъ симптомахъ, въ состояніи пораженныхъ частей.

Общій выводъ изъ всѣхъ 12 случаевъ таковъ: въ двухъ— значительное общее улучшение, въ трехъ — незначительное, безъ рѣшительныхъ перемѣнъ въ состояніи пораженныхъ частей во всѣхъ пяти случаяхъ; въ остальныхъ семи случаяхъ безспорное, общее и мѣстное, ухудшеніе, въ четырехъ— значительное, въ трехъ — весьма большое. Кромѣ того, изъ послѣднихъ семи случаевъ, по прекращеніи впрыскиваній и по назначеніи другаго лѣченія, въ трехъ ухудшеніе прошло и больные пришли въ то состояніе, въ которомъ были до впрыскиваній, а въ одномъ ухудшеніе начало проходить.

Обращусь теперь къ сообщеніямъ другихъ наблюдателей, породившимъ уже цѣлую литературу.

Общій характеръ ихъ таковъ: начальныя отличаются энтузіазмомъ, позднѣйшія — трезвостью; но фактическая сторона въ обоихъ—одинакова.

Для примѣра остановлюсь на одномъ изъ позднѣйшихъ, весьма трезвомъ сообщеніи нѣмецкаго клинициста, профессора *Наунина* въ Страсбургѣ (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1891, № 9).

Всѣхъ случаевъ 60: изъ нихъ «около 40 или болѣе» относятся къ начальному періоду легочной бугорчатки, остальные же къ ея дальнѣйшему теченію: въ этихъ послѣднихъ *Наунинъ* всегда наблюдалъ значительное ухудшеніе и долженъ былъ прекращать впрыскиванія.

Изъ 40 («или болѣе») начальныхъ случаевъ лишь 9 улучшились при впрыскиваніяхъ: прибавка въ вѣсъ (до 9 фунтовъ), мокроты меньше, въ двухъ случаяхъ исчезли бациллы; но «улучшенія мѣстнаго процесса замѣтно было весьма мало, лишь въ двухъ случаяхъ мы рѣшились занести въ протоколъ, что хрипы стали рѣшительно меньше». Около 20 случаевъ не представили никакой перемѣны, ни къ лучшему, ни къ худшему; 12-же — рѣшительно ухудшились, въ томъ числѣ 6 — весьма значительно: ухудшеніе состояло въ усиленіи лихорадки, увеличеніи и распространеніи мѣстныхъ явленій (въ началѣ односторонній процессъ становился замѣтенъ въ обоихъ легкихъ).

Одинъ случай въ особенности заставилъ автора призадуматься («hat mir noch mehr zu denken gegeben»). Больной 18 лѣтъ, верхушечный катарръ, состояніе силъ хорошее. Послѣ впрыскиванія въ 2 миллигр. температура $39,0^{\circ}$, на другой день лихорадки нѣтъ. Черезъ два дня — впрыскиваніе въ 3 миллигр., послѣ чего реакція въ $39,7^{\circ}$, а потомъ постоянное лихорадочное состояніе, сначала умѣренное, но потомъ усиливавшееся съ каждымъ днемъ. Къ этому присоединились одышка и синюха и черезъ двѣ недѣли больной скончался. Вскрытіе показало свѣжую острую милиарную бугорчатку.

Въ нѣкоторыхъ сообщеніяхъ встрѣчаются заявленія, что были случаи (обыкновенно 1—2 на нѣсколько десятковъ), которые «можно считать излѣченными». Критеріями такого излѣченія считаются: при улучшеніи общаго состоянія исчезновеніе мѣстныхъ явленій (обыкновенно хриповъ, и до впрыскиваній бывшихъ незначительными) и бациллоу въ мокротѣ, прекращеніе выдѣленія послѣдней и кашля, а также ненаступленіе реакціи послѣ впрыскиваній. Не говоря уже о малочисленности и кратковременности такихъ наблюденій, ненадежность упомянутыхъ основаній для заключенія объ излѣченіи и, слѣдовательно, преждевременность такого заключенія очевидны. Реакція, общая и мѣстная, часто перестаетъ наступать не только прежде излѣченія мѣстнаго процесса (которое и вообще не доказано), а когда послѣдній еще распространяется; намъ приходилось наблюдать это при легочной бугорчаткѣ; извѣстные французскіе дерматологи (въ парижской больницѣ St. Louis) видѣли тоже при прямо доступномъ глазу пораженіи, волчанкѣ кожи. Исчезновеніе мѣстныхъ явленій, конечно незначительныхъ, при улучшеніи общаго состоянія, давно извѣстно, наблюдается при прежнихъ спо-

собах лѣченія и никоимъ образомъ не доказываетъ прямого излѣчивающаго влiянiя туберкулина на бугорковое пораженiе.

Науинъ весьма трезво относится къ вопросу объ излѣченiи легочной бугорчатки впрыскиванiями туберкулина. Онъ сообщаетъ два случая, которые, говоритъ онъ «можно бы было» демонстрировать, какъ явныя поразительныя («eclatanteste») доказательства того, что Коховъ способъ излѣчиваетъ бугорчатку. Приводимъ одинъ изъ нихъ.

Больной не представляетъ ничего указывающаго на бугорчатку: но наследственные данныя неблагоприятны. Съ нѣкотораго времени онъ жалуется на боли въ груди. При изслѣдованiи профессора *Науинъ* и *Комсъ* нашли лишь шумъ тревiя плевры во многихъ мѣстахъ на обѣихъ половинахъ груди. Помимо болей въ груди, больной чувствуетъ себя хорошо. Стали дѣлать пробныя впрыскиванiя. Больной реагировалъ и послѣ третьяго впрыскиванiя показала мокрота и въ ней бациллы. Такъ шло нѣсколько времени, потомъ бациллы исчезли, а затѣмъ прекратилось и выдѣленiе мокроты. Впрыскиванiя продолжались до большихъ дозъ (до 60 миллиграммовъ), а потомъ были прекращены, потому что больной давно пересталъ реагировать.

Науинъ спрашиваетъ: доказываетъ ли этотъ случай излѣченiе бугорчатки туберкулиномъ и отвѣчаетъ «нѣтъ», рассуждая такъ: данный случай показываетъ, что впрыскиванiя туберкулина тронули фокусъ, но не доказываетъ, чтобы фокусъ былъ излѣченъ. Прекращенiе выдѣленiя мокроты и въ ней бациллъ могло зависѣть отъ того, что дальнѣшнiя впрыскиванiя были не въ состоянiи вызвать мѣстную реакцiю (какъ не вызывали уже и общей); что это бываетъ, доказываютъ наблюденiя надъ лѣченiемъ волчанки кожи впрыскиванiями туберкулина (о чемъ упомянуто мною выше).

Мало того, *Науинъ* ставитъ и вполне основательно, вопросъ: можно ли въ такихъ случаяхъ, какъ сообщенный имъ, подвергать больныхъ лѣченiю туберкулиномъ и указываетъ на возможность не только того, что тронутый фокусъ остался неизлѣченнымъ, но и на то, что при выдѣленiи мокроты, содержащей бациллы, изъ фокуса часть ея выводилась наружу кашлемъ, а другая могла аспирироваться здоровыми частями легкаго и заражать ихъ. Никто не можетъ утверждать, говоритъ онъ, что зараженiе такимъ путемъ невозможно.

Иллюстрацiей къ этому можетъ служить вышеупомянутый (10-й) случай нашихъ наблюденiй, который теперь опишу подробно. Больной, 43 лѣтъ, сталъ кашлять, слабѣть и по

временамъ лихорадить два года назадъ. Послѣ лѣченія кумысомъ лѣтомъ 1889 года очень поправился и съ тѣхъ поръ и до настоящаго времени (конецъ декабря 1890) чувствуетъ себя вполне хорошо, говоритъ, что считалъ бы себя здоровымъ, если бы врачи не говорили ему, что у него есть поражение легкаго: за послѣдніе полтора года лихорадочнаго состоянія ни разу не было, аппетитъ постоянно хорошъ, силы—почти какъ у здороваго, кашель небольшой, мокроты 2—3 плевка—по утрамъ, въ ней—бациллы. При объективномъ изслѣдованіи оказываются признаки небольшого фокуса въ верхушкѣ лѣваго легкаго (звукъ поглуше и хрипы только при кашлѣ). Первое впрыскиваніе (1 миллигр.) вызвало лишь чувство недомоганія, — безъ повышенія температуры, — усиленіе кашля и увеличеніе количества мокроты. Второе (тоже въ 1 миллигр.), сдѣланное на другой день, вызвало сильный знобъ, повышеніе температуры ($38,3^{\circ}$) и значительное ожесточеніе мѣстныхъ симптомовъ: появились боли въ груди и одышка, кашель очень усилился, мокрота стала очень обильна (до 45 куб. сант. въ сутки) и богата бациллами, хрипы крайне умножились. Впрыскиваній болѣе не дѣлали, но больной продолжалъ лихорадить, потерялъ аппетитъ и сильно ослабѣлъ. Было назначено соответствующее лѣченіе (главнымъ образомъ креозотъ и рыбій жиръ), но лишь много позднѣе, уже по выходѣ изъ клиники, стали постепенно стихать ожесточившіеся грудные симптомы, поправляться силы, и больной пришелъ въ прежнее хорошее состояніе.

Изложивъ наши клиническія наблюденія и коснувшись наблюденій другихъ клиницистовъ, сведемъ теперь все важнѣйшее, что показали клиническія, патолого-анатомическія, гистологическія, химическія и бактериологическія изслѣдованія о дѣйствиіи впрыскиваній туберкулина. Объ опытахъ надъ животными сообщитъ г. Поповъ: результаты его изслѣдованій, какъ выше упомянуто, согласны съ результатами нашихъ клиническихъ наблюденій.

- 1) Бациллы остаются живыми и болѣзнетворными.
- 2) Разрѣшеніе (*resolutio*) бугорковъ путемъ всасыванія, безъ разрушенія окружающей ихъ ткани, не доказано и, въ виду данныхъ, добытыхъ прижизненными наблюденіями и вскрытіями, — уже весьма многочисленными, — невѣроятно.
- 3) Туберкулинъ разрушаетъ бугорки и окружающую ихъ ткань.
- 4) При туберкулѣзныхъ пораженіяхъ на свободныхъ поверхностяхъ (кожа, носъ, ротъ, глотка, гортань, кишки и др.),

по удаленіи разрушенныхъ частей, можетъ послѣдовать рубцеваніе оставшихся язвъ, которому туберкулинъ способствуетъ.

5) При туберкулёзныхъ пораженіяхъ не на свободныхъ поверхностяхъ, напримѣръ, въ легочной паренхимѣ, гдѣ разрушенныя части выводятся не столь свободно и могутъ застаиваться, присутствіе ихъ вызываетъ изнурительную лихорадку. Такъ больные со старыми, по всей вѣроятности, инкапсулированными фокусами, чувствуящіе себя удовлетворительно, не лихорадящіе, мало кашляющіе и мало выводящіе мокроты, при томъ не содержащей бациллоу, при впрыскиваніяхъ туберкулина начинаютъ выводить много обильной бациллами мокроты и вмѣстѣ лихорадить, слабѣть и, нерѣдко, представлять признаки распространенія туберкулёзнаго процесса.

6) Разрушеніе бугорковъ и окружающей ихъ ткани иногда можетъ прямо повести къ крайне опаснымъ послѣдствіямъ, напримѣръ продыравленію кишечной стѣнки, образованію плевмоторакса.

7) Впрыскиванія туберкулина не только не предохраняютъ отъ дальнѣйшаго зараженія туберкулёзными бациллами, не иммунизируютъ, но, напротивъ, могутъ вести къ распространенію бугорчатки, къ зараженію дотолѣ здоровыхъ частей путемъ аспираціи (въ легкихъ) разрушенныхъ массъ, содержащихъ однако живыхъ бациллъ, или путемъ поступленія такихъ массъ въ кровь.

8) Такъ называемая реакція, общая и мѣстная, слѣдующая за впрыскиваніями туберкулина, сама уже можетъ повести къ опаснымъ послѣдствіямъ. Діагностическое значеніе ея невѣрно и не туберкулёзные могутъ реагировать и туберкулёзные могутъ не реагировать. При томъ усовершенствованіи діагностики бугорчатки, которымъ мы обязаны самому же *Коху*, прибѣгать къ такому невѣрному и рискованному способу діагноза, какъ «реакція», придется, если придется, въ рѣдчайшихъ, исключительныхъ случаяхъ.

9) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (небольшомъ меньшинствѣ, какъ видно, напримѣръ, изъ наблюденій *Наунина* и нашихъ) при впрыскиваніяхъ туберкулина аппетитъ очень усиливается, больные прибываютъ въ вѣсѣ и чувствуютъ себя крѣпче. Отъ чего можетъ зависѣть такое улучшеніе? Въ нашихъ случаяхъ всѣ больные пользовались въ клиникѣ лучшими, большею частью несравненно лучшими гигиеническими условіями, чѣмъ тѣ, въ которыхъ они находились до поступленія въ клинику и притомъ мѣняли прежній неправильный, безпокойный, иногда прямо вредный для здоровья образъ жизни

на правильный и покойный, прежнее угнетенное (тревожное за свое здоровье) душевное настроеніе—на болѣе бодрое, обнадеженное. Признавая, конечно, вліяніе такихъ условій на улучшеніе состоянія больныхъ, нельзя, повидимому, отрицать и вліянія туберкулина: за это говорятъ усиленіе животнаго обмѣна (какъ наблюдалъ *Клемпереръ* въ клиникѣ профессора *Лейдена*), полиурія (такъ въ нашемъ второмъ случаѣ) и другія явленія, наблюдаемыя при вспрыскиваніяхъ туберкулина и свидѣтельствующія о сильномъ дѣйствиі послѣдняго на питаніе, а слѣдовательно, и о возможномъ вліяніи на увеличеніе аппетита.

10) При такомъ общемъ улучшеніи иногда значительно уменьшаются, даже совершенно исчезаютъ (надолго ли?) мѣстныя явленія, т.-е. боли въ груди, кашель, бациллы въ мокротѣ, выдѣленіе послѣдней прекращается и при выслушиваніи не замѣчается хриповъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго, что же слѣдуетъ заключить о достоинствѣ коховскаго способа лѣченія, т.-е. впрыскиваній туберкулина?

Прежде отвѣта на этотъ вопросъ слѣдуетъ, конечно, взвѣснить достоинство нашихъ прежнихъ методовъ лѣченія: употребленія кумыса, креозота, мышьяка и рыбьяго жира, при необходимомъ симптоматическомъ лѣченіи (устраненіе тяжелыхъ и ослабляющихъ симптомовъ) и при правильныхъ гигиеническихъ мѣрахъ (въ томъ числѣ, конечно, и климатическихъ). Чего мы достигали такимъ лѣченіемъ? Какой опытный врачъ не наблюдалъ даже и въ дальнѣйшемъ теченіи (конечно не въ послѣднемъ періодѣ) легочной чахотки значительнаго улучшенія на долгое время, на годы, а въ начальномъ періодѣ—полнаго возстановленія общаго здоровья *ad integrum* и, мѣстно, полнаго исчезновенія всѣхъ симптомовъ, субъективныхъ и объективныхъ, за исключеніемъ развѣ небольшой разницы въ дыхательномъ шумѣ между здоровою легочною верхушкой и той, которая была поражена? Какой опытный врачъ не наблюдалъ, что такое возстановленіе здоровья, излѣченіе можетъ длиться многіе годы? Мнѣ приходилось наблюдать такихъ излѣченныхъ больныхъ 1—2 пятилѣтія, прежде чѣмъ я терялъ ихъ изъ виду. Правда, иногда послѣ нѣсколькихъ лѣтъ такого хорошаго состоянія больные вновь являлись съ симптомами легочной бугорчатки; но обыкновенно оказывается, что новому появленію такихъ симптомовъ предшествуетъ ослабленіе общаго состоянія здоровья вслѣдствіе неправильнаго образа жизни, неудовлетворительныхъ гигие-

ническихъ условій или перенесенной тяжелой болѣзни, такъ что въ такихъ случаяхъ остается вопросомъ, вспыхнулъ ли старый фокусъ или произошло новое зараженіе. Наконецъ, приложеніе вышеназванныхъ прежнихъ способовъ лѣченія, доводятъ ли они до упомянутыхъ хорошихъ результатовъ или нѣтъ, не сопряжено ни съ какимъ рискомъ, ни съ какими опасностями, которыми такъ богато лѣченіе впрыскиваніями туберкулина.

Что сказать о соединеніи, одновременномъ употребленіи прежнихъ способовъ лѣченія и впрыскиваній туберкулина? Не говорю о томъ, что въ двухъ изъ нашихъ случаевъ (8-й и 9-й) такое соединеніе не дало никакихъ добрыхъ результатовъ, не говорю потому, что изъ двухъ случаевъ нельзя вывести никакихъ заключеній; но вообще, какое же основаніе соединять вѣрные, нерискованные, не опасные прежніе способы лѣченія съ невѣрнымъ по своей, если можно такъ выразиться, лотерейности, могущимъ вызвать крайнюю опасность новымъ способомъ, не только не представляющимъ никакихъ преимуществъ, но далеко не доказавшимъ, что можетъ достигнуть того, чего достигали прежніе способы.

А способствованіе, спросить, заживленію упорныхъ туберкулѣзныхъ язвъ, напримѣръ гортани? Развѣ въ исключительныхъ случаяхъ можно съ этою цѣлью рѣшиться на впрыскиванія туберкулина въ виду возможности тронуть ими скрытно, незамѣтно существующій туберкулѣзный фокусъ и тѣмъ вызвать опасность изнурительной лихорадки и распространенія туберкулѣза.

Поэтому на вопросъ: созрѣло ли для практики лѣченіе бугорчатки, въ особенности бугорчатки внутреннихъ органовъ, главное легкихъ — впрыскиваніями туберкулина? Мы можемъ отвѣтить лишь: *нѣтъ, не созрѣло*. Созрѣетъ ли когда — покажетъ будущее.

III. Средство Коха по опытамъ надъ животными.

Профессора П. М. Попова.

(Изъ Лабораторіи проф. А. И. Бабухина).

(Сообщено въ засѣданіи Физико-Медицинскаго Общества въ Москвѣ
8-го апрѣля 1891 г.).

Свои изслѣдованія надъ коховской жидкостью я началъ бактериологическимъ анализомъ ея. Впервыхъ, изъ всѣхъ пяти флаконовъ, которые имѣлись у насъ въ распоряженіи, были сдѣланы препараты и рассмотрѣны безо всякой окраски въ масляный апохроматъ Цейса 1,5 мм. фокуснаго разстоянія. Въ препаратахъ обнаружено было присутствіе микроорганизмовъ бациллярной и кокковой формъ. Кромѣ того были сдѣланы фиксированное препараты и окрашены по Цилю,—но ни въ одномъ препаратѣ не было найдено коховскихъ бациллъ. Затѣмъ были сдѣланы посѣвы на слѣдующихъ питательныхъ средахъ: на желатинѣ, агаръ-агаръ простомъ и на 8% глицериновомъ агаръ-агаръ въ табакеркахъ *Petri*; сдѣланъ посѣвъ чертою (*Strichcultur*) на кровяной сывороткѣ и наконецъ, сдѣланъ посѣвъ также въ табакеркѣ *Petri* на толстомъ слоѣ глицериноваго агаръ-агара съ цѣлью дать возможность развиться бугорковымъ палочкамъ, буде онѣ имѣются въ жидкости.

На всѣхъ питательныхъ средахъ получились колоніи микроорганизмовъ кокковой и бациллярной формъ, которыя по виду и по характеристическому росту на питательныхъ субстратахъ нужно было признать за *bacil. subtilis* и за сардину—бѣлую и желтую. Непатогенность полученныхъ микро-

организмовъ была доказана прививкой ихъ въ ушную вену кроликамъ: всѣ кролики остались живы и не обнаружили признаковъ заболѣванія. Такимъ образомъ было установлено, что коховская жидкость, съ которою мы имѣли дѣло, не содержала ни бугорковыхъ бациллъ, ни другихъ какихъ-либо патогенныхъ микроорганизмовъ; полученные же микробы можно было третировать, какъ результатъ возможнаго, случайнаго загрязненія жидкости при ея приготовленіи, укупоркѣ и т. д. Здѣсь же замѣчу кстати, что реакція жидкости во всѣхъ флаконахъ была щелочная.

Еще въ своемъ первомъ сообщеніи на международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Берлинѣ проф. Кохъ заявилъ, что ему удалось найти средство, которое въ состояніи сдѣлать животныхъ невоспріимчивыми къ прививкѣ туберкулёзныхъ бациллъ; во второмъ, ноябрьскомъ сообщеніи, когда Кохъ обнародовалъ свои наблюденія, онъ вновь упомянулъ объ этомъ свойствѣ своего средства. Желая убѣдиться въ способности жидкости Коха иммунизировать животныхъ, я произвелъ слѣдующій опытъ.

Было взято пять кроликовъ, всѣ они были взвѣшены и у всѣхъ была измѣрена температура. Затѣмъ въ теченіе 3½ недѣль кроликамъ впрыскивался туберкулинъ каждый день. Въ виду того, что Кохомъ не была указана доза, дающая животнымъ иммунитетъ, я впрыскивалъ не всѣмъ кроликамъ одинаковую дозу. Двумъ кроликамъ впрыскивалось, начиная съ 2 сантиграм. и до полутора дециграмма; двумъ другимъ доза была доведена до 2,5 дециграм. и третьему лишь до 8 сантиграм. Никакой реакціи общей послѣ впрыскиваній замѣчено не было. Температура измѣрялась многократно, спустя 2, 4, 8 и 24 часа послѣ впрыскиванья, — ни разу не было замѣчено повышенія температуры. Кролики были веселы, хорошо ѣли и ко времени прекращенія впрыскиваній всѣ пять кроликовъ прибыли въ вѣсѣ отъ 85 до 120 gm. Что касается прибыли въ вѣсѣ, то она, по моему, можетъ быть объяснима тѣмъ, что кролики въ отношеніи питанія находились въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ раньше: имъ въ волю давался овесъ, морковь и сѣно, тогда какъ до опыта имъ давалось почти исключительно одно сѣно. На 26 день тремъ кроликамъ послѣ 25 впрыскиваній (максимальная доза туберкулина была 0,08 для одного, 0,15 для другаго и 0,25 для третьяго) была впрыснута подъ кожу живота высушенная подъ эксикаторомъ туберкулёзная мокрота; четвертый кроликъ (максимальная доза туберкулина—0,15) былъ убитъ и при аутопсіи всѣ органы

найлены были здоровыми безъ слѣда гдѣ-либо туберкулёзнаго процесса. Пятый кроликъ (максимальная доза туберкулина— 0,25) живъ доселѣ, — прошло со дня перваго впрыскиванья 3 мѣсяца; онъ прибылъ въ вѣсъ на 105 gm. и не представляетъ признаковъ какого-либо нездоровья.

Такимъ образомъ изъ опыта надъ кроликомъ четвертымъ и пятымъ можно заключить, что сама жидкость туберкулёза у кроликовъ не вызываетъ: но она и не дѣлаетъ ихъ иммунными къ туберкулёзу, что видно изъ судьбы тѣхъ 3-хъ кроликовъ, которымъ, какъ выше упомянуто, привита была мокрота. Къ концу второй недѣли со дня прививки у нихъ вблизи мѣста укола припухли железки; температура стала выше— 39,4 — 39,6°, тогда какъ раньше она была не выше 38,6°. Кролики стали постепенно худѣть и къ концу пятой недѣли одинъ потерялъ въ вѣсѣ 85 gm., другой 165 gm. и третій 98 gm. Первый изъ нихъ былъ убитъ, при чемъ найдены были туберкулёзные фокусы въ легкихъ и туберкулёзное пораженіе подкожныхъ железъ. Второй кроликъ погибъ на седьмой недѣлѣ; при вскрытіи констатированъ туберкулёзъ легкихъ, печени и подкожныхъ железъ. Третій кроликъ живъ доселѣ, но онъ очень худъ и слабъ; лопатки его рѣзко выдаются, t° его 39,6, онъ плохо ѣстъ кормъ и вмѣсто прежнихъ 1080 gm. вѣситъ всего 710 gm. Желая узнать, можетъ-ли Коховская жидкость задержать развитіе бугорковыхъ бациллъ внѣ организма, я взялъ искусственныя питательныя среды—бульонъ съ глицериномъ, кровяную сыворотку и глицериновый агаръ-агаръ—прибавилъ отъ 1 до 6 капель жидкости на 10 к. с. питательной среды и сдѣлалъ посѣвы чистой культуры *bacillus tuberculosis*. Получился отрицательный результатъ: задержки развитія культуры не получилось ни на одномъ питательномъ субстратѣ.

Перехожу теперь къ изложенію опытовъ лѣченія коховской жидкостью туберкулёзныхъ животныхъ. Для этой серіи опытовъ животныя (кролики и морскія свинки) были раздѣлены на двѣ группы.

Въ группѣ первой было 3 кролика и 2 свинки. Два кролика и обѣ свинки были заражены прививкой туберкулёзной мокроты подъ кожу живота; третьему кролику была введена въ шейную вену чистая культура туберкулёзныхъ бациллъ. По наступленіи явныхъ признаковъ заболѣванія — припуханіе железъ вблизи мѣста прививки мокроты, повышеніе температуры, убыль въ вѣсѣ, — животнымъ дѣлались инъекціи сначала черезъ день, а потомъ каждый день, начиная съ 0,01 и до 0,25 кроликамъ; доза свинкамъ не превышала 0,15.

Во второй группѣ было 3 кролика и 2 свинки. Всѣ животныя были заражены прививкой туберкулёзной мокроты; одновременно, не дожидаясь наступленія симптомовъ заболѣванія, начаты были инъекціи, также сначала черезъ день, а потомъ каждый день; доза была та же, что и животнымъ первой групппы.

Разсмотримъ теченіе туберкулёза у первой групппы. Какъ я уже сказалъ, въ этой группѣ 2 кролика и 2 свинки были заражены впрыскиваніемъ мокроты, третій кроликъ зараженъ введеніемъ чистой культуры въ шейную вену.

У одного изъ первыхъ двухъ кроликовъ признаки заболѣванія обнаружались на 12-й день послѣ прививки: припухли железы на животѣ, t° $39,1^{\circ}$, вмѣсто прежней $38,2^{\circ}$, вѣсъ сталъ меньше (810 gm. вмѣсто прежнихъ 995). На 12-й же день начаты были инъекціи; всѣхъ инъекцій было 20, максимальная доза 0,17. Что касается такъ называемой реакціи послѣ впрыскиванія коховской жидкости, то какъ у этого кролика, такъ и у всѣхъ другихъ животныхъ и первой, и второй групппы, общей реакціи, т. е. высокой лихорадки (t° измѣрялась черезъ 2, 4, 8 и 24 часа), нервныхъ явленій (безпокойство или сонливость),—не удалось замѣтить. Правда, иногда температура бывала выше, спустя 2—6 часовъ послѣ инъекцій, чѣмъ до нея, но разница была всего въ 2—3 десятыхъ градуса. Мѣстная реакція выразилась лишь у одного кролика первой групппы, о которомъ только что шла рѣчь. Послѣ первыхъ 3—4 инъекцій железки, особенно на животѣ, стали замѣтно увеличиваться и сдѣлались болѣзненными при давленіи; припухли также паховыя и шейныя железки. При послѣдующихъ инъекціяхъ железки становились все больше и все болѣзненнѣе и на 20-й день отъ начала инъекцій одна изъ железъ на животѣ достигла величины грецкого орѣха и была очень чувствительна при давленіи. Исторія болѣзни этого кролика аналогична въ этомъ отношеніи съ исторіей одной больной въ клиникѣ проф. Г. А. Захарьина, гдѣ железы, шейныя и подмышечныя, послѣ инъекцій также припухали и становились болѣзненными.

На 36-й день послѣ зараженія кроликъ палъ. Вскрытіе показало, что поражены не только подкожныя железы на животѣ, на шеѣ и въ пахахъ, но также железы бронхіальныя и мезентеріальныя. Железы гиперемированы, нѣкоторыя изъ нихъ казеозно перерождены; изъ нихъ при разрывѣ вываливается полужидкая казеозная масса.

Въ легкихъ и другихъ органахъ туберкулёзнаго пораженія не было найдено, — процессъ локализовался только въ лимфатической системѣ.

Второй кроликъ прожилъ со дня зараженія 54 дня; ему было сдѣлано 30 инъекцій (максимальная доза 0,25). При вскрытіи — туберкулёзъ въ легкихъ, печени и подкожныхъ железахъ.

Третій кроликъ, зараженный прививкой въ вену чистой культуры былъ убитъ на 56-й день послѣ зараженія; сдѣлано было всѣхъ инъекцій 35, послѣднія пять въ 0,25. При аутопсіи — туберкулёзное пораженіе легкихъ, печени, были узлы на брюшинѣ; поражены мезентеріальныя железы. Какъ видно изъ только что изложеннаго, продолжительность теченія туберкулёза у обоихъ кроликовъ, зараженныхъ прививкой мокроты, была обычная, какъ она бываетъ при предоставленномъ самому себѣ, естественномъ ходѣ этого страданія у животныхъ.

Что касается кролика, который былъ зараженъ чистой культурой, то медленность развитія процесса можно объяснить тѣмъ, что взятая культура, во-первыхъ, была нѣсколько ослабленная (она сохраняется повторной прививкой почти годъ), а во-вторыхъ, она была взята съ глицериноваго агарь-агара, а самъ *Ry*, изобрѣтатель способа культивировки *bacillus tuberculosis* на 8% глицериновомъ агарь-агарѣ, говоритъ, что воспитанная такимъ образомъ культура никогда не бываетъ такъ сильна и энергична, какъ культура съ кровяной сыворотки. Такимъ образомъ едва ли можно признать, что теченіе туберкулёзнаго процесса и у этого кролика было задержано.

Интересно прослѣдить колебаніе въ вѣсѣ, которое наблюдалось у всѣхъ кроликовъ во время инъекціи. Здѣсь не приведены таблицы, которыя велись для каждаго животнаго и гдѣ подробно отмѣчены колебанія, какъ вѣса, такъ и температуры за все время наблюденій. У всѣхъ у нихъ вѣсъ, упавшій за время, протекшее со дня инъекціи до начала впрыскиваній, сталъ послѣ первыхъ инъекцій увеличиваться и у одного кролика не только достигъ первоначальной цифры, бывшей до зараженія, но и превысилъ ее на 40 gm. Такъ вѣсъ до прививки мокроты 1304 gm.; вѣсъ 20 дней спустя, ко дню начала инъекцій 1007 gm.; вѣсъ черезъ 12 дней послѣ впрыскиваній — 1155 gm.; еще черезъ 16 дней — 1340. Затѣмъ началось постепенное паденіе вѣса. Точно также и у остальныхъ двухъ кроликовъ наблюдалось увеличеніе вѣса въ теченіе 12 дней у одного и 23 дней у дру-

гаго кролика. Рядомъ съ увеличеніемъ вѣса шло и ослабленіе лихорадки: температура, колебавшаяся до инъекцій между $38,8 - 39,6^{\circ}$, въ первое время инъекцій, совпавшее съ увеличеніемъ вѣса, была $38,4 - 38,9^{\circ}$. Передъ начавшимся вновь паденіемъ вѣса она снова поднялась и была выше 39° .

Въ Deutsche med. Wochenschrift была помѣщена работа *Klemperer*'а надъ причиною увеличенія вѣса туберкулѣзныхъ больныхъ, лѣченныхъ инъекціями туберкулина въ клиникѣ *Лейдена*. Работа эта показываетъ, что причина—не въ замедленіи обмѣна веществъ, такъ какъ обмѣнъ вещества наоборотъ ускоряется, а въ усиленіи аппетита. Что аппетитъ дѣйствительно увеличивается—это фактъ, отмѣченный какъ у насъ въ клиникѣ, такъ и въ лабораторіи на кроликахъ: послѣдніе съѣдали больше моркови и овса. Но почему онъ увеличивается—этотъ вопросъ остается еще открытымъ; онъ находится въ связи съ фармакодинамикой средства. Въ этомъ направленіи у меня нѣтъ наблюденій; отмѣчаю только фактъ, согласный съ данными, полученными у постели больного.

Объ свинки первой группы погибли отъ туберкулѣза,— что констатировано вскрытіемъ,—одна на 16-й, другая на 21-й день послѣ зараженія. Первой было сдѣлано всего пять инъекцій (доза— $0,1 - 0,12$); второй—десять (максимальная доза— $0,15$). Скоротечность болѣзни въ данномъ случаѣ можно объяснить возрастомъ свинокъ: онѣ были молодыя, а известно, что туберкулѣзъ у молодыхъ животныхъ течетъ гораздо быстрее, чѣмъ у взрослыхъ. Отмѣтить какую-либо особенность въ теченіи процесса не удалось. Сказать, чтобы инъекціи ускорили его, также нельзя, ибо имѣлась еще третья свинка, не лѣченная, погибшая на 20-й день.

Обратимся къ разсмотрѣнію второй группы животныхъ— 3 кроликовъ и 2 свинокъ. Послѣ зараженія ихъ туберкулѣзной мокротой всѣмъ имъ въ тотъ же день начаты были инъекціи коховской жидкости. Всѣ 3 кролика за первыя двѣ недѣли, протекшія съ начала опыта, потеряли въ вѣсѣ отъ 45 до 75 gm.; но температура за это время ни разу не перешла за $39,0^{\circ}$, колеблясь отъ $38,3$ до $38,8^{\circ}$. Въ началѣ третьей недѣли у животныхъ припухли железки вблизи мѣста укола, у одного кролика на мѣстѣ прививки образовалась язва величиною съ двугривенный. Туберкулѣзная натура язвы была доказана окраской отдѣляемаго на коховскія бациллы, давшей положительный результатъ. Затѣмъ,

слѣдоваль періодъ продолжительностью въ 15 дней для одного и 18 для другого (кроликъ съ язвой). Въ этомъ періодѣ вѣсь ихъ сталъ расти, и у одного почти достигъ первоначального, а у другаго — кролика съ язвой — перевысилъ первоначальный, бывшій до зараженія, на 30gm. Язва у него стала очищаться, сдѣлалась плоской и къ концу второй недѣли сказаннаго періода зарубцевалась совершенно. Колебания температуры были отъ 38,3 до 38,7°. Затѣмъ дѣло стало ухудшаться: температура стала выше—39,2 до 39,6°; вѣсь сталъ падать, железки на животѣ увеличиваться. Одинъ кроликъ былъ убитъ на 42-й день послѣ зараженія; ему было сдѣлано 38 инъекцій (максимальная доза—0,25). При вскрытіи—туберкулёзъ легкихъ, печени и мезентеріальныхъ железъ. Другой кроликъ, получившій то же количество инъекцій и въ той же дозѣ, погибъ на 40-й день послѣ зараженія; вскрытіе показало туберкулёзное пораженіе легкихъ, печени и подкожныхъ лимфатическихъ железъ.

Исторія болѣзни третьяго кролика отличается отъ первыхъ двухъ тѣмъ, что періода временнаго улучшения у него не было. Со второй недѣли температура стала выше (39,8°); онъ сталъ быстро худѣть и на 33 день отъ зараженія палъ. Вскрытіе показало туберкулёзъ подкожныхъ железъ, легкихъ и печени. Это былъ самый мелкій изъ кроликовъ и вѣсилъ всего 633 gm. Ему было сдѣлано 29 инъекцій (максимальная доза 0,2).

Одна изъ свинокъ погибла на 9-й день послѣ зараженія отъ случайной причины. Другая свинка погибла на 28-й день; ей сдѣлано было 26 прививокъ (максимальная доза 0,15). При вскрытіи найденъ туберкулёзъ подкожныхъ и мезентеріальныхъ железъ и туберкулёзъ легкихъ. Свинка была молодая, маленькая; слѣдовательно, къ ней приложимо сказанное выше относительно скоротечности болѣзни у свинокъ первой группы.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію патолого-анатомической картины органовъ животныхъ, погибшихъ отъ туберкулёза при лѣченіи ихъ коховской жидкостью, я остановлю ваше вниманіе еще на двухъ опытахъ. Одинъ былъ сдѣланъ съ цѣлью узнать, сохраняютъ ли бугорковыя палочки свою жизнеспособность въ мокротѣ тѣхъ больныхъ, которые были лѣчимы жидкостью *Koха*. Въ этомъ направленіи было сдѣлано два наблюденія. Двумъ кроликамъ была привита мокрота двухъ больныхъ, которые лѣчились въ клиникѣ туберкулиномъ, и состояніе которыхъ за время инъекцій наи-

болѣе улучшилось изъ всѣхъ больныхъ. Оба кролика погибли—одинъ на 40-й, другой на 46-й день отъ туберкулёза легкихъ и подкожныхъ железъ.

Другой опытъ состоялъ въ томъ, что двумъ кроликамъ привито было по кусочку свѣжей ткани легкаго, пораженнаго бугорчаткой, въ переднюю камеру глаза. Одному кролику съ этого же дня стали дѣлать инъекціи, другой оставленъ для контроля безъ лѣченія. Этотъ опытъ былъ предпринятъ съ цѣлью имѣть возможность при жизни животнаго наблюдать *in vivo* развитіе туберкулёзнаго процесса. Кромѣ этого я имѣю въ виду опредѣлить отношеніе лейкоцитовъ къ бацилламъ, что, благодаря простотѣ структуры тканей въ данномъ случаѣ, представитъ большой интересъ. Какъ у контрольнаго, такъ и у кролика, которому дѣлаются инъекціи (всѣхъ инъекцій сдѣлано уже 15, послѣднія 3 въ 0,13)—показались сѣроватые островки инфильтрата на *cornea* и *iris*.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ о томъ, что дало патолого-анатомическое изслѣдованіе органовъ животныхъ. Прибавить что-либо къ тому, что уже извѣстно изъ литературы этого вопроса, я ничего не могу. На моихъ препаратахъ видно мѣстами гиперемію и кровоизліяніе вокругъ туберкулёзныхъ узловъ; есть также некрозъ ткани. Но такъ какъ всѣ эти явленія встрѣчаются и при туберкулёзномъ пораженіи, протекающемъ естественнымъ образомъ, то можно говорить только о количественной разницѣ. Впечатлѣніе получается такое, что всѣ эти явленія выражаются сильнѣе подъ вліяніемъ коховской жидкости. Но кромѣ этого на нѣкоторыхъ препаратахъ видно, что сосуды расширены, набиты кровяными тѣльцами, форма ихъ измѣнена, они окружены, какъ муфтой, лейкоцитами. Здѣсь уже замѣчается явленіе воспаленія тканей, и это явленіе не свойственно туберкулёзному пораженію при его обычномъ теченіи.

Резюмируя все вышеизложенное, я могу сдѣлать слѣдующіе выводы: 1) Коховская жидкость не содержитъ патогенныхъ микроорганизмовъ, — она не вызываетъ туберкулёза у животныхъ. 2) Она не вызываетъ общей реакціи у туберкулёзныхъ кроликовъ и морскихъ свинокъ. 3) Она не даетъ кроликамъ иммунитета, будучи впрыскиваема въ дозахъ отъ 0,02 до 0,25, въ теченіе 3½ недѣль. 4) У кроликовъ она, повидимому, не задерживаетъ теченія туберкулёзнаго процесса (такъ было во всѣхъ (6) произведенныхъ съ этою цѣлью опытахъ). 5) При лѣченіи кроликовъ коховской жид-

костью въ первое время (отъ 12 до 23 дней) замѣчается улучшение общаго состоянія, выражающееся въ увеличеніи аппетита и вѣса и въ уменьшеніи лихорадочнаго состоянія, но потомъ лихорадка усиливается, аппетитъ и вѣсъ уменьшаются и туберкулёзный процессъ идетъ такимъ же образомъ, какъ и у кроликовъ, зараженныхъ туберкулёзомъ, но не лѣченныхъ. 6) Подъ вліяніемъ лѣченія коховской жидкостью мокрота туберкулёзныхъ больныхъ не утрачиваетъ своей заразительности. 7) Что касается до вліянія впрыскиваній коховской жидкости на бугорковую ткань, то нѣкоторыя явленія, бывающія при туберкулёзномъ пораженіи тканей, — гиперемія, кровоизліяніе, некрозъ, — замѣчаются при лѣченіи туберкулиномъ въ усиленномъ размѣрѣ, но кромѣ того тогда наблюдаются и признаки воспалительнаго процесса, несвойственнаго бугорковому пораженію.

IV. О сифилисѣ плевры.

Ассистента клиники В. В. Никулина.

Всѣ современныя руководства частной патологии и терапіи, вѣрнѣе—вся современная литература внутреннихъ болѣзней совершенно игнорируютъ сифилисъ плевры. Между тѣмъ существованіе сифилиса плевры, какъ самостоятельной болѣзни, необходимо допустить даже а priori, такъ какъ едва ли есть какой-либо органъ, который не пораженъ бы сифилисомъ. Практическое значеніе вопроса о сифилисѣ плевры понятно само собою: разъ мы діагностируемъ pleuritis syphilitica, мы должны прибѣгнуть къ специфическому лѣченію, такъ какъ всякое другое будетъ ошибочно и неэффективно. Весьма возможно, что многіе случаи сифилиса плевры бесплодно и даже со вредомъ для больного лѣчились и лѣчатся какъ случаи простаго плеврита. Особенно легко должны, конечно, ускользнуть отъ вниманія врача тѣ случаи, гдѣ имѣется дѣло только съ пораженіемъ плевры и гдѣ мало признаковъ и данныхъ, которые наводили бы на мысль о специфическомъ характерѣ болѣзни.

Нѣкоторыя указанія на сифилисъ плевры мы можемъ найти въ сочиненіяхъ по патологической анатоміи и сифилису. Такъ напр., довольно ясныя данныя мы имѣемъ въ извѣстномъ сочиненіи *Virchow'a*: «Die krankhaften Geschwülste»¹⁾. Эти указанія *Virchow'a*, (хотя и вскользь), цитируются *Ziegler'омъ* въ его патологической анатоміи²⁾. Въ сочиненіи Цейсля мы находимъ фразу: «на плеврѣ могутъ точно также

¹⁾ Berlin, 1864, II Band. II Hälfte S. 466—469.

²⁾ Кіевъ 1895, часть II. Выпускъ 2 и 3. Русскій переводъ съ нѣмецкаго подъ редакціей Г. Н. Минха. Стр. 686.

наблюдаться сифилитическіе процессы, ведущіе къ образованію рубцовъ» ¹⁾. Больше подробныя указанія мы имѣемъ у *Lancereaux* въ его трактатѣ о сифилисѣ; такъ напр., онъ говоритъ: «сращеніе легкихъ съ грудной клѣткой бываетъ нерѣдко въ тѣхъ случаяхъ, когда плевра, по большей части утолщенная, участвуетъ въ процессѣ, такъ что можно принять, что pleuritis membranacea, хроническая, сухая, есть такъ сказать обязательный спутникъ разлитыхъ и ограниченныхъ сифилитическихъ измѣненій легочной паренхимы» ²⁾. *Ch. Mauriac* въ своемъ недавно вышедшемъ сочиненіи: «Syphilis tertiaire et héréditaire», разбирая весьма подробно сифилисъ легкихъ, говоритъ такъ: «Dans la syphilose du poumon, comme dans celle du foie la séreuse de l'organe est presque toujours atteinte. La lésion la plus fréquente vue présente la plèvre, c'est l'épaississement sclérosique du feuillet viscéral au niveau des syphilomes du poumon. Il semble que la lésion du parenchyme se soit propagée presque à la séreuse. Celle-ci, en effet, n'est jamais envahie que secondairement. Outre l'épaississement partiel du feuillet viscéral, on trouve signalés dans beaucoup d'observations, des adhérences et même des épanchements» ³⁾. Далѣе онъ говоритъ: «A la base, il est difficile de les circonscrire, parce qu'ils se confondent avec les signes des pleuropathies secondaires constituées par des fausses membranes ou des épanchements légers qui compliquent la plupart du temps les pneumopathies spécifiques. Les auteurs ne s'accordent pas sur la fréquence des lésions de la plèvre. *M. Liffony* considère les adhérences pleurales comme rares. D'autres les regardent comme fréquentes, et ils sont dans le vrai» ⁴⁾.

Сопоставивъ тѣ свѣдѣнія, которыя мы можемъ почерпнуть изъ упомянутыхъ выше сочиненій *Virchow'a*, *Lancereaux* и *Mauriac'a*, а также и то, что мы знаемъ о сифилитическомъ пораженіи реберъ, мы должны принять три вида или формы сифилиса плевры:

- 1) переходъ сифилиса легкаго на плевру; это будетъ такъ сказать pleuro-pneumonia syphilitica;
- 2) переходъ на плевру сифилиса со скелета грудной клѣтки, переходъ на плевру сифилитическаго періостита реберъ

¹⁾ *Цейль*, Основы патологіи и терапіи сифилиса. Русскій переводъ 1885 г. стр. 283.

²⁾ Д-ръ Э. *Лансеро*. Ученіе о сифилисѣ. Русскій переводъ 1876 г. Выпускъ 2, стр. 427.

³⁾ Paris, 1890, p. 648.

⁴⁾ *Ibid.*, p. 562.

(по аналогіи съ подобными же не сифилитическими процесами, это можно будетъ назвать *peripleuritis syphilitica*);

3) собственно сифились плевры—первичное сифилитическое воспаленіе плевры, *pleuritis syphilitica—lues pleurae*.

Случаи, которые соотвѣтствуютъ первому виду сифилиса плевры, описаны у *Lancereaux* и *Mauriac'a*,—они совпадаютъ съ сифилисомъ легкихъ. Два встрѣтившіеся мнѣ въ частной практикѣ случая, изъ которыхъ одинъ соотвѣтствуетъ второй формѣ сифилиса плевры, а другой—третьей формѣ, я представляю здѣсь.

Случай 1-й.—Больной А., 45 лѣтъ, купецъ, сѣверянинъ, явился съ жалобой на боли въ правомъ боку, на сильную слабость, похуданіе, лихорадку и сухой непрерывный кашель, развившіеся у него за послѣдніе три мѣсяца.

Образъ жизни. Частыя бани, горячій чай до 6 стак. въ день, портвейнъ—3 рюмки въ день передъ ѣдой; ѣсть 3 раза въ день—столь обыкновенный домашній. Женатъ 21 годъ; жена была беременна 3 раза; двое дѣтей живыхъ, вторая же беременность—случайный выкидышъ. Занятія—торговля: колониальная лавка въ губернскомъ городѣ—хлопотъ много. (За послѣдніе 3 мѣсяца по болѣзни занимался мало).

Status 4-го іюля 1889 года. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, очень похудѣвшій. Аппетитъ плохъ (уменьшенъ больше, чѣмъ на половину). Никакихъ диспептическихъ явленій со стороны желудка. На низъ ежедневно, но по малу и жестко. Моча красна, уд. в. 1021, не содержитъ ни бѣлка, ни сахару. *Lues*—въ смыслѣ полового зараженія—отрицаетъ. Размѣры печени нормальны, желчный пузырь не чувствителенъ, селезенка не увеличена. Лихорадочное состояніе за послѣдніе 3 мѣсяца колеблется между 38 и 39° съ десятыми. Принималъ за это время хининъ и другія *antipyretica*—безъ результата. Пульсъ=100, правильный по ритму, слабого наполненія. Сердце здорово.

Органы дыханія. Голосъ чистъ, но слабъ. Сильная одышка, безпрестанный сухой кашель и совершенно безъ мокроты. При вздохѣ и при кашлѣ—сильная колющая боль подъ правой лопаткой. При осмотрѣ груди, сзади рѣзко бросается въ глаза значительная ассиметрія грудной клѣтки: позвоночникъ не искривленъ, лѣвая сторона груди сзади нормальна, правая же, — отступя пальца на 4 отъ позвоночника, ниже лопатки и правѣ ея,—представляется рѣзко выпяченной на пространствѣ около восьмушки листа писчей бумаги. При

ощупываніи въ этомъ мѣстѣ опредѣляется плотная, болѣзненная при сильномъ давленіи, припухлость, постепенно переходящая на правой передней аксиллярной линіи въ нормальную грудную кѣтку съ ясно ощупываемыми ребрами и межреберными промежутками; на мѣстѣ же припухлости контуры реберъ не прощупываются. Перкуссія груди въ области припухлости даетъ рѣзко глухой звукъ. При аускультации въ верхней части припухлости дыханіе оказывается ослабленнымъ, а въ нижней—воплнѣ отсутствуетъ. Въ остальныхъ участкахъ правой стороны перкуторный звукъ ясенъ, дыханіе же слегка ослаблено. Лѣвая половина груди при перкуссіи и аускультации оказывается воплнѣ нормальной. Сдѣланные хирургомъ (2, 3 и 4 іюля) пять пробныхъ проколовъ въ области припухлости дали отрицательные результаты.

Anamnesis. Двѣнадцать лѣтъ назадъ (1877 г.) сильныя боли, съ небольшою опухолью, въ плечевыхъ и локтевыхъ суставахъ обѣихъ рукъ. Іодъ (NaJ) (размѣровъ лѣченія не помнитъ) и теплыя ванны принесли значительную пользу. Боли существовали въ малой степени до весны 1883 года, когда онѣ снова усилились. Такъ какъ болѣзнь не уступала домашнему лѣченію, больной поѣхалъ въ Пятигорскъ, гдѣ 3 недѣли бралъ сѣрныя ванны и приниталь іодъ (по 30 гранъ NaJ въ день), но облегченія не было никакого. Тогда ему было сдѣлано, при продолженіи іода въ томъ же количествѣ, 16 ртутныхъ втираній и боли быстро прошли. По возвращеніи больного домой, у него изрѣда бывали небольшія боли въ суставахъ рукъ и ногъ, но здравье держалось до половины апрѣля 1889 года, когда онъ началъ чувствовать слабость и лихорадку. Съ начала мая показался сухой кашель, въ половинѣ мая появилась боль при вздохѣ и кашлѣ подъ правой лопаткой и онъ замѣтилъ, что самъ похудѣлъ, а спина и бокъ припухли соотвѣтственно мѣсту боли. Въ половинѣ іюня боли сдѣлались очень сильными; тогда была поставлена подъ правую лопатку мушка, которая не дала никакого облегченія. Боли настолько усилились, что больной 29 іюня пріѣхалъ за помощью въ Москву.

Первый врачъ, къ которому обратился больной, назначилъ поѣздку на кумысъ и внутрь креозотъ.

Когда больной обратился ко мнѣ, я показалъ его профес. Г. А. Захарьину, который въ виду бывшаго въ прежніе годы успѣха специфическаго лѣченія, заподозрилъ сифилитическую натуру страданія, а именно сифилисъ реберъ, пе-

решедшій на подлежащую плевру, — отсюда сухой кашель, лихорадка и боли при дыхательныхъ движеніяхъ. Существованіе гнойнаго скопленія исключалось въ виду отрицательнаго результата пробныхъ проколовъ.

Лѣченіе было назначено слѣдующее: іодистый натрій въ повышаемыхъ дозахъ, въ водѣ Эмсъ. Первый приѣмъ (въ 10 гранъ) сдѣланъ 4-го же іюля, затѣмъ приѣмы іодистаго натра шли такъ:

4-го —	10	гранъ	
5-го —	20	»	
6,7,8 —	по 30	»	
9,10,11 —	» 40	»	въ день.

Кашель быстро ослабѣлъ и къ 9 іюля совершенно прекратился: боли стихли совершенно къ 8 іюля. Температура со 2 іюля шла такъ:

	утро	вечерь.
2 іюля	38,8	38,5
3 »	38,	39
4 »	38,7	38,1
5 »	38,5	38,7
6 »	37,2	37,9
7 »	37	37,3
8 »	36,7	36,7
9 »	36,4	36,6
10 »	36,2	37
11 »	36,5	—

Описанная выше припухлость грудной клѣтки ниже правой лопатки замѣтно уменьшилась къ 11 іюля.

При отъѣздѣ больнаго домой (11 іюля) ему былъ данъ совѣтъ принимать іодъ еще мѣсяць, дойти до 60 гранъ въ день, затѣмъ уже показаться. Слѣдующее свиданіе съ больнымъ было 29 августа. Онъ принималъ іодъ по 40 гранъ въ день только двѣ недѣли, ибо случайно получилъ насморкъ и, испугавшись возможности ухудшенія болѣзни, бросилъ. Въ результатъ лѣченія — значительное улучшение здоровья: онъ пополнилъ, окрѣпъ, лихорадки, кромѣ случая простуды (насморкъ), не было и помину. Кашля нѣтъ и не было. Опухоль подъ правой лопаткой совершенно исчезла; ясно различаются ребра и межреберные промежутки. Перкуссия не

дасть никакой разницы между правой и лѣвой стороной; при выслушиваніи въ области бывшей припухлости еще замѣтна слабость, правда очень небольшая, дыхательнаго шума.

Больной былъ отпущенъ домой съ совѣтомъ повторить іодъ 4 недѣли, дохода до 40 гранъ въ день (въ виду наступленія холодовъ и возможности простуды пріемъ не былъ увеличенъ).

Я видѣлъ больного послѣдній разъ 4-го октября того же (1889) года и нашелъ его вполнѣ здоровымъ. Онъ окрѣпъ еще болѣе и сильно пополнилъ. Въ дыхательномъ шумѣ не было уже никакой разницы *).

Не подлежащій никакому сомнѣнію успѣхъ лѣченія іодомъ говоритъ (*ex juvantibus et nocentibus*) за то, что здѣсь мы имѣли дѣло съ страданіемъ сифилитической природы. За поражение плевры говоритъ сухой кашель и колотье при вздохѣ, быстро исчезнушіе подъ вліяніемъ іода.

Очень часто мы встрѣчаемъ значительныя періостальныя припухлости, напр., черепа и реберъ, при отсутствіи указаній на бывшую когда либо сифилитическую инфекцію, причемъ и подагрическая натура страданія вполнѣ исключается. Блестящій, магическій успѣхъ іодистаго лѣченія (послѣ предшествовавшихъ неудачныхъ попытокъ лѣченія, напр., щелочными водами или грязевыми и др. ваннами) говоритъ въ такихъ случаяхъ за *lues*: плотныя, консистенціи кости, припухлости быстро, какъ бы по волшебству, исчезаютъ, общее состояніе рѣзко поправляется и обыкновенно получается немалая прибыль въ вѣсѣ.

Случай 2-й.—Третій видъ сифилиса плевры есть первичное сифилитическое поражение ея. Въ доказательство существованія этой формы приведу слѣдующій, встрѣтившійся мнѣ случай.

Г-нъ N. 40 лѣтъ, жалуется на боли въ разныхъ мѣстахъ груди, кашель, одышку и лихорадку.

Привыченъ къ купанью, по зимамъ — бани, потливъ, курить, но съ осени 89 года бросилъ курить. Чай и кофе въ умѣренномъ количествѣ. Вина не пьетъ. Въ столѣ неправильностей нѣтъ. Больной—человѣкъ интеллигентный, по профессіи обязанъ много говорить, постоянно со многими видаться, занять цѣлый день. Женатъ 12 лѣтъ, у жены было 4 беременности: 1-я преждевременные роды на 9-мъ мѣсяцѣ;

*) Послѣднія свѣдѣнія о больномъ относятся къ 1 августа 1892 г.: онъ совершенно здоровъ.

ребенокъ слабый и умеръ черезъ $\frac{1}{2}$ года. 2-я беременность — выкидышъ на 2 мѣсяцѣ. 3-я — окончилась на 9 мѣсяцѣ за 2 недѣли до срока. Ребенокъ живъ, рѣзцы характерны для наследственнаго сифилиса. 4-я — преждевременные роды на 9 мѣсяцѣ; ребенокъ слабый, умеръ черезъ $\frac{1}{2}$ года.

Status 5-го января 1890 года. Желудокъ здоровъ. Запоры, — клистиръ изъ простой воды почти ежедневно. Моча красна, ул. в. 1018, бѣлка и сахару нѣтъ. Половые отношенія за послѣднiя 12 лѣтъ были правильны. Луесъ былъ 19 лѣтъ назадъ (см. ниже). Печень и селезенка нормальны. Лихорадка: t° 37,8—38,6 $^{\circ}$; поты бываютъ почти ежедневно, сильнѣе по ночамъ. Сердце здорово. Пульсъ, 100, правиленъ, слабъ.

Одышка сильная, больной кашляетъ почти ежеминутно безъ мокроты. Глубокое вдыханiе и кашель болѣзненны — болить вся грудь, сильнѣе въ правомъ боку и подъ ключицами. Кровохарканiя не было. Постукиванiе дало всюду ясный звукъ; выслушиванiе показало съ обѣихъ сторонъ (спереди и сзади, вверху, внизу и съ боковъ) равно интенсивный шумъ тренiя плевры. Хриповъ никакихъ. Гортань и глотка здоровы, насморка нѣтъ. Головныхъ болей и головокруженiя нѣтъ. Сонъ плохъ отъ кашля. Память хороша. Спина, руки и ноги не болятъ. Сильно похудѣлъ и ослабѣлъ за послѣднiе 4 мѣсяца.

Anamnesis. Заразился сифилисомъ въ 1871 году (ранка на членѣ, сыпь, железы). Въ томъ же году большiе размѣры ртутнаго лѣченiя и незначительные iодомъ. Въ 1872 году появилась боль на груди, повторилъ ртуть и iодъ, кромѣ того Цитманновъ декоктъ — все въ значительныхъ размѣрахъ. Далѣе чувствовалъ себя вполне здоровымъ и въ 1887 году женился. Въ 1879 г. замѣтилъ небольшую опухоль шейныхъ и паховыхъ железъ, была небольшая лихорадка; принялъ немного iоду (недѣли 3, по 10 гранъ въ день), сдѣлалъ нѣсколько втиранiй (сколько не помнитъ) и пилъ декоктъ Цитманна, — железы исчезли и онъ чувствовалъ себя здоровымъ до весны 1889 года.

Въ апрѣлѣ 1889 г. какой то лихорадочный процессъ: знобъ, жаръ, иногда поты; слабость, потеря аппетита, болей нигдѣ не было. Принималъ хининъ, салициловый натръ — безъ всякаго улучшенiя. Лихорадка продолжалась и по типу была чрезвычайно неправильна. Въ концѣ апрѣля и въ началѣ мая принималъ 2 недѣли малыя дозы iода (по 10 гранъ ежедневно): лихорадка скоро стихла, появился аппетитъ, и самъ сталъ крѣпнуть. Въ июлѣ 1889 г. поѣхалъ въ Пятигорскъ,

гдѣ принималъ мѣсяцъ іодъ по 15 гранъ въ день. Очень поправившись, въ августѣ возвратился въ Москву.

Въ началѣ сентября появилась снова лихорадка; затѣмъ присоединился сухой кашель, стали появляться при вдыханіи боли подѣ обѣими ключицами и въ правомъ боку; явилась сильная одышка; аппетитъ пропалъ, и самъ онъ сталъ постепенно худѣть. Всѣ эти явленія съ теченіемъ времени усиливались, и состояніе больного, несмотря на лѣченіе *), съ сентября 89 по январь 90 г., все болѣе и болѣе ухудшалось.

На основаніи данныхъ изслѣдованій легко можно заключить, что я имѣлъ дѣло съ плевритомъ, но несоотвѣтствіе этихъ данныхъ съ тѣмъ, что мы привыкли встрѣчать при пораженіи плевры (слишкомъ слабо выражены были въ данномъ случаѣ общія явленія при столь сильномъ распространеніи сухаго плеврита), а также анамнезъ—невольнo навели меня на мысль, не имѣю-ли я дѣло съ сифилитическимъ пораженіемъ плевры **). Но такъ какъ въ существованіи сифилиса плевры въ такой формѣ я не былъ убѣжденъ, не встрѣчалъ такой формы въ практикѣ и въ литературѣ, то рѣшился начать съ обычнаго симптоматическаго лѣченія.

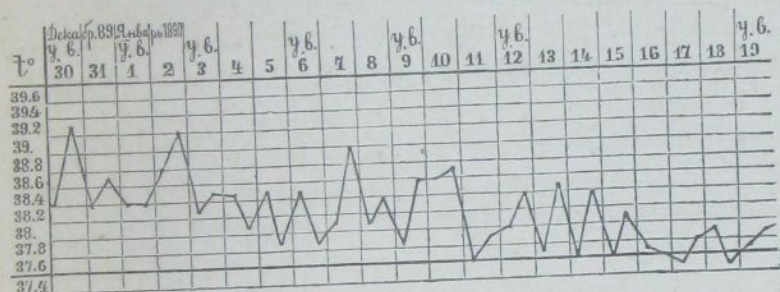
Далъ мышьякъ въ пилюляхъ; ставилъ мушки на мѣста болѣе сильныхъ болей: за январь мушекъ было поставлено 4. Въ результатѣ отъ мушекъ боли сдѣлались какъ бы меньше, но совсѣмъ не прошли, кашель слегка уменьшился, шумъ-же тренія плевры остался безъ перемѣны. Я прибавилъ неочищенный рыбій жиръ по 2 столовыхъ ложки въ день. Больной принималъ его съ 25 января по 10 марта,—въ результатѣ чувствовалъ себя немного крѣпче, но вѣсу не прибавилъ; лихорадка, одышка и кашель продолжались. Шумъ тренія плевры безъ перемѣны.

Тогда, 10 марта, отмѣнивъ все, я назначилъ іодъ (NaJ). Больной принималъ его 7 дней по 10 гранъ въ день, затѣмъ съ 17-го марта по 30-е апрѣля въ возвышающихъ дозахъ до 45 гранъ въ день (по 45 гранъ принималъ 10 дней подрядъ) въ Эмской водѣ.

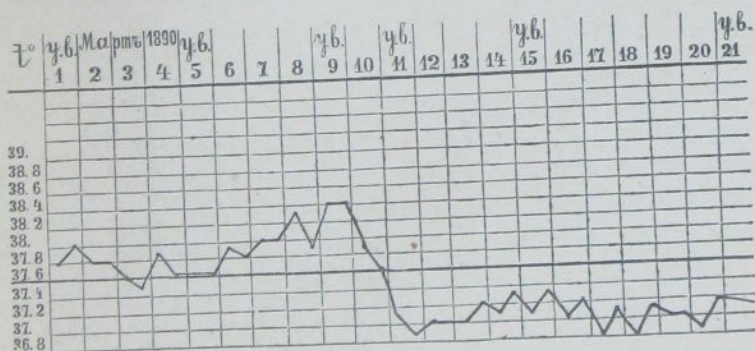
*) Лѣченіе—хининъ, салициловый натръ, антипиринъ, антифебринъ — отъ лихорадки безъ всякаго результата, какъ показываетъ температурный листъ. Отъ кашля, съ тѣмъ же успѣхомъ, Доверовъ порошокъ и масса другихъ лѣкарствъ.

***) Больному о возможности сифилитическаго плеврита было сказано въ первое же свиданіе,

Къ концу марта кашель почти исчезъ, одышка рѣзко уменьшилась и появлялась только при продолжительномъ разговорѣ; боли въ груди стихли, шумъ тренія плевры несравненно меньше; а мѣстами совсѣмъ пропалъ. *Температура, все время державшаяся около 38, съ 10-го марта рѣзко упала и держалась около 37°.*



Приблизительно въ тѣхъ же границахъ, какъ за послѣдніе 5 дней (15—20 января), колебалась t° до конца января, весь февраль и начало (до 10) марта.



t° за конецъ марта и далѣе за все время наблюденія была въ предѣлахъ 36,8—37,2°.

Къ концу апрѣля больной *прибылъ въ вѣст* на 10 фунтовъ, пополнѣлъ, *окрѣпѣлъ, кашля и одышки нѣтъ* (взошелъ безъ одышки на Воробьевы горы). Шумъ тренія плевры совершенно исчезъ, температура нормальна.

Такой результатъ убѣдилъ меня въ вѣрности діагностики— «сифилитическій плевритъ».

Съ 1-го по 20 мая я далъ больному небольшой отдыхъ отъ лѣченія и затѣмъ назначилъ ему еще мѣсячный курсъ іодистаго лѣченія (съ 20 до 80 гранъ NaI въ день, причѣмъ по 80 гранъ онъ принималъ съ недѣлю). Послѣ этого боль-

ной почувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Я видѣлъ больного въ послѣдній разъ въ половинѣ сентября и нашелъ его здоровье въ прекрасномъ состояніи *).

Я, конечно, далекъ отъ мысли, что по этимъ двумъ случаямъ можно установить картину сифилитического плеврита; но думаю, что опубликованіе ихъ заставитъ иной разъ врача подумать, не имѣетъ ли онъ въ данномъ случаѣ дѣло съ сифилитическимъ пораженіемъ плевры. Рѣшеніе этого вопроса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ имѣетъ большое значеніе для постановки правильного плана лѣченія.

*) Последнія свѣдѣнія о больномъ относятся къ маю 1892 года; онъ совершенно здоровъ.

V. Подкожные впрыскивания мышьячнаго Фовлерова раствора.

Профессора П. М. Попова.

Несмотря на широкое терапевтическое примѣненіе мышьяка, методъ употребленія его въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній далеко не такъ распространенъ, какъ онъ того заслуживаетъ.

Врачи-терапевты почти не пользуются имъ. Говорю почти, потому что сфера примѣненія этого метода ограничивается сравнительно не часто встрѣчающимися заболѣваніями. Такъ, *Eulenburg* совѣтуетъ подкожныя впрыскиванія liq. kali arsenicosi при tremor'ѣ въ зависимости отъ нѣкоторыхъ центральныхъ поражений (sclerosis disseminata); *Levis Smith* — при хореѣ; *Mosler* рекомендуетъ впрыскиванія подкожныя и впрыскиванія паренхиматозныя въ селезенку при лейкеміи; *Billroth* и *Czerny* — при злокачественной лимфомѣ (псевдо-лейкемія). Въ массѣ-же другихъ болѣзней, часто требующихъ назначенія мышьяка, каковы — малярія во всѣхъ ея разнообразныхъ проявленіяхъ, различнаго рода невроты, хлорозъ и анемія, наконецъ, цѣлый рядъ другихъ страданій, гдѣ мышьякъ употребляется, какъ средство, возбуждающее аппетитъ и утучняющее (начальная форма туберкулёза и проч.) — принято обыкновенно давать его внутрь или въ пилюляхъ (acid. arsenicosum) или - же въ видѣ Фовлерова раствора liq. kali arsenicosi).

Между тѣмъ мышьякъ мало того, что требуетъ надежнаго состоянія желудка и кишекъ, онъ у субъектовъ, склонныхъ къ разстройствамъ пищеварительнаго канала, зачас-

тую и самъ вызываетъ эти расстройства. Поэтому, назначая его внутрь, нужно, какъ, пожалуй, ни при какомъ другомъ средствѣ, вѣдаться съ состояніемъ желудочно-кишечнаго канала, и разъ имѣются диспептическія явленія со стороны желудка (боль подъ ложечкой, изжога, тошнота рвота) или со стороны кишекъ (кишечныя боли, поносы), то только послѣ устраниенія этихъ не порядковъ его можно давать внутрь. Нерѣдко въ силу сказанныхъ условій врачу приходится или совсѣмъ отказываться отъ этого подчасъ драгоценнаго средства или откладывать его на неопредѣленный срокъ—до выправленія пищеварительныхъ органовъ.

Иначе дѣло стоитъ съ подкожными впрыскиваніями мышьяка, преимущество которыхъ въ такихъ случаяхъ очевидно само собой. Не говоря уже о томъ, что при этомъ методѣ достигается болѣе точная дозировка, а также болѣе быстрое и энергическое дѣйствіе средства,—выгода его заключается въ томъ, что, во первыхъ, является возможность введенія въ организмъ мышьяка безъ раздраженія больной слизистой оболочки желудка и кишекъ, а во вторыхъ, возможно одновременное лѣченіе и другихъ недуговъ, существующихъ совместно съ тою болѣзью, противъ которой нуженъ мышьякъ, и своею наличностью противопоказующихъ назначеніе его внутрь. Такъ, при маляріи можно комбинировать мышьячныя впрыскиванія съ употребленіемъ минеральной воды, если имѣется одновременно, напр., катарръ желудка.

Что касается до неудобствъ метода, то въ больничной обстановкѣ мы рѣшительно отказываемся видѣть таковыя, ибо если и слѣдуетъ считать за неудобство боль при уколѣ, то при извѣстной техникѣ впрыскиванія, о которой будетъ сказано ниже, она положительно ничтожна, а часто и совсѣмъ отсутствуетъ.

Въ частной практикѣ онъ, точно, представляетъ неудобство въ томъ отношеніи, что каждый разъ при впрыскиваніи является необходимость личнаго присутствія врача. Впрочемъ, если среди окружающихъ больнаго есть толковые люди, то обучить кого-либо техникѣ инъекцій, конечно, не представится затрудненій: выучиваются же, нерѣдко даже сами больные, морфійнымъ впрыскиваніямъ.

Привожу вкратцѣ слѣдующіе два случая, наглядно иллюстрирующіе *raison d'être* даннаго метода.

1. Больной, 65 ти лѣтъ, пріѣзжій, живетъ въ малярійной мѣстности и неоднократно, въ продолженіе послѣднихъ 10—15 лѣтъ, страдалъ маляріей, отъ которой избавлялся пріе-

мами хинина; послѣдній разъ малярія была года $1\frac{1}{2}$ назадъ. Кромѣ этого за послѣдніе 2—3 года бывали приступы печеночной колики; послѣдній—въ іюнѣ 1891 года. Обыкновенно жалуется на кишечныя боли (боли около пупка съ урчаньемъ, облегчающіяся послѣ отхожденія газовъ) и на небольшой катарръ толстой кишки (часто слизь въ испраженіяхъ).

Три дня передъ настоящимъ заболѣваніемъ больной провель въ подмосковной мѣстности, низкой и сырой, а наканунѣ вечеромъ, легко одѣтый, былъ часа два около воды—ловилъ въ пруду рыбу—и прозябъ. Въ ночь на 28 августа 1891 года сдѣлался сильный приступъ печеночной колики со рвотой и характерною отдачею боли въ спину и въ правую руку; приступъ колики сопровождался знобомъ. Острая боль держалась часа четыре и затѣмъ уменьшилась на столько что больной могъ вернуться въ Москву.

Настоящее состояніе 28-го августа 1891 г. Больной крѣпкаго сложенія; легкая желтуха склеръ. На вопросъ — «на что жалуется», указываетъ на боль въ правомъ подреберьи, на потерю аппетита, безпреставную отрыжку горькаго вкуса и на тошноту. Животъ вздутъ; на низъ послѣдніе двое сутокъ не было. Подложечная область и правое подреберье, особенно мѣсто желчнаго пузыря, болѣзненны при давленіи; печень слегка увеличена: селезенку нельзя признать увеличенною. Моча темнаго цвѣта, содержитъ желчный пигментъ и богата солями (ураты); бѣлка и сахара нѣтъ. Пульсъ около 100, средняго наполненія; лѣвое сердце увеличено, тоны, за исключеніемъ съ первымъ временемъ у основанія, чисты; первый тонъ аорты не чистъ, что въ связи съ увеличеннымъ лѣвымъ желудочкомъ говорило за легкій артеріосклерозъ. Органы дыханія нормальны. Температура вечеромъ $38,2^{\circ}$. Въ области нервной системы, кромѣ плохаго сна по причинѣ боли въ правомъ боку, нѣтъ ничего ненормальнаго.

Въ виду вышеизложенныхъ данныхъ мы остановились на діагностикѣ лихорадочной желчной колики, вызванной частью простудой, а частью погрѣшностью въ діетѣ (слѣдуетъ добавить, что больной, вообще неосторожный въ столѣ, въ день заболѣванія ѣлъ много рыбы и грибовъ). Назначено было: тепло на животъ (растираніе теплымъ прованскимъ масломъ и фланель) и каломель — по грану черезъ часъ, одновременно полосканье рта растворомъ бертолетовой соли (чайная ложка на стаканъ воды). Послѣ 8 gr. дана была столовая ложка кастороваго масла; больного хорошо посла-

было характерными каломельными испражнениями безъ кишечныхъ болей.

30-го августа. Больному лучше: боли въ правомъ подреберьи много меньше, перестало тошнить, меньше отрыжки; явился небольшой аппетитъ; спать хорошо. Температура утромъ $36,5^{\circ}$, вечеромъ $36,9^{\circ}$.

31-го. Въ ночь сильный приступъ колики со знобомъ, температура послѣ зноба $40,2^{\circ}$. Утромъ—обильный потъ. Въ виду вздутости живота былъ поставленъ клистирь; съ него ослабло все еще каломельными испражнениями.

1, 2 и 3 сентября. Желтуха стала сильнѣе. Температура $36,6-36,8^{\circ}$ утромъ и $36,9-37,1^{\circ}$ вечеромъ. Начиная съ 1-го сентября пить по $\frac{1}{4}$ стакана, 3 раза въ день, за часъ до ѣды, теплый Эмсъ (Кессельбрунъ); послѣ ѣды (куриный супъ, яйца въ сметку, немного бѣлаго хлѣба—понемногу, раза 3—4 въ день) принимаетъ горькія капли по 25 (t-ra piscum vomic. 3jj, Extr. fluid. condurango 3j). Пьетъ чашки 3 не горячаго и не сладкаго чая и 4 столовыя ложки портвейна. Черезъ день клистирь изъ простой теплой воды.

4-го. Въ ночь сильный знобъ, потомъ жаръ, температура $39,8^{\circ}$; утромъ обильный потъ. Приступа боли въ сторонѣ печени не было. Больной жалуется на сильную слабость, на отсутствіе аппетита и на диспепсію (отрыжка и тошнота). Объективное изслѣдованіе: печень увеличена, выступаетъ изъ-подъ края реберъ пальца на два; чувствительно лишь мѣсто желчнаго пузыря; селезенка не прощупывается; по перкуссіи нельзя признать безспорнаго увеличенія. Пульсъ 90, слабоватъ. Желтуха безъ переменъ.

Хотя приступъ лихорадки явился безъ видимой причины и не сопровождался болью въ сторонѣ печени, тѣмъ не менѣе, мы сочли за вѣроятную причину этой лихорадки присутствіе желчныхъ камней. Назначенъ снова каломель прежнимъ порядкомъ и возбуждающія капли (смѣсь t-ra valer. aethereaе и liq. anodyn. Hoffm. aa, раза 3 въ день, по 25 капель).

5, 6 и 7-го. Послѣ каломеля оживился нѣсколько аппетитъ, мочи стало побольше и она менѣе окрашена. Больной продолжалъ пить Эмскую воду, горькія и возбуждающія капли. Температура, $36,5-36,8^{\circ}$ утромъ и не выше 37° —вечеромъ.

8-го. Ночью на 8-е число снова приступъ лихорадки: сильный знобъ, затѣмъ жаръ (температура $40,1^{\circ}$) и потъ. Сильная слабость.

Туть, въ виду анамнестическихъ данныхъ (больной раньше хворалъ маляріею, могъ заполучить ее въ упомянутой сырой мѣстности) и въ виду того, что лихорадка была интермиттирующаго характера—появлялась черезъ три дня на четвертый—и, наконецъ, самые приступы ея состояли изъ типическихъ трехъ стадій (знобъ, жаръ и потъ)—возникла мысль о малярійной инфекціи. Огмѣнена была Эмская вода (горькія и возбуждающія продолжались) и назначень былъ хининъ.

9-го. Утромъ, черезъ часъ послѣ чашки чая съ небольшимъ ломтикомъ бѣлаго хлѣба, больной принялъ первый приемъ хинина (chinini muriatіci gr. V) черезъ часъ послѣ перваго — второй такой же приемъ. Вечеромъ — небольшой шумъ въ ушахъ. Температура 36,8°.

10-го. Больной жалуется на боли около пупка; былъ дозвѣвъ на низъ, но вышли только газы и немного слизи. Поставлень клистиръ съ висмутомъ (на 3 стакана жидкаго крахмального клейстера 1½ чайн. ложки magist. bismuthi). Снова хининъ: дано 3 порошка по 5 gr. прежнимъ порядкомъ, но съ прибавкой t-rae opii simpl. по 4 капли въ каждый приемъ. Къ вечеру изрядный шумъ въ ушахъ. Боли кишечныя мало беспокоили, во за то была тяжесть подъ ложечкой и тошнота. Температура утромъ 36,6°,—вечеромъ 36,9°.

11-го. Плохой аппетитъ, боли подъ ложечкой и въ кишкахъ, къ горькимъ и возбуждающимъ прибавлено 2 порошка висмута по 10 gr. (въ виду болей) и два раза по ¼ стакана хорошо подогрѣтаго Эмса. Температура 36,8°—утромъ; 37°—вечеромъ.

12-го. Ночью, на 12-е приступъ лихорадки: зноба почти не было, но жаръ (температура 38,9°) и потъ. Сильная слабость. Температура вечеромъ 36,4°.

13-го. Послѣ опорожняющаго клистира изъ простой теплой воды поставлень хинный клистиръ: на ¾ стакана теплой воды 15 gr. хинина и восемь капель t-rae opii simpl. Вечеромъ сильный шумъ въ ушахъ; температура 36,6°.

14-го. Эмсъ, горькія и возбуждающія капли. Температура утромъ 36,5°; вечеромъ 36,8°.

15-го. Хинный клистиръ (15 gr.); шумъ въ ушахъ. Температура утромъ 36,5° вечеромъ; 37°.

16-го. Ожидаемаго приступа лихорадки не было. Утромъ больного послабило жидко, съ рвзью и со слизью. Дано пять капель ошійной настойки и прибавлено еще къ прежнимъ

лѣкарствамъ 2 порошка висмута по 10 gr.; вечеромъ поставленъ висмутовый клистирь. Температура утромъ 36,7°; вечеромъ—37°.

17-го. Хинный клистирь (15 gr.); изрядный шумъ въ ушахъ. Температура утромъ 36,5°; вечеромъ 36,8°.

18-го. Эмсъ, горькія и возбуждающія: висмутовый клистирь и висмутъ внутрь (2 порошка по 10 gr.). Температура вечеромъ 37,1°.

19-го Ночью, на 19-ое, приступъ лихорадки: чувство недомоганія, жаръ (38,6°) и потъ. Сильная слабость. Больной поокрѣпшій за время апирексіи, снова впалъ въ прежнее состояніе. Appetitъ плохъ; явленія диспепсіи — мучительная отрыжка и тошнота; жалуется на общую разбитость. Объективно: печень увеличена, выступаетъ пальца на 3—4 изъ-подъ края реберъ; она вся мало чувствительна. Селезенка не прощупывается. Желтуха безъ переменъ.

Теченіе болѣзни съ 20 сентября по 4 октября. За это время лихорадка утрачиваетъ свой перемежающійся характеръ и дѣлается болѣе постояннаго типа, утромъ температура 36,6—36,8°, вечеромъ — 37,5 — 37,2°. Больной сильно перепалъ и имѣетъ видъ кахектика. Appetitъ очень плохъ: признаки кагарра желудка — тяжесть послѣ ѣды, отрыжка, тошнота; раза два была рвота желчью. На низъ — или съ клистира или само собой жидко, съ рвзью и со слизью. Печень велика, но мало чувствительна; селезенка не прощупывается; по перкуссіи она, пожалуй, немного увеличена. Моча — цвѣта пива, даетъ рвзкую реакцію на желчный пигментъ, бѣлка не содержитъ. Пульсъ 80—88°, слабого наполненія. Появился отекъ ногъ. Сонъ плохой; головокруженія; ночью зачастую потъ.

Терапія: горькія капли, висмутъ 2—3 порошка по 10 gr.; висмутовые клистиры; вино (шесть столовыхъ ложекъ) и возбуждающія капли. По временамъ, сообразуясь съ состояніемъ желудка и кишекъ, хининъ или внутрь по 3—5 gr. 2 раза въ день съ нѣсколькими каплями опійной настойки, или въ клистирѣ (12 gr.). Въ дни дачи хинина вечерняя температура бывала 37° съ десятыми; въ дни же свободные отъ хинной терапіи она снова поднималась до 38,2°.

Такого рода картина болѣзни не могла, конечно, не возбудить сомнѣнія относительно діагностики даннаго случая. Быстрое похуданіе въ связи съ увеличенной печенью, желтухой, потерей аппетита и изнурительной лихорадкой, а также и возрастъ больного — все это допускало мысль о

возможности злокачественнаго новообразованія печени, гепс. рака; за это-же говорило и безсиліе хинина, который, несмотря на плохіе желудокъ и кишки, все-же всасывался, ибо былъ шумъ въ ушахъ, особенно послѣ хинныхъ клизмъ. Но бурное начало и черезчуръ быстрое теченіе процесса говорили противъ этого предположенія. Наши соображенія были слѣдующія: желчная колика, выступившая на первый планъ при началѣ заболѣванія, заслонила собой на время малярійную инфекцію, которой больной неоднократно подвергался и къ которой, слѣдовательно, былъ предрасположенъ. Когда явились приступы лихорадки безъ желчной колики, то они отличались такой правильностью—перемежающійся характеръ, опредѣленность во времени наступленія (ночью) и характерные 3 стадія (знобъ, жаръ и потъ),—что не оставляли сомнѣнія относительно натуры ихъ. Правда, селезенка безспорнаго увеличенія не представляла, но это, само собой, не могло служить возраженіемъ: иногда при маляріи увеличенія селезенки не бываетъ. Большая печень и желтуха зависѣли, во-первыхъ, отъ желчныхъ камней, а также и возможнаго распространенія остраго катарра желудка на двѣнадцатиперстную кишку; во-вторыхъ, малярія также могла вызвать данныя явленія; всего вѣроятнѣе допустить, что дѣйствовали обѣ причины. То обстоятельство, что больной столь быстро дошелъ до истощенія, могло зависѣть: 1) отъ возраста больнаго; 2) отъ того, что малярія навѣщала его уже не въ первый разъ, и 3) отъ того, что хининъ не оказывалъ своего обычнаго специфическаго дѣйствія.

Таковы были наши діагностическія соображенія, но необходимо отмѣтить, что только мышьякъ, къ которому рѣшено было прибѣгнуть, съ первыхъ же дней его употребленія вполне выяснилъ, что мы дѣйствительно имѣли дѣло съ тяжелой формой маляріи—*малярійной кахекеіей*.

По вышеописанному состоянію желудка и кишекъ нечего было и думать давать мышьякъ внутрь; поэтому я примѣнилъ подкожныя впрыскиванія *liq. kali arsenicosi*. Эффектъ вышелъ блистательный.

6, 7 и 8-го октября впрыснуто было по 4 дѣленія Правдовскаго шприца неразбавленнаго Фовлерова раствора и уже 8-го числа температура вечеромъ была только 37,5°. Параллельно—лучше аппетитъ, больной бодрѣе, самочувствіе несравненно лучше. Горькія, висмутъ внутрь и висмутовые клистиры (черезъ день) продолжались; вино и возбуждающія также.

9, 10 и 11-ю. Впрыснуто по 6 дѣлений шприца. Рѣзкое улучшеніе. Аппетитъ много лучше, перевариваетъ почти безъ диспептическихъ явленій со стороны желудка; на низъ съ клистира безъ кишечныхъ болей. Мочи больше, она несравненно свѣтлѣе. Желтуха много меньше. Сонъ хорошій; потъ по ночамъ прекратился; отеки ногъ пропадаютъ; силы возвращаются. Температура $37,2^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$ утромъ; вечеромъ $36,6$ — $36,8^{\circ}$. Остальная терапія продолжается.

13, 15, 17, 19 и 21-ю. Впрыснуто черезъ день по 8 дѣлений шприца. Аппетитъ все растетъ; диспепсія ничтожна (только отрыжки). По временамъ кишки стали опорожняться безъ клистира, произвольно, безъ болей; испражненія оформлены и хорошо окрашены. Моча не содержитъ болѣе желчнаго пигмента. Печень значительно меньше — почти не выступаетъ изъ-подъ края реберъ. Сонъ хорошій. Отеки ногъ совсѣмъ прошли. Температура вечеромъ не выше $36,8^{\circ}$. Остальная терапія: горькія, вино и по временамъ висмутъ. Силы настолько удовлетворительны, что больному позволено было 20 октября ненадолго провѣтываться.

23, 25 и 27-ю. Впрыснуто по цѣлому шприцу Праваца неразбавленнаго, какъ и раньше, Фовлерова раствора. Желтуха кожи и глазъ совсѣмъ прошла. Аппетитъ прекрасный, какъ у здороваго. Печень нельзя признать увеличенной. Силы настолько вернулись, что больной пожелалъ отправиться домой, гдѣ ему сдѣлано было черезъ день еще восемь впрыскиваний (шесть по 8 дѣлений и два по цѣлому шприцу). Впрыскиванія продолжало лицо, близкое больному (не врачъ), обученное мною техникѣ инъекцій. По свѣдѣніямъ, полученнымъ мною отъ больного въ концѣ ноября, онъ настолько поправился, что вернулся къ своимъ обычнымъ занятіямъ.

Остановлюсь еще на терапіи даннаго случая, чтобы подчеркнуть тѣ услуги, которыя намъ оказали подкожныя впрыскиванія мышьяка. Столь быстро и магическаго эффекта мы едва-ли достигли-бы при внутреннемъ его употребленіи. Малярія пустила столь глубокіе корни, что понадобились большія дозы solut. Fovleri, дабы избавить больного отъ нея. Мы начали съ 4-хъ дѣлений шприца Праваца (приблизительно 8 — 9 капель и быстро дошли до полнаго шприца (20—22 капли). Такія дозы, навѣрное, больной не перенесъ бы ни желудкомъ, ни кишками; пришлось-бы лавировать между Сциллой необходимости большихъ дозъ и Харибдой неизбежности обострять существовавшій желудочно-кишечный катарръ и тѣмъ ослаблять и безъ того слабого больна-

го. Наконецъ не выведи мы такъ скоро больного изъ того состоянія, въ которомъ онъ находился, кто поручится, что не могли-бы присоединиться вторичныя заболѣванія (амилоидъ, туберкулезъ).

II. Больная, о которой будетъ рѣчь, была предметомъ клинической лекціи проф. *Г. А. Захарьина*. 21-го ноября 1891 г. поступила въ клинику крестьянка, 18-ти лѣтъ, жалуясь на головныя боли, головокруженіе, плохой аппетитъ и общую слабость.

Условія и образъ жизни. Больная живетъ въ нездоровой части Москвы (Неглинная — мѣстность низкая, заливаемая часто водой при таяніи снѣга и послѣ сильныхъ дождей). Помѣщеніе удовлетворительное съ теплымъ отхожимъ мѣстомъ. Лѣтомъ не купается; ходитъ еженедѣльно въ баню, — потлива. Не куритъ; чай пьетъ умеренно, но горячій; спиртнаго почти ничего не пьетъ. Ъда—два раза въ день, — обѣдъ и ужинъ; мяса мало ѣстъ (вызываетъ изжогу), придерживается больше молока и мучныхъ блюдъ. Больная—*virgo*. Работы—часа 3 — 4 въ день вышиваніе): остальное время уходитъ на домашнее хозяйство. На воздухъ бываетъ мало.

Анамнезъ. Больная происходитъ изъ здоровой семьи и до послѣднихъ 10-ти лѣтъ, живя въ деревнѣ, была здорова. Затѣмъ перѣехала въ Москву и поступила въ одинъ изъ дѣтскихъ пріютовъ, гдѣ пробыла семь лѣтъ, уѣзжая на лѣтнія каникулы въ деревню. За время пребыванія въ пріютѣ нажила запоры и легкую диспепсію (отрыжка, иногда изжога); развилась мигрень: приблизительно разъ въ мѣсяць — боль въ лѣвомъ вискѣ и лѣвомъ глазу, сопровождавшаяся тошнотой, а иногда рвотой. Два года тому назадъ больная вышла изъ пріюта и перѣехала на жительство въ Петербургъ, гдѣ находилась въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ: — сырая и холодная квартира, въ подвальномъ этажѣ. Вскорѣ по пріѣздѣ (іюнь 1890 г.) заболѣваетъ брюшнымъ тифомъ, по поводу котораго пролежала два мѣсяца въ клиническомъ военномъ госпиталѣ. Съ тѣхъ поръ здоровье больной пошло все хуже и хуже; она стала страдать поносами, появились признаки малокровія—одышка и сердцебиеніе при движеніи, головокруженіе, шумъ въ ушахъ; а осенью 1890 г. въ той же сырой квартирѣ—впервые приступы малярійной лихорадки: черезъ день знобъ, жаръ и потъ, въ опредѣленное время—съ полудня часовъ до 4—5 вечера. Отъ хирина малярія на время отставала, но черезъ 1—2 мѣсяца снова возвращалась и съ теченіемъ времени утратила свой прежній характеръ: сначала

стала появляться безо всякой опредѣленности, то 2—3 раза въ недѣлю, то 1 разъ въ недѣлю, а затѣмъ приняла форму маскированной маляріи въ видѣ приступовъ легкаго зноба, смѣнявшагося сильной болью во всей головѣ часа на 2—3, послѣ которой слѣдовалъ обильный потъ. Такого рода приступы головной боли случались раза 2—3 въ недѣлю и мало поддавались вліянію хинина, который больная принуждена была принимать почти каждый день (1—2 порошка по 5 gr.). Съ пріѣзда въ Москву (3 недѣли назадъ) припадки головной боли стали дѣлаться каждый день.

Настоящее состояніе. Больная—средняго сложенія, но плохаго питанія. Аппетитъ очень плохъ, послѣ ѣды отрыжка и изжога. Подложечная область при давленіи нечувствительна. На низѣ или каждый день и оформлено, или раза 2—3 въ день жидко и съ болью (такое состояніе, какъ сказано, длится около 1½ года). Въ день поступленія въ клинику на низѣ было дважды и жидко. Печень нормальныхъ размѣровъ. *Селезенка прощупывается и болѣзненна при давленіи.* Моча окрашена немного интензивнѣе нормальнаго; бѣлка, сахара и желчнаго пигмента не содержитъ. Регулы появились съ 15-лѣтняго возраста: ходятъ неправильно: черезъ 2—3—4 недѣли съ болью и обильно; продолжаются три дня. Незначительныя бѣлки молочнаго цвѣта. Пульсъ не частъ, слабого наполненія. Объективное изслѣдованіе сердца и органовъ дыханія даетъ нормальныя данныя; въ ven. jugular. слышенъ шумъ. Сонъ обыкновенно плохъ, — не болѣе 6 часовъ некрѣпкаго сна. Головные боли такого характера, какъ было указано въ анамнезѣ. При усталости—головокруженія. Настроеніе духа подавленное,—часто безпричинныя слезы. Органы движенія уклоненія отъ нормы не представляютъ. Общее похуданіе и слабость. Температура въ день поступленія въ клинику 36,4° (полдень) и 37° (вечеръ). Вѣсъ 3 п. 18 ф.

Теченіе болѣзни. До 26-го ноября больная принимала t-gram Coto по 15 капель 3 раза въ день и возбуждающія капли (t-ra valer. aether liq. anod. Hoffmani); положена фланель на животъ; діета: куриный супъ, куриное мясо, бѣлый хлѣбъ, чай. Существенныхъ перемѣнъ въ состояніи здоровья больной за эти пять дней не произошло, только прекратился поносъ подъ вліяніемъ лѣченія t-ra Coto и правильныхъ условий, въ которыхъ находилась больная. Температура за это время: утромъ 36,4—36,8°; вечеромъ 37—37,2°. *Измѣреніе температуры во время приступовъ головной боли показало, что она возвышалась до 37,8°.* Неоднократное изслѣдованіе

крови, произведенное до и при началѣ припадковъ, не обнаружилъ присутствія плазмодій маляріи ¹⁾. Сосчитываніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ показало, что число ихъ равняется 3.000.000 въ 1 куб. мил.; содержаніе гемоглобина составляло 75%.

26-го ноября проф. Г. А. Загарынъ читалъ предъ больной лекцію, онъ опредѣлилъ у нея *маскированную малярію и хроническое малокровіе* и назначилъ въ виду плохого состоянія желудочно-кишечнаго канала подкожныя впрыскиванія *solut. arsenicalis Fowleri*.

26, 27, 28 и 29-го. Было сдѣлано 4 впрыскиванія,—два по 4 дѣленія шприца и два по 5 неразбавленнаго Фовлера раствора. На четвертый день отъ начала впрыскиваній приступы головной боли много легче, аппетитъ лучше, диспепсіи почти нѣтъ (только отрыжка); сонъ и силы крѣпнуть: поноса не было, *Soto* продолжается. По просьбѣ больной прибавлено ѣды—два яйца въ смятку и говяжья котлета. Замѣтимъ, что больная, плохо переносившая раньше мясо (вызывало изжогу), теперь отлично перевариваетъ его.

30-го. Приступъ головной боли не было. Температура утромъ 36,4°, въ полдень—время приступовъ—37°; вечеромъ 36,8°. Чувствуетъ себя много бодрѣе.

1, 2 и 3-го декабря. Впрыснуто по 6 дѣленій шприца. Головной боли нѣтъ. Аппетитъ хорошій. Сонъ и силы много лучше. Капли *Soto* болѣе не принимаетъ.

5, 6 и 7-го. Впрыснуто по 8 дѣленій шприца. Аппетитъ хорошій, какъ не запомнить; перевариваетъ безъ диспепсіи. Прибавлена еще котлета говяжья и $\frac{1}{2}$ бѣлаго хлѣба. Головной боли нѣтъ; головокруженія не чувствуетъ. Сонъ хорошъ.

9, 11 и 13-го. Впрыснуто по 8 дѣленій шприца. Чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо. Селезенка не прощупывается и по перкуссіи не увеличена.

Съ 14-го числа по 20-е больная пробыла безо всякаго лѣченія и чувствовала себя совершенно здоровой. Температура 36,3—36,4° утромъ; 36,5—36,6° вечеромъ; полуденныхъ по-

¹⁾ Отсутствие плазмодій въ крови нашей больной могло зависеть отъ того, что она еще за недѣлю до поступленія въ клинику продолжала принимать хи-нинъ,—условіе неблагоприятное для отысканія паразитовъ: на него указывает *Laveran* въ своей книгѣ: *Du paludisme et de son hématoz.*

вышеній не было. Счетъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ показъ, что число ихъ возрасло до 4.000,000 въ 1 куб. мил.; содержаніе гемоглобина было почти 90%; вѣсъ больной 3 п. 22 ф. (прибыла на 4 ф.).

Въ заключеніе скажу о той техникѣ впрыскиванія, которою мы придерживаемся. Мы впрыскиваемъ неразбавленный Фовлеровъ растворъ и выписываемъ *liq. arsenicalis Fovleri sine spiritu angelicae composito*—въ стлянкѣ съ притертой пробкой. Нужно замѣтить, что къ водному раствору *kali arsenicosi* прибавляется обыкновенно аптекарями или *spirit. angelicae composii.*, или *spirit. melissae*; разсчитана эта прибавка, повидимому, на то, чтобы при внутреннемъ употребленіи препаратъ легче переносился желудкомъ и кишками. При употребленіи Фовлерова раствора въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній прибавка спирта не только излишня, но прямо неудобна, ибо спиртъ обусловливаетъ боль при уколѣ. На чистоту препарата въ бактеріальномъ отношеніи отсутствіе спирта не вліяетъ, ибо у насъ по 2½ недѣли сохранялся чистый водный растворъ *kali arsenicosi* въ стлянкѣ съ притертой пробкой и не мутился. Для инъекцій мы употребляемъ асбестовый шприцъ; преимущество его заключается въ томъ, что поршень (асбестовый) не пропитанъ масломъ, какъ въ обыкновенныхъ шприцахъ Праваца, и тѣмъ не загрязняетъ самый шприцъ. Наконецъ, въ случаѣ нужды, асбестовый шприцъ можно стерилизовать. Иголки необходимы самыя тонкія и острыя, больше какъ для двухъ уколовъ одна и та же иголка служить не должна, затѣмъ ее нужно или точить, или замѣнить новой. Шприцъ и иголка каждый разъ передъ впрыскиваніемъ промываются 2% растворомъ борной кислоты, и въ этотъ же растворъ кладется иголка. Мѣсто куда производится впрыскиваніе (всего удобнѣе ягодицы и спина между лопатокъ) обмывается сначала спиртомъ, потомъ 2—3% растворомъ карболовой кислоты. Воткнувъ иголку подъ кожу, слѣдуетъ надавливать на поршень постепенно, дабы жидкость медленно поступала въ подкожную клетчатку. По окончаніи впрыскиванія на мѣсто укола кладется минутъ на пять компрессъ изъ гигроскопической ваты, смоченной тѣмъ же растворомъ карболовой кислоты; это не только служитъ презервативомъ отъ могущаго произойти загрязненія ранки, но благодаря анестезирующему дѣйствию карболовой кислоты, низводитъ боль, буде таковая случится, до *minimum'a*. Слѣдуетъ сказать, что соблюденіе чистоты это—*conditio sine qua* поп успешнаго хода впрыскиваній въ смыслѣ отсутствія не толь-

ко такихъ непріятныхъ явленій, какъ гнойники, но даже боли при уколѣ.

Что касается до размѣровъ, въ какихъ производятся впрыскиванія, то мы начинаемъ обыкновенно съ 4-хъ дѣлений шприца и постепенно доводимъ до полного шприца, если того требуетъ упорность даннаго случая; сначала производимъ впрыскиванія каждый день, затѣмъ, добившись извѣстнаго эффекта, черезъ день—и болѣе 20—24 впрыскиваній подрядъ не дѣлаемъ.



VI. О методахъ изслѣдованія больныхъ.

(Изъ вступительной лекціи).

Профессора Н. Ѡ. Голубова.

Мм. Гг.! Моя задача въ теченіе наступающаго семестра—упражнять васъ въ діагностику внутреннихъ болѣзней. Для того, чтобы сдѣлать діагностику, нужно умѣть произвести изслѣдованіе (examen) даннаго больного по извѣстному опредѣленному плану. Какой же планъ, какой методъ изслѣдованія наилучшій? Это методъ, которымъ должна гордиться наша Московская медицинская школа, методъ, выработанный и данный намъ главою современной Московской школы проф. *Захарьинымъ*. Этотъ методъ, съ которымъ вы всѣ, конечно, уже знакомы, подробно изложенъ въ 1-мъ выпускѣ клиническихъ лекцій проф. *Захарьина*; я, по своему личному опыту, рекомендую продумать и изучить его такъ, чтобы онъ вошелъ, какъ говорится, in carnem et sanguinem. Кромѣ нашей факультетской терапевтической клиники вышеназванный методъ примѣняется и въ госпитальной клиникѣ проф. *Остроумова*. Въ пропедевтической клиникѣ вы изслѣдовали больныхъ по другому плану, приспособленному къ спеціальнымъ цѣлямъ (изученіе семіотики) этой клиники, хотя желательно было бы, ради единства преподаванія и школы, чтобы и тамъ примѣнялся планъ изслѣдованія, о которомъ идетъ рѣчь. Проф. *Снежневъ* для цѣлей своей клиники выработалъ планъ гинекологическаго изслѣдованія, составляющій какъ бы развѣтвленіе и спеціальное дополненіе метода проф. *Захарьина*. Въ предисловіи къ своей книгѣ «О маточныхъ кровотеченияхъ» онъ говоритъ о методѣ проф. *Захарьина* и объ отношеніи къ нему своего плана—слѣдующее: «...выскажу еще одинъ мотивъ, который будетъ очень понятенъ воспитанникамъ Московскаго университета, понятенъ потому, что двад-

цать пять поколѣній врачей прошло подѣ этимъ благодѣ-
 тельнымъ вліяніемъ; я говорю о системѣ разспроса, введен-
 ной въ терапевтической клиникѣ Московскаго университета
 уважаемымъ проф. Г. А. Захарьинимъ. Моя система есть
 только необходимое развѣтвленіе и послѣдствіе системы, вве-
 денной и пропагандируемой проф. Захарьинимъ и служить
 какъ бы дополненіемъ къ ней. И я думаю, что въ интересѣ
 университетскаго преподаванія солидарность въ этомъ на-
 правленіи имѣетъ очень многое за себя». Въ Кіевской фа-
 культетской терапевтической клиникѣ проф. Чиркова также
 примѣняется методъ Московской школы. Въ Юрьевской ме-
 дицинской клиникѣ проф. Васильевъ (ученикъ Петербургской
 медицинской школы) ввелъ методъ проф. Захарьина *).

Чтобы вы могли лучше оцѣнить методъ Московской школы,
 я долженъ указать на методы нѣкоторыхъ другихъ школъ.
 Сначала остановлюсь на нѣкоторыхъ изъ нѣмецкихъ. Такъ,
 напр., вы имѣете методъ проф. *Leube*, изложенный въ его
 «*Specielle Diagnose der inneren Krankheiten*». Его нужно
 назвать прямо—неудовлетворительнымъ. *Leube* предлагаетъ
 между прочимъ начинать изслѣдованіе съ анамнеза. Вамъ
 повятно, какъ трудно, да и бесплодно собирать свѣдѣнія о
 прошломъ, не разспросивъ предварительно о настоящемъ.
 Разспросу больного *Leube* удѣляетъ очень мало; по его
 мнѣнію, собраніе анамнеза и весь разспросъ «требуютъ
 всего нѣсколько минутъ», причемъ полученныхъ свѣдѣній
 «всегда вполне достаточно, чтобы приступить къ изслѣдова-
 нію (объективному) больного». Анамнезъ при такой поста-
 новкѣ дѣла оказывается, конечно, неудовлетворительнымъ, и
 самъ *Leube* говоритъ, что «когда изслѣдованіе обнаружитъ
 заболѣваніе опредѣленныхъ органовъ, приходится еще попол-
 нить анамнезъ». Объ обстоятельномъ изслѣдованіи условій и
 образа жизни, о выясненіи этиологическихъ, съ нимъ связан-
 ныхъ, моментовъ нѣтъ и рѣчи. Изслѣдованіе больного по
 такому методу можетъ дать только діагностику грубыхъ бо-
 лѣзненныхъ измѣненій, — измѣненій, доступныхъ осязанію,
 зрѣнію и слуху; діагностика тонкихъ функциональных измѣ-
 неній немыслима при такомъ методѣ; самое большое, что
 мы получимъ: *diagnosis morbi*, но ни въ какомъ случаѣ не—
diagnosis aegri.

*) Назначенный на кафедру гинекологіи, въ Юрьевѣ, проф. Губаревъ объ-
 явилъ въ своей вступительной лекціи, что онъ будетъ «пользоваться схе-
 мой, составленной проф. Снегиревымъ и построенной на принципахъ проф.
 Г. А. Захарьина».

Талантливый Эрлангенский проф. *Strümpell* предлагает для болѣзней различныхъ органовъ различныя схемы (всего семь схемъ), что, конечно, неудобно; вѣтъ единства; кромѣ того, не имѣетъ практическаго смысла: какимъ образомъ, еще не опредѣливъ болѣзни, а лишь приступая къ изслѣдованію, мы узнаемъ, какую въ данномъ случаѣ нужно примѣнить схему? Приходится, по совѣту *Strümpell*'я, путемъ предварительныхъ вопросовъ и путемъ краткаго предварительнаго изслѣдованія, составлять себѣ приблизительное понятіе о болѣзни пациента, а затѣмъ уже приступать къ подробному изслѣдованію по соотвѣтствующей схемѣ; излишняя потеря времени и возможность грубыхъ ошибокъ при первоначальномъ «краткомъ» изслѣдованіи. Схемы проф. *Strümpell*'я, какъ вы можете сами убѣдиться, читая, напр., русскій переводъ *), отличаются неопредѣленностью; предлагаемые вопросы отличаются неточностью, нестройностью и, будучи очень многочисленны и многословны, въ то же время не исчерпываютъ всего важнаго и необходимаго. Разспросу больнаго *Strümpell* удѣляетъ вообще мало мѣста, и страннымъ, непонятнымъ образомъ разспросъ о настоящемъ состояніи у него сливается съ анамнезомъ, такъ что *status praesens* состоитъ изъ данныхъ, получаемыхъ исключительно путемъ только такъ называемаго объективнаго изслѣдованія. Изслѣдованіе условій и образа жизни *Strümpell* относитъ къ анамнезу, причемъ каждая схема даетъ свои вопросы, сообразно *предполагаемой* болѣзни. Въ общемъ получается впечатлѣніе, что схемы эти не есть результатъ указаній зрѣлаго опыта, а результатъ апріорнаго кабинетнаго измышленія.

Чрезвычайною растянутостью, непрактичностью и искусственностью отличается схема, на первый взглядъ стройная, профессора *Quincke* **).

Схему изслѣдованія, примѣняемую въ клиникѣ извѣстнаго Берлинскаго проф. *Leyden*'а, вы можете найти въ книгѣ его ассистента *Dr. Klemperer*'а «*Grundriss der klinischen Diagnostik*». Схема эта имѣетъ большіе недостатки. Во-первыхъ, мы видимъ неясное разграниченіе того, что называется «anamnesis» отъ того, что называется «status praesens». Анамнезомъ *Klemperer* называетъ разспросъ больнаго, и одно лишь объективное изслѣдованіе онъ считаетъ за *status praesens*, въ то же время въ *status praesens* помѣщены: «аппе-

*) Краткое руководство къ клиническому изслѣдованію больныхъ. Москва. 1887.

**) *Schema der Krankenuntersuchung für die Praktikanten der medizinischen Klinik zu Kiel, von H. Quincke. 1885.*

титъ», «жажда», «болѣзненное мочеиспусканіе» — пункты, которые не приходится дѣлать предметомъ такъ называемаго объективнаго изслѣдованія. Изслѣдованіе условій и образа жизни исчерпывается фразой «общія условія жизни, родъ занятій». Изслѣдованіе разспросомъ («anamnesis» по *Klemperer*'у) отчасти безсистемно, а главное — не полно. Планъ объективнаго изслѣдованія («status praesens» по *Klemperer*'у) построенъ неудобно, а главное — нестройно; напр., въ объективномъ изслѣдованіи дыхательнаго аппарата поставлены рядомъ: ритмъ дыханія, постукиваніе, выслушиваніе и *бронхофонія*! Не останавливаюсь болѣе на подробностяхъ, такъ какъ книга *Klemperer*'а переведена на русскій языкъ, и вы, хотя и начинающіе, заглянувъ въ нее, сами можете убѣдиться, что схема берлинской клиники мало пригодна для обстоятельнаго изслѣдованія больныхъ.

Съ методомъ извѣстнаго Вѣнскаго клинициста проф. *Nothnagel*'я вы можете познакомиться изъ его брошюры «*Einige Bemerkungen über das Diagnosticiren bei inneren Krankheiten*» *). Послѣ сказаннаго раньше о методахъ другихъ вѣмецкихъ клиникъ не буду останавливаться на его методѣ. Здѣсь скажу только, что проф. *Nothnagel*, какъ и проф. *Захарьинъ*, настаиваетъ на томъ, что изслѣдованіе больнаго не есть механическое занятіе, простое собираніе фактовъ, что діагнозъ производится уже во время изслѣдованія, начиная, какъ онъ самъ говоритъ (стр. 27 *op. cit.*), съ вопроса о національности больнаго. Это проф. *Nothnagel* называетъ «аналитическимъ методомъ діагноза», который онъ противопоставляетъ діагнозу *per exclusionem*. Увлекаясь этимъ, будто бы новымъ, методомъ, проф. *Nothnagel*, какъ мнѣ извѣстно, отдаетъ при занятіяхъ со студентами (*на лекціяхъ*) много времени на пріученіе ихъ дѣлать гадательную діагностику основной болѣзни шагъ за шагомъ послѣ каждаго полученнаго при изслѣдованіи симптома. Вслѣдствіе краткости лекціоннаго часа приходится спѣшить. Въ результатъ получается пренебреженіе болѣе тонкими, не рѣзкими (но часто весьма важными для полной діагностики) симптомами, получается грубый *diagnosis morbi* (а не *aergi*) на основаніи такъ называемыхъ патномоническихъ симптомовъ — методъ, отъ котораго предостерегаетъ (*op. cit.* стр. 25) самъ же проф. *Nothnagel*. Было бы ошибочно, если бы кто-либо увлеченіе счелъ за образецъ.

*) Wien. 1883.

Изъ русскихъ я укажу вамъ на особенности метода Петербургской школы, введеннаго почтеннымъ основателемъ *) этой школы, покойнымъ проф. *Боткинымъ*. По этому методу предлагается, особенно начинающимъ, прежде всего производить объективное изслѣдованіе, разспросъ же послѣ; цѣль такого приѣма, по словамъ покойнаго проф. *Боткина*,—болѣе объективное, безъ предвзятой мысли, отношеніе къ имѣющимъ встрѣтиться физическимъ симптомамъ. Недостатокъ, по моему мнѣнію, тотъ, что непроизводительно требуетъ огромнаго напряженія вниманія и силъ. Гораздо выгоднѣе при помощи разспроса узнать, на какомъ органѣ (или органахъ) нужно при объективномъ изслѣдованіи наиболѣе напряженно сосредоточить свое вниманіе. Представьте себѣ худощаваго больнаго съ страданіемъ желудка, съ здоровыми легкими и не подающаго при разспросѣ ни малѣйшаго повода заподозрить пораженія легкихъ; если мы до разспроса такого больнаго предпошлемъ добросовѣстное объективное изслѣдованіе, мы должны будемъ, на примѣръ, потратить непроизводительно массу напряженнаго вниманія и силъ на постукиваніе и выслушиваніе каждой, такъ сказать, точки его груди; въ результатѣ—трата времени и утомленіе врача; а ему вслѣдъ затѣмъ предстоитъ трудная задача—разобраться въ сложномъ, можетъ быть, случаѣ желудочнаго страданія, обдумать и назначить лѣченіе. Представьте себѣ другой случай (взятый мною изъ дѣйствительности): больной атлетическаго тѣлосложенія; у него имѣется ничтожный, величиной въ двухкопѣчную монету фокусъ (туберкулѣзный) влажныхъ, крайне скудныхъ, слышныхъ лишь при откашливаніи, хриповъ; вы до разспроса тщательно ощупываете, выстукиваете, выслушиваете его, но фокусъ хриповъ настолько малъ, что вы пропустили его, чему способствовала предвзятая, но несознанная вами мысль о здоровомъ состояніи легкихъ,—мысль, внушенная вамъ его атлетическимъ сложеніемъ. Затѣмъ вы начинаете разспрашивать больнаго, и сумма полученныхъ разспросомъ фактовъ (ночные поты, лихорадка, бывшія кровохарканія, кашель, похуданіе за послѣднее время и т. п.) заставляютъ васъ остановиться на мысли о легочномъ туберкулѣзѣ; вѣдь, вамъ придется снова приступить къ раздѣванію и изслѣдованію груди больнаго; вы удвоите вниманіе и найдете, наконецъ, фокусъ. Въ результатѣ опять таки потеря времени, утомленіе врача и больнаго, а предвзятой мысли избѣжать не удалось.

*) См. *Чудновскій*. Способы изслѣдованія общихъ и внутреннихъ болѣзней. СПб. 1883, стр. 8.

Итакъ, по методу покойнаго проф. *Боткина*, объективное изслѣдованіе лучше предпосылать разспросу для избѣжанія предвзятыхъ мыслей, для болѣе объективнаго отношенія къ получаемымъ физическимъ симптомамъ. Кромѣ того, покойный проф. вообще отдавалъ предпочтеніе такъ называемымъ объективнымъ симптомамъ, а получаемые разспросомъ считалъ мало реальными и надежными. Приведу для характеристики его метода нѣсколько строкъ изъ 1-го выпуска *) его клиническихъ лекцій.

„Объективность наблюдателя особенно развивается тогда, когда практикантъ будетъ относиться къ своему больному первоначально, какъ къ простому физическому тѣлу, забывая на время, что это тѣло одарено способностью передавать свои ощущенія. Мы, поэтому, начинаемъ изслѣдованіе больнаго съ собиранія фактовъ, при посредствѣ различныхъ способовъ объективнаго изслѣдованія.. Собравъ факты этими различными способами объективнаго изслѣдованія, мы приступаемъ къ разспросу больнаго объ его субъективныхъ ощущеніяхъ, предлагая ему вопросъ: на что онъ жалуется въ данную минуту? Этотъ послѣдній способъ изслѣдованія чрезвычайно затруднителенъ для каждаго начинающаго, во первыхъ, потому, что многія болѣзненные ощущенія само по себѣ не представляютъ яснаго, опредѣленнаго характера, а во-вторыхъ чрезвычайно рѣдко можно встрѣтить людей, умѣющихъ ясно передавать свои болѣзненные ощущенія. Люди съ недостаточно развитой способностью анализировать свои ощущенія встрѣчаются чрезвычайно часто... Очевидно, что способность анализировать свои ощущенія, завися отъ различнаго состоянія периферическихъ чувствующихъ аппаратовъ, различной степени проводимости центростремительныхъ приводовъ и отъ центральныхъ окончаній въ черепномъ мозгу (одного—чувствующаго, другаго—сознающаго или анализирующаго), будетъ проявляться чрезвычайно различно, смотря по особенностямъ всѣхъ этихъ различныхъ частей аппарата сознательныхъ ощущеній; при всемъ этомъ должно быть еще умѣнше передавать эти ощущенія. Повятно, что такая сложность этого акта служитъ причиной громаднаго затрудненія, встрѣчающагося врачу при изслѣдованіи субъективныхъ ощущеній больнаго; то периферическій чувствующій аппаратъ приглушенъ, то возбудимость центральныхъ аппаратовъ представляетъ или большую, или меньшую степень развитія и т. д. Можно найти весьма значительныя анатомическія разстройства въ организмѣ, безъ особеннаго рѣзкихъ ощущеній со стороны больнаго; и наоборотъ, весьма незначительныя патолого-анатомическія измѣненія могутъ сопровождаться безконечнымъ рядомъ различнаго рода жалобъ. Но, предиславъ изслѣдованіе объективныхъ явленій субъективнымъ, начинающій практикантъ будетъ въ состояніи дать истинное значеніе жалобамъ больнаго съ возвышенной чувствительностью нервныхъ аппаратовъ, не рискуя проглядѣть важныя патологическія измѣненія у субъектовъ мало жалующихся. Кромѣ этого предварительное изслѣдованіе объективныхъ явленій даетъ возможность руководить больнаго въ передачѣ его ощущеній“.

Увлеченіе физическими методами изслѣдованія и недовѣріе къ даннымъ, — вѣрнѣе, къ фактамъ, — получаемымъ раз-

*) Курсъ клиники внутреннихъ болѣзней, вып. I, 1867, стр. IX—XIII.

спросомъ, есть отчасти результатъ увлеченія такъ называемымъ позитивизмомъ и, въ частности, позитивизмомъ въ медицинѣ, а отчасти—простое недоразумѣнiе. Недоразумѣнiе, повидимому, состояло вотъ въ чемъ: при разспросѣ больного объ его ощущенiяхъ врачъ, не умѣющій руководить отвѣтами больного—не умѣющій ставить точные вопросы и дающій больному волю говорить, что ему вздумается,—всегда услышитъ отъ него въ изобилiи такiя дѣйствительно не имѣющiя реальнаго значенiя выраженiя: тоскуеть, ноеть, вертитъ, перехватываетъ, трепещеть, переворачиваетъ, жуеть, захватываетъ, обрывается и пр., и пр. Вотъ, возставая справедливо противъ такого «субъективнаго анализа», огуломъ начали отрицать разспросъ вообще. Не то получается, если больному дается рядъ точныхъ, опредѣленныхъ вопросовъ относительно такихъ пунктовъ, на которые онъ можетъ точно и опредѣленно отвѣтить. Развѣ не факты, не реальные данныя мы получаемъ разспросомъ, если узнаемъ: какъ часто у больного на низъ? жидко? оформленными испражнениями? со слизью? съ кровью? и т. п. Развѣ не реальные факты, если больной сообщаетъ о кашлѣ, не дающемъ ему спать по ночамъ, о мокротѣ съ примѣсью крови, объ одышкѣ, о головной боли, головокруженiи, о бессонницѣ? Возьмемъ, на примѣръ, жалобы больного, по которымъ мы опредѣляемъ существованiе у него *anginae pectoris*; неужели кто можетъ отрицать ихъ реальность? Еще разъ повторяю: для того, чтобы разспросъ давалъ точныя данныя, нужно умѣть систематически, точно ставить вопросы и строго требовать точныхъ отвѣтовъ. Если сомнѣваться въ реальности такихъ фактовъ, то, вѣдь, придется сомнѣваться во всемъ, придется не довѣрять своимъ чувствамъ.

Считаю излишнимъ продолжать говорить о реальности данныхъ, получаемыхъ точнымъ разспросомъ, считаю излишнимъ доказывать, что пренебреженiе, оказанное такъ называемому «субъективному изслѣдованiю» покойнымъ профессоромъ *Боткинымъ*, было лишь увлеченiемъ.

Что касается того, какiе симптомы имѣютъ большее значенiе, объективные или получаемые разспросомъ, то должно сказать, что они *одинаково важны*. Данныя, полученные при помощи *точного*, методическаго разспроса, а не поверхностнаго и кое-какого «въ нѣсколько минутъ», имѣютъ такое же цѣнное и реальное значенiе, какъ и данныя, полученные при помощи физическихъ методовъ изслѣдованiя. Есть много болѣзней, которыя безъ разспроса, путемъ одного объектив-

наго изслѣдованія опредѣлены быть не могутъ; возьмемъ, для примѣра, хотя бы неврастенію въ ея разнообразныхъ проявленіяхъ. Если путемъ объективнаго изслѣдованія мы часто дѣлаемъ точный *diagnosis morbi*, за то, съ другой стороны, именно изслѣдованію разспросомъ мы обязаны тѣмъ, что, называется *diagnosis aegri*; а вамъ извѣстно, какое значеніе имѣетъ *diagnosis aegri* для терапіи, т.-е. для конечной цѣли изслѣдованія и діагноза. Діагностика, основанная на одномъ объективномъ изслѣдованіи, безъ разспроса, сводила бы медицину на степень ветеринаріи.

Я потому такъ распространился по поводу значенія субъективныхъ симптомовъ, которыми пренебрегала, которымъ не довѣряла Петербургская школа въ лицѣ *Боткина*, что многіе несомнѣнно увлекались и увлекаются заманчивою мыслью чуть ли не свести весь діагнозъ на физическое изслѣдованіе, мыслью—работать надъ больнымъ при помощи различныхъ діагностическихъ аппаратовъ, какъ физиологъ производитъ *in anima vili*—надъ *безсловесными* животными—свои эксперименты. Я знаю одного врача, который серьезно мечталъ о діагностическомъ аппаратѣ: стѣбитъ посадить въ этотъ аппаратъ больного и завести его, — и мы получимъ точную діагностику въ видѣ графическаго изображенія; можно подумать, что дѣло идетъ объ упраздненіи головы и логики и замѣнѣ ихъ аппаратами!

Все это увлеченіе физическими методами изслѣдованія есть результатъ такъ называемаго естественно-научнаго направленія медицины за послѣдніе 40 лѣтъ. Крайности позитивизма въ философіи какъ бы отразились и въ медицинѣ, а въ частности и на діагностикѣ. «Какой-то революціонный вихрь, говоритъ проф. *Ziemssen* *), пронесся по всѣмъ странамъ, гдѣ звучитъ нѣмецкая рѣчь: пала де старая медицина, начинается новая эра. Отнынѣ медицина должна быть не искусствомъ, а наукой». Изъ этого то направленія и развилось увлеченіе физическими, такъ называемыми «точными» методами изслѣдованія, поведшее къ пренебреженію изслѣдованія разспросомъ, какъ *неточнаго*. Всѣмъ извѣстно огромное значеніе, какое имѣло для медицины естественно-научное направленіе; но крайности, увлеченія вездѣ вредны. Профессоръ *Ziemssen*, котораго далеко нельзя назвать скептикомъ, высказываетъ (*ibid* стр. 7) мысль, что врачебная наука въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, частная терапія немного выиграла

*) „Наука и практика въ послѣдніе 50 лѣтъ“, Русскій перев. Москва. 1890, стр. 4.

отъ всего этого движенія, за то лишилась многого, чѣмъ раньше обладала». Мало того, онъ высказываетъ на первый взглядъ парадоксальную мысль (стр. 10, *ibid.*), что весьма часто именно утонченный мѣстный діагнозъ является тормазомъ для правильнаго (общаго) лѣченія; подобную же мысль нѣсколько лѣтъ тому назадъ высказывалъ въ своихъ лекціяхъ и проф. *Liebermeister*.

Увлеченіе позитивизмомъ въ медицинѣ, увлеченіе, мечтавшее, что наступитъ время, когда вопросы медицины будутъ рѣшаться, какъ и вопросы механики или астрономіи, «при помощи математическихъ уравненій», принесло свою долю вреда практической медицинѣ и въ частности—клиникѣ. Въ настоящее время, повидимому, наступила реакція противъ этого увлеченія; ошибки вездѣ сознаются.

У насъ, въ Россіи, отрицаніе медицины, какъ искусства, появилось въ началѣ 60-хъ годовъ; это отрицаніе проникло въ публику и нашло себѣ въ то время выраженіе въ извѣстномъ тенденціозномъ романѣ *Чернышевскаго* «Что дѣлать», герои котораго, молодые медики, проповѣдывали, что медицины не существуетъ, что нужно разрушить старую медицину и начать готовить почву, фундаментъ для точной медицины будущаго. Такое настроеніе было 30 лѣтъ назадъ. Теперь едва ли гдѣ найдется врачъ, который, закрывая глаза на насущныя потребности медицины настоящаго, мечталъ бы лишь о медицинѣ будущаго, о медицинѣ «математическихъ формулъ». Едва ли человѣкъ со всѣми *индивидуальными* особенностями его нормальной и патологической жизни можетъ когда либо быть подведенъ подъ формулы и уравненія! Если смотрѣть на медицину, какъ на отрасль естественныхъ наукъ, то къ ней еще болѣе примѣнимо безпощадное *«ignoramus et ignorabimus»* знаменитаго естествоиспытателя.

Обращаюсь къ изслѣдованію разспросомъ. Еще разъ напоминаю вамъ, что безъ него нельзя сдѣлать полной діагностики — діагностики больнаго; непосредственное изученіе, такъ сказать, «натуры» больнаго разспросомъ можетъ раскрыть намъ такія явленія и условія патологической жизни даннаго субъекта, какихъ мы не опредѣлимъ никакими методами физическаго изслѣдованія, никакими инструментами; невольно приходятъ на память слова Фауста: *Und was sie (Natur) deinem Geist nicht offenbaren mag, das zwingst du ihr nicht ab mit Hebeln und mit Schrauben*. Если при помощи физическихъ методовъ изслѣдованія мы дѣлаемъ поразительно точныя діагностики,—діагностики, которыя вскорѣ легко под-

тверждаются ножомъ патолога-анатома, — то при помощи умѣлаго разспроса мы можемъ дѣлать (особенность Московской школы) такія тонкія художественныя діагностики, какія рѣшительно недоступны тѣмъ, кто не владѣеть или пренебрегаетъ методомъ разспроса.

Сопоставьте теперь, съ одной стороны, извѣстный вамъ методъ Московской школы, а съ другой—что я только что сообщилъ вамъ о методахъ и тенденціяхъ другихъ школъ, и вы увидите всѣ преимущества нашего метода: между прочимъ, изслѣдованіе разспросомъ доведено въ этомъ методѣ до такой точности и полноты, какъ ни въ одномъ изъ извѣстныхъ мнѣ методовъ. Заслуга проф. *Захарьина* для русской медицины заключается, между прочимъ, въ томъ, что онъ, если можно такъ выразиться, отстоялъ изслѣдованіе разспросомъ, которое безъ него, пожалуй, затерялось бы подъ наплывомъ блестящихъ и остроумныхъ физическихъ методовъ изслѣдованія; не только отстоялъ, но и далъ лучший образецъ этого изслѣдованія. Одинъ изъ извѣстнѣйшихъ парижскихъ клиницистовъ, *Henri Huchard*, считаетъ*) главной особенностью школы профессора *Захарьина* «l'interrogatoire, qui est élevé à la hauteur d'un art!»

Скажу еще нѣсколько словъ объ особенностяхъ метода Московской школы. По этому методу подвергаются *тщательному* изслѣдованію условія и образъ жизни больного—пункты, пренебрегаемые другими школами; выяснивъ эти пункты, мы часто сейчасъ же уясняемъ этиологию представляющагося намъ у даннаго индивидуума разстройства и ставимъ болѣе точную діагностику; зная изъ тщательнаго разспроса условія, вызвавшія или поддерживающія болѣзненные разстройства, мы въ то же время получаемъ цѣнныя указанія для терапіи въ широкомъ смыслѣ этого слова. Да, можно сказать, что изслѣдованіе больного по методу проф. *Захарьина* даетъ данныя не только для постановки полнаго діагноза, но въ огромномъ большинствѣ случаевъ и данныя для точной и успѣшной терапіи, чего не даютъ схемы другихъ школъ,—схемы, которыя имѣютъ своею цѣлью какъ будто бы одинъ лишь діагнозъ; нельзя, вѣдь, лѣчить правильно, не изслѣдовавъ тщательно и добросовѣстно условій и образа жизни. Скажу вамъ про методъ Московской школы еще слѣдующее: молодой врачъ, хорошо продумавшій его и

*) Exposé de l'enseignement clinique, par Zakharine. Introduction par *Henri Huchard*, p. 3. Paris, 1891.

хорошо усвоившій, даже на первыхъ порахъ своей дѣятельности при всей своей неопытности сравнительно рѣдко будетъ дѣлать грубыя ошибки въ діагностикѣ и еще рѣже въ терапіи; если онъ и не поставитъ иногда тонкой топической діагностики какого нибудь рѣдкаго казусаго случая болѣзни, напр., не опредѣлитъ кистознаго перерожденія почки—не сдѣлаетъ тонкой діагностики *morbi*, то діагнозъ *aegri* онъ можетъ сдѣлать всегда; а разъ сдѣлана діагностика *aegri*, врачъ всегда можетъ оказать больному существенную помощь: припомнимъ, какъ велика область примѣненія такъ называемаго симптоматическаго лѣченія; правильное же, а слѣдовательно, и успѣшное примѣненіе симптоматическаго лѣченія требуетъ не столько знанія «сущности» *болѣзни* даннаго субъекта, сколько тщательнаго всесторонняго изученія *больнаго*.

Обратимся теперь къ нашимъ занятіямъ. Мы будемъ упражняться въ діагностикѣ внутреннихъ болѣзней, изслѣдуя больныхъ по плану Московской школы. При этомъ мы будемъ слѣдовать совѣту проф. *Захарина*—будемъ избѣгать «излишней подробности, ненужной мелочности изслѣдованія». Изъ физическихъ методовъ изслѣдованія будемъ останавливаться на главнѣйшихъ, на необходимѣйшихъ для врача; причинъ этому много: во-первыхъ, недостатокъ времени, котораго вамъ и такъ едва хватаетъ; во-вторыхъ—цѣль моихъ занятій—упражнять васъ въ рѣшеніи элементарныхъ задачъ діагностики, а не въ изученіи различныхъ методовъ физическаго изслѣдованія, чѣмъ вы достаточно уже занимались въ теченіе 5-го и 6-го семестровъ. Имѣйте также всегда въ виду, что большинству изъ васъ придется со временемъ работать при обстановкѣ, гдѣ примѣненіе скрупулезныхъ методовъ изслѣдованія и немислимо, какъ, напр., въ земской практикѣ, гдѣ приходится въ теченіе нѣсколькихъ часовъ изслѣдовать и дать совѣтъ чуть не сотнѣ больныхъ. Мнѣ же извѣстны случаи, въ какомъ безпомощномъ и нравственно угнетенномъ положеніи оказывались въ земской обстановкѣ молодые врачи, прошедшіе школу, которая учила считать только тотъ діагнозъ болѣзни желудка и кишекъ точнымъ и достойнымъ названія «диагноза», гдѣ произведено изслѣдованіе желудочнаго сока и микроскопическое изслѣдованіе кала, только ту діагностикѣ анеміи или хлороза, гдѣ кровь изслѣдована, по крайней мѣрѣ, на шарики и на количество гемоглобина. Вообразите себѣ, если бы кто либо вывелъ на поле битвы солдатъ, обучивъ ихъ стратегіи, исторіи и теоріи оружія, баллистикѣ, пиротехникѣ, и позабывъ, за недо-

статкомъ времени, научить ихъ стрѣлять и колоть. Совершенно въ такомъ же положеніи окажется врачъ, котораго въ теченіе короткаго срока его клиническаго обученія занимали не изученіемъ и неустаннымъ усвоеніемъ насущныхъ для него основъ врачебнаго дѣла, а болѣе изученіемъ и усвоеніемъ новыхъ, тонкихъ, сложныхъ методовъ и способовъ изслѣдованія—способовъ, имѣющихъ *научное*, но не *учебное* значеніе.

Одною изъ главныхъ цѣлей, которыя я буду имѣть въ виду при моихъ съ вами занятіяхъ по діагностикѣ—упражнять васъ въ примѣненіи важнѣйшихъ, необходимѣйшихъ приемовъ объективнаго изслѣдованія; поэтому я буду стараться выбирать для занятій случаи, представляющіе симптомы, доступные *перкуссіи, аускультации, ощупыванію*, т.-е. главнымъ образомъ болѣзни легкихъ, сердца, печени и т. п. Я буду, особенно первое время, выбирать изъ амбулаторіи случаи элементарные, не сложные, гдѣ вы будете въ состояніи *сами* ставить точный діагнозъ. Буду избѣгать случаевъ, требующихъ для точной постановки діагноза — наблюденія; это дѣло стаціонарной клиники, и въ діагностикѣ «по теченію болѣзни» мы будемъ при случаѣ упражняться во время нашихъ вечернихъ занятій въ клиническихъ палатахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже и при занятіяхъ надъ амбулантными больными, будемъ упражняться въ болѣе тонкихъ методахъ физическаго изслѣдованія, изученныхъ уже нами подробно въ пропедевтической клиникѣ; такъ, напр., опухоль селезенки или лимфатическихъ железъ можетъ подать поводъ къ изслѣдованію крови и т. п.

Сдѣлавъ изслѣдованіе и поставивъ діагнозъ у амбулантнаго больного, мы, конечно, не можемъ этимъ ограничиться и будемъ назначать лѣченіе. Гдѣ только возможно, будемъ производить наблюденіе теченія болѣзни и у нашихъ амбулантныхъ больныхъ.

Я сочту свою задачу исполненной, если подъ моимъ руководствомъ вы приобретете навыкъ въ производствѣ изслѣдованія больныхъ, болѣе овладѣете техникой перкуссіи, аускультации и ощупыванія и будете въ состояніи дѣлать діагностику хотя бы простѣйшихъ, наичаще встрѣчающихся болѣзней сердца, легкихъ, печени.....

БИБЛИОТЕКА
ЖЕНСКОЙ КЛИНИКИ
№ 12
ИМПЕРАТОРСКОГО
Новороссійскаго У. И. Казанскаго

VII. О желчномъ циррозѣ печени.

Профессора Н. Ѳ. Г о л у б о в а.

Мм. Гг.! Находящійся передъ вами больной, г-нъ Т., 35 лѣтъ, только что сегодня поступилъ въ клинику профессора Г. А. Захарьина, жалуясь на слабость, сильную желтуху, увеличеніе живота и отекъ ногъ. Онъ заявляетъ, что желтуха у него продолжается непрерывно 12 лѣтъ, а отекъ ногъ, большой животъ и слабость появились въ теченіе послѣднихъ пяти недѣль.

Вотъ важнѣйшія свѣдѣнія, полученныя отъ больного, относительно условій и образа его жизни. Онъ агрономъ, управляющій большимъ имѣніемъ въ Рязанской губерніи, гдѣ и живетъ круглый годъ; мѣстность здоровая, не малярійная; занимаетъ хорошее помѣщеніе, съ теплымъ отхожимъ мѣстомъ; лѣтомъ купается въ рѣкѣ, зимой изрѣдка баня, куритъ 2—3 папирсы въ день; послѣдніе лѣтъ восемь пьеть ежедневно передъ обѣдомъ и ужиномъ по рюмкѣ водки; никогда не злоупотреблялъ спиртными напитками; пьеть въ день стакана четыре чаю и стакана три воды; столъ всегда легкій, скромный. Занятія больного сопряжены съ постоянными разъѣздами и большими хлопотами; въ свободное время онъ для развлеченія занимается столярной и слесарной работой. Больной женатъ 6 лѣтъ, имѣетъ двоихъ дѣтей (выкидышей не было).

Анамнезъ. Относительно прошлаго мною уже собраны слѣдующія данныя. Больной родился въ Крыму, гдѣ жилъ до 17 лѣтъ. Съ 17 по 21 годъ жилъ въ Одессѣ и учился въ реальномъ училищѣ; здѣсь, когда ему было 19 лѣтъ, въ теченіе двухъ мѣсяцевъ страдалъ маляріей. На 22 году страдалъ припадками боли подъ ложечкой послѣ ѣды — повиди-

тому, это была желчно-каменная колика. Съ 23 лѣтъ появилась желтуха, развивавшаяся постепенно, которая съ тѣхъ поръ и не прекращалась; тѣмъ не менѣе больной всегда чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и не лѣчился; лишь 4 года спустя послѣ появленія желтухи (въ 1883 г., когда больному было 27 лѣтъ) по настоянію врача, нашедшаго большую плотную печень, онъ пилъ на Кавказѣ Ессенуки № 17—безъ всякаго вліянія на желтуху, отъ которой съ тѣхъ поръ ничѣмъ болѣе и не лѣчился. Въ теченіе послѣднихъ шести лѣтъ онъ управлялъ, какъ было уже сказано, большимъ имѣніемъ и несмотря на желтуху и на массу трудныхъ занятій все время чувствовалъ себя здоровымъ, имѣлъ всегда хорошій аппетитъ и сонъ, не кашлялъ и не худѣлъ; изрѣдка лишь моча принимала на время темную окраску и одновременно испражненія дѣлались обезцвѣченными. Обыкновенно же испражненія бывали нормально окрашены, а моча свѣтла. Съ мая мѣсяца настоящаго (1891) года у больного начались безъ видимыхъ причинъ поносы безъ болей и слизи, прерываемые небольшими запорами; съ іюля онъ сталъ замѣчать увеличеніе живота, обратившее его вниманіе потому, что самъ онъ при этомъ не толстѣлъ; тѣмъ не менѣе онъ все лѣто много работалъ, купался и еще въ началѣ сентября могъ безъ передышки легко входить на четвертый этажъ. 19 сентября, т.-е. 33 дня тому назадъ, при ѣздѣ, послѣ плотнаго обѣда, въ тряскомъ экипажѣ по тряской дорогѣ почувствовалъ боли въ области печени, а по пріѣздѣ домой общее недомоганіе, упадокъ силъ и лихорадочное состояніе, повторявшееся затѣмъ въ теченіе послѣдняго мѣсяца еще нѣсколько разъ; боль была постоянная, не острая, безъ отдачи въ правую лопатку и не сопровождалась рвотой. Быстро, въ теченіе нѣсколькихъ дней, получилось огромное увеличеніе живота, и затѣмъ отекли ноги; одновременно желтуха усилилась и моча стала темной. Врачъ назначилъ каломель, послѣ котораго отекъ ногъ почти совсѣмъ исчезъ, а животъ значительно уменьшился; вскорѣ однако и животъ и ноги стали опять увеличиваться и достигли своего настоящаго состоянія. Больной, помня огромный успѣхъ отъ каломеля, даннаго врачомъ, началъ самъ, какъ попало, принимать его и съ 1-го по 12-е октября принялъ всего до 200 гранъ каломеля! Результатомъ такого злоупотребленія было увеличеніе слабости и значительно выраженный стоматитъ, не прошедшій и доселѣ. Затѣмъ больной принималъ *infusum Adonis Vernalis* и *Digitalis*, но безъ малѣйшаго успѣха.

Слабѣя съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе, больной сего дня, 22-го октября, поступилъ въ клинику. Чтобы повончить съ анамнезомъ, здѣсь же скажу, что сифилиса у больного не было.

Перейдемъ теперь къ *изслѣдованію настоящаго состоянія* больного.

Аппетитъ очень плохъ; послѣ пищи часто бываетъ тошнота; другихъ явленій диспепсіи нѣтъ. Языкъ обложенъ; ощущается foetor ex ore—обыкновенный спутникъ стоматита, который у больного до сихъ поръ еще значительно выраженъ: десны синевато-краснаго цвѣта, опухли, кровоточать, мѣстами съ бѣлесымъ налетомъ. На низъ ежедневно 3—4 раза; испражненія, какъ вы ихъ здѣсь видите, имѣютъ консистенцію довольно жидкой кашицы, безъ слизи, очень мало окрашены желчью, — бѣлесыя, не нормально вовючія. Моча идетъ свободно; количество ея за сутки, какъ говоритъ больной, не превышаетъ 2—3 стакановъ; она, какъ видите, напоминаетъ по цвѣту черное пиво; произведенное изслѣдованіе показало, что она содержитъ огромное количество желчи; бѣлка и сахара нѣтъ; удѣльный вѣсъ ея—1,021; реакція кислая. Болей въ груди, сердцебиенія, кашля и мокроты нѣтъ; при ходьбѣ одышка. Выраженнаго лихорадочнаго состоянія нѣтъ; t° 37,3°. Сонъ плохъ. Голова не болитъ и не кружится. Больной, какъ вы уже вѣроятно замѣтили, плохо соображаетъ отвѣты на задаваемые ему вопросы. Онъ чувствуетъ себя очень слабымъ, ходитъ съ трудомъ и больше лежитъ. На вопросъ о кожномъ зудѣ, столь часто бывающемъ при желтухѣ, больной заявляетъ, что имѣлъ его послѣдніе 3—4 года, но что послѣдній мѣсяць зудъ совершенно исчезъ.

Объективное изслѣдованіе показываетъ слѣдующее:

Пульсъ 86 въ минуту, ритмиченъ, слабъ; артерія не жестка и не извита. Грудь и руки больного довольно худы и представляютъ контрастъ съ большимъ животомъ; кожа суха, морщиниста и покрыта кое гдѣ мелкими петехіями. Постукиваніе груди даетъ, какъ вы видите (см. рис.), слѣдующія отношенія: справа—начиная съ соска внизъ получается глухой звукъ, который сзади начинается съ нижней трети лопатки; сзади внизу справа, тамъ, гдѣ обыкновенно при постукиваніи получается глухой звукъ печени, мы имѣемъ рѣзкій тимпаническій звукъ—слѣдовательно печень здѣсь приподнята кверху. Съ лѣвой стороны внизу получается также рѣзкій переходъ отъ яснаго къ глухому звуку, но, какъ вы видите, здѣсь глухой звукъ начинается гораздо ниже

чѣмъ на правой сторонѣ; фигура глухаго звука на лѣвой сторонѣ такова, что несомнѣнно мы имѣемъ дѣло съ се-
лезенкой. Сердечный толчекъ не прощупывается; при посту-
киваніи, какъ вы видите, оказывается, что сердце значи-
тельно приподнято кверху, и глухой звукъ его занимаетъ
размѣры нѣсколько больше нормального. Выслушиваніе лег-
кихъ даетъ сзади справа очень ослабленное дыханіе, а сзади
слѣва внизу на высотѣ вдоха было слышно немного мелкихъ
влажныхъ хриповъ, исчезнувшихъ при повторныхъ глубо-
кихъ вдохахъ—несомнѣнно ателектатическіе хрипы. При вы-
слушиваніи сердца у верхушки, равно какъ и у основанія
слышенъ рѣзкій систолическій шумъ. Животъ очень великъ
(окружность его на высотѣ пупка 100 сант.); въ лѣвой верх-
ней части его видны расширенныя подкожныя вены (по сло-
вамъ больного, эти вены обозначились впервые 2—3 мѣсяца
назадъ). Изслѣдованіе живота показываетъ присутствіе зна-

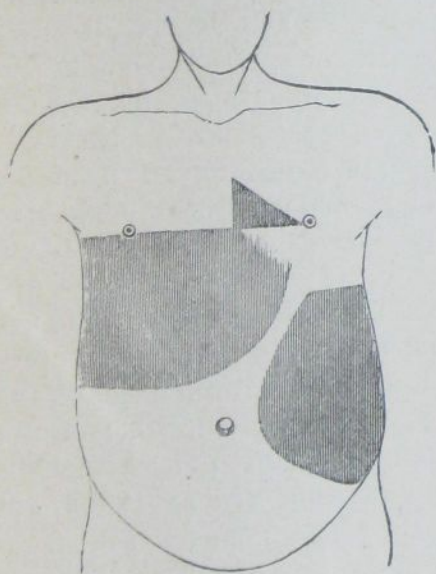


Рис. 1.

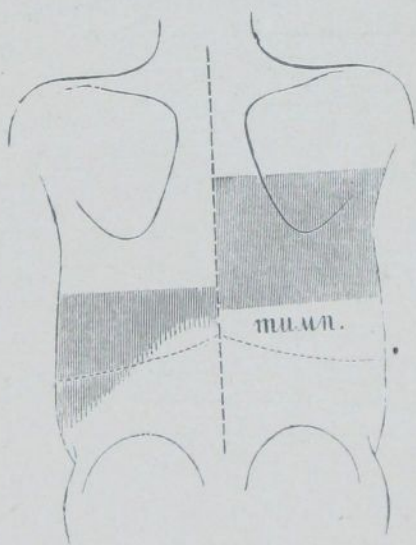


Рис. 1.

чительнаго скопленія жидкости въ полости брюшины. Печень
при давленіи болѣзненна; она плотна, гладка, равномер-
но увеличена, нижній край ея пальца на три ниже нормального,
но точно опредѣлить состоянія края и желчнаго пузыря не
удается вслѣдствіе сильнаго напряженія стѣнокъ живота: какъ
вы видите, приходится изслѣдовать печень толчками; можно

однако сказать, что мѣсто желчнаго пузыря не чувствительно. За исключеніемъ печени животъ совершенно не чувствителенъ, такъ что о перитонитѣ не можетъ быть и рѣчи. Значительный метеоризмъ. Селезенка очень увеличена и очень плотна. Ноги и renis значительно отекли. Добавлю, что кровь больного изслѣдована: количество лейкоцитовъ нормально.

Распознаваніе. Сильная желтуха, существующая 12 лѣтъ, давно уже констатированное увеличеніе печени, огромная селезенка, расширеніе подкожныхъ венъ живота, асцитъ, развившійся ранѣе отека ногъ, несомнѣнно вслѣдствіе расстройства воротнаго кровообращенія—все это заставляеть предположить, что мы имѣемъ дѣло съ болѣзнію печени. Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію вопроса, какое это страданіе печени, разберемъ состояніе другихъ органовъ. У больного плохой аппетитъ и бываетъ тошнота послѣ ѣды; другихъ диспептическихъ явленій нѣтъ,—можетъ быть именно потому, что больной ѣсть очень мало; но сильное расстройство воротнаго кровообращенія, конечно не могло не отозваться на желудкѣ, не вызвавъ въ немъ венознаго застоя и такъ называемаго застойнаго катарра. Поносъ, безъ болей и безъ слизи, которымъ началось въ маѣ ухудшеніе состоянія больного, несомнѣнно, находится въ связи съ венознымъ застоємъ въ кишкахъ; примите къ свѣдѣнію, что подобнаго рода поносы безъ болей и безъ слизи, развивающіеся безъ видимыхъ причинъ, очень часто служатъ первымъ признакомъ начинающагося расстройства воротнаго кровообращенія—при циррозѣ печени. Отсутствіе бѣлка въ мочѣ показываетъ, что почки здоровы,—что нефрита нѣтъ. Обращаемся къ органамъ груди. Глухой звукъ, начинающійся такъ высоко на правой половинѣ грудной клѣтки, можетъ зависѣть или отъ увеличенной и высоко поднятой печени или отъ скопленія жидкости въ полости плевры; несомнѣнно, что здѣсь имѣеть мѣсто и то, и другое; что печень сильно поднята это доказывается тѣмъ, что сзади на ея обычномъ мѣстѣ получается полоса рѣзкаго тимпаническаго звука; съ другой стороны, вы замѣтили, конечно, что при постукиваніи при глубокихъ вдохахъ глухой звукъ на верхней своей границѣ не замѣнялся яснымъ: такое постоянство границы глухаго звука при вдохахъ бываетъ, если онъ зависитъ отъ скопленія жидкости въ полости плевры; несомнѣнно здѣсь мы имѣемъ дѣло съ трансудатомъ, такъ какъ нѣтъ никакихъ указаній на воспаленіе плевры. Легкія должны быть значительно прижаты, на что указываютъ и тѣ хрипы ателектатическаго ха-

рактера, которые мнѣ удалось услышать. Сердце представляется по перкуссіи немного увеличеннымъ влѣво, и въ немъ слышны громкіе шумы. Можно однако смѣло утверждать, что органическихъ измѣненій въ немъ нѣтъ: главный и единственно вѣрный аргументъ въ пользу этого тотъ, что, по словамъ больнаго, онъ еще 1½ мѣсяца назадъ могъ безъ малѣйшей одышки всходить на 4 этажъ; — вотъ вамъ еще доказательство, какъ важны данныя, получаемыя разпросомъ. Чѣмъ же объяснить увеличеніе площади глухаго звука и шумы? Вслѣдствіе высокаго стоянія діафрагмы сердце получило болѣе горизонтальное положеніе, затѣмъ оно немного отодвинуто влѣво вслѣдствіе плеврального трансудата, и такъ какъ печень рѣзко приподнята въ своей задней части, то сердце какъ бы притиснуто къ передней грудной стѣнкѣ, — вотъ условія, при которыхъ площадь глухаго звука кажется больше нормальнаго; приписать увеличеніе площади глухаго звука скопленію жидкости въ полости перикардія нельзя, такъ какъ, во-первыхъ, шумы слышны очень громко, а во-вторыхъ, фигура глухаго звука вовсе не похожа на ту, какая бываетъ при жидкомъ скопленіи въ полости перикардія. Шумы же могутъ зависѣть отъ двухъ моментовъ. Во-первыхъ, при столь значительномъ смѣщеніи сердца могутъ образоваться перегибы аорты и легочной артеріи, что и вызоветъ появленіе шумовъ. Замѣчу, что проф. *Захарьинъ* наблюдалъ появленіе шумовъ при смѣщеніи сердца плевритическимъ эксудатомъ и исчезновеніе ихъ тотчасъ послѣ выпусканія жидкости. Во-вторыхъ, желтуха, какъ показываютъ наблюденія, можетъ вызвать появленіе шумовъ, вѣроятно вслѣдствіе вліянія желчныхъ кислотъ на сердце, — вліянія, механизмъ котораго до сихъ поръ еще не опредѣленъ; можно думать, что это вліяніе проявляется тѣмъ рѣзче, чѣмъ субъектъ истощеннѣе и малокровнѣе. Больной, страдая желтухой въ теченіе 12 лѣтъ, не имѣлъ ни носовыхъ, ни другихъ кровотеченій, ни кожныхъ кровоизліяній. Въ настоящее же время его кожа покрыта экхимозами; когда я обрисовывалъ, осторожно, дермографическимъ карандашомъ границы органовъ, вы видѣли, что по ходу черты сейчасъ же образовались значительные экхимозы. Несомнѣнно, у больнаго развивается геморрагическій діатезъ вслѣдствіе холеміи; что кровь его насыщена элементами желчи (холемія) — очевидно: испражненія плохо окрашены, кожа и слизистыя очень желты, а моча имѣетъ цвѣтъ чернаго пива. Вы видите, что больной слабъ, истощенъ, очень похудѣлъ въ туловищѣ и въ верхнихъ ко-

вечностяхъ; значительный отекъ ногъ, renis и трансудать въ полости правой плевры указываетъ на упадокъ силъ и слабую дѣятельность сердца: больные крѣпкіе и съ хорошою дѣятельностью сердца часто по нѣсколькимъ мѣсяцевъ имѣютъ огромный асцитъ безъ отека ногъ. Угнетенное состояніе нервной системы (апатія, вялое соображеніе отвѣтовъ на вопросы) зависитъ въ большей части несомнѣнно отъ холемической аутоинтоксикаціи.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію вопроса, съ какимъ страданіемъ печени мы имѣемъ дѣло?

У больного очень давно желтуха и большая печень; печень гладкая (не бугристая), равномерно увеличенная; огромная селезенка; недавно развившійся асцитъ и расширение венъ живота. Изъ всего выше сказаннаго очевидно, что это ни гиперемія печени, не амилоидъ, не гнойное воспаленіе и не левкемическая печень. Противъ рака говоритъ одно уже длительное теченіе болѣзни. Противъ однокамернаго эхинококка говоритъ огромная опухоль селезенки, равномерное увеличеніе печени и отсутствіе на ней характерныхъ эластическихъ выпуклостей. Отсутствіе какихъ бы то ни было указаній на сифилисъ исключаетъ мысль о сифилитическомъ пораженіи печени. Съ многокамернымъ эхинококкомъ имѣется весьма большое сходство; при этой формѣ также существуетъ по нѣсколькимъ лѣтъ рѣзко выраженная желтуха, увеличеніе печени, увеличеніе селезенки, наконецъ, образуется скопленіе жидкости въ полости брюшины; но при многокамерномъ эхинококкѣ печень обыкновенно бугристая, увеличена не равномерно и представляется мѣстами плотною какъ камень. Преобладаніе печеночныхъ симптомовъ да и все теченіе болѣзни очевидно говорятъ противъ селезеночной псевдолевкеміи. Нельзя ли предположить, что мы имѣемъ дѣло съ желтухою и увеличеніемъ печени вслѣдствіе суженія или закрытія выводныхъ желчныхъ протоковъ. Объ этомъ не можетъ быть, конечно, и рѣчи; длительное теченіе болѣзни, огромная опухоль селезенки противорѣчатъ такому предположенію; кромѣ того при этихъ болѣзненныхъ состояніяхъ бываетъ постоянное (или почти постоянное—смотря по причинамъ закрытія) обезцвѣченіе испражнений, чего у нашего больного не было; наоборотъ, у него до послѣдняго времени въ теченіе 12 лѣтъ испраженія бывали достаточно окрашены, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, когда они временно дѣлались окрашенными слабо.

Остается предположить одно, — что мы имѣемъ дѣло съ гипертрофическимъ желчнымъ (билиарнымъ) циррозомъ печени. Напомню вамъ главнѣйшія черты клинической картины этой формы: болѣзнь тянется годы; съ самаго начала болѣзни постоянная значительная желтуха, но испражнения окрашены большею частью хорошо; печень равномерно увеличена, плотна, гладка (не бугриста), селезенка также весьма увеличена; асцита нѣтъ; желудокъ и кишки долгое время исправны; общее состояніе, силы—долго бываютъ хороши. Какъ вы видите, состояніе нашего больного до прошлаго мая вполне соответствовало этой картинѣ. Тѣ же симптомы, которые развились у него съ мая, могутъ быть вполне объяснены предположеніемъ, что къ этому времени межуточная соединительная ткань разрослась такъ, что, наконецъ, сдвинула развѣтвленія воротной вены и вызвала разстройство воротнаго кровообращенія; первымъ проявленіемъ этого разстройства были поносы, затѣмъ асцитъ (увеличеніе живота съ іюля). Какъ объяснить припадокъ болей и лихорадки, начавшейся 19 сентября и поведшей къ рѣзкому ухудшенію состоянія больного? По описаніямъ французскихъ авторовъ (*Hanot*), въ теченіе гипертрофическаго желчнаго цирроза бываютъ какъ бы ожесточенія, обостренія болѣзни, выражающіяся лихорадочнымъ состояніемъ, упадкомъ силъ, болью въ области печени, усиленіемъ желтухи; *exitus lethalis* наступаетъ въ большинствѣ случаевъ въ скоромъ времени послѣ одного изъ такихъ обостреній (*poussées*). У нашего больного въ теченіе 12 лѣтъ его болѣзни это первое подобное обостреніе; послѣдствіями этого обостренія, кромѣ рѣзкаго усиленія желтушныхъ явленій, были упадокъ силъ, увеличеніе асцита, отекъ ногъ. Не подумайте, что асцитъ и расширеніе подкожныхъ венъ живота противорѣчатъ нашей діагностикѣ: и по описаніямъ французскихъ авторовъ, работавшихъ клинику этой болѣзни, эти явленія могутъ развиваться въ послѣднемъ стадіи болѣзни. Можетъ придти на мысль, не присоединился ли въ нашемъ случаѣ къ желчному циррозу тромбозъ воротной вены. Это мало вѣроятно: асцитъ при тромбозѣ развивается необычайно быстро, тогда какъ здѣсь онъ развивался въ теченіе почти трехъ мѣсяцевъ; кромѣ того асцитъ при тромбозѣ бываетъ огромныхъ размѣровъ.

Итакъ мы опредѣляемъ у нашего больного гипертрофическій желчный (билиарный) циррозъ; точное латинское названіе этой болѣзни печени, по моему мнѣнію, должно быть слѣ-

дующее: *Hepatitis interstitialis (cirrhosis hepatis)—ex angiocholitide catarrhali, diffusa, chronica, cum periangiocholitide chronica diffusa*. О желчномъ циррозѣ мы будемъ бесѣдовать еще разъ; тогда коснемся и этиологіи настоящаго случая.

Предсказаніе. Представленный вамъ больной очевидно вступилъ теперь уже въ послѣдній стадій желчнаго цирроза. Помимо слабости пульса, сильный отекъ ногъ, а особенно трансудатъ въ полости правой плевры, указываютъ на крайнее ослабленіе дѣятельности сердца; крайне легкое образованіе экхимозовъ указываетъ на значительную уже холемію. Предсказаніе несомнѣнно очень неблагоприятно; самое большее, на что мы можемъ надѣяться—это отдалить роковую развязку.

Лѣченіе. Противъ стоматита назначимъ пока полосканіе изъ бертолетовой соли. Чтобы уменьшить поносъ и произвести антисептику кишечника (испражненія вонючі), дадимъ висмутъ (3 раза въ день по 10 гранъ *Magisterii Bismuthi*) внутрь и назначимъ клистиры изъ висмута же въ жидкомъ крахмальномъ отварѣ; клистиры будутъ способствовать также уменьшенію метеоризма, помогая выведенію газовъ изъ толстой кишки. Въ виду слабости пульса, назначимъ сейчасъ же обычную смѣсь эфирновалеріановыхъ капель съ готманскими по 25—30 капель, 4 раза въ день, и такъ какъ больной издавна привыкъ ежедневно выпивать передъ ѣдой 2 рюмки водки, то назначимъ ему 2 столовыхъ ложки бѣлаго портвейна въ день, пить во время ѣды. Если капель и вина будетъ недостаточно, то завтра же дадимъ кофеинъ, въ видѣ *Coffeini patrio-benzoici*, 3, затѣмъ 4 и 5 разъ въ день по 5 гранъ; отъ кофеина мы должны ждать и мочегоннаго дѣйствія столь желательнаго въ виду водяночныхъ явленій и холемическаго состоянія. Когда состояніе желудка и, главное, кишечника позволить, то дадимъ діуретинъ, который, какъ показываютъ наблюденія, полезенъ при водянкахъ печеночнаго происхожденія; по моему мнѣнію, діуретинъ, кромѣ прямаго мочегоннаго дѣйствія на почки, несомнѣнно усиливаетъ дѣятельность сердца, что въ данномъ случаѣ весьма желательно. Къ сожалѣнію необдуманное злоупотребленіе каломелемъ, доведшее до стоматита, лишаетъ насъ сейчасъ возможности дѣйствовать на печень. Больной, конечно, будетъ поставленъ въ самыя благоприятныя гигиеническія условія.

Больной, о которомъ шла рѣчь 22-го октября, несмотря на всѣ принятые мѣры, все болѣе и болѣе слабѣлъ, вода-

ночные явления усилились; 24-го октября появились частые испражнения кровью; 25-го—кровоавая рвота и большой впадь въ забытѣ; пульсъ, до 120 въ минуту, все слабѣлъ и 26-го въ часть дня больной скончался. Отмѣтимъ, что послѣдніе два дня передъ смертью t° была повышена (24-го доходила до $38,4^{\circ}$). Желтуха до конца была рѣзко выражена, а моча была совершенно черная. Несомнѣнно больной умеръ въ томъ состояніи, которое называется «icterus gravis».

27-го октября было произведено вскрытіе. Приведемъ главнѣйшіе его результаты, причеиъ состояніе печени рассмотримъ подробнѣе въ концѣ, вмѣстѣ съ данными произведеннаго мною микроскопическаго изслѣдованія ея.

Желудокъ и кишки представляютъ явленія застойнаго катарра и кровоизліянія (erosiones haemorrhagicae). Брюшина здорова; въ ея полости около 20 стакановъ прозрачной асцитической жидкости. Селезенка огромная ($10\frac{1}{2}$ дюймовъ въ длину и $6\frac{1}{2}$ въ ширину), плотна, сѣровато-синяго цвѣта; трабекулы очень гиперплазированы. Почки увеличены и полнокровны (застой); произведенное мною микроскопическое изслѣдованіе ихъ показало, кромѣ застоя крови, зернистое перерожденіе (мутное набуханіе) эпителия, преимущественно извитыхъ канальцевъ. Въ полостяхъ плевръ трансудатъ, болѣе въ правой—около 5 стакановъ; въ легкихъ умѣренный гипостаъ и отекъ; задне-нижній край легкихъ мѣстами ателектатичеиъ. Въ полости перикардіа небольшой трансудатъ. Сердце нормальной величины; лѣвый желудочекъ рѣзко сократился; объемъ мышцы лѣваго сердца скорѣе даже меньше нормальнаго; толщина стѣнки лѣваго желудочка $\frac{3}{4}$ дюйма, а праваго— $\frac{1}{4}$ дюйма; сердечная мышца буроватаго цвѣта (degeneratio fusca). Всѣ клапаны и отверстія нормальны; сосочковыя мышцы лѣваго сердца въ состояніи сильнаго сокращенія (коротки, толсты и на ошупь плотны). Въ аортѣ разбросаны небольшія склеротическія бляшки. Отекъ мозга и его оболочекъ. Всѣ внутренніе органы представляютъ желтушное окрашиваніе различной степени.

Печень равномерно увеличена, но далеко не колоссально: по правой сосковой линіи она выдается изъ-подъ реберъ только на три поперечныхъ пальца. Серозный покровъ ея слегка утолщенъ, но явленій остраго или хроническаго перигепатита нѣтъ. Печень плотна, поверхность ея зерниста, темно-зеленаго оливковаго цвѣта; запавшія же мѣста между зернистыми выпуклостями—желтовато-сѣраго цвѣта; передній край острый. На разрѣзѣ печень интензивно оливковаго

цвѣта. Воротная вена свободна: тромбоза и суженія ея нѣтъ; внутривеночная соединительная ткань (глиссонова капсула) рѣзко разрослась. Желчный пузырь содержитъ вязкую свѣтлую желчь; его слизистая оболочка утолщена, въ состояніи хроническаго катарра, близъ шейки имѣетъ аспидно-сѣрый цвѣтъ. Слизистая оболочка duct. cystici, duct. choledochi, duct. hepatici, а также и видимыхъ невооруженнымъ глазомъ внутривеночныхъ желчныхъ протоковъ — набухла, представляется въ состояніи катарра, съ нея соскабливается слизь; на разрѣзахъ печени изъ крупныхъ желчныхъ протоковъ выдавливается слизь. Тѣмъ не менѣе крупные желчные протоки (hepaticus, cysticus, choledochus) оказались легко проходимы для тока воды и зондомъ. Соединительная ткань вокругъ видимыхъ невооруженнымъ глазомъ внутривеночныхъ желчныхъ протоковъ сильно разрослась. Зіяющія на разрѣзахъ печеночныя вены умѣренно наполнены кровью.

Изъ уплотненныхъ въ Мюллеровской жидкости частицъ печени, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ ея, я сдѣлалъ нѣсколько серій срѣзовъ, которые окрасилъ гематоксилиномъ и эозиномъ. Обратимся теперь къ разсмотрѣнію измѣненій въ печени видимыхъ подъ микроскопомъ. При маломъ увеличеніи мы видимъ огромное разрастаніе соединительной ткани, среди которой разбросаны разной величины островки паренхимы, имѣющіе большею частью округлую форму. Соединительная ткань стягиваетъ нѣкоторыя дольки непрерывнымъ кольцомъ; въ другихъ мѣстахъ тяжи ея разъединяютъ дольки на нѣсколько округлыхъ островковъ или въ видѣ синусовъ вдаются въ дольки, такъ что послѣднія принимаютъ форму подковы, почки и т. п. Изрѣдка соединительная ткань пронизываетъ маленькіе островки паренхимы такъ, что отдѣльныя печеночныя клѣтки разъединяются ею одна отъ другой (cirrhosis monocellularis). Такимъ образомъ соединительная ткань распределена въ печени весьма разнообразно. Распределеніе соединительной ткани и форма островковъ паренхимы схематически изображены на рис. № 3.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію, при болѣе сильныхъ увеличеніяхъ, соединительной ткани съ заключенными въ ней желчными протоками и кровеносными сосудами, а затѣмъ паренхимы — печеночныхъ клѣтокъ. Островки паренхимы по большей части окружены или пронизаны полосами волокнистой соединительной ткани; волнистыя, зигзагообразныя толстыя волокна ея окрашены эозиномъ въ яркій розовый цвѣтъ; здѣсь нѣтъ или почти нѣтъ мелкоклѣточного инфильтрата,

сразу въ другихъ пунктахъ бросающагося въ глаза своимъ синимъ (отъ гематоксилина) цвѣтомъ. Совершенно такого же рода соединительная ткань окружаетъ на подобіе толстой муфты всѣ междольковые желчные протоки; особенно хорошо видны эти соединительно-тканнныя муфты тамъ, гдѣ желчные протоки тянутся по полю зрѣнія продольно; на поперечныхъ разрѣзахъ желчныхъ протоковъ муфта является въ видѣ широкаго, ярко окрашеннаго эозиномъ кольца. Въ

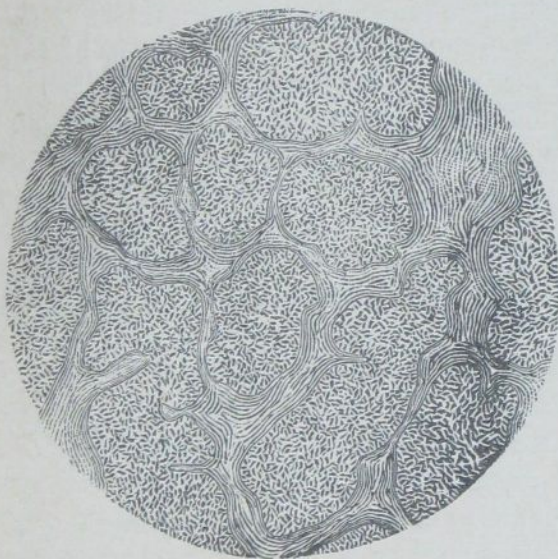


Рис. № 3.

остальныхъ мѣстахъ соединительная ткань представляется состоящею изъ болѣе тонкихъ, не столь волнистыхъ и болѣе блѣдно окрашенныхъ волоконъ, между которыми мѣстами разсѣяны синія клѣтки инфильтрата; мѣстами видны большія, болѣе или менѣе густыя, синія кучки этого мелко-кѣлочнаго инфильтрата. Въ массѣ этой тонковолокнистой соединительной ткани какъ бы вставлены вѣточки воротной вены и печеночной артеріи. Ясно видно, что вокругъ нихъ нѣтъ ни разростанія соединительной ткани, ни инфильтраціи мелкокѣлочными элементами, тогда какъ желчные протоки всѣ безъ исключенія окружены толстой муфтой изъ волокнистой соединительной ткани, мѣстами пропитанной инфильтратомъ. Мѣстами, но не часто, въ одномъ — двухъ пунктахъ (и то не каждаго) препарата мы видимъ неправильную, перепутанную сѣть новообразованныхъ мелкихъ

желчныхъ канальцевъ; и вокругъ этихъ мелкихъ канальцевъ мы видимъ во многихъ мѣстахъ муфточки соединительной ткани, пропитанной кругомъ синимъ мелкоклѣточнымъ инфилтратомъ. На многихъ препаратахъ можно видѣть слѣдующее: среди широкой полосы соединительной ткани, часто густо пронизанной синими клѣтками инфилтрата, мы находимъ рѣзко ограниченный, какъ бы вставленный треугольный островокъ волокнистой, бѣдной мелкоклѣточнымъ инфилтратомъ, соединительной ткани, заключающій въ себѣ видимые въ поперечномъ разрѣзѣ: вѣточку воротной вены, артерію и обыкновенно два желчныхъ канальца; при этомъ только желчные канальцы окутаны муфтами плотной яркоокрасившейся эозиномъ соединительной ткани. Очевидно, эти треугольники суть ни что иное, какъ междольковыя пространства нормальной печени, которыя теперь уже не прилежатъ плотно къ долькамъ, а какъ бы затерялись среди массы новообразованной соединительной ткани. На поперечныхъ разрѣзахъ болѣе крупныхъ междольковыхъ желчныхъ протоковъ мы видимъ, что просвѣтъ большинства ихъ набитъ эпителиальными клѣтками—результатъ пролифераціи и десквамаціи выстилочнаго эпителія; нерѣдко просвѣтъ канальцевъ выполненъ аморфными массами. *Стѣнки артерій и вѣточекъ воротной вены повсюду нормальны.*

Обращаясь къ разсмотрѣнію островковъ паренхимы, мы видимъ, что въ большинствѣ случаевъ это не дольки нормальной печени, а сегменты долекъ, отдѣленные одинъ отъ другаго тяжами соединительной ткани; если мы будемъ искать въ этихъ островкахъ паренхимы центральныя вены, то въ огромномъ большинствѣ случаевъ не найдемъ ихъ: онѣ оказываются расположенными въ полоскахъ соединительной ткани, отграничивающей одинъ островокъ паренхимы отъ другаго; слѣдовательно, соединительная ткань, проникая въ дольку, разъединяетъ ее на сегменты, проходя часто какъ разъ черезъ ея центръ—черезъ центральную вену. Вслѣдствіе такой сегментаціи долекъ, печеночныя клѣтки уже не образуютъ правильныхъ рядовъ, какъ въ нормальной печени, и классическихъ радіусовъ, сходящихся у центральной вены. Печеночныя клѣтки повсюду находятся въ состояніи зернистаго перерожденія (мутнаго набуханія), ядра ихъ не окрашены и не различимы; многія клѣтки наполнены мелкими зернышками желчнаго пигмента; кромѣ того мѣстами между ними разбросаны цѣлыя кучки желчнаго пигмента.

Какъ видно изъ изложенныхъ результатовъ посмертнаго

изслѣдованія, наша діагностика оправдалась во всѣхъ своихъ подробностяхъ. (Сдѣлаю небольшое замѣчаніе по поводу состоянія сердца въ нашемъ случаѣ. Найденное при вскрытіи состояніе сосочковыхъ мышцъ лѣваго сердца позволяетъ намъ отрицать высказанное *) профессоромъ *Jaccoud* предположеніе что систолическіе шумы при желтухѣ зависятъ отъ производимой послѣднею атоніи сосочковыхъ мышцъ лѣваго желудка: атонія сосочковыхъ мышцъ обуславливаетъ де недостаточное напряженіе двустворчатой заслонки—отсюда систолическій шумъ. Въ нашемъ случаѣ, при вскрытіи, найдена не атонія, а рѣзко выраженное тоническое сокращеніе сосочковыхъ мышцъ). Теченіе болѣзни и измѣненія, найденныя при посмертномъ изслѣдованіи въ нашемъ случаѣ, соотвѣтствуютъ той формѣ, которую установилъ *Hanot*, назвавшій ее «*la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique*». Но есть и нѣкоторая разница (напр., рѣзко выраженное разстройство воротнаго кровообращенія) только кажущаяся, зависящая отъ того, что *Hanot* излишне категориченъ въ своемъ описаніи этой формы,—описаніи, которое вѣрно не для всѣхъ, а только для нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ. По моему мнѣнію, основанному на изученіи литературы и личныхъ наблюденіяхъ, мы должны представлять себѣ развитіе и ходъ гипертрофическаго желчнаго цирроза въ общихъ чертахъ такимъ образомъ:

Подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ (объ этиологіи буду говорить ниже) у даннаго субъекта развивается хроническій разлитой катарральный ангиохолитъ въ среднихъ и мелкихъ (а иногда, какъ въ нашемъ случаѣ, конечно и въ болѣе крупныхъ) желчныхъ протокахъ, къ которому присоединяется разлитой периагиохолитъ, переходящій затѣмъ въ разлитой же интерстиціальній хроническій гепатитъ; клинически это выражается желтухой и увеличеніемъ печени; печень въ теченіе очень долгаго времени продолжаетъ вырабатывать желчь, а желчные протоки, хотя и поражены катарромъ, но все же выводятъ въ кишечникъ достаточное ея количество. Организмъ при этомъ можетъ существовать годы. Какъ при венозномъ циррозѣ, съ большимъ асцитомъ, съ расширеніемъ венъ покрововъ живота, сильное развитіе межтучной соединительной ткани до самаго конца не мѣшаетъ выведенію желчи изъ мѣстъ ея образованія, не сдавливаетъ желчныхъ междольковыхъ канальцевъ, не вызываетъ желтухи,

*) *Jaccoud*, Clinique de la Pitié, 1883—84, p. 45.

такъ и при описываемой билиарной формѣ цирроза, *vice versa*, огромное разрастаніе соединительной ткани, идущее отъ желчныхъ ходовъ, очень долго не сдавливаетъ внутрипеченочныхъ развѣтвленій воротной вены *), не даетъ явленій венознаго застоя—поносовъ, асцита, расширенія венъ на животъ. (Почему селезенка при желчномъ циррозѣ бываетъ крайне увеличена, хотя и нѣтъ застоевъ въ области воротной вены—сказать очень трудно; даже весьма серьезные врачи (напр. *Hanot*) говорятъ въ объясненіе, что между печенью и селезенкой существуетъ тѣсная связь—«симпатія», выражающаяся, между прочимъ, тѣмъ, что пролиферативные процессы въ первой вызываетъ таковыя же и во второй). Въ концѣ концовъ ангиохолитъ и разрастаніе соединительной ткани при желчномъ циррозѣ принимаютъ такое теченіе, такіе размѣры, что происходитъ задержка желчи, отравленіе ею организма—и больной погибаетъ при явленіяхъ холеміи; иногда въ терминальномъ періодѣ наступаетъ перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ, прекращается желчеобразование и больной погибаетъ тогда при явленіяхъ ахолии (такіе исходы желчнаго цирроза наблюдалъ напр. *Jaccoud*). Но прогрессивное *разрастаніе соединительной ткани подъ конецъ жизни* можетъ пойти и въ другомъ направленіи,—можетъ создать одновременно и *препятствія для внутрипеченочнаго воротнаго кровообращенія*, такъ что *явленія застоя*,—поносы, асцитъ, развитіе венъ на животъ и пр.,—могутъ воспреобладать. Роковыя ведущія къ смерти обостренія процесса, прежде медленно и тихо разыгрывавшагося въ печени, происходятъ вѣроятно отъ новыхъ вредныхъ вліяній на больной органъ; травма, инфекция, погрѣшность въ діетѣ, которыя у субъекта со здоровой печенью вызвали бы самое большее гиперемію печени или легкую катарральную желтуху, у больного желчнымъ циррозомъ дадутъ поводъ къ обостренію процесса и летальному исходу. Такъ у нашего больного роковое обостреніе процесса произошло подъ вліяніемъ погрѣшности въ діетѣ и травмы (ѣзда въ тряскомъ экипажѣ по дурной дорогѣ); при микроскопическомъ изслѣдованіи его печени мы нашли на ряду съ очень старой волокнистой соединительной тканью большіе фокусы обильной густой инфильтраціи юными клѣтками: несомнѣнно эта свѣжая инфильтрація и представляетъ собою обостреніе

*) *Ackermann* дѣлалъ инъекціи печени въ случаяхъ желчнаго цирроза и оказалось, что инъекционная масса проходитъ свободно изъ развѣтвленій воротной вены въ систему печеночныхъ венъ.

хронического межлочного воспалительнаго процесса, поведшее къ роковой развязкѣ.

Какъ я уже сказалъ, проф. *Hanot* слишкомъ категориченъ въ своемъ описаніи клинической картины, а отчасти и патолого-анатомическихъ измѣненій при желчномъ циррозѣ. По-видимому, онъ сгущаетъ краски, желая рѣзче отгѣнить особенности этой формы, усилить контрастъ между нею и другими формами циррозовъ, чтобы легче парировать удары столь многочисленныхъ еще унитаристовъ. Однако, въ его послѣдней работѣ о гипертрофическомъ желчномъ циррозѣ ¹⁾, написанной какъ бы въ защиту своихъ воззрѣній, мы уже встрѣчаемъ нѣкоторыя уступки: онъ признаетъ, до извѣстной степени, возможность послѣдовательнаго уменьшенія печени, возможность развитія асцита; равно какъ и расширение подкожныхъ венъ живота.

Разберу въ чемъ его описаніе не соотвѣтствуетъ встрѣчающемуся въ дѣйствительности. *Hanot* настаиваетъ, что печень бываетъ огромной и до конца остается таковой или уменьшается «очень мало» (*à peine*); несомнѣнно въ этомъ утвержденіи есть доля преувеличенія: очень часто печень оказывается увеличенной умѣренно, напр., какъ въ нашемъ случаѣ; съ другой стороны наблюдается уменьшеніе ея очень рѣзкое и значительное: такъ *Jaccoud* въ одномъ случаѣ видѣлъ ²⁾, какъ печень въ очень короткое время уменьшилась на 4 поперечныхъ пальца. *Hanot* придаетъ большое значеніе перигепатиту и считаетъ его очень частымъ, почти постояннымъ спутникомъ гипертрофическаго желчнаго цирроза, приписываетъ обостренія болѣзни (*crises*) главнымъ образомъ перигепатиту и, наконецъ, приписываетъ ему и присоединяющемуся къ нему перитониту главную роль въ образованіи большинства тѣхъ небольшихъ скопленій въ полости брюшины, какія онъ допускаетъ для этой формы. Несомнѣнно, что перигепатитъ не есть отличительный признакъ желчнаго цирроза, такъ какъ онъ не рѣдокъ при Леннековомъ циррозѣ и при другихъ болѣзняхъ печени. Въ нашемъ случаѣ ни перигепатита, ни перитонита не было. Боль въ области печени, которая бываетъ при обостреніяхъ (*poussées, crises*) желчнаго цирроза, нельзя объяснять только обостреніями перигепатита; такъ, въ нашемъ случаѣ въ началѣ обостренія были сильныя боли, кромѣ того печень до самой смерти была

¹⁾ La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique (Bibliothèque médicale *Charcot—Debove*).

²⁾ Clinique de la Piété 1883—1884.

очень болѣзненна,—тѣмъ не менѣе перигепатита не было. *Hanot* въ своихъ описаніяхъ прежде рѣзко подчеркивалъ, что асцитъ (resp. скопленіе жидкости въ полости брюшины) при гипертрофическомъ желчномъ циррозѣ отсутствуетъ. Это справедливо, во первыхъ, для случаевъ неосложненныхъ воспалительнымъ состояніемъ брюшины, затѣмъ для такихъ которые подпали наблюденію еще задолго до роковой развязки и наконецъ—для тѣхъ больныхъ, которые погибаютъ, напр., отъ расстройства желчевыдѣленія (при явленіяхъ *icterus gravis*) и которые, если бы прожили долѣе, представили бы вѣроятно и явленія расстройства воротнаго кровообращенія (какъ напр., было въ нашемъ случаѣ). Однако въ своей упомянутой выше послѣдней работѣ *Hanot* дѣлаетъ касательно асцита уже многочисленныя уступки. Онъ говоритъ (op. cit., стр. 86), что асцитъ былъ въ 7 изъ 26 случаевъ, подпавшихъ его наблюденію; далѣе онъ приводитъ случаи *Vicquoy* и *Naquet*'а гдѣ скопленіе было задолго до смерти, и объясняетъ такой фактъ воспаленіемъ брюшины, условившимъ серозный эксудатъ. Тѣмъ не менѣе, теперь онъ допускаетъ также и возможность образованія асцита вслѣдствіе наступающаго наконецъ препятствія для внутривенечнаго воротнаго кровообращенія ¹⁾, но все-таки упираетъ на то, что асцитъ бываетъ небольшой. Въ послѣднемъ случаѣ *Hanot* противорѣчитъ самъ себѣ: разъ онъ допускаетъ возможность наступленія въ концѣ концовъ расстройства воротнаго кровообращенія, то гдѣ же предѣль этому расстройству, почему же оно не можетъ повести къ образованію и большаго асцита? По моему мнѣнію, уже высказанному выше, дѣло обстоитъ такъ: въ чистыхъ, не осложненныхъ перигепатитомъ и перитонитомъ случаяхъ асцитъ отсутствуетъ во все теченіе болѣзни, такъ какъ еще нѣтъ условій для его образованія (нѣтъ расстройства внутривенечнаго воротнаго кровообращенія), больной можетъ погибнуть безъ асцита при явленіяхъ расстройства желчеобразованія или желчевыдѣленія,—при явленіяхъ ахоліи или *icterus gravis*; но если болѣзнь тянется долго, какъ въ нашемъ случаѣ, то прогрессирующій склеротическій процессъ можетъ повести и къ расстройству воротнаго кровообращенія,—можетъ развиться такой же ас-

¹⁾ „Toutefois il est logique d'admettre qu'en d'autres circonstances le mécanisme de cette ascite soit différent: le processus sclérotique, s'étendant de plus en plus, pourra, à un moment donné, intéresser à ce point l'aire des capillaires de la veine porte que la circulation y sera gênée pour que l'ascite se produise“. (Op. cit., стр. 85).

пить, какъ и при венозномъ циррозѣ. Замѣчу здѣсь, что *Hanot* допускаетъ ¹⁾ въ настоящее время и расширеніе, при желчномъ циррозѣ, подкожныхъ венъ живота въ послѣднемъ стадіи болѣзни. Чтобы покончить съ неточностями, допущенными *Hanot* въ его описаніяхъ, укажу опять-таки на крайнюю категоричность его заявленія, что важнѣйшей особенностью желчнаго цирроза является цѣлость печеночныхъ клѣтокъ, отсутствіе въ нихъ процессовъ перерожденія ²⁾. Какъ въ нашемъ случаѣ, такъ и въ случаяхъ *Jaccoud* наблюдалось рѣзкое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ. Съ другой стороны въ нѣсколькихъ случаяхъ венознаго цирроза мнѣ приходилось видѣть что печеночныя клѣтки сохранились прекрасно и не представляли никакихъ признаковъ перерожденія.

Въ нашемъ случаѣ, какъ видно изъ сдѣланнаго мною описанія микроскопическихъ измѣненій печени, не было того колоссальнаго новообразованія мелкихъ желчныхъ канальцевъ, какое наблюдалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ гипертрофическаго желчнаго цирроза и которое считалось за отличительную и неотъемлемую принадлежность этой формы. Въ нашихъ препаратахъ, и то далеко не во всѣхъ, сѣтъ новообразованныхъ желчныхъ канальцевъ, какъ я уже сказалъ, представляется скудно развитою. Этотъ фактъ въ высокой степени интересенъ и представляетъ драгоцѣнное подтвержденіе въ пользу высказывавшагося въ послѣдніе годы мнѣнія, что новообразование сѣти желчныхъ канальцевъ вовсе не есть отличительный признакъ гипертрофическаго желчнаго цирроза и что оно наблюдается не менѣе часто и при другихъ пораженіяхъ печени. Dr. *Neisser*, въ Лейпцигѣ, впрыскивалъ животнымъ въ печень растворъ карболовой кислоты, вслѣдствіе чего получались воспалительные фокусы, въ которыхъ и вокругъ которыхъ развивалось большое количество мелкихъ желчныхъ канальцевъ. Проф. *Подвысоцкій*, при своихъ опытахъ надъ возрожденіемъ печеночной ткани у кроликовъ и морскихъ свинокъ, находилъ въ рубцахъ, полученныхъ послѣ изсѣченія клиновидныхъ частицъ печени, огромное новообразование цѣлыхъ сѣтей мелкихъ желчныхъ канальцевъ; если взглянуть на фиг. 70 его работы ³⁾, то можно подуматъ

¹⁾ Op. cit., стр. 86.

²⁾ „J'insiste sur l'intégrité de ces éléments (cellules) que je regarde comme une caractéristique de la cirrhose hypertrophique“... „les caractères dominants de cette cirrhose sont... conservation parfaite de la plupart des cellules hépatiques“... (Op. cit., стр. 155 и 156).

³⁾ Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration des Lebergewebes (*Separata*druck aus den „Beiträgen“ von *Ziegler*).

что имѣемъ передъ собою микроскопическій рисунокъ желчнаго цирроза съ развитіемъ пышной сѣти мелкихъ желчныхъ канальцевъ. Самъ *Hanot* въ настоящее время признаетъ, что новообразование желчныхъ канальцевъ отнюдь не служитъ отличительнымъ признакомъ гипертрофическаго желчнаго цирроза и не играетъ въ этомъ циррозѣ никакой особой роли ¹⁾. Нашъ случай представляетъ собою желчный циррозъ съ очень слабымъ развитіемъ сѣти мелкихъ желчныхъ канальцевъ.

Точности ради формулирую теперь главнѣйшія поправки, которыя по моему мнѣнію необходимо сдѣлать къ тому описанію гипертрофическаго желчнаго цирроза, которое доселѣ считалось твердо установленнымъ, почти классическимъ, и которое фигурируетъ въ руководствахъ частной патологій, особенно во французскихъ:

1) Перигепатитъ отнюдь не составляетъ отличительнаго признака этой формы, и тѣ обостренія (*poussés, crises*) болѣзни, которыя принято считать за обостреніе перигепатита, могутъ зависѣть и отъ обостреній процесса развивающагося внутри печени, въ частности—отъ обостреній ангиохолита (и періангиохолита); эти обостренія могутъ и отсутствовать во все теченіе болѣзни. 2) Къ концу болѣзни, особенно при продолжительномъ ея существованіи, можетъ развиться значительное разстройство воротнаго кровообращенія, сказывающееся болѣе или менѣе выраженнымъ асцитомъ и расширеніемъ подкожныхъ венъ живота; при этомъ печень можетъ значительно уменьшиться въ своихъ размѣрахъ. 3) Обильное новообразование желчныхъ канальцевъ не есть необходимая и исключительная принадлежность желчнаго цирроза.

Послѣ сдѣланныхъ замѣчаній, обращаясь къ нашему случаю, я долженъ признать его не только не уклоняющимся отъ типа, а напротивъ—самымъ типическимъ, чистымъ, совершившимъ полный, правильный циклъ развитія: онъ *не былъ осложненъ* перигепатитомъ, до самаго послѣдняго времени не было обостреній процесса; вѣроятно благодаря именно отсутствію обостреній онъ длился 12 лѣтъ, и боль-

¹⁾ „Loin d'être l'apanage exclusif de la cirrhose hypertrophique, ces canalicules se voient trop fréquemment dans les autres affections pour qu'on puisse leur assigner un rôle prépondérant dans le processus pathologique que j'étudie. Ils se montrent ici comme là sous l'influence des mêmes causes, et ils ne peuvent nullement servir de caractère distinctif“ (Op. cit., стр. 151—152)

ной дожилъ до послѣдняго стадія болѣзни—до развитія разстройства воротнаго кровообращенія.

Не принадлежитъ ли нашъ случай къ категоріи такъ называемыхъ смѣшанныхъ циррозовъ (*cirrhoses mixtes*)? Отнюдь нѣтъ: смѣшанными циррозами называются тѣ, гдѣ подѣ влияніемъ вѣроятно смѣшанныхъ же причинъ, при жизни, явленія, указывающія на пораженіе желчныхъ путей, и явленія, указывающія на разстройство воротнаго кровообращенія, развиваются *одновременно* (или почти одновременно) и гдѣ при посмертномъ изслѣдованіи разрастаніе соединительной ткани опредѣляется *одинаково* какъ вокругъ желчныхъ канальцевъ такъ и вокругъ вѣточекъ воротной вены.

Всего вышесказаннаго я считаю достаточнымъ для пополненія, а отчасти и исправленія, вашихъ свѣдѣній касательно прижизненныхъ явленій и патолого-анатомическихъ измѣненій при гипертрофическомъ желчномъ циррозѣ. Коснусь теперь, какъ обѣщаль раньше, доселѣ темной этиологіи и патогенеза этой болѣзни. Начну съ того, что нѣтъ никакихъ основаній обвинять въ ея произведеніи алкоголь: злоупотребленіе спиртными напитками встрѣчается крайне часто, тогда какъ желчный циррозъ—болѣзнь крайне рѣдкая, причемъ въ весьма многихъ случаяхъ этой болѣзни (въ томъ числѣ и въ нашемъ) вовсе не было злоупотребленія спиртными напитками; таково же мнѣніе и проф. *Hanot*. Основа болѣзни—разлитой хроническій катарръ желчныхъ канальцевъ, и всѣ тѣ моменты, какіе могутъ вызывать таковой катарръ, могутъ фигурировать и въ числѣ этиологическихъ моментовъ желчнаго цирроза. Какимъ же путемъ можетъ развиваться этотъ катарръ? Здѣсь возможны два предположенія:

1) Возбудитель катарра, организованный или неорганизованный ядъ, можетъ дѣйствовать на желчные канальцы черезъ кровь. Намъ извѣстны вещества дѣйствующія специально на желчные протоки, — таковы толуилендіаминъ, фосфоръ; наконецъ въ случаяхъ инфекціонной катарральной желтухи мы имѣемъ катарръ желчныхъ путей развивающійся подѣ влияніемъ агента, микробовъ и ихъ продуктовъ,—дѣйствующаго несомнѣнно черезъ кровь.

2) Микробъ, возбудитель катарра вызываетъ разлитое поражение мелкихъ желчныхъ протоковъ, распространяясь на нихъ изъ крупныхъ желчныхъ протоковъ; это будетъ, такъ сказать, *восходящій* ангиохолитъ, аналогично *восходящему* разлитому «катарральному» нефриту (*nephritis ascendens*).

Остановлюсь подробнѣе на второмъ предположеніи, какъ болѣе требующемъ разъясненія. Нормальная желчь желчнаго пузыря и выводныхъ желчныхъ протоковъ не содержитъ микробовъ: это доказано изслѣдованіями *Netter'a* *Gilbert'a* и *Girode'a*, а также *Naunyn'a* ¹⁾. Но бываютъ условія (напр. при желчно-каменной болѣзни), когда въ крупныхъ желчныхъ протокахъ и желчномъ пузырьѣ находятся микробы, въ частности *bacterium coli commune*, которую по изслѣдованіямъ *Naunyn'a* можно считать за специфическую причину катарра желчнаго пузыря и желчныхъ протоковъ: «speciell befähigt Cholangitis und Cholecystitis hervorzurufen... er braucht dabei nicht Eiterung zu erregen» ²⁾. Кромѣ *bacterium coli commune* въ пузырьѣ и желчныхъ протокахъ найдено при различныхъ патологическихъ условіяхъ до 10 видовъ микробовъ ³⁾, въ томъ числѣ *staphylococcus aureus*, *staphylococcus albus* и др.

По аналогіи съ *восходящими* воспалительными процессами въ почкахъ слѣдуетъ предположить слѣдующее: какъ въ почкахъ наряду съ восходящимъ гнойнымъ (неразлитымъ, а очагами) нефритомъ наблюдается восходящій же разлитой хроническій «катарральный» нефритъ, имѣющій большую склонность переходить въ интерстиціальнй нефритъ (*cirrhosis nephis*), такъ и въ печени—наряду съ восходящими неразлитыми гнойными ангиохолитами необходимо предположить возможность развитія и восходящаго разлитого хроническаго катаррального ангиохолита, ведущаго при посредствующемъ періангиохолитѣ къ циррозу печени—желчному циррозу, о которомъ мы и ведемъ рѣчь. Играетъ ли роль въ произведеніи этого восходящаго разлитого ангиохолита *bacterium coli commune* или другой микробъ или симбіозъ микробовъ—вопросъ будущаго.

Hanoi въ своей послѣдней монографіи не рѣшается высказать какого-либо опредѣленнаго взгляда на этиологію желчнаго цирроза ⁴⁾. При этомъ онъ по моему мнѣнію дѣлаетъ большую ошибку отказываясь отъ своего первоначальнаго взгляда на связь желчнаго цирроза съ желчными камнями; онъ говоритъ: *je ne m'arrête pas davantage à la lithiase biliaire; la cirrhose avec ictère qu'elle occasionne n'a*

¹⁾ Naunyn, Klinik der Cholelithiasis, S. 43.

²⁾ Ibid., SS 47. 103.

³⁾ Labadie—Lagrange, Traité des maladies du foie, Paris 1892, p. 859.

⁴⁾ „Quant à l'origine même de la maladie, tout ou presque tout est hypothèse pour l'instant. S'agit-il d'une affection d'origine intestinale ou d'origine biliaire? Peut-être est-ce dans cette voie encore inexplorée qu'il faut chercher la solution du problème“ Op. cit. p. 182.

rien à voir avec cette maladie (op. cit. p. 96). Въ своей же прежней извѣстной работѣ (1876 г.) во многихъ мѣстахъ онъ ясно и опредѣленно высказался за связь желчнаго цирроза (resp. лежащаго въ его основѣ катарра желчныхъ канальцевъ) съ желчными камнями ¹⁾. Такую перемѣну своего прежняго, по моему мнѣнію правильнаго, взгляда *Hanot* совершилъ опять таки для того, чтобы еще рѣзче обособить описываемую имъ форму цирроза отъ другихъ. Факты и соображенія приведенные имъ же самимъ въ своей диссертаци (1876), на которые теперь онъ закрываетъ глаза, говорятъ съ очевидностью въ пользу связи цирроза, о которомъ идетъ рѣчь, съ желчными камнями. И теоретически эта связь представляется логически необходимой: желчные камни обыкновенно сопутствуются катарромъ желчнаго пузыря и крупныхъ желчныхъ протоковъ, желчные камни составляютъ наиболѣе частую причину различнаго рода (въ томъ числѣ и гнойныхъ) ангиохолитовъ.

Отрицая въ своей новой монографіи связь гипертрофическаго желчнаго цирроза съ желчными камнями, *Hanot*, какъ я уже сказалъ, имѣлъ повидимому цѣль рѣзко отдѣлить описываемую имъ болѣзненную форму отъ другихъ формъ цирроза и въ частности отъ случаевъ увеличенія печени съ желтухой вслѣдствіе затрудненнаго оттока желчи, *механически* вызываемаго желчными камнями (циррозы отъ закупорки и суженія выводныхъ желчныхъ путей). При этомъ теперь онъ почему то упускаетъ изъ виду, что присутствіе камней въ желчныхъ путяхъ имѣетъ, кромѣ механическаго, и другое значеніе: оно указываетъ на существующее катарральное состояніе слизистой оболочки пузыря и крупныхъ протоковъ, на то, что содержимая въ послѣднихъ желчь инфицирована микробами, способными вызывать дальнѣйшее распространеніе катарра. Желчные камни сами по себѣ не могутъ дать толчекъ къ *разлитому* катарру внутривисцеральныхъ желчныхъ канальцевъ: его вызываютъ вѣроятно микробы, гнѣздящіеся въ крупныхъ ранѣе пораженныхъ катарромъ протокахъ.

На этомъ закончу свои замѣчанія по поводу предположенія о развитіи желчнаго цирроза путемъ *восходящаго* катарра желчныхъ протоковъ.

¹⁾ *Hanot*. Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie, 1876. Résumé—стр. 89; Diagnostic—стр. 83. Etiologie—стр. 69, 71.

Обратимся къ этиологіи нашего случая. Нашъ больной никогда не злоупотреблялъ спиртными напитками. Малярія, которою онъ страдалъ за четьре года до начала желтухи, продолжалась такъ недолго, что не могла подать повода къ столь тяжкому заболѣванію печени; кромѣ того нашъ случай совершенно не походитъ на циррозы печени, обусловливаемые маляріей и столь подробно описанные *Kelsch'омъ* и *Kiener'омъ* въ ихъ классической книгѣ ¹⁾. На основаніи анамнеза я предполагаю, что за годъ до появленія желтухи у нашего больного была желчно-каменная колика, сопровождавшаяся, конечно, катарромъ желчнаго пузыря и выводныхъ желчныхъ протоковъ; при вскрытіи мы въ пустомъ пузырьѣ нашли рѣзко выраженный катарръ, причѣмъ слизистая оболочка близъ шейки имѣла аспидно-сѣрый цвѣтъ,—вѣроятно слѣдъ бывшихъ камней; столь же сильный катарръ найденъ и въ крупныхъ желчныхъ протокахъ. Вѣроятно этотъ катарръ, сопровождавшій камни (уже предшествовавшій имъ по теоріи *Naunyn'a*, *steinbildender Katarrh*) и послужилъ источникомъ восходящаго разлитаго катарра мелкихъ внутривенныхъ желчныхъ протоковъ — катарра, поведшаго путемъ періангіохолита къ циррозу печени. Останавливаюсь на такой гипотезѣ потому, что анамнезъ рѣшительно не далъ никакихъ другихъ этиологическихъ моментовъ.

Скажу нѣсколько словъ по поводу *лѣченія* желчнаго цирроза *каломелемъ*,—лѣченія, предложеннаго впервые проф. *Захарьинымъ* и даваемаго затѣмъ въ его рукахъ, въ рукахъ его учениковъ и другихъ врачей столь блестящіе результаты. Мнѣ приходилось слышать возраженія, что каломель не помогаетъ, что онъ и не можетъ помогать, такъ какъ цирротическій процессъ есть какъ бы процессъ образованія обширнаго рубца, котораго каломелемъ вылѣчить де нельзя. Последнее возраженіе совершенно не имѣетъ смысла, такъ какъ каломелемъ мы дѣйствуемъ не на стойкую новообразованную соединительную ткань, а на лежащій въ основѣ болѣзни ангиохолитъ, сопровождаемый задержкой желчи въ каналахъ. Степень успѣха получаемаго при назначеніи каломеля, конечно, зависитъ отъ того, въ какомъ періодѣ болѣзни мы дадимъ его. Если даже въ запущенныхъ, тяжелыхъ случаяхъ получается поразительный успѣхъ, какъ было на примѣръ, въ случаѣ описанномъ *Nothnagel'омъ* ²⁾, то тѣмъ скорѣе можно

¹⁾ *Traité des maladies des pays chauds*, 1889.

²⁾ См. мою статью „Лѣченіе каломелемъ въ настоящее время“ въ приложеніи ко *второму* изданію 1-го вып. Клиническихъ Лекцій проф. Захарьина.

ожидать успѣха въ свѣжихъ случаяхъ. Если бы въ разобранномъ нами случаѣ каломель былъ данъ *одиннадцать лѣтъ* назадъ, можетъ быть исходъ болѣзни былъ бы другой. Миѣ пришлось наблюдать случаи, запущенные, гдѣ каломель не оказывалъ рѣшающаго вліянія на ходъ болѣзни, но все же дѣйствовало въ высшей степени благотворно на отдѣльные симптомы: желчный пигментъ быстро исчезалъ изъ мочи, испражненія хорошо окрашивались, соотвѣтственно этому уменьшалась желтуха, печень дѣлалась меньше и мягче, общее состояніе рѣзко улучшалось. Отмѣчу бывающее у больныхъ желчнымъ циррозомъ послѣ дачи каломеля поразительное уменьшеніе селезенки, что не наблюдается отъ другихъ слабительныхъ, напримѣръ отъ среднихъ солей, горькихъ водъ; очевидно это уменьшеніе зависитъ не отъ слабительнаго дѣйствія каломеля, а отъ его специфическаго дѣйствія на печень; я объясняю это тѣмъ, что вслѣдствіе опорожненія желчныхъ протоковъ отъ застоявшейся въ нихъ желчи улучшается внутривнутрипеченочное кровообращеніе, что сказывается уменьшеніемъ селезенки.

На основаніи всего того, что мы въ настоящее время знаемъ, благодаря проф. *Захарину*, о благотворномъ вліяніи каломеля на болѣзни желчныхъ путей, я считаю себя въ правѣ высказать слѣдующее предположеніе: если начинать лѣченіе желчнаго цирроза каломелемъ въ томъ періодѣ, когда дѣло не дошло еще до обильнаго развитія соединительной ткани, когда процессъ ограничивается лишь разлитымъ катарральнымъ ангиохолитомъ, то предсказаніе при этой болѣзни будетъ несомнѣнно болѣе благоприятное чѣмъ теперь.

Послѣ всего вышеизложеннаго, мое личное воззрѣніе на сущность желчнаго цирроза очевидно: я считаю эту болѣзнь тѣсно примыкающей къ болѣзнямъ желчныхъ путей *). Въ учебникахъ частной патологіи ее необходимо перенести въ

*) Въ виду полного отсутствія во многихъ случаяхъ желчнаго цирроза какихъ бы то ни было такъ-называемыхъ этиологическихъ моментовъ, весьма вѣроятно, что въ этихъ именно, темныхъ по своему происхожденію, случаяхъ *cirrhosis bilialis* является *генуиной* хронической инфекціонной болѣзью желчныхъ путей, аналогичной той острой инфекціонной болѣзни печени, которая называется Вейлевою болѣзью. Если принять такую точку зрѣнія, то увеличенную селезенку въ случаяхъ желчнаго цирроза можно считать *инфекціонной* селезенкой.

отдѣлъ болѣзней желчныхъ путей; тогда устранился та путаница, которая существуетъ, и противорѣчіе между приверженцами французской школы и унитаристами. И въ настоящее время существуютъ, правда немногіе, врачи, которые вовсе отрицаютъ существованіе желчнаго гипертрофическаго цирроза въ смыслѣ *Hanot*. На чемъ основано такое недоразумѣніе—затрудняюсь объяснить; вѣроятно, на недостаточно критическомъ прямолинейномъ отношеніи къ описаніямъ французскихъ авторовъ и на одностороннемъ толкованіи встрѣчавшихся въ клиникѣ фактовъ.

На этомъ закончу нашу бесѣду о желчномъ циррозѣ—болѣзненной формѣ, обособленіемъ которой клиника обязана всецѣло представителямъ французской медицины, такъ что мы съ полнымъ правомъ можемъ, по примѣру другихъ, называть этотъ циррозъ *французскимъ*.

VIII. О патогенномъ значеніи микроорганизмовъ Friedlaender'a и Fraenkel'я.

Ж. О. Флерова ¹⁾.

Заинтересовавшись микроорганизмами Friedlaender'a и Fraenkel'я, я рѣшилъ экспериментально изучить ихъ и выяснять себѣ какъ ихъ патогенное дѣйствіе вообще, такъ и ихъ участіе въ произведеніи крупознаго воспаленія легкихъ. Результаты этихъ моихъ изслѣдованій я и представляю въ настоящемъ очеркѣ.

Не касаясь подробно литературы этого вопроса, я останавлиюсь на главнѣйшихъ работахъ въ этой области.

Первая подробная работа принадлежит Friedlaender'у, ²⁾ который нашелъ и подробно описалъ найденные имъ въ ткани легкихъ и въ плевритическомъ экссудатѣ лицъ, умершихъ отъ крупознаго воспаленія легкихъ, микроорганизмы. По его описанію, это — палочки, соединенныя по 2 и заключенныя въ капсулу.

Затѣмъ онъ же вмѣстѣ съ Frobenius'омъ дѣлалъ прививки этого микроорганизма животнымъ и получалъ у нихъ фибринозный плевритъ и крупозное воспаленіе легкихъ.

Leuyden и Günther ³⁾ нашли тѣ же микроорганизмы, что и Friedlaender, при жизни больныхъ, въ жидкости, извлеченной шприцемъ Праваца изъ легкихъ. Послѣ смерти этихъ больныхъ они констатировали тѣ же микроорганизмы въ легочной ткани и плевральной жидкости.

¹⁾ Подробности смотри въ моей диссертациі „О патогенномъ дѣйствіи микроорганизмовъ Friedlaender'a и Fränkel'a“. Москва 95 г.

²⁾ Friedlaender, Foetschritte d. Medicin. 84.

³⁾ Leuyden и Günther, Verhandlung d. Vereins f. inner. Medic. 82. V.

Salvioli ¹⁾ постоянно находилъ въ мокротѣ больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ особые веретенообразные микроорганизмы, которые онъ считалъ идентичными съ микроорганизмомъ Friedlaender'a. Впрыскивая культуры этихъ микроорганизмовъ кроликамъ и бѣлымъ крысамъ, онъ получалъ у нихъ крупозное воспаленіе легкихъ.

Talamon ²⁾ занялся провѣркой работъ Friedlaender'a и нашелъ въ плевритическомъ экссудатѣ, взятомъ отъ больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкаго, микроорганизмы въ формѣ овальнаго кокка (*micrococcus lanceolatus*). Прививки этого кокка давали неясные результаты: то не получалось заболѣванія, то получались плевриты, воспаления легкихъ, то септицемія.

Аеанасьевъ ³⁾ описалъ 3 микроорганизма, найденные имъ при крупозномъ воспаленіи легкихъ. Впрыскиванія культуры этихъ микроорганизмовъ животнымъ дали неопредѣленные результаты: то не было заболѣванія, то получался плевритъ, то септицемія.

Большинство дальнѣйшихъ изслѣдователей подтвердило работу Friedlaender'a, и его микроорганизмъ сталъ считаться возбудителемъ крупознаго воспаленія легкихъ.

Затѣмъ стали являться работы, указывающія на присутствіе этого микроорганизма при другихъ заболѣваніяхъ, также и экспериментально многіе не получали отъ впрыскиванія этого микроорганизма крупознаго воспаленія легкихъ, а другіе процессы. Приведу нѣкоторыя и изъ этихъ работъ.

Canon ⁴⁾ нашелъ при септицеміи и абсцессѣ желчнаго пузыря въ гною микроорганизмъ Friedlaender'a.

Raviot ⁵⁾ нашелъ его же при гнойномъ перикардитѣ.

Дмоховскій ⁶⁾ описываетъ случай крупозной пневмоніи, окончившейся летально, гдѣ онъ по вскрытіи нашелъ: *empyema antri Hyghmori et sinus sphenoidalis, caries ossis sphenoidae, maxillae superioris, ossis zygomatici et ossis temporis. Phlegmone subcutanea faciei et frontis. Rhinitis acuta purulenta, leptomeningitis purulenta, pachymeningitis purulenta, abscessus meningum, pneumonia cachecticorum.*

При бактериологическомъ изслѣдованіи полученнаго гноя онъ нашелъ въ немъ исключительное присутствіе микроор-

¹⁾ Salvioli, по A. Fraenkel, Zeitschrift f. klin. Med. 86.

²⁾ Talamon, Progrés medic. 83.

³⁾ Аеанасьевъ. Врачъ 84.

⁴⁾ Canon, Bacteriol. Blutuntersuch. bei Sepsim. Centrbl. f. Bacteriol. XV.

⁵⁾ Raviot, Centrbl. f. bacteriol. 94.

⁶⁾ Дмоховскій, Centrbl. f. Bacteriol. 94.

ганизма Friedlaender'a, который онъ и считаетъ способнымъ вызывать нагноенія.

Mills ¹⁾ описываетъ случай пневмоніи съ менингитомъ. Тщательное бактериологическое изслѣдованіе указало на присутствіе Фридендеровскаго микроорганизма.

Савиновъ ²⁾ получилъ при впрыскиваніи культуры этого микроорганизма въ брюшину серозно-гнойный перитонитъ.

Разбирая эти работы, я долженъ сказать, что никѣмъ съ точностью не было доказано происхожденіе крупознаго воспаленія легкихъ отъ этого микроорганизма, а наоборотъ онъ встрѣчается не только при крупозномъ воспаленіи легкихъ, но и при нагноеніяхъ, которыя вызываетъ и экспериментально.

Переходя къ литературѣ микроорганизма Fraenkel'я, я и начну съ работы этого послѣдняго.

Fraenkel нашель въ 1884 г. въ патологическихъ продуктахъ больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкаго микроорганизмъ, отличный отъ Фридендеровскаго и тождественный съ коккомъ, найденнымъ Pasteur'омъ въ слюнѣ человека, и микроорганизмами Talamon'a и Salvioli. Полученныя имъ чистыя культуры вызывали у животныхъ септицемию и иногда крупозное воспаленіе легкихъ.

Weichselbaum описаль 4 разныхъ микроорганизма, которые онъ нашель при крупозномъ воспаленіи легкихъ: 1) *Diplococcus pneumoniae*, 2) *Bac. pneumoniae*. 3) *Staphylococcus* и 4) *Streptococcus pneumoniae*. Впрыскивая культуры каждаго изъ нихъ въ отдѣльности, онъ иногда получаль у животныхъ крупозное воспаленіе легкихъ.

Не приводя дальнѣйшихъ работъ по этому вопросу, скажу, что многіе авторы подтвердили изслѣдованія Френкеля своими работами и считаютъ этотъ микроорганизмъ за возбудителя крупознаго воспаленія легкихъ. При чемъ надо замѣтить, что вполнѣ подробной и точной работы по этому вопросу нѣтъ. Никто не доказаль съ очевидностью происхожденія крупознаго воспаленія легкихъ отъ этого микроорганизма.

Съ другой стороны, есть масса работъ, авторамъ которыхъ удалось найти этотъ микроорганизмъ при другихъ болѣзняхъ

¹⁾ Mills, Centrbl. f. bacteriol. XI.

²⁾ Савиновъ, О значеніи микроорганизмовъ въ этиологіи перитонита. 94.

³⁾ Fraenkel, Zeitschr. f. klin. medic. 86.

⁴⁾ Weichselbaum, Wien. med. Jahrbüch. 87.

и получить эти послѣднія экспериментально у животныхъ. Изъ этихъ работъ я укажу также нѣкоторыя.

Гаузеръ ¹⁾ доказалъ присутствіе Френкелевскаго микроорганизма въ гною при *pyosalpinx*.

Масагнэ и Ширауль ²⁾ нашли его же въ гною при гнойномъ атритѣ.

Нанотти ³⁾ описываетъ случай пораженія костей съ образованіемъ абсцессовъ, въ гною которыхъ онъ нашелъ микроорганизмъ *Fraenkel*'я.

Мерсандино ⁴⁾ приводитъ случаи *pyorheumothorax*, *pericarditis*, *endometritis* и множественныхъ абсцессовъ кожи, вызванныхъ диплококкомъ.

Севестре ⁵⁾, описываетъ случай гнойнаго перитонита, вызваннаго диплококкомъ *Fraenkel*'я.

Яковскій ⁶⁾, изслѣдовалъ 52 различныхъ плеврита и 21 разъ нашелъ, какъ возбудителя, диплококкъ *Fraenkel*'я.

Тюффьеръ ⁷⁾, наблюдалъ случай перинефрита, произведеннаго Френкелевскимъ микроорганизмомъ.

Шрейеръ ⁸⁾, изслѣдуя 20 случаевъ *periostitis dentalis*, 8 разъ нашелъ въ гною одного только диплококка Френкеля.

Газпарини ⁹⁾, изслѣдуя нѣсколько случаевъ *keratohypriou* и *panophthalmitis*, очень часто находилъ диплококкъ *Fraenkel*'я. Его же онъ находилъ и въ конъюнктивѣ здоровыхъ глазъ.

Кромѣ того многіе находили этотъ микроорганизмъ при менингитѣ, пиэміи и т. п. (Foa и Bordoni-Uffreduzzi, Grasset, Weichselbaum и др.).

Разсматривая эту литературу, нужно отмѣтить тотъ фактъ, что никто изъ авторовъ, признающихъ Френкелевскій микроорганизмъ возбудителемъ крупознаго воспаления легкихъ, не получилъ картины крупознаго воспаления легкихъ при опытахъ съ этимъ микроорганизмомъ, а только заболѣванія, похожія на него.

Изъ представленныхъ же описаній видно, что всѣ получили катарральныя пневмоніи.

¹⁾ Гаузеръ, *Munch. med. Wochenschr.* 88.

²⁾ Macaigne et Chirault, *Centrbl. f. bacteriol.* 92.

³⁾ Nanotti, *Centrbl. f. bacteriol.* 92.

⁴⁾ Mercandino, *Centrbl. f. bacteriol.* 92.

⁵⁾ Sevestre, *Centrbl. f. bacteriol.* 92.

⁶⁾ Яковскій, *Centrbl. f. bacteriol.* 92.

⁷⁾ Tuffier, *Centrbl. f. bacteriol.* XIII.

⁸⁾ Schreier, *Centrbl. f. bacteriol.* XVI.

⁹⁾ Gasparini, Сообщ. на XI мед. конгрессѣ.

Изъ дальнѣйшаго разбора выясняется, что микроорганизмъ *Fraenkel*'я встрѣчается не только при крупозномъ воспаленіи легкихъ, но очень часто и при нагноеніяхъ, которыя вызываетъ и экспериментально.

Такимъ образомъ изъ литературы выясняется, что эти два микроорганизма еще не вполне изучены. Одни признають ихъ за возбудителей крупознаго воспаленія легкихъ, а другіе считаютъ ихъ гноеродными.

Моя работа представляетъ попытку экспериментально провѣрить работы различныхъ авторовъ и выяснитъ патогенное дѣйствіе этихъ микроорганизмовъ.

Переходя къ своимъ изслѣдованіямъ, я вкратцѣ изложу методы, примѣнявшіеся мною при опытахъ, затѣмъ изложу самыя опыты и въ заключеніе скажу о ихъ результатахъ.

Для изученія патогеннаго дѣйствія этихъ микроорганизмовъ я впрыскивалъ ихъ чистыя культуры морскимъ свинкамъ, мышамъ, кроликамъ и собакамъ. Впрыскиванія дѣлалъ въ брюшину и въ трахею съ соблюденіемъ всѣхъ антисептическихъ и бактериологическихъ предосторожностей. Кромѣ чистыхъ бульонныхъ культуръ я впрыскивалъ также мокроту больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкаго и слюну здоровыхъ людей. Изслѣдованіе органовъ производилось обычными способами. Органы уплотнялись въ спирту, рѣзались и окрашивались.

Окраска разрѣзовъ употреблялась такая: для микроорганизма *Fraenkel*'я: eosin и способъ Грама, а для *Friedlaender*'а — eosin и methylenblau. Такъ же и для крови.

Подробности техники будутъ изложены при описаніи опытовъ.

А. микроорганизмъ *Friedlaender*'а.

Опыты съ этимъ микроорганизмомъ распадаются на 2 ряда: 1) опыты введенія мокроты и 2) чистыхъ культуръ. Сначала приведу опыты съ впрыскиваніемъ мокроты, а затѣмъ съ чистой культурой.

Опытъ 1. Мокрота отъ больного крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, въ которой найдены диплококки *Friedlaender*'а впрыснута морской свинкѣ въ брюшину. Свинка умерла черезъ 20 часовъ. Вскрытіе. Сильный серозно-гнойный перитонитъ, гиперемія брюшныхъ органовъ. Гиперемія легкихъ; мѣстами въ нихъ небольшіе лобулярные болѣе плотные фокусы. Въ крови и во всѣхъ органахъ микроорганизмы *Friedlaender*'а.

Прививка крови на питательную среду даетъ чистую культуру Фридендеровскаго микроорганизма. Печень, почки и селезенка представляли микроскопически картину гипереміи.

Въ легкихъ—гиперемія, а въ болѣе плотныхъ мѣстахъ — расширение сосудовъ и клѣточный инфильтратъ въ альвеолахъ.

Провѣрочные опыты давали такіе же результаты съ той разницей, что не было уплотяній въ легкихъ, и картина перитонита была рѣзче выражена.

Слѣдующій рядъ опытовъ произведенъ съ чистой культурой этого микроорганизма.

Опытъ 2. Бульонная культура впрыснута морской свинкѣ въ полость брюшины въ количествѣ 1 к. с. Свинка умерла черезъ 16 часовъ. Вскрытіе. Перитонитъ съ серознымъ экссудатомъ и гиперемія всѣхъ брюшныхъ органовъ. Гиперемія легкихъ, кровоподтеки въ подплевральной клѣтчаткѣ. Въ крови въ большомъ количествѣ диплококки Friedlaender'a. Микроскопическое изслѣдованіе органовъ дало слѣдующіе результаты: въ легкихъ гиперемія, мѣстами кровоизліянія, клѣточный инфильтратъ и отслойка эпителия въ нѣкоторыхъ альвеолахъ. Въ печени, почкахъ и селезенкѣ гипереміи. Во всѣхъ органахъ микроорганизмы Friedlaender'a.

Повтореніе опытовъ дало точно такіе же результаты. Характерныхъ для крупознаго воспаления легкихъ лобарныхъ поражений и фабринозной сѣтки въ альвеолахъ не было наблюдаемо ни разу.

Опыты, которые я дѣлалъ со старыми культурами, показали, что эти послѣднія при долгой вегетаціи на искусственныхъ средахъ (болѣе года) теряютъ свои патогенныя свойства.

Сдѣланные мной затѣмъ опыты послѣдовательнаго проведенія этихъ культуръ черезъ организмы животныхъ показали, что при такомъ проведеніи эти культуры снова возобновляли свою вирулентность.

Отмѣчаю этотъ фактъ, замѣченный мною, на томъ основаніи, что многіе не признаютъ за этимъ микроорганизмомъ способности ослабляться и затѣмъ снова усиливаться при проведеніи черезъ животныхъ.

Какъ мы видѣли, при введеніи культуры въ брюшину мы не получали крупознаго воспаления легкихъ. Поэтому я сдѣлалъ впрыскиванія культуръ и въ трахею.

Опытъ 3. Собакѣ въ трахею впрыснуть 1 к. с. однодневной бульонной культуры микроорганизма Friedlaender'a.

Собака лихорадила 4 дня. Температура ея была 39,5, 39,7 и 38,7. На 5-й день она была убита. Вскрытіе. Брюшина не измѣнена; брюшные органы гиперемированы. Плевра не измѣнена, въ верхнихъ доляхъ легкаго ничего ненормальнаго; въ нижнихъ небольшіе плотные узелки. Тщательное микроскопическое изслѣдованіе этихъ уплотнѣвшихъ участковъ показало въ нихъ расширеніе легочныхъ капилляровъ и клѣточный инфильтратъ въ альвеолахъ. Фибринозной сѣти не было (окраска по Weigert'у). Брюшные органы представлялись гиперемированными. Во всѣхъ органахъ и въ крови микроорганизмы Friedlaender'a.

Опытъ повторялся нѣсколько разъ съ одинаковымъ результатомъ. Получалась септицемія, небольшія (и то не всегда) уплотнѣнія въ легкихъ. Ни лобарныхъ поражений, ни фибринознаго экссудата въ альвеолахъ не было.

Разберемъ полученныя нами анатомо-патологическія измѣненія, произведенныя культурой этого микроорганизма.

Начнемъ съ легкихъ. Макроскопически они были гиперемированы, замѣчались кровоподтеки въ плеврѣ и иногда небольшіе, болѣе плотные фокусы, тонущіе въ водѣ. Микроскопическое изслѣдованіе такихъ уплотнѣлыхъ участковъ показывало расширеніе легочныхъ капилляровъ, отслойку эпителия, клѣточный инфильтратъ въ альвеолахъ. Всѣ эти явленія — характерныя для катаррального воспаленія легкихъ, которое можетъ быть вызвано различными микроорганизмами. Явленій же, типичныхъ для крупознаго воспаленія: лобарныхъ поражений и фибринознаго экссудата, не было ни разу.

Эти результаты сходятся съ результатами многихъ другихъ авторовъ, которые также не получали крупознаго воспаленія легкихъ отъ этого микроорганизма.

Разсматривая далѣе дѣйствіе этого микроорганизма, должно отмѣтить, что онъ вызываетъ воспаленія, кромѣ легкихъ и въ другихъ органахъ. Въ брюшинѣ мы постоянно получали перитонитъ серозный и гнойный.

Какъ я указывалъ выше, эта способность его — вызывать нагноеніе — была отмѣчена также и другими изслѣдователями.

Суммируя всѣ результаты опытовъ съ этимъ микроорганизмомъ, мы приходимъ къ такимъ выводамъ:

1. Микроорганизмъ Friedlaender'a способенъ терять свою вирулентность, какъ и другіе микроорганизмы, и вновь усиливать ее при проведеніи черезъ рядъ животныхъ.
2. Культуры его у животныхъ вызываютъ воспалительные и гнойные процессы и септицемію.

3. Въ легкихъ онъ вызываетъ катарральное воспаленіе.
4. Онъ не можетъ считаться микробомъ, специфическимъ для крупознаго воспаленія легкихъ, такъ какъ находится не во всѣхъ случаяхъ этой болѣзни, а наоборотъ, вызываетъ и другіе процессы.
5. Онъ долженъ быть причисленъ къ микроорганизмамъ, вызывающимъ нагноеніе.

В. Микроорганизмъ Fraenkel'я.

Опыты съ этимъ микроорганизмомъ также раздѣляются на опыты съ впрыскиваніемъ мокроты и бульонныхъ культуръ, а также и слюны здоровыхъ людей.

Сначала я приведу нѣкоторыя изъ опытовъ съ впрыскиваніемъ слюны. Этотъ методъ я примѣнялъ на томъ основаніи, что многіе (Gamaleia, Eisenberg, Fraenkel и др.) считаютъ микроорганизмъ, найденный Pasteur'омъ въ слюнѣ челоуѣка, тождественнымъ съ Френкелевскимъ. По моимъ наблюденіямъ они дѣйствительно аналогичны.

Опытъ 4. Сдѣлано впрыскиваніе слюны нѣсколькихъ здоровыхъ людей въ брюшину бѣлой мыши, въ количествѣ $\frac{1}{2}$ к. с. Мышь умерла черезъ 23 час. Вскрытіе. Небольшой перитонитъ, дряблость и гиперемія паренхиматозныхъ органовъ. Плевра не измѣнена, легкія гиперемированы. Въ крови множество микроорганизмовъ Fraenkel'я. Микроскопическое изслѣдованіе всѣхъ органовъ дало такую же картину, какую мы имѣли отъ Фридлендеровскаго микроорганизма.

Этотъ опытъ повторялся нѣсколько разъ съ совершенно одинаковыми результатами. Во всѣхъ этихъ опытахъ я получалъ септицемію, а иногда и бронхопневмонію маленькими узелками, крупознаго воспаленія не было.

Изъ крови этихъ мышей я дѣлалъ культуры въ бульонѣ и прививалъ животнымъ.

Опытъ 5. 4 к. с. бульонной культуры, полученной изъ крови такой мыши, впрыснуты въ брюшину собакѣ. Смерть черезъ 23 часа. Вскрытіе. Серозно-геморрагическій перитонитъ. Дряблость и гиперемія паренхиматозныхъ органовъ. Легкія гиперемированы, проходимы для воздуха; фокусовъ уплотненія въ нихъ нѣтъ. Плевры не измѣнены. Въ крови микроорганизмы Fraenkel'я. Микроскопическое изслѣдованіе всѣхъ органовъ показало только ихъ гиперемію.

Здѣсь также мы имѣли явленія септицеміи и гнойные воспалительные процессы.

Опытъ 6. Мокрота больного крупознымъ воспаленіемъ легкихъ впрыснута въ количествѣ 1 к. с. подъ кожу кролика. Смерть черезъ 25 часовъ. Вскрытіе. Кровоподтекъ въ мѣстѣ впрыскиванія. Брюшина не измѣнена. Паренхиматозные органы гиперемированы. Въ крови и во всѣхъ органахъ микроорганизмы *Fraenkel*'я.

Повтореній опыта не привожу, такъ какъ они дали такіе же результаты. Измѣненій въ легкихъ не было, а была также картина септицеміи.

Изъ крови погибшихъ отъ впрыскиванія мокроты кроликовъ я дѣлалъ бульонныя культуры, которыя и впрыскивалъ новымъ кроликамъ.

Опытъ 7. Сдѣлано впрыскиваніе двухдневной бульонной культуры микроорганизма *Fraenkel*'я въ количествѣ 1 к. с. въ трахею кролика. Смерть черезъ 25 часовъ. Вскрытіе. Въ брюшинѣ измѣненій нѣтъ. Брюшные органы гиперемированы. Плевра не измѣнена, въ ней мѣстами экхимозы. Легкія гиперемированы. Фокусовъ уплотнѣнія въ нихъ нѣтъ; они проходимы для воздуха и въ водѣ не тонутъ. Микроскопическое изслѣдованіе органовъ указало на ихъ гиперемію. Въ крови и въ органахъ — микроорганизмы *Fraenkel*'я.

Повтореніе опыта нѣсколько разъ давало такіе же результаты съ той разницей, что иногда получались въ легкихъ небольшіе фокусы уплотнѣнія, представлявшіе картину бронхопневмоніи. Ни лобарныхъ пораженій, ни фибринознаго экссудата въ альвеолахъ не было получено ни разу.

Разсматривая полученные результаты всѣхъ этихъ опытовъ, прежде всего мы замѣчаемъ, что тотъ микроорганизмъ вызываетъ острые воспалительные и гнойные процессы въ тѣхъ органахъ, которые служили мѣстомъ введенія инфекции, и септицемію.

Въ дѣйствиіи этого микроорганизма на легкія замѣтна полная аналогія съ дѣйствиемъ микроорганизма *Friedlaender*'а.

Макроскопически легкія были гиперемированы и иногда въ нихъ замѣчались болѣе плотные маленькіе фокусы.

Микроскопическое изслѣдованіе такихъ фокусовъ показывало въ нихъ расширеніе легочныхъ капилляровъ, отслойку альвеолярнаго эпителия и клѣточный инфильтратъ въ альвео-

лахъ, т.-е. получалась катарральная пневмонія, какую мы получали и отъ Фридендеровскаго микроорганизма.

Лобарныхъ поражений, а также фибринозной сѣтки въ альвеолахъ — характерныхъ явленій крупознаго воспаления легкихъ — получено не было.

Въ литературѣ также много указаній, что этотъ микроорганизмъ вызываетъ не крупозное воспаление легкихъ, а гнойные процессы.

Такимъ образомъ, на основаніи моихъ экспериментальныхъ изслѣдованій и указаній литературы, надо заключить, что этотъ микроорганизмъ не специфиченъ для крупознаго воспаления легкихъ и служитъ главнымъ образомъ возбудителемъ процессовъ нагноенія и септицеміи.

Резюмируя все сказанное, сдѣлаемъ слѣдующіе выводы:

1. Микроорганизмъ *Fraenkel*'я вызываетъ у животныхъ гнойные процессы и септицемію.
2. Подобнымъ же образомъ онъ дѣйствуетъ и на человѣка.
3. Онъ не можетъ считаться специфичнымъ для крупознаго воспаления легкихъ, такъ какъ находится не только при этой болѣзни, но и при многихъ другихъ и экспериментально не вызываетъ этой болѣзни.
4. По дѣйствию своему на животный организмъ онъ долженъ быть поставленъ въ рядъ микроорганизмовъ, вызывающихъ нагноеніе.

IX. О микробномъ и безмикробномъ нагноеніяхъ.

Ассистента клиники В. Ф. Полякова. *)

Если до появленія работъ Коха уже многіе изслѣдователи считали микроорганизмы не только за причину общихъ заболѣваній, но и нагноенія въ частности, то со времени появленія болѣе совершенныхъ методовъ бактериологическихъ изслѣдованій, роль микроорганизмовъ, какъ возбудителей нагноенія, получила въ глазахъ большинства бактериологовъ и патологовъ первенствующее значеніе.

Извѣстно, что первые изслѣдователи, находя въ содержимомъ закрытыхъ абсцессовъ опредѣленные и постоянно встрѣчавшіеся имъ виды микроорганизмовъ, считали послѣдніе за специфическихъ возбудителей нагноенія; однако по мѣрѣ накопленія фактовъ выяснилось, что пиогенными свойствами могутъ обладать микроорганизмы, которые до тѣхъ поръ мѣше всего славилась какъ гноеродные.

Теперь уже никто не сомнѣвается въ томъ, что бацилла брюшнаго тифа, *bacillus coli communis*, микроорганизмы Френкеля и Фридендера и многіе другіе виды микроорганизмовъ могутъ обладать пиогенными свойствами. Lemière считаетъ доказаннымъ пиогенныя свойства 38 видовъ микроорганизмовъ. Нѣтъ основанія предполагать, чтобы этимъ закончился рядъ микроорганизмовъ, обладающихъ гноеродными свойствами, тѣмъ болѣе, что новѣйшія изслѣдованія (объ анаэробныхъ микроорганизмахъ) доказали существованіе въ содержимомъ нѣкоторыхъ гнойниковъ чистыхъ культуръ микроорганизмовъ, — анаэробовъ, несомнѣнно обладающихъ пиогенными свойствами.

Всѣ данныя о гноеродныхъ свойствахъ микроорганизмовъ

*) Подробности см. въ моей диссертациі того же заглавія. (Москва, 1896 г.)

приводятъ къ тому заключенію, что специфически піогенныхъ микроорганизмовъ не существуетъ, что всѣ тѣ, которые считались таковыми, обнаруживаютъ свои піогенныя свойства лишь при особыхъ, доселѣ мало выясненныхъ условіяхъ, съ другой стороны, *большинство* извѣстныхъ намъ микроорганизмовъ, могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приобрѣтать піогенныя свойства. Послѣднія зависятъ, какъ показали изслѣдованія Grawitz'a, Buchner'a, Щеголева, Steinhauз'a, Высоковича и многихъ другихъ, отъ піогенныхъ веществъ, заключающихся въ мертвой или живой культурѣ микроорганизма, обладающаго гноеродными свойствами. Эти піогенныя вещества, по мнѣнію однихъ авторовъ, представляютъ собой продуктъ жизнедѣятельности микроорганизмовъ, по воззрѣніямъ другихъ, — самыя составныя начала бактерійной клѣтки обладаютъ гноетворными свойствами.

Уже во время перваго увлеченія теоріей бактеріальной природы нагноенія, многіе изслѣдователи пытались экспериментальнымъ путемъ выяснитъ вопросъ о возможности вызвать нагноеніе помощью химически раздражающихъ веществъ, подразумевая подъ ними всѣ тѣ, которыя не представляютъ собой продуктовъ жизнедѣятельности или же самихъ составныхъ частей бактерійныхъ клѣтокъ. Результаты различныхъ изслѣдователей были настолько несогласны между собою, что еще въ недавнее время многіе авторитеты держались въ этомъ отношеніи совершенно противоположныхъ взглядовъ.

Размѣры статьи не позволяютъ привести хотя вкратцѣ всѣ тѣ изслѣдованія, которыя были сдѣланы въ этомъ направленіи; укажу только, что эксперименты многихъ авторовъ, которымъ удавалось вызывать нагноеніе помощью химически раздражающихъ веществъ, грѣшили противъ основныхъ принциповъ бактеріологіи, тогда какъ изслѣдователи, отрицавшіе на основаніи своихъ опытовъ возможность вызвать нагноеніе безъ участія микроорганизмовъ, экспериментировали надъ животными мало наклонными къ нагноительнымъ процессамъ и вводили имъ подъ кожу химическіе раздражители въ слишкомъ малыхъ количествахъ.

Только въ послѣднее время появились работы авторовъ съ химически раздражающими веществами, повторившихъ опыты своихъ предшественниковъ, но только при условіяхъ болѣе строгаго соблюденія правилъ бактеріологической техники. Результаты этихъ экспериментовъ можно формулировать слѣдующимъ образомъ: нѣкоторыя химически раздражающія

вещества, будучи введены въ извѣстныхъ количествахъ подѣ кожу извѣстной породы животнымъ, могутъ вызвать нагноеніе безъ участія микроорганизмовъ.

Однако и эти работы вызвали возраженія: авторы не дѣлали изслѣдованій на содержаніе анаэробовъ въ гноѣ абсцессовъ, возникавшихъ вслѣдъ за введеніемъ подѣ кожу химически раздражающихъ веществъ; кромѣ того, по изслѣдованіямъ иныхъ, напр. Звинятскаго, гной бактеріальнаго происхожденія морфологически и химически существенно отличается отъ гноя, вызваннаго дѣйствіемъ химическихъ раздражителей.

Въ послѣдующемъ изложеніи я привожу вкратцѣ опыты, произведенные мною надъ кроликами и собаками, которымъ я вводилъ подѣ кожу химически раздражающія вещества; въ этихъ опытахъ я старался выяснитъ вліяніе породы животныхъ и количество вводимаго химическаго раздражителя на результаты опытовъ прежнихъ изслѣдователей. Кромѣ того, я изслѣдовалъ ткани, окружающія очагъ нагноенія, и гной абсцессовъ не только на содержаніе въ нихъ аэробовъ, но также и анаэробовъ, равно изслѣдовалъ и морфологическія особенности содержаемаго абсцессовъ.

Мысль Buchner'a что піогенныя вещества культуры микроорганизмовъ дѣйствуютъ на ткани, поступая въ нихъ медленно и постоянно, и тотъ фактъ, что мертвыя культуры или фильтраты живыхъ, будучи введены въ подкожную клітчатку, обнаруживаютъ піогенное дѣйствіе лишь при условіяхъ введенія ихъ въ сравнительно большихъ количествахъ, заставили меня поставить нѣкоторые опыты такимъ образомъ, чтобы химическій раздражитель выдѣлялся въ ткани, *хотя бы и въ очень небольшихъ количествахъ, но зато постоянно и непрерывно.*

Перехожу къ описанію методики своихъ опытовъ. Вещества, которыя употреблялись какъ химическіе раздражители, вводились подѣ кожу животнымъ при помощи двухъ методовъ.

Первый состоитъ въ томъ, что испытуемое вещество вводится подѣ кожу животному въ тонкостѣнной стеклянной ампулкѣ. (Методъ Councilman'a).

Стеклянная трубка требуемаго колибра накаливается на пламени газовой горѣлки и затѣмъ ее вытягиваютъ въ ампулки желаемаго діаметра съ очень тонкими стѣнками; оба конца ампулки немного оттягиваются, одинъ изъ нихъ запаиваютъ, а другой остается открытымъ. Нагрѣвая ампулку на газовомъ пламени и погружая ее открытый конецъ

въ сосудъ съ испытуемой жидкостью, набираютъ въ ампулку достаточное количество послѣдней, послѣ чего ампулку запаиваютъ.

Изготовивъ нѣсколько подобныхъ ампулекъ, наполненныхъ химически раздражающимъ веществомъ, ихъ погружаютъ въ простерилизованную, наполненную простерилизованной водой пробирку, закрываютъ послѣднюю ватной пробкой и помещаютъ на полчаса въ автоклавъ при 115° и потомъ сохраняютъ въ такомъ видѣ до употребленія.

Для того чтобы ввести ампулку подъ кожу животному, на спинѣ его въ крестцовой области сбиваются волосы на пространствѣ величиной съ рубль, затѣмъ кожа лишенная волосъ тщательно обмывается сперва спиртомъ и эфиромъ, а затѣмъ растворомъ сулемы (1:1000). Прокаленнымъ ножомъ дѣлаютъ разрѣзъ кожи, проникающій вплоть до фасцій, одѣвающихъ мускулы.

Разрѣзъ дѣлается небольшой, достаточный однако для того, чтобы черезъ отверстіе въ кожѣ можно было ввести въ подкожную клѣтчатку простерилизованную въ сухомъ стерилизаторѣ стеклянную трубочку со скошеннымъ наискось концомъ, по діаметру своему немного бѣльшую, чѣмъ вводимая ампулка. Стеклянную трубочку вводятъ подъ кожу такимъ образомъ, что скошенный ея конецъ находится въ подкожной клѣтчаткѣ далеко отъ мѣста разрѣза въ кожѣ, изъ котораго торчитъ ея другой конецъ; прокаленнымъ пинцетомъ достаютъ изъ пробирки простерилизованную ампулку, быстро вдвигаютъ ее въ отверстіе наружнаго конца стеклянной трубочки, и затѣмъ стеклянной простерилизованной палочкой продвигаютъ ампулку, какъ пулю шомполомъ по ружейному стволу, въ подкожную клѣтчатку далеко отъ мѣста раненія.

Засимъ стеклянная трубочка съ палочкой быстро удаляются изъ подкожной клѣтчатки, рана промывается растворомъ сулемы, зашивается кѣтгутомъ и заливается іодоформеннымъ коллодіемъ. Операція требуетъ мало времени и мало болѣзненна для животныхъ.

Я вводилъ ампулки такимъ образомъ, что, производя разрѣзъ въ крестцовой области, я перемѣщалъ ихъ въ подкожную клѣтчатку въ области лопатокъ, гдѣ онѣ и оставались неопредѣленно долгое время, не производя въ тканяхъ видимой реакціи. Что касается самой раны, то я получалъ всегда заживленіе *per primam*.

Другой методъ введенія испытуемыхъ веществъ подъ ко-

жу состоятъ въ томъ, что послѣднія, заключенныя въ запаянныхъ пробиркахъ, стерилизуются въ аутоклавѣ; затѣмъ, по охлажденіи пробирокъ, послѣднія вскрываются и изъ нихъ помощью стерилизованной пипетки Pasteur'a набираютъ достаточное количество жидкости.

Въ виду того, что одинъ конецъ пипетки весьма длинный и чрезвычайно тонкаго калибра, а другой конецъ ея снабженъ простерилизованной ватной пробкой, операція набирания жидкости, которая обыкновенно производится ртомъ, безупречна въ смыслѣ возможности бактеріальнаго загрязненія. Прежде чѣмъ впрыснуть животному испытуюмую жидкость подъ кожу, послѣдняя обривается, лишнюю волосъ поверхность тщательно дезинфецируютъ алкогелемъ, эфиромъ и растворомъ сулемы; раскаленной докрасна стеклянной палочкой прижигаютъ кожу на пространствѣ величиной съ серебряный пятакъ, осторожно прокалываютъ на мѣстѣ струпа кожу острымъ, оттянутымъ концомъ пипетки и продвигаютъ послѣдній далеко въ подкожную кѣтчатку.

Этимъ устраняется возможность вліянія каутеризаціи на всасываніе тканями впрыскиваемыхъ веществъ.

Засимъ выдуваютъ ртомъ содержащуюся въ пипеткѣ жидкость въ подкожную кѣтчатку и осторожно извлекаютъ тонкій конецъ пипетки изъ тѣла животнаго. Мѣсто вкола прижигаютъ и заливаютъ іодоформеннымъ коллодіемъ. При введеніи испытующихъ веществъ въ ампулькахъ, я выжидалъ того времени, когда отъ раны оставался едва замѣтный рубецъ, отыскивалъ свободно двигавшуюся подъ кожей ампулку и раздавливалъ послѣднюю.

Методъ вскрытія абсцесса и изслѣдованіе его содержимаго былъ таковъ: раскаленной докрасна стеклянной палочкой прижигалась кожа надъ абсцессомъ, острый конецъ небольшой, предварительно простерилизованной пипетки вводился въ полость гнойника, откуда насасывалось нѣкоторое количество гноя, изъ котораго тутъ же дѣлались посѣвы на агарь-агаръ и желатину. Кромѣ изслѣдованія гноя на содержаніе въ немъ аэробныхъ микроорганизмовъ, производились также изслѣдованія на содержаніе въ немъ анаэробовъ.

Посѣвы дѣлались въ бульонъ и на агарь-агаръ. Для этого пробирку съ простерилизованнымъ въ аутоклавѣ бульономъ нагреваютъ до температуры кипѣнія съ цѣлью удалить изъ питательной среды заключенный въ ней воздухъ, и по, охлажденіи бульона, производятъ въ послѣдній посѣвы гноя. Заткнутый ватной пробкой конецъ подобной пробирки съ по-

сбѣаннымъ въ нее гноемъ оттягиваютъ на пламени паяльнаго столика такъ, что пробирка оказывается раздѣленной на двѣ части, соединенныя узкимъ длиннымъ перехватомъ.

Помощью ртутнаго насоса удаляютъ воздухъ изъ пробирки и заключеннаго въ ней бульона и наполняютъ послѣднюю водородомъ изъ аппарата Киппа. Удаливъ въ нѣсколько пріемовъ остатки воздуха изъ пробирки и бульона, и наполнивъ ее водородомъ, запаиваютъ на газовомъ пламени тонкій перехватъ пробирки, послѣ чего послѣдняя помѣщается въ термостатъ.

Для того чтобы поставить агарь-агарь съ посѣяннымъ въ него гноемъ въ условія анаэробіоза, я пользовался двумя методами. Первый заключается въ томъ, что посѣвы гноя производились на наклонную плоскость быстро охлажденнаго послѣ кипяченія агарь - агара, послѣ чего вышеописаннымъ способомъ выкачиваютъ воздухъ изъ пробирки и замѣщаютъ послѣдній водородомъ. Второй методъ—Vignal'я.

Для микроскопическаго изслѣдованія гноя послѣдній фиксировался на покровныхъ стеклышкахъ и окрашивался по способу Löffler'a и Грама.

Для того чтобы убѣдиться въ отсутствіи микроорганизмовъ въ стѣнкахъ абсцесса, часть послѣдняго вырѣзалась, фиксировалась, заливалась въ парафинъ, послѣ чего срѣзы окрашивались по Граму.

Эксперименты производились со скипидаромъ и кротоновымъ масломъ, которые были выбраны мною изъ богатаго арсенала химически раздражающихъ веществъ потому, что большинство авторовъ, занимавшихся вопросомъ о нагноеніи безъ участія микроорганизмовъ и получившихъ столь различные результаты, пользовались для своихъ экспериментовъ преимущественно скипидаромъ и кротоновымъ масломъ. Кромѣ того я не ставилъ себѣ задачей произвести сравнительную оцѣнку піогенныхъ свойствъ различныхъ химически раздражающихъ веществъ, списокъ которыхъ, вѣроятно, далеко не полонъ.

Многочисленные опыты съ введеніемъ въ подкожную клетчатку кроликамъ и собакамъ химическихъ раздражителей [скипидаръ и кротонное масло въ разведеніи съ оливковымъ (1:5)], показали, что нагноеніе можетъ быть вызвано какъ у кроликовъ, такъ и у собакъ химически раздражающими веществами, безъ всякаго участія какъ *аэробныхъ*, такъ и *анаэробныхъ* микроорганизмовъ. Количество вводимаго раздражителя имѣетъ существенное значеніе: такъ

напримѣръ, 4 капли скипидара не вызываютъ нагноенія у кролика, тогда какъ большія количества того же вещества всегда вызывали образованіе абсцессовъ. Изъ произведенныхъ опытовъ выяснилось, что макроскопически и клинически гной не бактеріальнаго происхожденія существенно не отличается отъ содержимаго гнойниковъ бактеріальнаго происхожденія.

Что касается особенностей гноя кроликовъ при нагноеніяхъ не бактеріальнаго происхожденія, то онъ отличается отъ гноя подобнаго же происхожденія у собакъ: гной кроликовъ густъ, бѣловатаго цвѣта, похожъ на сметану. Подобный гной вообще характеренъ для кроликовъ.

Интересно, что одинаковыя количества скипидара, впрыснутыя подъ кожу и введенныя въ ампулахъ, не вызывали въ первомъ случаѣ нагноенія, тогда какъ во второмъ—происходило образованіе абсцессовъ; объясняется это тѣмъ, что скипидаръ изливается въ ткани послѣ перелома ампулки гораздо медленнѣе, чѣмъ это бываетъ при впрыскиваніи его, обстоятельство, которое, какъ будетъ видно изъ дальнѣйшаго изложенія, имѣетъ важное значеніе въ вопросѣ о нагноеніи, вызываемомъ химическими раздражителями.

Кротоновое масло также обладаетъ пиогенными свойствами, впрочемъ большія количества его легко вызываютъ некрозъ тканей.

Собаки реагируютъ нагноеніемъ на дѣйствіе химическихъ раздражителей въ болѣе сильной степени, чѣмъ кролики; тѣ количества, которыя у кролика не обуславливали нагноенія, вызывали таковое у собаки.

Клиническая картина нагноенія у собаки отличается отъ той, которая наблюдается у кроликовъ. У перваго животнаго она напоминаетъ картину бактеріальнаго нагноенія у человѣка; наконецъ свойства самого гноя, жидкаго, съ примѣсью крови и клочьевъ омертвѣвшихъ тканей, напоминаютъ гной бактеріальнаго происхожденія у человѣка.

На основаніи своихъ опытовъ, равно и данныхъ литературы, я вывелъ заключеніе, что количество вводимаго химическаго раздражителя и порода животнаго имѣютъ большое значеніе, такъ что отрицательные результаты различныхъ авторовъ зависѣли не только отъ выбора и дозировки химическаго раздражителя, но и породы животнаго, которому онъ вводился подъ кожу.

Основываясь на предположеніи Buchner'a, что пиогенныя вещества, заключающіяся въ культурахъ микроорганизмовъ, проявляютъ свои пиогенныя свойства, между прочимъ, по-

тому, что хотя они и выдѣляются въ ткани медленно и въ сравнительно небольшихъ количествахъ, но зато постоянно и непрерывно, миѣ казалось умѣстнымъ испробовать дѣйствіе химически раздражающихъ веществъ, поставивъ ихъ въ условія аналогичныя тѣмъ, которыя существуютъ при выдѣленіи піогенныхъ веществъ культурой микроорганизмовъ.

Миѣ казалось, что прониканіе химически раздражающихъ веществъ черезъ перепонки растительнаго или животнаго происхожденія ближе всего удовлетворяетъ условіямъ медленнаго и вмѣстѣ съ тѣмъ постояннаго выдѣленія въ ткани. Поэтому лучше всего было бы, изготовивъ ампулку изъ названныхъ веществъ и наполнивъ ее испытуемой субстанціею, ввести ее подъ кожу животному.

При такихъ условіяхъ было бы создано нѣкоторое подобіе піогеннаго микроорганизма съ точки зрѣнія тѣхъ, которые полагаютъ, что гноетворное дѣйствіе микроорганизмовъ зависитъ отъ постояннаго выдѣленія ими продуктовъ ихъ жизнедѣятельности, обладающихъ піогенными свойствами; эти же условія удовлетворяли бы воззрѣніямъ тѣхъ авторовъ, которые полагаютъ, что піогенное дѣйствіе культуры лежитъ въ постоянномъ и медленномъ поступленіи въ ткани самихъ составныхъ началъ погибшихъ бактерійныхъ клѣтокъ.

Наибольшія трудности въ осуществленіи подобныхъ условій введенія въ подкожную клѣтчатку химически раздражающихъ веществъ состоятъ въ томъ, чтобы удовлетворить требованіямъ бактеріальной техники въ смыслѣ устраненія возможности бактеріальнаго загрязненія веществъ, необходимыхъ для опыта.

Изъ веществъ пригодныхъ для сказанной цѣли: пергаментной бумаги, кишекъ небольшихъ животныхъ и целлоидина, я остановился на послѣднемъ; другія вещества оказались непригодными по многимъ причинамъ. Ампулки изъ целлоидина изготовлялись слѣдующимъ образомъ: въ простерилизованный сосудъ съ растворомъ целлоидина въ смѣси алкоголя и эфира погружается стеклянная простерилизованная палочка діаметра равнаго тому, какой мы желаемъ придать ампулкѣ.

Многократное погруженіе палочки въ растворъ целлоидина позволяетъ послѣднему осѣсть на ней достаточно равномернымъ и толстымъ слоемъ. Требуется нѣкоторый навыкъ для того, чтобы приготовить растворъ целлоидина достаточной концентраціи и дать ему осѣсть на палочкѣ равномерной толщины слоемъ.

Затѣмъ палочка съ осѣвшимъ на ней целлоидиномъ опускается на короткое время въ сосудъ съ простерилизованной водой, послѣ чего целлоидинъ снимается съ палочки такъ же легко, какъ перчатка съ пальца.

Засимъ изъ пипетки капаютъ въ открытый конецъ ампулки известное количество простерилизованнаго химическаго раздражителя, закручиваютъ открытый конецъ ампулки простерилизованнымъ пинцетомъ, погружаютъ закрученный конецъ на мгновеніе въ растворъ целлоидина и ампулка готова.

Изготовивъ нѣсколько такихъ ампулекъ, содержащихъ скипидаръ, ихъ погружаютъ въ пробирку наполненную простерилизованнымъ скипидаромъ, запаиваютъ послѣднюю и сохраняютъ до употребленія.

Вводя подъ кожу одну изъ ампулекъ, заключающихся въ подобной пробиркѣ, я погружалъ остальные въ простерилизованный бульонъ, который и ставилъ въ термостатъ на 12—14 дней. Результатъ получался всегда отрицательный, бульонъ оставался прозрачнымъ: ампулки были стерильны. Наполняя я ампулки исключительно скипидаромъ на томъ основаніи, что его піогенныя свойства выше другихъ химическихъ раздражителей, и потому, что скипидаръ самъ по себѣ обладаетъ антисептическими свойствами, что значительно облегчаетъ задачу устранить по возможности бактеріальное загрязненіе. Методъ введенія целлоидиновыхъ ампулекъ тотъ же, что и при введеніи стеклянныхъ.

Естественно возникаетъ вопросъ, насколько скипидаръ можетъ проникать черезъ целлоидиновыя стѣнки въ окружающіе ампулку тканевые соки.

Что количество скипидара, переходящее такимъ образомъ въ окружающую ампулку среду, должно быть крайне незначительнымъ (въ виду его трудной растворимости), соответствовало моимъ цѣлямъ. Оставалось доказать, что этотъ переходъ дѣйствительно существуетъ. Для этого целлоидиновыя ампулки, наполненныя скипидаромъ и видимо герметически закрытыя, погружались въ пробирки, содержащія физиологическій растворъ. Тамъ онѣ плавали на известномъ разстояніи отъ уровня жидкости. Пробирки закрывались ватной пробкой и оставались на нѣкоторое время въ покоѣ. Черезъ два, три дня, открывая пробирку, можно было явственно ощущать запахъ скипидара; кромѣ того физиологическій растворъ, въ которомъ находилась ампулка, давалъ, при прибавленіи нѣ котораго количества его къ водному раствору іодистаго калия, къ которому былъ примѣшанъ крахмалъ, ясно выраженную цвѣтную реакцію.

Такъ какъ при введеніи подь кожу ампулки, на поверхности послѣдней оставалось небольшое количество скипидара, часть котораго впрочемъ испарялась при перенесеніи ампулки изъ пробирки въ стеклянную трубочку, а часть оставалась на стѣнкахъ послѣдней, то конечно могло явиться предположеніе, что механическое раздраженіе тканей, вызываемое присутствіемъ целлоидиновой ампулки, суммируясь съ химическимъ раздраженіемъ, производимымъ скипидаромъ, оставшимся на поверхности ампулки, само по себѣ въ состояніи вызвать нагноеніе. Контрольные опыты съ введеніемъ подь кожу кроликамъ и собакамъ целлоидиновыхъ ампулекъ, содержащихъ дистиллированную воду и погружаемыхъ передъ введеніемъ подь кожу на мгновеніе въ скипидаръ, показали, что нагноеніе, которое, какъ будетъ сказано ниже, возникаетъ вслѣдъ за введеніемъ въ подкожную клѣтчатку целлоидиновыхъ ампулекъ, содержащихъ скипидаръ, не можетъ быть приписано суммированному раздраженію, производимому ампулкой и тѣмъ незначительнымъ количествомъ скипидара, который находился на ея поверхности въ моментъ введенія ампулки въ подкожную клѣтчатку животнаго.

Опыты, произведенные надъ кроликами и собаками, въ подкожную клѣтчатку которыхъ вводились целлоидиновыя ампулки, содержащія скипидаръ, говорятъ въ пользу того, что *химически раздражающее вещество, выдѣляясь въ ткани, хотя и въ крайне незначительныхъ количествахъ, но за то постоянно и непрерывно, вызываетъ нагноеніе, причемъ послѣднее вызывается такими незначительными количествами, которыя, будучи введены подь кожу помощью обыкновенно употребляемыхъ методовъ (впрыскиваніе), вызываютъ со стороны тканей не нагноеніе, а лишь воспалительную реакцію.* Напримѣръ, целлоидиновая ампулка, заключающая въ себѣ едва 3 капли скипидара, введенная въ подкожную клѣтчатку собаки, вызвала у послѣдней черезъ 4 дня образованіе абсцесса съ жидкимъ, желтоватаго цвѣта гноемъ. Среди гноя лежитъ ампулка *почти полная* скипидара. Столько же капель скипидара *впрыснутыя* подь кожу собакъ *всосались*, не вызвавши и признаковъ нагноенія.

Изслѣдованіе гноя абсцессовъ, вызванныхъ введеніемъ подь кожу целлоидиновыхъ ампулекъ со скипидаромъ, равно и тканей, окружающихъ очагъ нагноенія, ни разу не обнаружило участія микроорганизмовъ какъ аэробныхъ, такъ и анаэробныхъ при нагноеніяхъ, вызываемыхъ введеніемъ въ подкожную клѣтчатку химическаго раздражителя, заключеннаго въ целлоидиновую ампулку.

Перехожу къ изложенію результатовъ опытовъ, въ которыхъ я старался выяснитъ различіе дѣйствія на подкожную клѣтчатку мертвыхъ культуръ піогенныхъ микроорганизмовъ, а также фильтратовъ живыхъ, вводимыхъ подъ кожу при различныхъ условіяхъ ихъ поступленія въ ткани, т.-е. вводимыхъ при помощи метода впрыскиванія и метода введенія въ целлоидиновыхъ ампулкахъ. Это различіе должно было, какъ мнѣ казалось, выступить еще съ большей силой, чѣмъ это было по отношенію къ скипидару, на томъ основаніи, что опыты Kropacher'a, Щеголева, Иванова и др. показали, что мертвыя культуры или фильтраты живыхъ, впрыснутыя подъ кожу, вызываютъ нагноеніе, будучи впрыснуты подъ кожу лишь въ сравнительно *очень большихъ количествахъ*.

Съ цѣлью добыть фильтратъ культуры піогеннаго микроорганизма, я поступалъ слѣдующимъ образомъ: бульонная культура *staphylococcus pyogenes aureus*, гноеродное дѣйствіе которой было провѣрено впрыскиваніемъ этой культуры подъ кожу животному, настаивалась нѣсколько дней при комнатной температурѣ. Засимъ бульонная культура фильтровалась черезъ фильтръ Chamberland'a слѣдующимъ образомъ: прокаленный фильтръ вставляется въ стеклянную трубку, впаянную въ верхній сегментъ *matras-pipette* Chamberland'a; въ верхнемъ концѣ трубки существуетъ небольшой перехватъ, служащій для того, чтобы можно было плотно укрѣпить въ трубкѣ вставленный въ нее фильтръ; открытый конецъ послѣдняго обматывается гигроскопической ватой и вставляется возможно плотно въ верхнюю трубку колбочки; послѣ этого весь аппаратъ стерилизуется въ сухомъ стерилизаторѣ; затѣмъ расплавленнымъ парафиномъ заливаютъ пространство между стѣнками фильтра и стеклянной трубкой заполненное, какъ сказано, ватой, и аппаратъ для фильтрованія готовъ. Помощью аспиратора фильтрація совершается очень недолго. Чтобы убѣдиться, что послѣдняя произведена совершенно, дѣлаютъ контрольные посѣвы фильтрата на питательная среды.

По окончаніи фильтраціи отпаиваютъ отъ колбочки стеклянную трубку, заключающую фильтръ, запаиваютъ конецъ боковой трубочки *matras-pipette* и въ такомъ видѣ сохраняютъ фильтратъ піогенной культуры. Другой методъ полученія піогенныхъ веществъ заключается въ томъ, что берутъ нѣсколько пробирокъ съ агарь-агаромъ съ вегетирующей на немъ культурой *staphylococcus pyogenes aureus*, піогенность

которой была предварительно провѣрена, стеклянной палочкой снимаютъ съ поверхности питательной среды культуру и размѣшиваютъ ее въ стерилизованномъ физиологическомъ растворѣ. Затѣмъ настаиваютъ полученную густую эмульсію 8—10 дней при комнатной температурѣ, подвергая ее черезъ каждые 2 дня часовому пребыванію въ паровомъ стерилизаторѣ Коха.

Наконецъ опыты производились съ бульонными культурами того же пѣогеннаго микроорганизма, которыя подвергались пребыванію въ аутоклавѣ при $t^{\circ} - 115^{\circ}$ въ теченіе четверти часа. Пользуясь убитой такимъ образомъ культурой стафилококка, я желалъ провѣрить заявленія Christmas'a, что высокая температура разрушаетъ пѣогенныя вещества культуры *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Техника приготовленія ампулекъ, наполненіе ихъ мертвыми культурами и филтратами живыхъ та же, что и въ опытахъ съ ампулками, содержащими скипидаръ. Чтобы убѣдиться въ стерильности вводимыхъ въ подкожную клѣтчатку ампулекъ, нѣкоторыя изъ тѣхъ, которыя готовились для каждаго опыта въ числѣ нѣсколькихъ экземпляровъ, помещались въ пробиркѣ со стерилизованнымъ бульономъ, которая затѣмъ ставилась въ термостатъ. Результатъ получался всегда отрицательный: бульонъ оставался прозрачнымъ. Та ампулка, которая вводилась подъ кожу, также опускалась непосредственно передъ ея введеніемъ въ подкожную клѣтчатку на короткое время въ стерилизованный бульонъ, изъ котораго она и переносилась прокаленнымъ пинцетомъ въ наружный конецъ стеклянной трубочки, введенной подъ кожу животному; результатъ подобнаго контрольнаго опыта всегда былъ отрицательный.

Эксперименты мои состояли въ томъ, что я впрыскивалъ значительныя количества мертвыхъ культуръ и филтратовъ живыхъ подъ кожу животнымъ и въ то же время вводилъ ихъ подъ кожу въ целлоидиновыхъ ампулкахъ. Въ послѣднемъ случаѣ количество вводимыхъ пѣогенныхъ веществъ, поставленныхъ, кромѣ того, въ условія минимальнаго выдѣленія на поверхности целлоидиновыхъ ампулекъ, весьма незначительно въ сравненіи съ первымъ.

Произведенные опыты показали, что гноеродныя свойства филтратовъ живыхъ или эмульсій мертвыхъ культуръ проявляются въ большой степени тогда, когда пѣогенныя вещества поступаютъ въ ткани, выдѣляясь постоянно, хотя и въ незначительномъ количествѣ на поверхности целлоидино-

выхъ ампулекъ, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда они вводятся подъ кожу помощью обыкновеннаго метода впрыскиванія.

Напримѣръ, 3 с. см. отфильтрованной бульонной культуры, впрыснутые подъ кожу собакъ, всосались, не вызвавъ замѣтной реакціи со стороны тканей, тогда какъ 8 кап. (менѣе $\frac{1}{2}$ с. см.) того же фильтрата культуры, введенныя въ целлоидиновой ампулкѣ, вызвали образованіе абсцесса. Значеніе медленнаго и постояннаго выдѣленія въ ткани піогенныхъ веществъ выступало рельефно и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ животному вводились одновременно одинаковыя количества фильтрованныхъ культуръ въ ампулкахъ и помощью впрыскиванія: въ первомъ случаѣ—они вызываютъ нагноеніе, во второмъ—всасываются безслѣдно.

Піогенными свойствами обладаютъ также и тѣ культуры, которыя стерилизовались въ аутоклавѣ при 115° , но только при условіи введенія ихъ въ целлоидиновыхъ ампулкахъ; впрыснутыя подъ кожу въ значительно большихъ количествахъ, онѣ всасывались безъ реакціи.

Итакъ, незначительныя количества фильтратовъ живыхъ или стерилизованныхъ культуръ піогенныхъ микроорганизмовъ, которыя при впрыскиваніи подъ кожу не вызываютъ нагноенія, могутъ вызвать последнее при условіи постояннаго и медленнаго выдѣленія въ ткани (какъ это и бываетъ, по мнѣнію Buchner'a, при бактеріальномъ нагноеніи). Искусственно эти условія можно создать, вводя испытуемыя вещества въ целлоидиновыхъ ампулкахъ.

Перехожу къ вопросу, насколько гной при нагноеніяхъ, вызванныхъ дѣйствіемъ на ткани химически раздражающихъ веществъ, отличается по своему химическому составу отъ гноя бактеріальнаго происхожденія. Этотъ вопросъ затронуть нами постольку, поскольку онъ затрогивается въ работѣ Звинятскаго, гдѣ авторъ, проводя различіе между химическими и морфологическими особенностями гноя бактеріальнаго и небактеріальнаго происхожденія, утверждаетъ, что гной бактеріальный содержитъ пептоны, тогда какъ отсутствіе послѣднихъ является отличительнымъ признакомъ нагноенія, вызваннаго дѣйствіемъ химически раздражающихъ веществъ. Теоретически авторъ объясняетъ это различіе тѣмъ, что образованіе пептоновъ обязано своимъ происхожденіемъ особому ферментативному дѣйствію микроорганизмовъ.

Въ виду того, что по нашимъ изслѣдованіямъ гной кроликовъ и собакъ при нагноеніяхъ небактеріальнаго происхожденія по своимъ морфологическимъ особенностямъ, рав-

но и макроскопически не отличается существенно от содержаемаго гнойниковъ бактеріальнаго происхожденія, мы сочли необходимымъ провѣрить опыты Звинятскаго. Для этого гной, вызванный впрыскиваніемъ подъ кожу собакамъ скипидара настаивался съ 70° спиртомъ; и, послѣ подкисленія уксусной кислотой, подвергался кипяченію до полного свертыванія бѣлковъ. Жидкость фильтровалась и фильтратъ изслѣдовался на содержаніе пептоновъ помощью тѣхъ реакцій, которыми обыкновенно пользуются для этой цѣли: 1) біуретовой, 2) съ воднымъ растворомъ сулемы, 3) съ фосфорновольфрамовой кислотой. Параллельно съ этими опытами были произведены и другіе, гдѣ животнымъ подъ кожу впрыскивалась живая культура *staphylococcus pyogenes aureus*; содержимое гнойниковъ изслѣдовалось такимъ же образомъ, какъ и гной небактеріальнаго происхожденія. Оказалось, что какъ тотъ, такъ и другой гной давали одинаковыя реакціи на пептонъ.

Что касается морфологическихъ особенностей гноя небактеріальнаго происхожденія, на которыя указываетъ Звинятскій, утверждающій, что всѣ его элементы являются одноядерными, тогда какъ наприм. другіе авторы, какъ Steinhaus, видѣли преобладаніе одноядерныхъ формъ, а Щеголевъ говоритъ о преобладаніи многоядерныхъ элементовъ, то, быть можетъ, быстрый или медленный ходъ развитія нагноенія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ объяснить преобладаніе тѣхъ или другихъ элементовъ въ гноѣ. Это предположеніе становится тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что о возрастѣ гнойнаго тѣльца можно судить по количеству его ядеръ, иначе говоря, созрѣвшія формы многоядерны, а молодыя, не вполне созрѣвшія, обладаютъ однимъ ядромъ.

Съ цѣлью провѣрить подобное предположеніе, я изслѣдовалъ содержимое гнойниковъ, вызванныхъ впрыскиваніемъ скипидара въ большихъ дозахъ подъ кожу собакамъ, что вызывало бурное образованіе флегмонъ, равно и гной абсцессовъ медленно развивавшихся вокругъ целлоидиновой ампулки, содержащей скипидаръ. Гной, распредѣленный тонкимъ слоемъ между покровными стеклышками и фиксированный смѣсью алкоголя и эфира, окрашивался смѣсью эозина и метиленовой синьки;—при этой окраскѣ ядра окрашиваются въ синій цвѣтъ, протоплазма въ розовый, эозинофильная зернистость въ ярко пурпуровый. При нагноеніяхъ, наступавшихъ очень быстро и бурно вслѣдъ за инъекціями большихъ количествъ скипидара, число лимфоцитовъ въ гноѣ достигало до 50%

всего количества гнойныхъ элементовъ, тогда какъ въ абсцессахъ, медленно возникавшихъ вслѣдъ за введеніемъ целлоидиновыхъ ампулекъ, содержавшихъ скипидаръ, большинство (до 90%) гнойныхъ элементовъ состояло изъ многоядерныхъ формъ.

Интересно, что при нагноеніи, возникшемъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ скипидара, что вызывало быстрое и бурное образованіе флегмонъ, между нейтрофилами встрѣчалось очень много одноядерныхъ формъ, между которыми нѣкоторыя обладали ядрами почти правильной овальной формы.

Гной собакъ при абсцессахъ, вызванныхъ введеніемъ въ подкожную вѣтчатку целлоидиновыхъ ампулекъ, содержащихъ мертвыя культуры *staphylococcus pyogenes aureus* или фильтраты живой культуры, состоитъ главнымъ образомъ изъ многоядерныхъ лейкоцитовъ (до 90%) среди которыхъ однако всегда можно найти и одноядерныя формы.

Гной бактеріальнаго происхожденія у собакъ, вызванный впрыскиваніемъ культуры *staphylococcus pyogenes aureus* ничѣмъ существенно не отличается отъ содержаемаго гнойниковъ, вызванныхъ целлоидиновыми ампулками, содержащими скипидаръ и мертвыя или фильтраты живыхъ культуръ *staphylococcus pyogenes aureus*.

Въ немъ, какъ и въ гноѣ небактеріальнаго происхожденія встрѣчаются полихроматофильныя клѣтки, лейкоциты обнаруживаютъ амебоидныя движенія и даютъ нерѣдко цвѣтную реакцію съ іодомъ.

Медленный ростъ гнойника при введеніи химическаго раздражителя въ целлоидиновой ампулкѣ имѣетъ вліяніе на морфологическій составъ гноя въ томъ отношеніи, что нейтрофилы его въ одноядерной формѣ, равно и лимфоциты встрѣчаются въ меньшемъ числѣ, чѣмъ это замѣчается при нагноеніи, вызванномъ впрыскиваніемъ химическаго раздражителя.

Такъ какъ и гной бактеріальнаго происхожденія въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ оказаться содержащимъ почти исключительно одни одноядерные элементы, какъ это нашелъ Fr. Fink, въ одномъ случаѣ гнойнаго воспаления сустава при инфлюэнцѣ, то естественно заключить, что преобладаніе въ томъ или другомъ случаѣ нагноенія одноядерныхъ или многоядерныхъ элементовъ, указывая, вѣроятно, на степень зрѣлости послѣднихъ, не служитъ указаніемъ на бактеріальную или иную природу возбудителя нагноенія.

Х. О катаррѣ желудка.

Профессора П. М. Попова.

Не такъ еще давно господствовало убѣжденіе, что при большинствѣ желудочныхъ разстройствъ существуетъ ослабленіе секреторной функціи, уменьшенное выдѣленіе пепсина и соляной кислоты. Большинство клиницистовъ раздѣляли это убѣжденіе и совѣтовали почти при всѣхъ болѣзняхъ желудка принимать пепсинъ и соляную кислоту. Особенно настойчиво рекомендовалась соляная кислота, ибо извѣстно, что пепсинъ, какъ ферментъ, можетъ находиться въ самыхъ малыхъ количествахъ безъ ущерба для пищеваренія, лишь бы не было недостатка въ кислотѣ; ее давали и при катаррѣ—остромъ и хроническомъ—желудка, а также и при расширеніи, ракъ, круглой язвѣ желудка, словомъ, при всѣхъ главныхъ желудочныхъ страданіяхъ, не исключая и нервной диспепсіи, этой столь еще недавно получившей право гражданства болѣзни. Это распространенное мнѣніе относительно ослабленной секретіи сока при заболѣваніяхъ желудка отчасти покоилось на теоретическихъ соображеніяхъ, отчасти находило себѣ подтвержденіе, какъ въ клиническихъ наблюденіяхъ, такъ и въ опытахъ надъ животными. Такъ, уже Beaumont ¹⁾ замѣчаетъ, что при всякомъ воспалительномъ раздраженіи желудка у имѣвшаго желудочную фистулу канадца Marcelin количество сока значительно уменьшалось, и пептическая сила его ослабѣвала. Grützner ²⁾ у собаки съ желудочнымъ свищемъ произвелъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка,—онъ вводилъ непереваримыя вещества (камни, песокъ),—и

¹⁾ Neue Versuche u. Beobachtungen über den Magensaft. Deut. v. Luden. Leipzig. 1834.

²⁾ Neue Untersuch. etc. 1875.

нашелъ, что сокъ былъ мутенъ и тягучъ, реакція его не всегда была кислая, иногда нейтральная, даже щелочная, пепсинъ всегда содержался, хотя иногда въ небольшомъ количествѣ. Отдѣленіе сока совершалось непрерывно; механизмъ этого отдѣленія очень мало измѣнялся и тогда, когда въ желудокъ вводилась пища, слѣдовательно, физиологическое раздраженіе оставалось безъ всякаго вліянія. Такимъ образомъ Grützner приходитъ къ заключенію, что хронически воспаленная слизистая оболочка желудка не пребываетъ въ покоѣ; абсолютное количество пепсина вслѣдствіе непрерывнаго отдѣленія можетъ быть даже увеличено, но кислота не отдѣляется въ достаточномъ количествѣ. Проф. Leube въ своемъ руководствѣ о болѣзняхъ желудка и кишекъ (сборникъ Ziemssen'a), приписывая главную роль въ картинѣ остраго и хроническаго катарра желудка недостатку кислоты въ желудочномъ сокѣ, приводитъ въ доказательство свои опыты (всего четыре) надъ однимъ здоровымъ и тремя «диспептическими» субъектами. Опыты состояли въ слѣдующемъ: испытуемые субъекты наканунѣ опыта ничего не ѣли; въ день опыта желудка ихъ сначала промывались теплою водою, дабы убѣдиться, дѣйствительно-ли желудокъ пустъ (въ противномъ случаѣ онъ сначала опорожнялся), затѣмъ субъекты съѣдали, не жуя, супъ изъ крупы (50 gm. крупы кипятились въ 250 gm. воды) и выпивали 750 gm. воды. По истеченіи 10 мин. производилось выкачиванье желудочнаго содержимаго, которое фильтровалось и подвергалось изслѣдованію на степень кислотности посредствомъ титрованія растворомъ натра известной крѣпости. Подобное изслѣдованіе показало: у здороваго субъекта количество натра, потребное для нейтрализаціи, было 30 с. с., у двухъ диспептиковъ около 15 с. с.; у одного алкоголика съ хроническимъ катарромъ желудка пробная жидкость реагировала нейтрально ¹⁾.

Исходя изъ этихъ наблюденій, Leube говоритъ: «можно смѣло утверждать, что во многихъ случаяхъ диспепсіи причину ненормальности пищеваренія составляетъ недостатокъ кислоты въ желудочномъ сокѣ» — и горячо стоитъ за широкое употребленіе соляной кислоты при болѣзняхъ желудка.

¹⁾ Конечно, въ настоящее время методъ, которымъ пользовался Leube, не можетъ считаться удовлетворяющимъ цѣли. Авторъ, во-первыхъ, опредѣлялъ общую кислотность желудочнаго содержимаго, зависящую, какъ известно, не отъ одной HCl; кромѣ того, изслѣдованія Ewald'a и Voas'a показываютъ, что въ начальныхъ стадіяхъ пищеварительнаго процесса пищевая кашка бываетъ слабокислой реакціи и свободная HCl обыкновенно не открывается, но опредѣляется молочная кислота, образуемая путемъ броженія изъ углеводовъ.

Причину кислых отрыжекъ и изжоги, столь часто являющихся спутниками желудочныхъ заболѣваній, авторы исключительно видѣли въ развитіи органическихъ кислотъ, совершенно не допуская избыточнаго образованія соляной кислоты, и заявленія относительно возможности чрезмѣрнаго выдѣленія желудочнаго сока, являясь единичными, дѣлались неувѣренно и не внушали особеннаго довѣрія, такъ какъ слишкомъ шли въ разрѣзъ съ установившимся рутиннымъ мнѣніемъ. Интересны, напр., наблюденія Fenwick'a ¹⁾, констатировавшаго, что у людей, страдающихъ кислой отрыжкой, можно получить иногда дѣятельный желудочный сокъ, искусственно вызывая рвоту натошакъ, при пустомъ желудкѣ. Точно также Trousseau говоритъ о возможности гиперсекреціи сока, какъ причинѣ диспептическихъ разстройствъ: «L'estomac contient une trop grande quantité d'acides, il faut les neutraliser. Pour obtenir ce résultat, il nous suffira d'administrer la magnésie, la bicarbonate de soude etc. En dépit de notre raisonnement, le mal augmente, la sécrétion acide devient plus abondante, au lieu de diminuer ²⁾». Очевидно въ такихъ случаяхъ дѣло заключалось въ повышенной секреціи сока, и щелочи, возбуждая дѣятельность железъ, только ухудшали припадки изжоги. Но, повторяю, указанія подобнаго рода или оставались единичными, или высказывались, какъ предположеніе; господствовавшее же воззрѣніе состояло въ томъ, что не только при катаррѣ—остромъ и хроническомъ, но и при всѣхъ вообще желудочныхъ разстройствахъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ мѣсто ослабленіе секреторной функціи желудка. Это воззрѣніе, казалось, получило особенное подтвержденіе въ работахъ Van den Velden'a ³⁾, вышедшихъ изъ клиники Руссмауля въ концѣ 70-хъ гг. Van den Velden на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что при застарѣлыхъ хроническихъ катаррахъ желудка, при острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (тифъ) и при ракъ желудка,—соляная кислота совершенно отсутствуетъ въ желудочномъ сокѣ больныхъ. Особенно авторъ настаивалъ на отсутствіи соляной кислоты при ракъ желудка и указывалъ на это обстоятельство, какъ на вѣрный и объективный признакъ для діагностики этой болѣзни въ самомъ раннемъ ея проявленіи; въ качествѣ реагента для опредѣленія соляной кислоты Van den Velden рекомендовалъ methyl-violet. Про-

¹⁾ Fenwick. The morbid stat. of the stom. and duod. London. 1868.

²⁾ Trousseau. Clinique médicale. T. III. 1868.

³⁾ Berlin. Klin. Woch. 1877. Deut. Arch. f. Klin. Med. 1879. Bd. XXV.

мадный интересъ, который возбудили работы v. d. Velden'a среди медицинскаго міра, заставилъ многихъ, преимущественно нѣмецкихъ ученыхъ, предпринять въ широкихъ размѣрахъ изслѣдованія желудочнаго содержимаго при самыхъ разнообразныхъ страданіяхъ желудка. Эти изслѣдованія привели съ одной стороны къ значительнымъ усовершенствованіямъ въ методахъ качественного и количественнаго изслѣдованія кислотъ желудочнаго сока, главнымъ образомъ соляной, съ другой, — много способствовали успѣху нашихъ знаній въ области физиологій и патологій желудка; въ частности по отношенію къ заявленію v. d. Velden'a выяснилось, что его наблюденіе вѣрно для тѣхъ случаевъ, гдѣ кромѣ рака имѣется еще атрофія слизистой оболочки желудка (Rosenheim ¹⁾ и друг.). Къ числу важныхъ приобрѣтеній, сдѣланныхъ въ послѣднее время, благодаря работамъ въ указанномъ направленіи, относится установленіе того безспорнаго факта, что въ большинствѣ желудочныхъ разстройствъ наступаетъ не ослабленіе секретіи желудочнаго сока, а напротивъ — повышенное выдѣленіе, гиперсекреція его.

Однимъ изъ первыхъ, представившихъ точное наблюденіе желудочнаго страданія, сопровождавшагося усиленною секретіею сока, — былъ Рейхманъ ²⁾, по имени котораго французскіе авторы ³⁾ называютъ и сейчасъ тѣ случаи желудочной диспепсіи, гдѣ натошакъ получаютъ значительныя количества сока, — *maladie de Reichmann*.

Вслѣдъ за Рейхманомъ, давшимъ описанному имъ явленію названіе *Magensaftfluss*, рядъ изслѣдователей (Riegel ⁴⁾, Sahli ⁵⁾, v. d. Velden ⁶⁾, Jaworski ⁷⁾, Cahn и Mering ⁸⁾, Rossbach ⁹⁾, Rosenthal ¹⁰⁾ и друг.) опубликовали цѣлую серію строго прослѣженныхъ желудочныхъ разстройствъ, въ основѣ которыхъ лежало повышенное выдѣленіе желудочнаго сока; нѣкоторые авторы, какъ напр. проф. Riegel, даже удивляются, сколь часто наблюдается гиперсекреція сока, и справедливо объясняютъ незнакомство съ этимъ явленіемъ прежнихъ изслѣдователей несовершенствомъ методовъ изслѣдованія. Изъ 128

¹⁾ Berlin. Klin. Wochensch. № 51 и 52. 1888.

²⁾ Berl. Klin. Wochen. 1882. № 40.

³⁾ Bouveret. Traité des mal. de l'estomac. 1893.

⁴⁾ Deut. Med. Wochensch. 1887. № 29.

⁵⁾ Corresp. Blatt. Schweiz. Bd. XV. 1885. № 5.

⁶⁾ Volkmann's Samml. kl. Vorträge. 1886. № 28.

⁷⁾ Wien. Med. Wochen. 1886. №№ 49, 51 и 52.

⁸⁾ Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. 39. 1886.

⁹⁾ Ibid. Bd. 35. 1884.

¹⁰⁾ Rosenthal. Magencat. u. Magencatar. sowie deren Behandl. 1886.

случаевъ хроническихъ болѣзней желудка въ 69 Riegel наблюдалъ явленія гиперсекреціи, и лишь въ 19 (преимущественно при ракъ) констатировалъ отсутствіе соляной кислоты; Jaworski изъ 222 у 179 нашелъ натошакъ дѣятельный желудочный сокъ, при чемъ 115 больныхъ обнаружили явленія усиленной секреціи сока. Voas ¹⁾ наблюдалъ повышенную секрецію въ большей половинѣ (60%) всѣхъ изслѣдованныхъ имъ желудочныхъ страданій. Не останавливаясь на изложеніи всѣхъ подробностей ученія о гиперсекреторныхъ процессахъ въ желудкѣ, мы замѣтимъ, что большинство авторовъ различаютъ слѣдующія 2 формы усиленного выдѣленія сока: 1) усиленную кислотность сока (*hyperaciditas*), наступающую только во время пищеваренія и 2) усиленное выдѣленіе сока (*hypersecretio*) постоянного характера, имѣющее мѣсто и натошакъ; при процессѣ пищеваренія *hypersecretio* всегда комбинируется съ *hyperaciditas*, ибо если выдѣленіе сока совершается непрерывно въ пустомъ желудкѣ, то подъ вліяніемъ физиологическаго раздраженія—приема пищи—секреція сока усиливается и процентъ соляной кислоты значительно повышается (Riegel).

Такимъ образомъ, старинное воззрѣніе, что при болѣзняхъ желудка обыкновенно секреторная функція этого органа бываетъ ослаблена, — это воззрѣніе должно теперь уступить мѣсто совершенно обратному положенію, что въ большинствѣ желудочныхъ заболѣваній секреція сока, напротивъ, бываетъ увеличена.

Можетъ ли при катаррѣ желудка—остромъ и хроническомъ—имѣть мѣсто гиперсекреція сока? Gluzinski и Jaworski въ своемъ обстоятельномъ трудѣ подробно останавливаются на изученіи гиперсекреторныхъ процессовъ въ желудкѣ и, раздѣляя всѣ изслѣдованные ими случаи на нѣсколько группъ, описываютъ и случаи хроническаго катарра желудка, сопровождавшагося гиперсекреціею; авторы называютъ эти случаи *saure katarrhalische Affection*. Характеристика такихъ кислыхъ катарровъ, на основаніи объективныхъ признаковъ, слѣдующая. Желудокъ никогда не бываетъ пустъ, такъ что и натошакъ можно добыть изъ него значительное количество желудочнаго сока; во все время пищеваренія кислотность желудочнаго содержимаго чрезмѣрна,—извлеченный во время акта пищеваренія желудочный сокъ проявляетъ энергическую пептическую дѣятельность. Продолжительность пищеваритель-

¹⁾ Deutch. Med. Wochensch. 1887. №№ 24, 25 и 26.

ваго акта—замедлена, потому что моторная дѣятельность желудка понижена; вѣроятно, ослаблена также и всасывательная способность желудка. Причину кислаго катарра авторы видятъ въ раздраженіи слизистой оболочки въ силу долгаго пребыванія продуктовъ пищеваренія въ желудкѣ. Къ этому описанію Jaworski въ отдѣльной работѣ добавляетъ еще микроскопическое изслѣдованіе содержимаго желудка при кисломъ катаррѣ,—именно въ этомъ содержимомъ находится масса клѣточныхъ ядеръ, — разрушенные лейкоциты, — и большое количество слущеннаго эпителия.

Противъ положеній Gluzinsk'аго и Jaworsk'аго особенно возражаетъ Ewald. Онъ говоритъ, что съ понятіемъ «катаррѣ» связывается представленіе о процессѣ воспалительнаго характера, не допускающемъ возможности повышенной секретіи сока, ergo и существованія кислой формы катарра; при остромъ и хроническомъ воспаленіи слизистой оболочки желудка *гепр.* катаррѣ его функція пепсиновыхъ железъ всегда понижена, что вмѣстѣ съ выдѣленіемъ большаго или меньшаго количества слизи непремѣнно уменьшаетъ степень кислотности желудочнаго сока. Ввиду этого Ewald полагаетъ, что усиленная секретія можетъ комбинироваться только съ пораженіемъ нервнаго аппарата желудка, а никакъ не съ анатомическимъ измѣненіемъ его стѣнки. Однако дальнѣйшія наблюденія показали, что проф. Ewald несовсѣмъ правъ.

Именно Korczinski и Jaworski ¹⁾ дали патологоанатомическія описанія четырехъ случаевъ гиперсекретіи, сопровождавшей круглую язву желудка, гдѣ препараты слизистой оболочки были взяты при операци и, слѣдовательно, не представляли трупныхъ измѣненій. Макроскопически слизистая оболочка представлялась пораженной катарромъ: она была утолщена и являла, такъ называемое, *état mamelonné*.

Микроскопическія измѣненія железистаго эпителия состояли, во первыхъ, въ почти полномъ перерожденіи или исчезновеніи главныхъ клѣтокъ, между тѣмъ какъ обкладочныя клѣтки были повсюду отлично сохранены и представлялись увеличенными, (гиперплазія), подъ покровнымъ эпителиемъ была замѣтна обильная инфильтрація кругло—клѣточными элементами, продолжающаяся и въ межжелезистыя пространства и доходящая до подслизистой оболочки.

Науем ²⁾ нашелъ тоже пораженіе элементовъ железистаго

¹⁾ Korczinski и Jaworski *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 1891.

²⁾ *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* № 33, 34. 1892.

эпителія въ двухъ случаяхъ аутопсії, гдѣ при жизни наблюдались явленія повышенной секреціи желудочнаго сока.

Железистый слой былъ на всемъ протяженіи отлично сохраненъ и сами железы представлялись расширенными.

Главные клѣтки находились въ самомъ ограниченномъ количествѣ и лишь въ немногихъ железахъ, за то обкладочныя клѣтки были велики, какъ бы раздуты, наполняли собой сплошь железы и содержали повѣскольку ядеръ, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ замѣчались вакуоли. Въ одномъ случаѣ наблюдалась инфильтрація интерстиціальной ткани, какъ въ случаѣ Korczynsk'аго и Jaworsk'аго; въ другомъ же, дѣло повидимому ограничивалось только измѣненіями железистаго эпителія безъ пораженія интерстиціи и подслизистой ткани. Hayem называетъ описанныя измѣненія слизистой оболочки *gastrite hyperperptique*. Bouveret ¹⁾ въ своей книгѣ подтверждаетъ наблюденія вышеупомянутыхъ авторовъ. Въ его случаѣ, окончившемся летально послѣ 2-хъ приступовъ тетаніи, гдѣ при жизни были всѣ симптомы гиперсекреціи (сильныя кардіалгическія боли, рвоты обильныя кислыми массами),— макроскопически слизистая оболочка имѣла видъ свойственный катарральному поражению: она была замѣтно утолщена, сильно гиперемирована, мѣстами были точечныя кровоизліянія, рѣзко выраженное *état mamelonné*. Микроскопическія данныя были идентичны съ описанными Jaworski и Hayem'омъ. Весь желудокъ представлялся расширеннымъ.

Такимъ образомъ, послѣ этихъ наблюденій, едва-ли справедливо относить гиперсекрецію только къ неврозамъ желудка (Ewald) ²⁾. Мы видимъ, что во всѣхъ описанныхъ случаяхъ гиперсекреція сочеталась съ безспорнымъ анатомическимъ страданіемъ желудочной стѣнки, съ характерными измѣненіями, главнымъ образомъ железистаго аппарата. Но возникаетъ важный вопросъ, можно ли разсматривать эти измѣненія, какъ нѣчто особенное, специфическое, присущее лишь особому заболѣванію желудка, клинически выражающемуся гиперсекреціею. Другими словами, имѣется ли достаточно основанія для установленія отдѣльной болѣзненной формы,— желудочной гиперсекреціи, какъ дѣлаютъ, напр. французскіе авторы, обособляя ее въ совершенно самостоятельное страданіе— Рейхманову болѣзнь (*hypersecretion protopathique ou maladie de Reichmann*). Понятно само со-

¹⁾ *Traité des maladies de l'estomac*. 1893.

²⁾ *Klinik, der Verdannngskrankheiten*,

бой, что для того, чтобы считать ее за самостоятельную болѣзнь, она должна имѣть опредѣленную клиническую картину и свой анатомическій субстратъ. Клиническія данныя, благодаря массѣ наблюденій, имѣющихся теперь, показываютъ, что гиперсекреторные процессы въ желудкѣ распадаются на 2 группы,—къ первой будутъ относиться тѣ случаи гиперсекреціи, гдѣ она связана съ органическимъ поражениемъ центральной нервной системы (*tabes*) или съ функциональнымъ страданіемъ ея (*истерія, неврастенія*); вторая группа обнимаетъ собой случаи гиперсекреціи, наблюдающейся въ теченіе заболѣванія самого желудка. Сюда относятся случаи гиперсекреціи столь частые при язвѣ желудка (*Riegel, Bouveret*), затѣмъ случаи гиперсекреціи, комбинирующіеся съ расширеніемъ желудка (*Klemperer, Séé*), единичные случаи гиперсекреціи при ракѣ (*Sahn*), наконецъ, «кислый катарръ» *Gluzinsk'ago* и *Jaworsk'ago* или *maladie de Reichmann* французскихъ авторовъ. За исключеніемъ послѣдней формы, гдѣ гиперсекреція является какъ бы самостоятельной болѣзью, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ она не болѣе, какъ симптомъ, встрѣчающійся, какъ видно, при самыхъ разнообразныхъ желудочныхъ страданіяхъ, даже тяжелыхъ органическихъ, сопровождающихся безспорными измѣненіями желудочной стѣнки. Характеръ этихъ измѣненій мы разсмотримъ ниже, теперь же займемся разсмотрѣніемъ Рейхмановой болѣзни, имѣющей нѣсколько синонимовъ: кислый катарръ (*Jaworski*), *magen-saftfluss* (*Reichmann*), *supersecretion* (*Rosenheim*), хроническая гиперсекреція (*Riegel*). Различаютъ 2 формы *Reichmann'овой* болѣзни ¹⁾ періодическую или интермиттирующую и постоянную.

Многіе авторы не признаютъ первой формы и относятъ ее или къ *gastroxynsis*, своеобразному симптомокомплексу, описанному *Rossbach*, или къ группѣ гиперсекреторныхъ процессовъ, наблюдающихся у табетиковъ, истеричныхъ и неврастениковъ. Не входя въ разсмотрѣніе этого спорнаго вопроса, мы только замѣтимъ, что защитники права существованія интермиттирующей формы Рейхмановой болѣзни далеко не представили безспорныхъ и необходимыхъ для этого доказательствъ. Такъ напр., *Bouveret* излагаетъ подробно исторію болѣзни одного больного, страдавшаго, по его мнѣнію, *hypersecretion protopathique intermittente*. Однако этотъ случай съ большимъ основаніемъ можно третировать

¹⁾ 1. с. р. 161.

как *ulcus ventriculi*: за это говорить главнымъ образомъ кровавая рвота въ связи съ рѣзкими болями въ надчревыи. Аргументація Bouveret, что болѣзнь длилась больше 20 лѣтъ, периодически то затихая, то снова появляясь, — нисколько не говоритъ противъ язвы, ибо описаны случаи язвы, длившейся 35 лѣтъ¹⁾; съ другой стороны мы знаемъ, что язва желудка обладаетъ способностью то цвѣсти, то увядать, этимъ объясняется, что больные иногда годами чувствуютъ себя здоровыми, и что при аутопсіи находятъ по нѣскольку язвъ (Wolmann находилъ до 8), гдѣ рядомъ съ свѣжими встрѣчаются вполне зарубцевавшіяся язвы.

Если теперь мы посмотримъ на клиническую картину, въ какую группируются симптомы, сопровождающіе хроническую гиперсекрецію (*forme permanente de la maladie de Reichmann*), то увидимъ, что она въ высшей степени разнообразна. Главные признаки ея находятъ себѣ объясненіе именно въ усиленной секреціи соляной кислоты: отъ нея зависятъ изжоги, кардіалгическія боли и рвота кислыми массами натошакъ, въ которыхъ содержаніе HCl достигаетъ до 4 pro mille и больше. Желудокъ всегда въ большей или меньшей степени расширенъ. Центральная нервная система не всегда представляетъ отклоненія отъ нормы, но въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о лицахъ слабонервныхъ. Въ числѣ осложненийъ часто наблюдаются кровавая рвота, язва желудка, рѣже тетанія. Видъ больныхъ сходенъ иногда по степени истощенія со страдающими язвой или ракомъ желудка; теченіе болѣзни обыкновенно длительное, при чемъ продолжительность ея находится въ зависимости отъ тяжести симптомовъ и осложненийъ. Всматриваясь въ это описаніе болѣзни мы видимъ, что это или симптомы расширения желудка, при которомъ часто наблюдается усиленная секреція желудочнаго сока, а иногда и осложненіе тетаніей²⁾, или же это признаки язвы, съ ея кардіалгическими болями, кровавой рвотой, гдѣ гиперсекреція сока составляетъ, какъ извѣстно, чуть ли не правило. Найти какой либо патогномическій признакъ, который былъ бы присущъ только одной Рейхмановой болѣзни и характеризовалъ бы ее, какъ самостоятельную носологическую единицу, — рѣшительно нельзя, а ея главный симптомъ — гиперсекреція сока — составляетъ явленіе, встрѣчаю-

¹⁾ Eichhorst. Handb. d. sp. Path. u. Therap.

²⁾ Kussmaul еще въ 1869 году отмѣтилъ связь тетаніи съ расширеніемъ желудка (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. Bd. VI, 1869).

щееся по теперешнему учению о желудочныхъ болѣзняхъ при самыхъ разнообразныхъ желудочныхъ страданіяхъ.

Итакъ, строго опредѣленной клинической картины Рейхманова болѣзни не имѣеть, и мы вполне присоединяемся къ тѣмъ авторамъ, которые смотрятъ на ея кардинальный признакъ—гиперсекрецію, какъ на процессъ, комбинирующійся со многими заболѣваніями желудка. Обратимся къ ея анатомическому субстрату. Здѣсь мы прежде всего должны отмѣтить, что почти во всѣхъ доселѣ извѣстныхъ случаяхъ аутопсіи найдены были или рубцы отъ старыхъ язвъ, или свѣжія язвы,—фактъ первостепенной важности и, конечно, не говорящій въ пользу существованія отдѣльной «Рейхмановой болѣзни».

О характерѣ найденныхъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ желудка я говорилъ выше; ихъ никоимъ образомъ нельзя отнести къ неврозу, такъ какъ поражение железистыхъ элементовъ слизистой оболочки очевидно. Какова природа этихъ измѣненій? Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, я считаю не безынтереснымъ сообщить результаты экспериментальныхъ изслѣдованій надъ воспаленіемъ слизистой оболочки желудка, произведенныхъ мною въ лабораторіи покойнаго проф. А. И. Бабухина и появившихся на русскомъ языкѣ въ 1892 году.

Постановка опытовъ была слѣдующая. Въ качествѣ раздражителей я употреблялъ фосфоръ, рвотный камень, сулему, кротоновое масло и спиртъ, разведенный водой, и чистый 85°—90°. Продолжительность опыта колебалась отъ 2-хъ до 32-хъ дней; во время опыта производилось изслѣдованіе рвоты, если таковая случалась,—микроскопическое и химическое (реакція ея, изслѣдованіе на соляную кислоту и пептоны); изслѣдовалась также пептическая способность желудочнаго содержимаго. Такому же изслѣдованію подвергалось содержимое желудка, заключавшееся въ этомъ органѣ при вскрытіи его. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изслѣдовалось содержаніе пепсина въ пораженныхъ слизистыхъ оболочкахъ; для этой цѣли брались одинаковыя по вѣсу количества мелкоизрѣзанной слизистой оболочки и настаивались въ продолженіе 24-хъ часовъ, съ опредѣленнымъ—250 с. с.—количествомъ раствора соляной кислоты (2:1000) при комнатной температурѣ, послѣ чего полученный искусственный сокъ фильтровался.

Желудокъ вырѣзывался всегда съ соблюденіемъ слѣдующей предосторожности. По вскрытіи брюшной полости накладывалась сначала лигатура между выходомъ и двѣнадцати-

перстной кишкой, а также перевязывался пищеводъ около входа въ желудокъ; затѣмъ желудокъ вырѣзывался и помѣщался на чистую тарелку. По вскрытіи желудка по малой кривизнѣ содержимое его собиралось въ чистую мензурку.

Мы держались слѣдующаго метода обработки и окраски препаратовъ.

Небольшіе кусочки желудка фиксировались ежевыми иглами на пробкахъ такимъ образомъ, что натягивалась и прокалывалась мышечная оболочка, отчего расправлялась и слизистая оболочка, которая, во избѣжаніе возможнаго нарушенія цѣлости элементовъ, ничѣмъ предварительно не обмывалась. Кусочки погружались въ абсолютный алкоголь, въ растворъ пикриновой кислоты (1%), въ Мюллеровскую жидкость и въ смѣсь Flemming'a; послѣдняя употреблялась, какъ крѣпкая, такъ и слабая. Въ смѣси Flemming'a препараты находились сутки, затѣмъ обмывались 85° спиртомъ и переводились на сутки въ абсолютный алкоголь. Больше всего мы пользовались абсолютнымъ алкоголемъ и смѣсью Flemming'a. Алкогольные препараты красились карминомъ, синимъ анилиномъ, гематоксилиномъ, метиленовою синькою и по способу Bizzozero ¹⁾, состоящему въ слѣдующемъ. Окраска производится смѣсью Эрлиха (генціанвіолетъ 1, алкоголя 15, анилиноваго масла 3, воды 80 частей), гдѣ разрѣзы оставлялись въ теченіе 5—10 мин., затѣмъ обмывались абсолютнымъ алкоголемъ и помѣщались на 30—40 сек. въ растворъ хромовой кислоты (1:1000); потомъ снова на 30—40 сек. въ абсолютный алкоголь, и такъ до тѣхъ поръ, пока препараты достаточно не раскрасятся; окончательное-же раскрашиваніе и просвѣтленіе препаратовъ Bizzozero рекомендуетъ производить въ гвоздичномъ маслѣ, а заключать препараты въ даммарлакъ. Этотъ способъ можно видоизмѣнить слѣдующимъ образомъ: разрѣзы красятся 5—10 мин. Эрлиховскою смѣсью, быстро промываются абсолютнымъ алкоголемъ, затѣмъ переносятся на 2 мин. въ растворъ Грама (іода 1, іодистаго кали 2, воды 300), изъ него на 20 сек. въ абсолютный алкоголь, затѣмъ на 30 сек. въ растворъ хромовой кислоты, потомъ снова въ алкоголь и въ хромовый растворъ и т. д. до достаточнаго раскрашиванія. Этотъ методъ былъ рекомендованъ Bizzozero собственно для наблюденія каріокинеза въ тканяхъ и органахъ.

Препараты изъ Флемминговой жидкости красились по

¹⁾ Zeitsch. für wiss. Mikroskopie Bd. III, 1886 S. 24—27.

Bizzozero и сафраниномъ. Просвѣтленіе препаратовъ производилось кедровымъ масломъ (Gubler, Leipzig), а заключеніе—въ канадскомъ бальзамѣ. Для приготовленія разрѣзовъ мы или пользовались бритвою, которою рѣзали прямо отъ руки, или же заливали препараты въ спермацетъ и парафинъ и рѣзали микротомомъ.

Всѣхъ опытовъ было сдѣлано болѣе 30, изъ нихъ я приведу слѣдующіе.

Небольшая собака голодала въ теченіе 18-ти часовъ, затѣмъ въ продолженіе 2-хъ дней ей давался фосфоръ въ пилюляхъ, закатанныхъ въ мясо. Въ первый день дано 3 пилюли по $\frac{1}{30}$ gr.; во второй дано шесть пилюль по $\frac{1}{20}$ gr. Аппетитъ все время былъ сохраненъ,—охотно ѣсть супъ съ мясомъ и хлѣбомъ. Два раза была рвота. Реакція рвоты кислая; изслѣдованіе на соляную кислоту съ Congorariet и реактивомъ Гинцбурга (флороглюцинъ-ванилинъ) дало положительный результатъ,—бумажка Congo рѣзко синѣла, а при осторожномъ выпариваньи въ фарфоровой чашечкѣ желудочнаго содержимаго, собраннаго чистой губкой и профильтрованного,—съ нѣсколькими каплями флороглюцинъ-ванилина получалась характерическая ярко-красная плѣнка.

Въ рвотѣ біуретовой реакціей доказано присутствіе пептоновъ. Собака, спустя $2\frac{1}{2}$ часа послѣ дачи корма (тарелка супа съ хлѣбомъ и мясомъ), приведена въ легкій наркозъ хлороформомъ и у нея взяты желудокъ. При разрѣзѣ желудка по малой кривизнѣ ощущается рѣзкій запахъ фосфора; желудокъ содержитъ 130 с. с. пищевой кашицы, реакція которой кислая, качественное изслѣдованіе на HCl даетъ положительный результатъ (Congorariet и флороглюцинъ-ванилинъ); біуретова реакція показала присутствіе пептоновъ. Къ пищевой кашицѣ прибавлено немного дистиллированной воды, затѣмъ она профильтрована; 40 с. с. фильтрата переварило кусочекъ фибрина въ 5 мин. при $t^{\circ} 38^{\circ}$ (въ термостатѣ) съ образованіемъ пептоновъ (біуретова реакція).

Слизистая оболочка представляетъ рѣзкія явленія гипереміи; она немного набухла; поверхность ея кислая, Congorariet, приложенная къ поверхности,—синѣетъ.

Препараты изъ алкоголя (окраска карминомъ, синимъ анилиномъ и генціаной) рассмотрѣны сначала въ апохроматѣ Цейса 3,0 mm., а затѣмъ въ масляный—1,5 mm. Эпителій поверхности въ области дна не представляетъ какихъ-либо патологическихъ измѣненій; нѣкоторыя клѣтки его раскрыты, но большинство имѣетъ видъ закрытыхъ конусовъ. Обла-

дочныя клѣтки велики; кажутся набухшими, хорошо красятся; главныя клѣтки представляются также набухшими; онѣ слабо гранулированы. Въ интерстиціальной ткани сосуды расширены, переполнены кровяными шариками; мѣстами замѣтны экстравазаты; много лейкоцитовъ и Mastzellen (клѣтокъ Эрлиха). На препаратахъ изъ смѣси Flemming'a, окрашенныхъ сафраниномъ и генціаной (по Bizzozero), во многихъ клѣткахъ покровнаго эпителія замѣтны митозы; въ обкладочныхъ клѣткахъ железистыхъ шеекъ тоже живой каріокинезъ; и главныя, и обкладочныя клѣтки представляются большими, набухшими; въ интерстиціальной ткани тѣ же измѣненія, что и на алкогольныхъ препаратахъ. На препаратахъ изъ выходной части (pylorus), алкогольныхъ и обработанныхъ Флемминговой смѣсью, каріокинетическія фигуры въ клѣткахъ покровнаго эпителія, особенно въ устьяхъ железъ, клѣтки железистаго эпителія большія и свѣтлыя; въ интерстиціальной ткани явленія воспаления выражены не такъ рѣзко.

Обсуждая результаты, полученные изъ этого опыта, мы видимъ, что измѣненія сказались какъ на клѣткахъ желудочныхъ железъ, такъ и на интерстиціальной ткани. Покровный эпителія представляетъ всего меньше измѣненій, которыя бы слѣдовало разсматривать, какъ патологическія; большинство клѣтокъ его закрыто, во многихъ клѣткахъ каріокинетическія фигуры; все это говоритъ за то, что онѣ мало пострадали. Обкладочныя и главныя клѣтки, особенно первыя, представляются увеличенными и набухшими. Въ железистомъ эпителіи, особенно въ шейкахъ железъ, живой каріокинезъ. Въ соединительной ткани—явленія воспаления: сосуды расширены, переполнены кровью, есть экстравазаты, обиліе лейкоцитовъ. Что касается секреторной функціи желудка, то явныхъ уклоненій отъ нормы, въ смыслѣ пониженія ея, не было, изслѣдованіе желудочнаго содержимаго показало, что HCl и пепсинъ выдѣлялись въ изрядномъ количествѣ, ибо получалась рѣзкая реакція на HCl; были найдены пептоны и пищеварительная сила сока была значительна.

Собака, средней величины, голодала 18 часовъ, затѣмъ въ теченіе 3-хъ дней получала фосфоръ въ пилюляхъ, закатанныхъ въ мясо. Въ первый день дано въ 4 приѣма 1 gr., во второй день также въ 4 приѣма—2 gr. и въ третій день дано сразу 1 gr. Въ первый день ѣсть съ жадностью, за ночь была рвота, оставшаяся безъ изслѣдованія. На другой день ѣсть менѣ охотно, но весела; была рвота, въ которой определено присутствіе HCl (Congorapier и флороглюцинь-ва-

нилинъ); біуретова реакція показала присутствіе пептоновъ. Ночью—жидкія испражненія и рвота. На третій день собака скучна, неохотно съѣла пилюли (4 пилюли по $\frac{1}{4}$ gr.) въ мясъ и вылакала съ полтарелки супа съ хлѣбомъ; охотно пьетъ воду. Вскорѣ послѣ дачи пилюль собаку вырвало. Извергнутая масса собрана чистой губкой и профильтрована; она сильно пахнетъ фосфоромъ. Реакція извергнутого желудочнаго содержимаго кислая; реакція на HCl съ Congo papier и реактивомъ Гюнцбурга даетъ положительный результатъ; есть пептоны (біуретова реакція). 40 с. с. фильтрата растворило кусочекъ фибрина въ 22 мин. при t 38° въ термостатѣ. Къ вечеру собакъ дано насильно еще 3 пилюли по $\frac{1}{4}$ gr.; для этого у собаки раскрывалась пасть, въ нее бросались пилюли, затѣмъ руками стискивалась морда до тѣхъ поръ, пока собака не дѣлала глотательнаго движенія. Пилюли не удержались и были почти тотчасъ же извергнуты назадъ. Ночью были нѣсколько разъ рвота и поносъ. На 4-ый день собака очень слаба, лежитъ. Въ полдень собака пала и немедленно была вскрыта. При разрѣзѣ брюшной стѣнки—сильный запахъ фосфора. Желудокъ пустъ; слизистая оболочка сильно воспалена: она красна, багроваго цвѣта, покрыта эрозіями и отечна; на ней немного слизи. Реакція ея поверхности щелочная (лакмусовая бумажка и фенолфталеиновая), какъ въ области дна, такъ и выходной части (pylorus). Приготовленъ искусственный желудочный сокъ изъ слизистой оболочки области дна и области pylorus'a. 40 с. с. перваго сока растворяло кусочекъ фибрина въ 25—30 мин. при t 38° ; такое же количество втораго растворяло равный кусочекъ по вѣсу въ 20—25 мин. при той же температурѣ; образованіе пептоновъ было (біуретова реакція). На препаратахъ изъ Флемминговой жидкости большая часть клѣтокъ эпителія имѣетъ видъ закрытыхъ конусовъ; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ скопленіе жировыхъ капель—жировое перерожденіе; въ другихъ видны митозы. Главныя клѣтки съжжены, много ихъ совсѣмъ разрушено, много Нуссбаумовскихъ клѣтокъ. Такія клѣтки на препаратахъ изъ Флемминговой жидкости, ничѣмъ не окрашенныхъ, имѣютъ клиновидную, большею частью, форму, представляются почти черными; при разсмотриваніи препарата въ апохроматъ 3,0 mm. Цейса, а еще лучше въ масляный апохроматъ Цейса 1,5 mm. видны отдѣльныя жировыя зернышки, наполняющія такую клѣтку. Какъ уже сказано, эти клѣтки обладаютъ наичаще клиновидной формой, но также встрѣчаются и пирамидальной

формы; лежать онѣ между основными клѣтками и своимъ концомъ достигаютъ просвѣта железъ. Подобнаго рода элементы были описаны впервые Nussbaum'омъ ¹⁾ для выходной части (pylorus); потомъ ихъ видѣли въ области дна Grützner ²⁾ и Menzell, а также и Stöhr ³⁾. Лавдовскій ⁴⁾ отрицаетъ ихъ существованіе, считая ихъ продуктомъ продолжительной обработки осміевою кислотой.

Наши наблюденія позволяютъ намъ сказать, что подобныя клѣтки встрѣчаются на препаратахъ, обработанныхъ Флемминговой жидкостью, при условіи усиленной дѣятельности железъ,—при раздраженіи слизистой оболочки желудка виномъ, обильномъ кормленіи собакъ послѣ продолжительнаго голоданія, словомъ при развитіи катарральныхъ измѣненій въ желудкѣ. Въ железахъ, находящихся въ состояніи покоя, Нуссбаумовскія клѣтки намъ не попадались. Это обстоятельство совершенно не вяжется съ воззрѣніемъ Лавдовскаго на подобнаго рода клѣтки. Будь это продуктъ искусственной обработки, то мы одинаково встрѣчали-бы такія клѣтки и при покоѣ, и при дѣятельности железъ, а между тѣмъ наши наблюденія показываютъ, что появленіе подобнаго рода клѣтокъ стоитъ въ связи съ усиленной функціей железъ, вызванной сильнымъ раздраженіемъ слизистой оболочки желудка, напр., виномъ или чрезмѣрнымъ кормленіемъ послѣ голоданія. Nussbaum, открывшій эти клѣтки въ выходной области (pylorus), счелъ ихъ идентичными съ обкладочными клѣтками железъ дна; Stöhr ⁵⁾ рассматриваетъ ихъ, какъ элементы, на счетъ которыхъ регенерируются основныя клѣтки. Взглядъ на нихъ Nussbaum'a не удержался, ибо Grützner ⁶⁾ доказалъ, что эти клѣтки, въ противоположность обкладочнымъ, не красятся анилинами и кромѣ того отличаются отъ нихъ и формой и своимъ положеніемъ, что выступаетъ очень ясно въ железахъ области дна, гдѣ клѣтки Nussbaum'a лежатъ между главными, а не между собственной оболочкой железъ и главными клѣтками, какъ обкладочныя; кромѣ того, Nussbaum'овскія клѣтки достигаютъ просвѣта железъ своимъ концомъ, чего никогда не бываетъ съ обкладочными клѣтками.

¹⁾ Arch. f. microsc. Anat. XVI. p. 532. 1879.

²⁾ Arch. f. d. ges. Physiol. X. p. 410. 1879.

³⁾ Arch. f. microsc. Anat. T. 20.

⁴⁾ Основ. къ изуч. микроск. анат. Т. 2, стр. 599.

⁵⁾ Arch. f. d. ges. Physiol. X, p. 409. 1879.

⁶⁾ Zur Kenntniss des feineren Baues der menschlichen Magenschleimhaut. Schultze's Archiv. XX Bd. S. 228.

Повторяемъ, что этого рода клѣтки встрѣчаются нерѣдко при остромъ воспаленіи слизистой оболочки желудка, а также при усиленномъ кормленіи послѣ продолжительнаго голоданія,—условія, при которыхъ, какъ увидимъ ниже, наблюдается жировое перерожденіе главныхъ клѣтокъ и клѣтокъ выходной части (pylogus),—и должны быть разсматриваемы, какъ указанные клѣтки, только претерпѣвшія жировой метаморфозъ. Небѣлковая натура зернистости этихъ клѣтокъ доказывается исчезаніемъ ея послѣ обработки уксусной кислотой. Въ дальнѣйшемъ изложеніи мы будемъ подобнаго рода клѣтки называть Нуссбаумовскими. Часть обкладочныхъ клѣтокъ хорошо сохранилась, но большинство съезжено; въ нѣкоторыхъ видна сѣтка въ протоплазмѣ. Такія клѣтки представляются безцвѣтными; ядро ихъ обыкновенно лежитъ ближе къ серединѣ клѣтки, отъ него расходится сѣтка, между петлями которой помѣщаются неокрашивающіяся, безцвѣтные пространства, такъ что отъ прежней зернистой характерной протоплазмы не остается и слѣда; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ часть протоплазмы сохраняется и группируется около ядра; есть и такія клѣтки, гдѣ разбухшее ядро вмѣстѣ съ еще сохранившеюся протоплазмой отодвигается къ одной сторонѣ клѣтки, а вся остальная часть занята упомянутой сѣткой или одной большой вакуолей. Въ соединительной ткани—интерстиціальной и подслизистой—сосуды сильно расширены и извиты, переполнены кровяными тѣльцами; обильные экстравазаты, масса лейкоцитовъ, много клѣтокъ Эрлиха; сами интерстиціи представляются расширенными. На алкогольныхъ препаратахъ тѣ же явленія разрушенія главныхъ клѣтокъ; въ обкладочныхъ клѣткахъ видна также сѣтка. Въ выходной части (pylogus) клѣтки не столь сильно пострадали; онѣ съезжены, зернисты, густо красятся. На препаратахъ изъ Флемминговой жидкости видны клѣтки Нуссбаума; прямого разрушенія клѣтокъ не замѣтно. Процессъ и въ интерстиціальной ткани здѣсь менѣе бурно выраженъ, чѣмъ въ области дна.

Итакъ, при очень рѣзкой степени остраго воспаления гесп. гастрита, какъ въ данномъ случаѣ, мы видимъ сильныя измѣненія въ желудочныхъ железахъ, всѣ клѣтки которыхъ при этомъ поражаются.

Интересенъ тотъ фактъ, что покровный эпителий всего меньше пострадалъ, а нѣкоторыя эпителиальные клѣтки находились даже въ состояніи размноженія.

Главные клѣтки пострадали значительное, чѣмъ обкладочныя;

много ихъ подверглось прямо разрушенію, другія или жирно переродились, или представляются съезженными. Что касается обкладочныхъ клѣтокъ, то среди нихъ попадаются хорошо сохранившіеся элементы, но большая часть ихъ съезжена, въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ видна сѣтка, которая обусловливается появленіемъ вакуолей, а не есть выраженіе слизистаго метаморфоза клѣтки. Въ этомъ предположеніи насъ поддерживаетъ то обстоятельство, что на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ,¹⁾ генціаной, метиленовою синькою и проч. клѣтки, содержащія сѣтку, не красятся; будь это слизь, то окраска непременно имѣла-бы мѣсто. Относительно причины образованія этихъ вакуолей мы полагаемъ, что она лежитъ въ болѣзненномъ измѣненіи клѣтокъ и въ ихъ ненормальномъ питаніи. Какъ извѣстно, при такихъ условіяхъ вакуоли были наблюдаемы въ различнаго рода клѣткахъ. Такъ, Rosenbach¹⁾ видѣлъ подобныя образованія въ нервныхъ клѣткахъ при голоданіи, а Данилло²⁾—при воспалительныхъ процессахъ въ нервной ткани; Славянскій³⁾ наблюдалъ вакуоли въ клѣткахъ серозной оболочки кроличьяго плода при недостаточномъ питаніи оболочки вслѣдствіе растяженія ея. Въ нашемъ случаѣ на вакуоли нельзя, конечно, смотрѣть, какъ на продуктъ искусственной обработки протоплазмы, ибо тѣми-же самими реагентами при обыкновенныхъ условіяхъ мы не обнаружили въ обкладочныхъ клѣткахъ подобныхъ образованій.

Описанныя измѣненія въ клѣткахъ железъ вызваны частью прямымъ раздраженіемъ, которому подверглись элементы слизистой оболочки, отчасти стоятъ въ зависимости отъ сдавленія и отека, ибо воспалительный процессъ въ интерстиціальной ткани выраженъ чрезвычайно рѣзко.

Секреція сока, при такомъ грубомъ пораженіи желудка, само собой, не можетъ не страдать, желудокъ былъ пустъ, реакція его слизистой оболочки была щелочная, и едва-ли въ состояніи отека железы могли бы функционировать. Пепсинъ, однако содержался въ слизистой оболочкѣ, и полученный искусственный сокъ переваривалъ бѣлки.

Небольшая собака въ продолженіе 8 дней получала суклему въ пилюляхъ, закатанныхъ въ мясо, черезъ день, по 2½ гр. въ день. Первые четыре дня нельзя было подмѣтить какихъ-либо функциональныхъ признаковъ нарушенія пище-

¹⁾ Neurolog. Centralblat. 1884. № 3.

²⁾ Arch. der neurologie. 1884.

³⁾ Къ физиологій клѣточки. Журн. норм. и патол. гистол. М. Руднева. 1873. Янв., Февр.

варенія: собака ѣла охотно, рвоты не было. На пятый день собаку въ первый разъ вырвало вскорѣ (1—1½ ч.) послѣ дачи корма; рвота собрана губкой; реакція ея кислая. Congo, vert brillant и реактивъ Гюнцбурга дали рѣзкую реакцію на свободную HCl. Въ желудочное содержимое прибавлено 100 с. с. дистиллированной воды и подвергнуто фильтраціи. Біуретова реакція обнаружила присутствіе пептоновъ, 40 с. с. желудочнаго сока растворило кусочекъ фибрина въ нѣсколько минутъ при $t\ 38^{\circ}$ въ термостатѣ. Въ слѣдующіе затѣмъ дни рвота повторялась и была еще изслѣдована два раза, причемъ присутствіе свободной HCl и пептоновъ было доказано оба раза. Микроскопическое изслѣдованіе рвотныхъ массъ показало, что слизи было сравнительно немного, попадались лейкоциты, эпителиальные клѣтки и бактеріальныя формы. Съ восьмого дня собака стала плохо ѣсть; появился поносъ и незначительное слюнотеченіе. На девятый день опыта собакѣ вмѣстѣ съ ѣдой данъ 1 гр. сулемы; не больше какъ черезъ часъ спустя собаку вырвало. Рвота собрана губкой; она дала положительный результатъ при изслѣдованіи на пептоны (біуретова реакція) и на HCl (цвѣтныя, употреблявшіеся нами раньше, реактивы). На 10-й день собака грустна, отказывается отъ пищи, только пьетъ воду; поносъ, небольшое слюнотеченіе. На 11-й день опыта собака въ томъ же состояніи. Собака убита. Желудокъ содержалъ 85 с. с. жидкости, слегка мутноватой, кислой реакціи; реактивъ Гюнцбурга далъ ясную реакцію на HCl; vert brillant измѣняется въ желтый цвѣтъ; бумажка Congo рѣзко синѣетъ. 40 с. с. сока энергично переварило кусочекъ фибрина въ 16 мин. съ образованіемъ пептоновъ. Слизистая оболочка представляетъ всѣ явленія остраго катарра: она очень красна и набухла, есть экхимозы, реакція поверхности слизистой оболочки кислая, — Congo papier синѣетъ. Въ выходной части (pylorus) катарральныя явленія выражены также рѣзко; реакція ея также кислая и Congo papier также даетъ положительный результатъ на HCl.

На препаратахъ изъ области дна, обработанныхъ алкоголемъ, эпителий представляется нетронутымъ, много клѣтокъ его раскрыто. Главныя и обкладочныя клѣтки представляются большими, набухшими, большая часть главныхъ клѣтокъ слабо гранулирована; на препаратахъ изъ Флемминговой жидкости видна сѣтка въ обкладочныхъ клѣткахъ, есть жирно-перерожденныя главныя клѣтки—Нуссбаумовскія; много митозъ въ эпителии, есть митозы въ железистыхъ шейкахъ. Въ

клеткахъ выходной части (pylorus) тѣ же измѣненія, есть клетки Нуссбаума; встрѣчаются митозы ближе къ выходу железъ.

Что касается интерстиціальной ткани, то въ ней повсемѣстно выраженъ воспалительный процессъ.

Интересъ этого опыта состоитъ въ томъ, что, несмотря на 36-ти часовое голоданіе собаки, клетки железястаго эпителия имѣли видъ элементовъ, находящихся въ состояніи сильной дѣятельности. Секреція сока имѣла мѣсто въ совершенно тощемъ желудкѣ; количество сока было значительно, пептическая сила его была рѣзко выражена. Въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ гиперсекреціей сока при остромъ воспаленіи *resp.* катаррѣ желудка.

Сильной и большой собакѣ послѣ 16 часовъ голоданія влило черезъ зондъ 60 с. с. алкоголя + 30 с. с. воды. Сильное общее дѣйствіе, сонъ. Рвоты ни днемъ, ни ночью не было; отказывается отъ корма, только пьетъ воду. На другой день утромъ собакѣ вновь влило 60 с. с. алкоголя + 20 с. с. воды. Собака отказывается отъ корма; значительное общее дѣйствіе; рвоты нѣтъ. Спустя пять часовъ послѣ вливанія алкоголя собака убита. Желудокъ содержитъ 55 с. с. желудочнаго сока, очень дѣятельнаго, — 40 с. с. сока переварило кусочекъ фибрина въ пять минутъ; образование пептоновъ было (біуретова реакція). Слизистая оболочка представляетъ рѣзкія измѣненія воспалительнаго характера: сильная краснота, набухлость, много экхимозовъ, есть эрозіи. Реакція оболочки вездѣ кислая; Congo *parier* синѣть. Поверхность оболочки мѣстами покрыта незначительнымъ слоемъ слизи. На препаратахъ алкогольныхъ и обработанныхъ Флеминговой смѣсью — много клетокъ эпителия, находящихся въ состояніи дѣятельности — раскрытыхъ; много каріокинетическихъ фигуръ, особенно въ устьяхъ железъ; есть клетки въ жировой метаморфозѣ. Обкладочныя клетки представляются большими, набухшими; нѣкоторыя клетки, ближе къ днамъ и въ самыхъ днахъ железъ, содержатъ вакуоли; эти клетки не окрашиваются гематоксилиномъ; въ иныхъ обкладочныхъ клеткахъ — митозы; обкладочныхъ клетокъ очень много. Главныя клетки или зернисты и густо окрашиваются, или представляются большими и слабо гранулированными клетками, плохо красящимися; есть клетки Нуссбаума. Въ интерстиціальной ткани — сосуды расширены, переполнены кровяными клетками, много лейкоцитовъ. Въ выходной части (pylorus) железястый эпителий представляется усиленно функционирую-

щимъ, клѣтки его велики, большею частью слабозернисты, много каріокинеза, особенно въ шеяхъ, но есть и въ днахъ. Клѣтки эпителиальныя въ большинствѣ закрыты; живой каріокинезъ. Въ соединительной ткани—признаки воспаления (расширеніе сосудовъ, инфильтрація лимфоидными элементами, экстрavasаты).

Итакъ, несмотря на продолжительное голоданіе собаки—болѣе 40 часовъ,—и эпителий поверхностный, и железистый,—имѣлъ видъ, не соответствующій состоянію покоя. Отдѣленіе сока происходило въ совершенно тощемъ желудкѣ и было значительно, словомъ, секреторная функція желудка страдала въ томъ смыслѣ, что здѣсь имѣло мѣсто усиленное отдѣленіе сока—гиперсекреція его; за это говоритъ, конечно, и микроскопическая картина: клѣтки железъ имѣли видъ элементовъ, находящихся въ состояніи усиленной дѣятельности.

Крѣпкая собака средней величины получала въ теченіе 24-хъ дней спиртъ, разбавленный водой, сначала (12 дней) наполовину, потомъ (тоже 12 дней) на одну треть, въ количествѣ отъ 80 с. с. до 180 с. с. Это количество или все заразъ вводилось черезъ зондъ, большею частью, на тощій желудокъ, или часть его (30 — 50 с. с.) прибавлялась къ корму, такъ какъ собака охотно переносила примѣсь спирта въ пищѣ. Почти каждый день за рѣдкимъ исключеніемъ собаку рвало то вскорѣ послѣ вливанія спирта, то послѣ кормленія; ѣла все время очень охотно. За все время опыта рвота была изслѣдована восемь разъ, въ разное время.

I. Изслѣдованіе рвоты на второй день опыта; рвота пищею часа черезъ 3—3½ послѣ ѣды; пахнетъ алкогелемъ; реакція кислая; Congo papier, vert brillant и флороглицинъ-ванилинъ даютъ характерную реакцію на HCl, есть пептоны (біуретова реакція).

II. Рвота пищею часа черезъ 1½—2 послѣ корма; реакція кислая; цвѣтные реагенты обнаруживаютъ присутствіе HCl; къ содержимому желудка прибавлено немного воды, и оно профильтровано; 40 с. с. его переварило кусочекъ фибрина въ 12 м. при t° 38. Изслѣдованіе было произведено на пятый день опыта.

III. Рвота натошакъ минутъ черезъ 20—30 послѣ введенія алкоголя, на 10-й день опыта; рвота исключительно жидкостью съ примѣсью тягучей слизи; рѣзкій запахъ алкоголя; реакція кислая; собрана губкой и профильтрована. Цвѣтные реагенты—Congo, флороглицинъ-ванилинъ—измѣняются характерно для присутствія свободной HCl. Микроскопическое

ислѣдованіе содержимаго желудка безо всякой окраски, а также препаратовъ фиксированныхъ и окрашенныхъ (гематоксилинъ, метиленовая синька, генціана, эозинъ и нейтрофильная краска Эрлиха) показало присутствіе клѣтокъ эпителиальныхъ (цилиндрической эпителий желудка), лейкоцитовъ, разрушенныхъ лейкоцитовъ—ихъ ядеръ, слизистыхъ клѣтокъ и бактеріальныхъ формъ; сарцинъ мало замѣтно.

IV. Рвота на 13-й день опыта. Собаку вырвало пищею, спустя 4 часа послѣ корма и 20 мин. послѣ введенія черезъ зондъ 80 с. с. алкоголя, разбавленнаго на треть (30 с. с.) водой. Реакція рвоты кислая; есть HCl—рѣзкая реакція съ цвѣтными реагентами (Congo, флороглюцинъ-ванилинъ); есть пептоны—біуретова реакція. Къ желудочному содержимому прибавлено немного дистиллированной воды и оно профильтровано; 40 с. с. фильтрата переварило кусочекъ фибрина въ 10 м. при t° 38.

V. Рвота на 16-й день опыта. Собаку вырвало вскорѣ послѣ влитія на тощій желудокъ алкоголя, разбавленнаго на треть водой, въ количествѣ 180 с. с.; реакція рвоты кислая; присутствіе HCl доказывается цвѣтными реагентами—Congo, флороглюцинъ-ванилинъ; 40 с. с. переварило кусочекъ фибрина въ 30 м. при t° 38. На препаратахъ, приготовленныхъ изъ желудочнаго содержимаго, фиксированныхъ и окрашенныхъ, а также разсмотрѣнныхъ безо всякой обработки и окраски, видно много клѣтокъ цилиндрическаго эпителия желудка, отчасти разрушенныхъ, отчасти довольно хорошо сохранившихся; много лейкоцитовъ, много ядеръ—остатковъ разрушенныхъ лейкоцитовъ, слизистыхъ клѣтокъ, бактеріальныхъ формъ,—сарцинъ не найдено.

VI. Рвота на 20-й день опыта; реакція ея кислая; цвѣтные реагенты указываютъ на присутствіе HCl; есть пептоны (біуретова реакція).

VII. Рвота на 21-й день опыта; вызвана введеніемъ на тощій желудокъ 180 с. с. алкоголя, разбавленнаго на треть водой; содержитъ кусочки хлѣба и мяса (послѣдняя дача корма 14 часовъ назадъ); реакція кислая; Congo и флороглюцинъ-ванилинъ показываютъ характерную реакцію на HCl; есть пептоны.

VIII. Рвота на 23-й день опыта; реакція ея кислая; содержитъ HCl (цвѣтные реагенты); есть пептоны. Рвота разбавлена дистиллированной водой и профильтрована; 40 с. с. фильтрата переварило кусочекъ фибрина въ 22 м. при t° 38.

24-й день. Собака обильно накормлена (супъ, мясо, хлѣбъ);

последняя дача алкоголя была накануне, 15 часов назад (50 с. с. неразведенного водой 90° алкоголя). Через шесть часов после кормления собака убита. Желудок содержит пищевую кашу, реакция которой кислая; Congo papier, флороглюцинь-ванилинъ и vert brillant даютъ характерную реакцию на свободную HCl; есть пептоны (биуретова реакция). Часть желудочного содержимаго разбавлена дистиллированной водой и профильтрована; 40 с. с. фильтрата растворило кусочекъ фибрина въ 7 м. при t° 38.

Слизистая оболочка желудка представляется набухшею, утолщенною; цвѣтъ ея темно-красный; мѣстами она покрыта тягучею слизью. На препаратахъ алкогольныхъ, обработанныхъ Флемминговой смѣсью и Мюллеровской жидкостью, видно слѣдующее. Большая часть клѣтокъ покровнаго эпителия раскрыта; попадаютъ клѣтки совершенно гомогенныя, сплошь окрашенныя генціаной или гематоксилиномъ, — клѣтки, претерпѣвшія слизистое перерожденіе. Главныя клѣтки большею частью зернисты и густо красятся, но есть клѣтки и слабо гранулированныя; кое-гдѣ видны клѣтки слизисто-перерожденныя. Много обкладочныхъ клѣтокъ; онѣ представляются большими; нѣкоторыя содержатъ вакуоли и слабо красятся. Въ эпителии, особенно въ устьяхъ железъ, очень много митозъ (больше всего спиремъ и звѣздообразныхъ ядеръ); много митозъ въ обкладочныхъ клѣткахъ, преимущественно въ шейхъ железъ; клѣтокъ Нуссбаума очень немного.

Железы расширены, какъ бы растянуты. Въ интерстиціальной ткани инфильтрація лимфоидными элементами; мѣстами видны экстравазаты, кое-гдѣ пигментация отъ бывшихъ кровоизліяній, есть клѣтки Эрлиха.

Большой собакѣ давался алкоголь въ теченіе 32-хъ дней. Каждый день она получала разбавленный водой спиртъ, сначала (2 недѣли) на половину (50 с. с. алкоголя + 50 с. с. воды); а потомъ количество его было увеличено до 200 с. с. (125 с. с. алкоголя + 75 с. с. воды); указанное количество алкоголя или все сразу вливалось черезъ желудочный зондъ, или часть его примѣшивалась къ ѣдѣ, что животное охотно переносило. Собака за исключеніемъ первыхъ 3—4 дней все время ѣла очень хорошо. Желудочное содержимое было изслѣдовано всего 10 разъ.

I. Рвота пищею на 5-й день опыта была вызвана введеніемъ въ желудокъ эластическаго зонда, 4 часа спустя послѣ дачи корма. Реакція рвоты кислая; Congo papier и флоро-

глущинъ-ваниллинъ открываютъ свободную HCl; есть пептоны (біуретова реакція).

II. Рвота пищею на 10-й день опыта, спустя $3\frac{1}{2}$ часа послѣ кормленія и 40—50 мин. послѣ вливанія черезъ зондъ разбавленнаго спирта (50 с. с. алкоголя + 50 с. с. воды); реакція кислая; цвѣтными реакціями доказано присутствіе HCl; есть пептоны (біуретова реакція). Собранная губкой рвота разбавлена немного дистиллированной водой и профильтрована; 40 с. с. фильтрата переварило кусочекъ фибрина въ 12 мин. при t° 38. Во рвотѣ порядочная примѣсь слизи.

III. Рвота на 15-й день опыта, натошакъ, спустя 20 мин. послѣ вливанія въ желудокъ черезъ зондъ алкоголя (125 с. с. алкоголя + 75 с. с. воды); вырвало однимъ жидкимъ содержимымъ съ примѣсью слизи. Реакція кислая; флороглучинъ-ваниллинъ даетъ характерную реакцію на HCl. Рвота собрана и ей дано отстояться. Микроскопическое изслѣдованіе отстоя (препараты окрашенные, фиксированные, а также приготовленные безо всякой обработки и окраски) показало, что много имѣется клѣтокъ слизистыхъ, много цилиндрическаго эпителия желудка; есть лейкоциты, ядра—остатки разрушенныхъ лейкоцитовъ; бактеріальныя формы.

IV. 18-й день опыта. Собака обильно накормлена; черезъ восемь часовъ ей влито черезъ зондъ 80 с. с. чистаго 90° алкоголя. Черезъ 20—25 мин. послѣдовала рвота, которая собрана чистой губкой. Реакція рвоты кислая; она содержитъ свободную HCl (цвѣтныя реакціи) и пептоны (біуретова реакція); пищеварительная ея способность доказана пищеварительною пробой.

V. 20-й день опыта. Рвота, спустя 5 часовъ послѣ дачи корма, вызвана введеніемъ въ желудокъ эластическаго зонда. Реакція рвоты кислая; присутствіе HCl доказывается цвѣтными реакціями (Songo, флороглучинъ-ваниллинъ); есть пептоны (біуретова реакція).

VI. 25-й день опыта. Собаку вырвало натошакъ послѣ вливанія въ желудокъ черезъ зондъ 225 с. с. разбавленнаго алкоголя; рвота—только жидкимъ содержимымъ (голодала 16 часовъ) съ примѣсью слизи. Реакція кислая; Songo papier не измѣняется характерно для свободной HCl, но флороглучинъ-ваниллинъ даетъ ясную реакцію на HCl. Подъ микроскопомъ—много слизистыхъ клѣтокъ, клѣтокъ эпителия желудка, лейкоцитовъ, много ядеръ отъ разрушенныхъ лейкоцитовъ; бактеріальныя формы; есть сарцины.

VII. 27-й день опыта. Рвота спустя 11 часовъ послѣ дачи корма; вызвана вливаніемъ въ желудокъ 80 с. с. 90° алкоголя черезъ зондъ; во рвотѣ кусочки пищи (хлѣбъ, мясо); реакція ея кислая; доказано присутствіе HCl (Congo paper и флороглицинъ-ваниллинъ) и пептоновъ (біуретова реакція); обладаетъ пищеварительною способностью. 40 с. с. переварило кусочекъ фибрина въ 10 минутъ при t° 38°

VIII. 30-й день опыта. Самопроизвольная рвота спустя часовъ 6—6½ послѣ обильнаго кормленія. Рвота собрана чистой губкой, разбавлена немного водой и профильтрована. Реакція ея кислая; содержитъ HCl и пептоны (цвѣтныя реакціи и біуретова реакція). 40 с. с. переварило кусочекъ фибрина въ 8 м. при t° 38°.

IX. 32-й день опыта. Рвота послѣ введенія въ тощій желудокъ (собака голодала 20 часовъ) эластическаго зонда; вырвало слизистой жидкостью кислой реакціи. Рвота собрана губкой и профильтрована; содержитъ свободную HCl (Congo, флороглицинъ-ваниллинъ); 40 с. с. переварило кусочекъ фибрина въ 15 минутъ при t° 38, образованіе пептоновъ было (біуретова реакція).

Собака убита на 34-й день опыта; голодала передъ этимъ сутки съ лишнимъ (25 часовъ); послѣдняя дача алкоголя (225 с. с. алкоголя, разбавленнаго на треть водой) была двое сутокъ назадъ. Желудокъ содержитъ 90 с. с. слизистой жидкости; реакція ея кислая; цвѣтныя реакціи указываютъ на присутствіе HCl. Сокъ профильтрованъ; 40 с. с. его переварило кусочекъ фибрина въ 12 мин. при t° 38.

Слизистая оболочка желудка темнокраснаго цвѣта; она набухла и утолщена; мѣстами покрыта замѣтнымъ слоемъ слизи; выходная часть тоже поражена. Бумажка Congo, приложенная къ разнымъ мѣстамъ поверхности слизистой оболочки желудка, рѣзко синѣетъ. Изслѣдованы были препараты, обработанные алкоголемъ, Флемминговой смѣсью и Мюллеровской жидкостью. Поверхностный эпителий находился въ сильной дѣятельности—масса клѣтокъ его раскрыта; въ немъ много каріокинетическихъ фигуръ (спиремъ и звѣздообразныхъ ядеръ больше всего); есть клѣтки слизисто-перерожденныя. Большая часть главныхъ клѣтокъ, особенно ближе къ днамъ и въ самыхъ днахъ железъ, представляется зернистой и густо красится; есть клѣтки большія свѣтлыя, только слегка зернистыя; есть также и такія, которыя подверглись слизистому перерожденію. Обкладочныя клѣтки большія, разбухшія, ихъ очень много, среди нихъ есть и маленькія, нѣ-

которые содержатъ вакуоли; много кѣтокъ, содержащихъ митозы. Железы расширены, въ интерстиціальной ткани есть экстравазаты; пигментация отъ бывшихъ кровоизліяній; много лимфоидныхъ элементовъ; есть кѣтки Эрлиха; въ подслизистой ткани тѣ же измѣненія; въ кѣткахъ соединительной ткани встрѣчаются митозы.

Въ выходной части (pylorus) характеръ измѣненій въ элементахъ слизистой оболочки тотъ же; есть кѣтки Нуссбаума; очень много зернистыхъ кѣтокъ въ железистомъ эпителии.

Секреторная функція органа была не только не ослаблена, но скорѣе слѣдуетъ говорить о повышенной секретіи сока, судя по тому, что желудокъ при аутопсіи содержалъ довольно большое количество сока, обладавшаго значительною пептическою силою.

Резюмируя всѣ тѣ данныя, которые мы получили при нашихъ опытахъ, мы видимъ, что измѣненія слизистой оболочки при остромъ и подостромъ воспаленіи гезр. катаррѣ желудка—сказываются: 1) на покровномъ эпителии, 2) на обоюго рода кѣткахъ железистаго эпителия и 3) на соединительной ткани.

Разсмотримъ судьбу каждаго элемента въ отдѣльности.

При остромъ, но умѣренномъ раздраженіи слизистой оболочки желудка, покровный эпителий почти не принимаетъ участія въ воспалительномъ процессѣ. Лишь нѣкоторыя кѣтки его раскрыты, всѣ-же остальные имѣютъ видъ закрытыхъ конусовъ,—функція секреторнаго эпителия не усилена, почему и слизи выдѣляется немного. Одно обстоятельство бросается въ глаза: во многихъ кѣткахъ, особенно устьевъ железъ, замѣчаются каріокINETическія фигуры.

Фигуры митозъ попадаются разнообразныя, но больше всего встрѣчается звѣздообразное ядро, затѣмъ экваторіальная пластинка, а въ иныхъ железахъ спирема. При болѣе сильномъ остромъ раздраженіи мы видимъ, что эпителий все-же мало возбуждается къ секреторной функціи, и на ряду съ кѣтками, подвергшимися дегенерации (жировое перерожденіе),—попадаетъ очень много кѣтокъ въ видѣ замкнутыхъ конусовъ, при чемъ процессъ размноженія кѣтокъ продолжаетъ быть усиленнымъ. При очень сильномъ воспаленіи слизистой оболочки желудка (отравленіе фосфоромъ, рвотнымъ камнемъ) покровный эпителий противостоитъ очень стойко воспалительнымъ явленіямъ и менѣе другихъ элементовъ слизистой оболочки патологически измѣняется: сравнительно съ другими кѣтками желудочныхъ железъ встрѣчается меньше

эпителиальныхъ клітокъ въ состояніи дегенеративныхъ метаморфозъ. Важно отмѣтить, что даже при условіи очень сильнаго воспалительнаго процесса въ кліткахъ покровнаго эпителия каріокинезъ совершается, — отчетливыя фигуры митозъ наблюдаются во многихъ кліткахъ. Это обстоятельство показываетъ, что клітки не потеряли своей жизнеспособности, и, разъ вредныя явленія прекратятся, регенерація покровнаго эпителия восстановитъ *restitutionem ad integrum*. При подостромъ катаррѣ большая часть клітокъ эпителия усиленно функционируетъ, имѣетъ видъ открытыхъ бокаловъ; съ этимъ явленіемъ согласуется и большее противъ острой формы катарра количество слизи, наблюдающееся въ желудочномъ содержимомъ; каріокинетическій процессъ усиленъ въ сравненіи съ нормой. Что касается дегенеративныхъ метаморфозъ, то при подостромъ катаррѣ больше встрѣчается клітокъ въ состояніи слизистаго, чѣмъ жироваго метаморфоза, тогда какъ при острой формѣ замѣчается обратное явленіе.

Клітки железистаго эпителия желудка измѣняются точно также сообразно со степенью раздраженія слизистой оболочки. Умѣренное раздраженіе, обуславливая легкую форму катарра, даетъ ту картину состоянія клітокъ, которую Heidenhein рисуетъ для 6—9 часа пищеваренія и которая, по нашимъ наблюденіямъ, встрѣчается только при катарральномъ пораженіи слизистой оболочки, но не при здоровомъ ея состояніи даже на высотѣ пищеварительнаго акта. При легкомъ катаррѣ мы видимъ, что главныя и обкладочныя клітки увеличиваются, представляются набухшими, нѣкоторыя главныя клітки кромѣ того дѣлаются зернистыми и жадно поглощаютъ краски. Если катарральныя явленія будутъ выражены рѣзче, то въ нѣкоторыхъ обкладочныхъ кліткахъ появляются вакуоли. Каріокинетическій процессъ въ обкладочныхъ кліткахъ становится даже при умѣренномъ раздраженіи энергичнымъ, появляются многочисленныя митозы въ шейхъ и въ тѣлахъ железъ. Поражаетъ гиперплазія обкладочныхъ клітокъ, — ихъ становится больше. Среди главныхъ клітокъ встрѣчаются клітки жирно перерожденныя; такія клітки на препаратахъ, обработанныхъ Флемминговой смѣсью, представляются клиновидной или пирамидальной формы, лежатъ между главными клітками, достигая своимъ концомъ просвѣта железъ; зернистость ихъ чернаго цвѣта. По ихъ идентичности съ клітками, описанными Нуссбаумомъ, мы ихъ рассматриваемъ за таковыя, считая ихъ главными клітками, находящимися въ жировой метаморфозѣ. Чѣмъ сильнѣе раз-

драженіе, тѣмъ этихъ клѣтокъ встрѣчается больше. При очень рѣзкой степени воспаленія слизистой оболочки мы видимъ, что главные клѣтки отчасти сморщиваются, отчасти жирно-перерождаются, отчасти прямо разрушаются; обкладочныя клѣтки тоже съезживаются; въ нѣкоторыхъ замѣтны вакуоли, но часть ихъ хорошо сохраняется, и въ нихъ даже замѣтны митозы; это, конечно, указываетъ на большую стойкость и жизнеспособность обкладочныхъ клѣтокъ; нѣкоторыя клѣтки подвергаются также мутному набуханію и водяночному перерожденію. При подостромъ катаррѣ большая часть главныхъ клѣтокъ представляется зернистой и густо красится; но рядомъ встрѣчаются и клѣтки большія, свѣтлыя, слабо гранулированныя и плохо воспринимающія краски; встрѣчаются также въ небольшомъ количествѣ и клѣтки Нуссбаума; нѣкоторыя главные клѣтки находятся въ слизистомъ перерожденіи. Обкладочныя клѣтки частью велики, набухли, но есть клѣтки и малыхъ размѣровъ; нѣкоторыя содержатъ вакуоли; много клѣтокъ, содержащихъ митозы; клѣтки такія лежатъ и въ шейхъ железъ, и подъ покровнымъ эпителиемъ, а также въ тѣлахъ и въ днахъ железъ.

Измѣненія клѣтокъ выходной части (pylorus) при остромъ и подостромъ воспаленіи слизистой оболочки желудка сходны съ тѣми, кои наблюдаются въ главныхъ клѣткахъ въ железахъ области дна. При умѣренномъ и недлительномъ раздраженіи—онѣ увеличиваются, часть ихъ дѣлается зернистою и интенсивно красится; при болѣе сильномъ раздраженіи онѣ сморщиваются и подвергаются дегенеративнымъ измѣненіямъ. При подостромъ воспаленіи, часть ихъ зерниста, хорошо воспринимаетъ краски, но есть клѣтки свѣтлыя, слабо гранулированныя; имѣются также клѣтки въ слизистой и жировой метаморфозахъ. Процессъ регенераціи и въ острыхъ случаяхъ, и въ подострыхъ такъ же усиленъ, какъ и въ области дна.

Описанныя измѣненія въ клѣткахъ пепсиновыхъ железъ наступаютъ независимо отъ того, находится-ли желудокъ въ тощемъ состояніи или функционируетъ, и физиологическое раздраженіе — введеніе пищи — не оказываетъ безспорнаго вліянія на эти измѣненія.

Въ соединительной ткани—интерстиціальной и подслизистой—точно также нужно отличать разныя степени измѣненія въ зависимости отъ силы и продолжительности раздраженія. Даже самыя слабыя раздраженія слизистой оболочки желудка непременно вліяютъ на состояніе соединительной

ткани и прежде всего отражаются на сосудах ея,—наступает расширение сосудов и переполнение их кровью. Кроме того увеличивается количество лимфоидных элементов, много клеток Эрлиха. При болѣе сильномъ раздраженіи мы замѣчаемъ явленія воспалительнаго характера: сосуды извиты, наполнены кровяными тѣльцами, мѣстами наблюдаются экстравазаты, количество лейкоцитовъ становится еще больше,—они наполняютъ не только интерстиціи, но и просвѣты железъ; Mastzellen также много; каріокинезъ обильный въ соединительнотканыхъ клеткахъ. Эти явленія могутъ усилиться до наступленія отека и разрушенія элементовъ железъ, образованія микроскопическихъ гнойничковъ, многочисленныхъ экстравазатовъ; клетокъ Эрлиха замѣчается тогда меньше. Умѣренныя, но длительныя раздраженія вызываютъ явленія гипереміи въ соединительной ткани, умѣренные экстравазаты и инфильтрацію интерстиціальной ткани; клетокъ Эрлиха много; каріокинезъ въ соединительнотканыхъ клеткахъ усиленъ.

Остановившаяся на оцѣнкѣ описанныхъ измѣненій въ клеткахъ железистаго эпителия, мы видимъ, что при не особенно рѣзкомъ (сильномъ) остромъ и подостромъ воспаленіи слизистой оболочки желудка клетки железъ имѣютъ видъ элементовъ, усиленно функционирующихъ. Клетки пепсиновыхъ железъ становятся больше, часть главныхъ клетокъ представляетъ тѣ же измѣненія, что и при актѣ пищеваренія, гдѣ эти измѣненія захватываютъ только меньшее количество клетокъ: въ нихъ замѣтна рѣзкая зернистость, и онѣ начинаютъ сильно поглощать краски. Появляющаяся сѣтка въ обкладочныхъ клеткахъ можетъ быть также рассматриваема, какъ выраженіе усиленной функціи этихъ клетокъ, ибо наблюдаемая въ нихъ вакуоли могутъ зависѣть отъ того, что извѣстные специфическіе элементы протоплазмы израсходовались и исчезли, оставивъ послѣ себя полости.—Правда, на ряду съ этими измѣненіями наблюдаются и дегенеративныя метаморфозы клетокъ, но живой процессъ размноженія клеточныхъ элементовъ—обиліе митозъ въ железистомъ эпителии—свидѣтельствуетъ о томъ, что убыль клетокъ усиленно пополняется. Чѣмъ сильнѣе будетъ выраженъ воспалительный процессъ въ слизистой оболочкѣ, тѣмъ больше клетки будутъ терять свойства элементовъ, находящихся въ повышенной функціи, и тѣмъ распространеннѣе будетъ дегенеративный характеръ наступающихъ въ клеткахъ измѣненій; но даже и при очень сильномъ пораженіи слизистой оболоч-

ки, когда патологическія измѣненія доходятъ до обширныхъ дегенеративныхъ метаморфозъ въ клѣткахъ, — железистый эпителий желудка можетъ возвратиться къ своему первоначальному здоровому состоянію, ибо каріокинетическій процессъ наблюдается въ клѣткахъ пепсиновыхъ железъ и при такихъ условіяхъ. Что касается покровнаго эпителия, то какъ выше было сказано, по нашимъ наблюденіямъ, клѣтки его обладаютъ еще большею стойкостью.

Итакъ, характеръ измѣненій, найденныхъ нами при остромъ и подостромъ гастритѣ, вполне идентиченъ съ поражениемъ железистаго аппарата, которое наблюдали Kogzinski и Jaworski, Hayem и друг. Это «кислый катарръ» Jaworsk'аго или gastrite hiperpeptique Hayem'a, гдѣ секреторная функція желудка, какъ было и въ нашихъ экспериментахъ, положительно усилена. Мы видимъ, что всякое раздраженіе слизистой оболочки желудка, если только оно не чрезмерно, — не вызываетъ *разрушенія* элементовъ железъ, — условливаетъ постоянное усиленное сокоотдѣленіе, т. е. настоящую гиперсекрецію сока; такимъ образомъ существуетъ полная аналогія между секреціей пепсиновыхъ железъ при остромъ respес. подостромъ гастритѣ и функціей другихъ железъ (напр. parotis) при остромъ ихъ воспаленіи, гдѣ, какъ извѣстно, процессъ секреціи не понижается, а дѣлается болѣе сильнымъ.

По нашему мнѣнію, для яснаго пониманія гиперсекреторныхъ процессовъ, сопровождающихъ желудочныя страданія съ несомнѣннымъ органическимъ поражениемъ стѣнки желудка (расширеніе, язва, иногда ракъ) слѣдуетъ, оставивъ старинное названіе катарръ, ничего не объясняющее, установить 2 формы воспаленія слизистой оболочки желудка — гастрита: паренхиматозную и интерстиціальную. ¹⁾

При первой формѣ, паренхиматозной, поражается раг excellence субстанція железъ, паренхима; нѣкоторые изъ элементовъ ея, главнымъ образомъ обкладочныя клѣтки, гиперплазируются, ихъ много, онѣ велики, набухли, въ нѣкоторыхъ появляются вакуоли; другіе элементы менѣе стойкіе, — главныя клѣтки, — претерпѣваютъ жировой метаморфозъ; железы имѣютъ видъ находящихся въ усиленной дѣятельно-

¹⁾ Полагаю, что никого не должно смутить, что я, говоря о расширеніи желудка, язвѣ и ракѣ, упоминаю и о гастритѣ, ибо извѣстно, что язва развѣ только при своемъ остромъ теченіи не осложняется гастритомъ, что же касается до расширенія и рака желудка, то эти страданія безъ гастрита уже совсѣмъ никогда не наблюдаются.

сти железъ. Клинически эта форма выражается гиперсекреціей сока; это тотъ гастритъ, который столь часто комбинируется съ расширеніемъ желудка, язвой; кромѣ того несомнѣнно, что вульгарный катарръ алкоголиковъ часто бываетъ такого происхожденія, ибо кому неизвѣстно, что алкоголики въ утренней рвотѣ, натошакѣ, (*vomitus matutinus*), изрыгаютъ чистый, весьма дѣятельный желудочный сокъ.

При этой формѣ гастрита гиперсекреція не слѣдствіе гипотетическаго невроза; причина ея лежитъ въ несомнѣнномъ воспалительномъ пораженіи самой паренхимы. Но вотъ, подъ вліяніемъ той или другой причины, процессъ въ интерстиціальной и подслизистой тканяхъ, которыя, какъ мы видѣли, не остаются вполне безучастными при паренхиматозномъ гастритѣ, начинаетъ превалировать, онъ распространяется все болѣе и болѣе, сдавливаетъ железы, элементы ихъ претерпѣваютъ слизистый метаморфозъ, ихъ нельзя отличить другъ отъ друга, соединительная ткань пронизываетъ всю толщу *mucosae*, во всѣхъ направленіяхъ,—это интерстиціальная форма гастрита. Такая анатомическая картина представляетъ послѣднюю, исходную стадію воспалительнаго пораженія желудочной стѣнки; она изображаетъ застарѣлый хроническій гастритъ, приближающійся къ атрофіи слизистой оболочки, до которой остается одинъ только шагъ; здѣсь, конечно не можетъ быть и рѣчи о сохраненіи специфической функціи клѣтокъ, — клинически получится *hyperacidität* или *anacidität*.

Такое пораженіе слизистой оболочки желудка представлено на рисункѣ у Ewald ¹⁾, а также и у Rosenheim'a ²⁾ въ главахъ о катаррѣ желудка. Но для всякаго ясно, что такіа измѣненія не могли появиться вдругъ, что самый характеръ ихъ говоритъ о застарѣлости пораженія; невольно рождается вопросъ, въ чемъ же состояли начальныя измѣненія? Начальныя измѣненія и были тѣ, какія свойственны паренхиматозному гастриту по нашимъ опытамъ.

Такимъ образомъ, мы должны установить полную аналогію между воспалительными «катарральными» пораженіями желудка и такими же пораженіями другихъ железъ и признать существованіе 2 формъ гастрита, паренхиматозной и интерстиціальной,—какъ клинически, такъ и анатомически выражающихся совершенно различно.

¹⁾ Klinik der Verdauungsk. 1893.

²⁾ Pathol. u. Th. d. krank. d. speiser. u. d. Mag. 1891.

Ставъ на предлагаемую нами точку зрѣнія, дѣлается понятнымъ, почему въ теченіе, напр., язвы желудка, гиперсекреція сока прекращается и на сцену выступаютъ явленія атрофіи пилосае, весьма частаго исхода, по наблюденіямъ многихъ авторовъ, круглой язвы. Здѣсь паренхиматозный гастритъ, комбинирующійся съ язвой, подъ вліяніемъ продолжительности страданія, усложняющаго распространенія межучного процесса, переходитъ въ интерстиціальную форму; точно также понятно, почему при ракъ желудка отсутствіе HCl, наичаще наблюдается при scirrhus'ъ, плотномъ раковомъ новообразованіи, имѣющемъ склонность инфильтрировать слизистую оболочку, вести къ сдавленію клѣтокъ,—т. е. къ интерстиціальному гастриту и атрофіи пилос'ы.

Мы смотримъ на мнѣніе сторонниковъ обязательной ослабленной секреціи сока при катаррѣ желудка, какъ на результатъ увлеченія нервной диспепсіей и невротами желудка, которое замѣчается теперь и въ литературѣ, и въ практикѣ за послѣднія 10—15 лѣтъ. Новое направленіе, возникшее въ ученіи о болѣзняхъ желудка существенно измѣнило прежній взглядъ на нѣкоторыя желудочныя заболѣванія. Работы Leube, Ewald'a, Leyden'a и др. точно установили и клинически разработали нервныя страданія желудка, отдѣливъ ихъ отъ катарра и расширенія этого органа. Такимъ образомъ, воззрѣніе, существовавшее со времени Broussais и сводившее всѣ болѣзни желудка къ гастриту, уступило мѣсто другому принципу, не анатомическому, выдвинувшему ученіе о нервной диспепсіи. Вполнѣ признавая, что съ тѣхъ поръ, какъ стали извѣстны невроты желудка, многіе случаи желудочныхъ разстройствъ, которые раньше сходили за катарръ,—нашли настоящее свое мѣсто въ ряду нервныхъ страданій желудка, мы не можемъ однако не замѣтить, что, если раньше врачи грѣшили тѣмъ, что повсюду видѣли «катарръ», то теперь можно говорить объ увлеченіи другого характера,—увлеченіи нервной диспепсіей и желудочными невротами: это увлеченіе сказалось и на современномъ ученіи о гиперсекреторныхъ процессахъ въ желудкѣ, ибо нельзя не видѣть увлеченія во взглядѣ Bouveret, Ewald'a, Rosenheim'a и др., признающихъ гиперсекрецію только при одномъ пораженіи нервнаго аппарата желудка. Авторы, описывая, напр., гиперсекрецію при остромъ гастритѣ, какъ бы боясь этого слова и говорятъ, что они имѣли дѣло съ простымъ раздраженіемъ железъ. Такъ Ritter и Hirsch¹⁾ описываютъ

¹⁾ Zeitschr. f. Kl. Med. Bd. 13. 1888.

острую форму гиперсекреціи вслѣдъ за *сильнымъ* *abusus spirituosorum*; количество HCl равнялось 2,5 pro M.,—тогда какъ излѣдованный раньше сокъ у того же субъекта далъ нормальныя цифры. Было-бы натяжкой допустить, какъ это дѣлаютъ противники повышенной секреціи сока при катаррѣ желудка, что въ данномъ случаѣ былъ не острый катаррѣ, а лишь одно раздраженіе железъ, и отсюда усиленная ихъ функція: ежедневный опытъ показываетъ, какую видную роль играетъ *abusus in Vascho* въ этиологіи катарра желудка.

Наша работа имѣетъ цѣлью обратить вниманіе товарищей на паренхиматозную форму гастрита, дабы совмѣстными усиліями вполне разработать ее и признать за ней право гражданства.

XI. Бактеріальное населеніе катаррального желудка.

Профессора П. М. Попова.

Нормальный актъ желудочнаго пищеваренія обусловливается, какъ извѣстно, совмѣстнымъ дѣйствіемъ всѣхъ трехъ функцій желудка—отдѣлительной, всасывательной и двигательной,—и нарушеніе какой-либо изъ нихъ должно вызывать непорядки въ пищеварительномъ процессѣ и, смотря по силѣ этого нарушенія, создавать большую или меньшую степень неправильнаго пищеваренія—диспепсію.

Нарушеніе секреторной функціи въ смыслѣ ослабленія ея при паренхиматозномъ гастритѣ, какъ мы видѣли, не наблюдается, и такимъ образомъ причина диспепсіи только при указанныхъ нами условіяхъ (накопленіе слизи, продуктовъ перевариванія и броженія, а также при застарѣлыхъ хроническихъ катаррахъ) лежитъ въ недостаточной силѣ сока. Обратное явленіе нарушенія секреціи—гиперсекреція сока,—несомнѣнно могущая имѣть мѣсто при катаррѣ,—конечно способна обусловить диспептическія явленія, о чемъ мы упоминали при обзорѣ ученія о гиперсекреторныхъ процессахъ въ желудкѣ. Съ другой стороны уже а priori слѣдуетъ допустить, что всасывательная способность, а равно и двигательная дѣятельность желудка должны быть нарушены и тѣмъ самымъ принимать участіе въ происхожденіи диспептическихъ разстройствъ при катаррѣ желудка.

Хотя по отношенію къ подробностямъ всасывательной функціи желудка сдѣлано еще немного, но одного знанія факта, какую большую роль въ процессѣ всасыванія бѣлковъ играютъ кровеносные сосуды,—достаточно, чтобы судить о пониженномъ всасываніи въ желудкѣ при катаррѣ

въ силу замедленнаго тока крови по сосудамъ воспаленной слизистой оболочки. Уменьшенію всасывательной способности желудка содѣйствуетъ также ослабленіе моторной функціи, наблюдающееся при катаррѣ,—и накопленіе на поверхности слизистой оболочки слизи. Но разъ процессъ всасыванія будетъ замедленъ и уменьшенъ,—явится переполненіе желудочнаго содержимаго пептонами, всасывающимися въ нормѣ въ самомъ желудкѣ, каковое переполненіе, какъ извѣстно, тормозитъ актъ перевариванія пищи. Что касается до ослабленія моторной функціи желудка, то объ этомъ ослабленіи, какъ о весьма частомъ явленіи при катаррѣ, упоминали еще прежніе авторы, разсматривая слабость мускульной силы желудка, во-первыхъ, какъ слѣдствіе воспалительнаго процесса въ слизистой оболочкѣ, а во-вторыхъ, какъ результатъ патологоанатомическихъ измѣненій въ самой мускульной стѣнкѣ желудка (отечность *muscularis mucosae*, дегенеративныя метаморфозы—жировое и коллоидное перерожденіе, доказанное Куссмаулемъ и Мейеромъ, интерстиціальныи процессъ въ *muscularis*). Въ послѣднее время на слабость мускульной дѣятельности желудка при катаррѣ указываютъ Ewald¹⁾, Gluzinski и Jaworski²⁾ Rosenheim³⁾ и др. Названные изслѣдователи придають большую важность изученію двигательной силы желудка, ибо благодаря многочисленнымъ клиническимъ наблюденіямъ стало извѣстно, что даже при нарушенномъ химизмѣ можетъ и не быть диспептическихъ разстройствъ, если только пища въ желудкѣ не задерживается и своевременно поступаетъ въ кишечникъ, который такимъ образомъ вмѣстѣ съ поджелудочной железой беретъ на себя работу желудка. Для опредѣленія двигательной дѣятельности желудка Ewald⁴⁾ предложилъ салоль: опредѣленіе основано на быстротѣ появленія въ мочѣ салицилуровой кислоты, производнаго салициловой, образующейся вмѣстѣ съ феноломъ при распаденіи салола, принятаго во время пищеваренія, подъ вліяніемъ сока поджелудочной железы; быстрота появленія указанной кислоты въ мочѣ будетъ указывать на скорость перехода пищи въ кишечникъ, т.-е. на моторную дѣятельность желудка, при условіи, само-собою разумѣется, здороваго состоянія кишки и почекъ. Klempner⁵⁾

¹⁾ Klin. d. Verdauungskr. 1889.

²⁾ Zeitsch. f. Kl. Med. Bd. XI. 1886.

³⁾ Path. u. Th. d. Krank. d. Verdauungsp. 1891.

⁴⁾ Therapeut. Monatshefte v. Liebreich. Aug. 1887.

⁵⁾ Deut. med. Wochensh. 1888. № 47.

для этой же цели рекомендовалъ масляный способъ: больному вливается 100 с. с. оливковаго масла въ пустой или въ промытый передъ опытомъ желудокъ; спустя 2 часа масло извлекается обратно; на основаніи разницы между введеннымъ и полученнымъ обратно количествомъ масла судится о двигательной способности желудка. Точно также для опредѣленія моторной функціи желудка могутъ служить и пробный завтракъ Ewald'a, а равно и пробный обѣдъ Leube-Riegel'я, — предложенные собственно для возбужденія и опредѣленія секреторной функціи желудка. Оба способа основаны на опредѣленіи продолжительности пищеваренія: здоровый желудокъ послѣ пробнаго завтрака бываетъ пустъ черезъ 2—2½, а послѣ пробнаго обѣда черезъ 5—7 часовъ.

Мы видимъ, что эти данныя относительно продолжительности пищеваренія довольно близки къ тѣмъ, которыя имѣлись у прежнихъ изслѣдователей. Beaumont ¹⁾, Grasse, Busch ²⁾, Bidder и Schmidt, Kretschy ³⁾ опредѣляютъ продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ въ 4—5 часовъ, безъ точнаго указанія количества принятой пищи. Однако уже упомянутые авторы отмѣтили, что въ этомъ отношеніи существуютъ значительныя индивидуальныя колебанія. Beaumont изъ своихъ наблюденій надъ канадцемъ Saint-Martin могъ представить таблицу цифръ, указывающихъ, что различныя пищевыя вещества требуютъ для своего перевариванія въ желудкѣ неодинаковаго времени. Точно также Busch, Kretschy и Richet ⁴⁾ отмѣчаютъ вліяніе бодрствованія и сна, а также нѣкоторыхъ другихъ агентовъ (введеніе спирта, кофе) на среднюю продолжительность пищеваренія. Эти наблюденія остаются цѣнными, какъ для врача, такъ и для физиолога, хотя ихъ точности вредитъ въ значительной мѣрѣ то обстоятельство, что всѣ они были произведены надъ субъектами, имѣвшими фистулы желудка или двѣнадцатиперстной кишки, у которыхъ желудокъ не былъ поставленъ въ нормальныя условія. Позднѣйшія работы устанавливають вліяніе тепла и холода на продолжительность пищеварительнаго процесса. Такъ, Fleischer ⁵⁾, вводя ½—1½ литра холодной воды, нашелъ, что перевариваніе пробнаго обѣда замѣтно

¹⁾ Neue Versuche u. Beobacht. etc. Deut. v. Euden. Leipzig. 1834.

²⁾ Virchow's Arch. Bd 14. 1858.

³⁾ Deut. Arch. f. Kl. Med. XVIII. 1876.

⁴⁾ Du suc gastrique. 1878.

⁵⁾ Berl. klin. Wochensch, 1882 № 7.

задерживается; съ другой стороны прикладыванье горячихъ компрессовъ сокращаетъ продолжительность пищеваренія. Точно также Fleischer, а равно и Cohn ¹⁾ нашли, что ходьба задерживаетъ процессъ пищеваренія; по Родзаевскому ²⁾ продолжительность перевариванія одинаковаго количества пищи зависитъ еще и отъ времени сутокъ: колебанія для дня 5—8 часовъ, для ночи 9—10½.

Итакъ, мы видимъ, что продолжительность пищеварительнаго акта подчиняется весьма многимъ и разнообразнымъ влияніямъ и подвержена значительнымъ физиологическимъ колебаніямъ. Въ виду этого врядъ-ли можно установить вполне опредѣленный срокъ продолжительности пребыванія пищи въ желудкѣ, пользуясь которымъ мы могли-бы съ точностью судить объ отступленіяхъ моторной функціи отъ нормы. Кромѣ того при этомъ способѣ не исключена и всасывательная способность желудка.

Наши опыты надъ собаками показываютъ, что на продолжительность желудочнаго пищеваренія громадное значеніе имѣетъ количество вводимой пищи.

Здоровыя и крѣпкія собаки средней величины, послѣ сурочнаго голоданія, накормленныя до-сыта, спустя даже 15—17 часовъ содержали еще порядочное количество пищевой кашицы. Сравнительно небольшія количества пищи,—800—1000 с. с. говяжьяго бульона съ 150 grm. мяса или ¼ фунта мяснаго порошка,—у собакъ, кормленныхъ передъ опытомъ въ сутки одинъ разъ,—оставляли желудокъ уже спустя 3—4 часа.

Слѣдующіе 3 опыта были предприняты съ цѣлью узнать, въ какомъ состояніи находится моторная дѣятельность при остромъ катаррѣ желудка.

I. Собакѣ средней величины въ теченіе двухъ дней ввѣдилось черезъ зондъ на тощій желудокъ 130 с. с. разбавленнаго алкоголя (90 с. с. алкоголя + 40 с. с. воды). На 3-й день, послѣ 15-ти часоваго голоданія собаки, ей введено черезъ зондъ 1000 с. с. говяжьяго бульона съ ½ фунтомъ мяснаго порошка. Спустя восемь часовъ собака убита. Желудокъ содержитъ 220 с. с. пищевой кашицы, кислой реакціи; есть свободная HCl (Congo и vert-brillant); есть пептоны (біуретова реакція).

II. Большой собакѣ въ теченіе 3-хъ дней вливался на тощій желудокъ разбавленный алкоголь (100 с. с. спирта +

¹⁾ Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 43. 1888.

²⁾ Медич. Обозр. Т. 21. 1884.

50 с. с. воды). На четвертый день тоже послѣ 15-ти часового голоданія собакъ введено 1000 с. с. говяжьяго бульона съ $\frac{1}{2}$ фунтомъ мяснаго порошка. По прошествіи 8 $\frac{1}{2}$ часовъ собака убита. Желудокъ содержитъ 180 с. с. пищевой кашицы, въ которой есть пептоны и свободная HCl.

III. Собакъ средней величины вливался черезъ зондъ въ продолженіе 2-хъ дней разбавленный алкоголь (70 с. с. спирта + 30 с. с. воды). На третій день послѣ 20-ти часового голоданія собакъ введено 1000 с. с. бульона съ $\frac{1}{2}$ фунтомъ мяснаго порошка. Спустя девять часовъ собака убита. Желудокъ содержитъ 90 с. с. пищевой кашицы.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ развился рѣзкій острый катарръ желудка: слизистая оболочка была очень красна, набухла, покрыта экхимозами; мѣстами немного слизи.

Такимъ образомъ, сравнивая полученные результаты съ тѣми, которые мы имѣли для здоровыхъ собакъ, мы должны прийти къ заключенію, что моторная сила желудка была во всѣхъ 3-хъ случаяхъ остраго катарра довольно значительно ослаблена.

Наши клиническія наблюденія показываютъ, что у всѣхъ 34 изслѣдованныхъ нами больныхъ хроническимъ катарромъ желудка, у которыхъ не было безспорнаго расширенія этого органа, моторная сила желудка была болѣе или менѣе уменьшена. При своихъ изслѣдованіяхъ мы пользовались методомъ пробнаго завтрака (20 случаевъ) и методомъ пробнаго обѣда (16 опытовъ). Желудокъ предварительно промывался, затѣмъ, спустя часъ, больнымъ предлагалась указанная ѣда. Послѣ завтрака мы, спустя 4—5 часовъ, находили еще пищевую кашицу при выкачиваніи желудка; послѣ обѣда остатки пици извлекались спустя 8 $\frac{1}{2}$ —12 часовъ.

Такимъ образомъ, и здѣсь полученныя цифры превышаютъ нормальныя и указываютъ на большее или меньшее ослабленіе мускульной дѣятельности желудка при хроническомъ катаррѣ этого органа.

Эта слабость мускулатуры желудка, слабость его перистальтическихъ движеній, безспорно имѣетъ громадное вліяніе на развитіе диспептическихъ явленій при катаррѣ, а также несомнѣнно поддерживаетъ развитіе и теченіе этого недуга. Результатомъ уменьшенія двигательной дѣятельности является задержка содержимаго въ желудкѣ; эта задержка содержимаго, обременяя желудокъ, содѣйствуетъ еще большому пониженію тонуса желудочной мускулатуры, что въ

конецъ концовъ ведетъ къ расширенію органа. Кромѣ того, пребываніе пищевой кашицы въ желудкѣ долѣе должнаго срока является причиной того, что продукты пищеваренія начинаютъ раздражать слизистую оболочку желудка, что, конечно, отражается на дѣятельности пепсиновыхъ железъ, возбуждая ненормально ихъ секрецію. Наконецъ, при задерживаніи желудочнаго содержимаго образуются продукты разложенія пищи, ибо при слабости движеній желудка, при долѣе долгомъ пребываніи пищевой кашицы въ желудкѣ, создаются благоприятныя условія для вегетациі тѣхъ микроорганизмовъ, которые обусловливаютъ процессы броженія. Желудокъ раздувается газами,—обстоятельство, конечно, вредно отзывающееся на его функціи, являются на сцену вонючія отрыжки и отрыжки прогорклымъ желудочнымъ содержимымъ,—словомъ тѣ тягостныя ощущенія, на которыя особенно жалуются больные.

На участіе микроорганизмовъ въ происхожденіи диспептическихъ явленій при катаррѣ желудка указываютъ въ послѣднее время многіе изслѣдователи (напр. Naunyn¹⁾), обращая вниманіе на то, что недостаточно объяснить только однимъ механическимъ моментомъ—нарушеніемъ желудочной перистальтики,—происхожденіе диспептическихъ разстройствъ; необходимо въ тѣхъ случаяхъ катарра, гдѣ нѣтъ безспорнаго расширенія желудка, а также гдѣ нерѣдко потеряна мускульная сила органа,—поставить въ связь указанныя тягостныя ощущенія больныхъ съ жизнедѣятельностью низшихъ организмовъ.

Извѣстно, что пищеварительный каналъ по всему своему протяженію, начиная съ полости рта и кончая прямою кишкою, служитъ мѣстомъ постояннаго пребыванія различныхъ микроорганизмовъ. Работы Duclaux²⁾, Vignal et Mallasez³⁾ и друг. показываютъ, что желудочно-кишечный каналъ богато населенъ различнаго рода низшими организмами. Невольно, при современномъ состояніи ученія о паразитныхъ микроорганизмахъ, является мысль, что бактеріальное населеніе желудка и кишекъ должно имѣть вліяніе, какъ на физиологическіе процессы пищеваренія, такъ и на патологию пищеварительныхъ органовъ. Для нѣкоторыхъ инфекціонныхъ

¹⁾ D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 31. 1882.

²⁾ Sur la digestion gastrique. Compt. rend. 1882.

³⁾ Travaux du laborat. d'hist. du College de France. Paris, 1886—1888.

болѣзней, причина которыхъ гнѣздится въ кишечникѣ, уже найдены специфическія бактеріи, вызывающія эти страданія, какъ, напр., *cholera asiatica*, *cholera nostras* и *typhus abdominalis*. Клиническія наблюденія надъ тѣмъ страданіемъ, которое извѣстно подъ именемъ катарра желудка, заставляютъ думать, что микроорганизмы принимаютъ участіе, какъ въ этиологіи, такъ и въ теченіи этого недуга. Бываютъ случаи катарра желудка, которые никакъ не могутъ быть подведены подъ нарушеніе секреторной функціи этого органа, и въ которыхъ двигательная дѣятельность не представляетъ рѣзкаго отклоненія отъ нормы; въ такого рода случаяхъ самое тщательное изслѣдованіе желудочнаго сока показываетъ, что обѣ главныя составныя части его—соляная кислота и пепсинъ—содержатся въ сокѣ, а между тѣмъ диспептическія явленія всѣ на лицо, и разсматривать ихъ, какъ выраженіе нервной диспепсіи желудка, никоимъ образомъ нельзя, ибо подобные больные далеко не всегда неврастеники. Такъ, такія формы катарра желудка сопутствуютъ нѣкоторымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ,—обстоятельство, невольно наводящее на мысль о паразитарномъ происхожденіи такихъ катарровъ. Съ другой стороны уже а priori слѣдуетъ допустить, что микроорганизмы, вегетирующіе въ полости желудка при катаррѣ его, не остаются безъ вліянія на теченіе самаго процесса, подготавливая удобную и необходимую почву для его поддержки и дальнѣйшаго развитія. Клиническія наблюденія подтверждаютъ это предположеніе, показывая, что участіе микроорганизмовъ при катаррѣ желудка неоспоримо: зачастую явленія диспепсіи—особенно отрыжка тухлымъ яйцомъ и съ гнилостнымъ запахомъ—противостоятъ обычной терапіи и быстро уступаютъ леченію, направленному къ дезинфекціи и удаленію бактеріальнаго населенія пораженнаго желудка (промываніе растворомъ борной кислоты, резорцина и проч.).

Такимъ образомъ естественно возникаютъ слѣдующіе вопросы: 1) не обусловливаются ли нѣкоторыя формы катарра желудка какимъ-либо специфическимъ микроорганизмомъ, паразитарно-вегетирующимъ на слизистой оболочкѣ его; 2) не сопутствуется ли катаррѣ желудка развитіемъ въ полости этого органа какихъ-либо микроорганизмовъ, наблюдающихся при страданіи, и не является ли это обстоятельство условіемъ, поддерживающимъ теченіе и развитіе самаго катарра; 3) каково вліяніе всѣхъ вообще микроорганизмовъ, встречающихся въ содержимомъ катаррального желудка, на процессъ пищеваренія.

Само собой разумѣется, что для рѣшенія этихъ вопросовъ намъ слѣдовало ознакомиться съ бактеріальнымъ населеніемъ катаррального желудка въ случаяхъ, гдѣ эта болѣзнь является, какъ самостоятельное страданіе, а такъ же и какъ послѣдовательное.

Но прежде чѣмъ излагать свои собственные изслѣдованія и результаты, къ которымъ они меня привели, я долженъ сдѣлать обзоръ тѣхъ работъ, которыя касаются вліянія, оказываемаго желудочнымъ сокомъ на микроорганизмы, что, понятно, имѣетъ прямое отношеніе къ интересующему насъ вопросу.

Такъ, работа Kabrhel'я имѣетъ своимъ предметомъ изученіе дѣйствій искусственнаго желудочнаго сока на нѣкоторые патогенные микроорганизмы. Авторъ выбралъ слѣдующіе микроорганизмы для своего изслѣдованія: 1) *Bacillus typhosus*; 2) *Komma bacillus*; 3) *Bacillus diphteriticus Emmerich* (?); 4) *Staphylococcus p. aureus* и 5) *Streptococcus articulatus*. Обстановка его опытовъ была слѣдующая: видоизмѣняя различнымъ образомъ составъ искусственнаго желудочнаго сока по отношенію къ процентному содержанію въ немъ соляной кислоты и пепсина, авторъ засѣвалъ въ него чистыя культуры вышеупомянутыхъ микроорганизмовъ. Пробирки съ этими посѣвами помѣщались въ термостатъ съ постоянной t° 37 C., на различное время, по истеченіи котораго изъ содержимаго пробирокъ приготавливались посѣвы, чтобы узнать, сохранили-ли испытуемые микроорганизмы свою жизнеспособность. Помѣщенные въ работѣ таблицы содержатъ изложеніе результатовъ опытовъ. Авторъ приходитъ къ слѣдующему выводу. Соляная кислота, дѣйствуя губельно вообще на указанные микроорганизмы, въ особенности проявляетъ это дѣйствіе по отношенію къ бацилламъ азіатской холеры и брюшнаго тифа. Однако нужно относиться съ осторожностью къ выводамъ этой работы, перенося ихъ къ уясненію дѣйствія нормальнаго желудочнаго сока при естественномъ пищевареніи, ибо обстановка опытовъ автора, — *in vitro*, — значительно, конечно, разнится отъ естественныхъ условій желудочнаго пищеваренія.

Работа J. Straus et Wurtz ¹⁾—о дѣйствіи желудочнаго сока на нѣкоторые патогенные микроорганизмы—касается вопроса относительно вліянія желудочнаго сока на *bacillus tuberculosis*, *bacillus anthracis*, *bacillus typhosus* и *Komma*

¹⁾ Arch. de med. exper. et d'anat. pathol. 1889. № 3.

bacillus. Авторы начинают изложение своей работы съ краткаго историческаго обзора вопроса о сущности причинъ желудочнаго пищеваренія и заканчиваютъ упоминаніемъ извѣстнаго стариннаго опыта Spallanzani, который (опытъ) заставилъ этого ученаго утверждать, что «non seulement la digestion n'est pas accompagnée de pourriture, mais encore qu'il y a dans l'estomac des animaux un principe qui l'arrête, qui est antiseptique». Исходя изъ этого положенія, авторы пожелали изслѣдовать экспериментально, каково дѣйствіе желудочнаго сока на нѣкоторые патогенные микроорганизмы, и такимъ образомъ узнать, не есть-ли желудокъ естественный защитникъ организма отъ зараженія микробами. Желудочный сокъ, съ которымъ работали авторы, былъ троякаго происхожденія: собачій, изъ сычуга барана и человѣчскій. Первый добывался изъ искусственной желудочной фистулы, сдѣланной здоровому, хорошо упитанному щенку, второй—изъ сычуга только-что убитаго барана и третій получался съ помощью желудочнаго зонда отъ здороваго молодаго субъекта. Содержаніе HCl въ вышеупомянутыхъ желудочныхъ сокахъ было слѣдующее: въ собачьемъ—2,95 про Mille; въ бараньемъ—1,95 р. М. и въ человѣческомъ—0,944 р. М. Пищеварительная способность упомянутыхъ желудочныхъ соковъ испытывалась обычнымъ способомъ—пробою переварки кусочковъ куринаго варенаго бѣлка при $t^{\circ} 38$ С. Микроскопическое изслѣдованіе только-что собранныхъ порцій желудочнаго сока показывало въ нихъ присутствіе различной формы микроорганизмовъ и плѣсневыхъ споръ, которыя, однако, не только не размножались въ желудочномъ сокѣ, но даже съ теченіемъ времени (черезъ 8 дней) совсѣмъ становились неспособными къ размноженію. Въ виду этого авторы приходятъ къ заключенію: 1) что предположеніе Spallanzani объ антисептическомъ свойствѣ желудочнаго сока подтверждается экспериментально и 2) что для полученія стерилизованнаго желудочнаго сока достаточно его продержатъ 8 дней при обыкновенной комнатной температурѣ. Подъ это правило не подходитъ только желудочный сокъ барана, который и черезъ 15 дней, по изслѣдованіямъ авторовъ, еще даетъ колоніи микроорганизмовъ на посѣвахъ. Это исключеніе авторы объясняютъ тѣмъ, что въ желудкѣ барана, какъ животнаго травояднаго, находится много споръ *bacillus subtilis*, а, извѣстно, споры этого микроорганизма отличаются большею стойкостью противъ всѣхъ агентовъ.

Самый опытъ изслѣдованія дѣйствія желудочнаго сока—какъ

выше сказано различного происхожденія—на перечисленные патогенные микроорганизмы располагался слѣдующимъ образомъ.

Въ стерилизованную пробирку наливался 1 с. с. испытуемаго желудочнаго сока, куда прибавлялось столько чистой культуры указанныхъ микроорганизмовъ, сколько можно было захватить прокаленной и охлажденной петлею платиновой проволоки. Затѣмъ пробирка помѣщалась въ термостатъ съ постоянной t° 38 С. на болѣе или менѣе продолжительное время, по истеченіи котораго дѣлались изъ содержимаго пробирки посѣвы на желатинѣ; фактъ отсутствія или присутствія на посѣвахъ испытуемыхъ микроорганизмовъ рассматривался—въ первомъ случаѣ— за активное дѣйствіе желудочнаго сока на микроорганизмы, во второмъ же—за отрицательный результатъ этого дѣйствія. Для *bacillus tuberculosis*, который, какъ извѣстно, не вегетируетъ на желатинѣ, авторы замѣнили этотъ методъ тѣмъ, что, послѣ дѣйствія желудочнаго сока на бугорковыя палочки, содержимое пробирокъ прививалось животнымъ, способнымъ къ зараженію туберкулезомъ.

Выводы авторовъ слѣдующіе. У животныхъ,—главнымъ образомъ у морскихъ свинокъ,—которымъ была привита ядовитая культура *bacillus tuberculosis*, пробывшая въ желудочномъ сокѣ собаки въ теченіе 1—6 часовъ при t° 38 С., образуется мѣстное туберкулезное пораженіе въ мѣстѣ прививки, которое затѣмъ даетъ общее туберкулезное зараженіе.

Подобная же прививка такой же культуры, подвергавшейся дѣйствию желудочнаго сока въ теченіе отъ 8 до 12 часовъ, вызываетъ только мѣстное туберкулезное пораженіе, которое кончается выздоровленіемъ. Этотъ фактъ, по мнѣнію авторовъ, указываетъ на возможность полученія такимъ способомъ ослабленной культуры бугорковой палочки. Наконецъ, подкожныя прививки культуры *bacillus tuberculosis*, подвергавшейся дѣйствию желудочнаго сока собаки въ продолженіе отъ 18 до 36-ти часовъ, не вызываютъ никакого пораженія, даже мѣстнаго, изъ чего слѣдуетъ, что *bacillus tuberculosis* отъ такого дѣйствія сока совершенно погибаетъ или, по крайней мѣрѣ, лишается своей ядовитости.

Опыты съ микроорганизмами брюшнаго тифа показали, что этотъ микроорганизмъ погибаетъ при дѣйствиіи на него желудочнаго сока челоуѣка, собаки и барана въ теченіе отъ 2-хъ до 3-хъ часовъ при t° 38. Наконецъ, опыты съ *Comma bacillus* показали, что микроорганизмъ азіатской холеры мо-

жесть противостоятъ дѣйствию желудочнаго сока собаки, барана и человека только въ продолженіе двухъ часовъ при t° 38. Въ концѣ своей работы авторы задаются вопросомъ, что же дѣйствуетъ въ желудочномъ сокѣ разрушительно на полученные микроорганизмы, — какое-либо особое начало или только присутствіе въ немъ HCl? Слѣдующій опытъ показалъ авторамъ, что это разрушительное дѣйствіе желудочнаго сока зависитъ отъ соляной кислоты его и что оно состоитъ не въ переваркѣ микроорганизмовъ, не въ переведеніи ихъ, подобно бѣлкамъ, въ пептоны, а главнымъ образомъ, какъ это думалъ еще Spallanzani, въ антисептическомъ вліяніи, присущемъ соляной кислотѣ. Они заставляли дѣйствовать на культуры указанныхъ микроорганизмовъ растворъ HCl въ томъ же процентномъ содержаніи, какъ и въ желудочномъ сокѣ, причемъ обстановка опыта во всемъ остальномъ оставалась прежнею. Результатъ этого опыта показалъ, что и одна HCl въ томъ содержаніи, какое наблюдалось въ испытуемыхъ порціяхъ желудочнаго сока, дѣйствуетъ также разрушительно на микроорганизмы, какъ и самъ желудочный сокъ. Заключая свою работу, авторы совершенно справедливо указываютъ на ту разницу, которая имѣется между условіями ихъ опытовъ и естественною обстановкою пищеваренія въ желудкѣ, а потому и предостерегаютъ отъ слишкомъ рѣшительныхъ выводовъ изъ своихъ изслѣдованій.

Къ наблюденіямъ, только что изложеннымъ, относятся также работы Frank'a ¹⁾ и Falk'a ²⁾, которые констатируютъ фактъ разрушительнаго дѣйствія желудочнаго сока на нѣкоторые патогенные микроорганизмы, причемъ активность этого дѣйствія авторы относятъ на счетъ HCl сока.

Работа Баженова ³⁾ надъ дѣйствіемъ желудочнаго сока на микроорганизмъ брюшнаго тифа также подтверждаетъ фактъ губительнаго дѣйствія HCl желудочнаго сока въ 0,5% по отношенію къ этому микроорганизму.

Работа Macfadyen'a ⁴⁾ тоже свидѣтельствуетъ о разрушительномъ дѣйствіи по отношенію къ микроорганизмамъ, какъ одной HCl, такъ и HCl, съ пепсиномъ; дѣйствіе же одного пепсина, по даннымъ этой работы, не имѣетъ губительнаго вліянія на микроорганизмы. Авторъ производилъ свои изслѣдованія надъ слѣдующими микроорганизмами: bacillus

¹⁾ Deut. medic. Wochensch. 1884. 309.

²⁾ Virchow's Arch. 1883. III, LXC.

³⁾ Ежемед. клин. Газ. 1885.

⁴⁾ The Journ. of Anat. and Phys. 1887. T. XXI.

prodigiosus, Komma bacillus, bacillus Finkler et Prior, bacillus anthracis, bacillus murisepticus, micrococcus tetragenus и bacillus typhosus. Самые опыты располагались слѣдующимъ образомъ: въ извѣстному количеству обыкновенной стерилизованной желатины прибавлялось извѣстное количество или соляной кислоты, или пепсина, или, наконецъ, смѣси HCl съ пепсиномъ; затѣмъ на желатину, такимъ образомъ приготовленную, прививалась культура испытуемаго микроорганизма. Содержаніе въ желатинѣ только отъ 0,05%—0,5% HCl оказываетъ гибельное дѣйствіе на вышеупомянутые микроорганизмы.

Работа Hamburger'a ¹⁾ разбираетъ вопросъ объ активности дѣйствія молочной и соляной кислотъ въ свободномъ и связанномъ состояніи на микроорганизмы. Авторъ въ нормальный желудочный сокъ, добытый зондомъ у здороваго человѣка, а также въ растворы различной крѣпости HCl и $C_3H_6O_3$ безъ пептона и съ пептономъ, прибавлялъ культуры изслѣдуемыхъ микроорганизмовъ и затѣмъ ставилъ посѣвы въ термостатъ съ постоянной t° 37 C. на различное время, по истеченіи котораго приготовлялись изъ этого матеріала platten-cultur. Результаты работы автора показываютъ, что разрушительное дѣйствіе желудочнаго сока на микроорганизмы зависитъ не только отъ процентнаго содержанія въ немъ кислотъ, но и отъ содержанія веществъ, связующихъ эти кислоты.

Работа Кіановскаго ²⁾—о противомикробномъ свойствѣ желудочнаго сока,—по словамъ автора, имѣла цѣлью рѣшить вопросъ, какова судьба микробовъ, попадающихъ въ желудокъ, и какъ на нихъ влияетъ желудочный сокъ или вѣрнѣе, его HCl въ самомъ желудкѣ, а не in vitro? Авторъ располагалъ свои опыты слѣдующимъ образомъ. Передъ выкачиваньемъ желудочнаго содержимаго испытуемый субъектъ очищалъ свою полость рта дезинфицирующими растворами. Полученное содержимое желудка раздѣлялось на три порціи. Изъ 1-й порціи добывался стерилизованной пипеткой 1 с. с., который смѣшивался съ обыкновенной желатиной или агаръ-агаромъ; полученные такимъ образомъ посѣвы подвергались количественному опредѣленію колоній микроорганизмовъ, выросшихъ на этихъ питательныхъ средахъ. Во второй порціи опредѣлялась кислотность и процентное содержаніе HCl. Третья порція, взятая какъ и первыя двѣ въ количе-

¹⁾ Centralblatt f. Klin. Med. 1890. № 24.

²⁾ Врачъ 1890, стр. 864, 915, 937.

ствѣ 1 с. с., доводилась до средней или слегка щелочной реакціи и затѣмъ подвергалась той-же процедурѣ, что и первая порція. Авторъ изслѣдовалъ бактеріальное населеніе во-первыхъ, тощаго желудка (промываніе стерилизованной водой), затѣмъ желудка, расширеннаго и пораженнаго ракомъ. Наконецъ, желая выяснитъ, насколько вліяетъ качество принимаемой пищи на количество микроорганизмовъ въ желудкѣ и какъ дѣйствуетъ въ этомъ случаѣ на нихъ желудочный сокъ, авторъ произвелъ рядъ опытовъ, давая испытуемымъ лицамъ то круто сваренные куриные бѣлки, то обыкновенный хлѣбъ, то или завѣдомо обезпложенную пищу, или на оборотъ—не обезпложенную. Суммируя результаты своей работы, Кіановскій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) тощій желудокъ здороваго человѣка содержитъ въ себѣ много микробовъ; 2) количество микробовъ въ желудочномъ содержимомъ въ первые часы пищеваренія находится въ прямой зависимости отъ обилія микробовъ въ проглоченной пищѣ, питьѣ, воздухѣ, слюнѣ и проч.; 3) желудочный сокъ, главнымъ образомъ его HCl, обладаетъ противомикробными свойствами; 4) въ желудочномъ пищевареніи бактеріи, весьма вѣроятно, никакого участія не принимаютъ.

Къ этимъ четыремъ положеніямъ авторъ прибавляетъ еще слѣдующія соображенія: а) люди, желудокъ которыхъ вслѣдствіе какого-либо заболѣванія выдѣляетъ лишь ничтожное количество HCl, вѣроятно, легче здоровыхъ могутъ заразиться черезъ желудокъ; б) всѣмъ, въ особенности врачамъ, не слѣдуетъ съ утра оставлять желудокъ пустымъ: не даромъ еще Гиппократъ совѣтовалъ врачамъ посѣщать больныхъ лишь съ сытымъ желудкомъ; в) во время эпидеміи, напр. холеры, слѣдуетъ стараться, чтобы желудокъ не оставался надолго пустымъ, чтобы въ немъ содержалось хотя бы и малое количество пищи, предварительно по возможности обезпложенной.

Нельзя не пожалѣть, что въ таблицахъ цитируемой работы не приведено качественного анализа микроорганизмовъ содержамаго желудка, а только одинъ количественный: этотъ пробѣлъ уменьшаетъ интересъ результатовъ самой работы.

Очень обширная и подробная работа Vignal et Malassez ¹⁾ имѣетъ своимъ предметомъ изученіе микроорганизмовъ полости рта и фекальныхъ массъ, не затрогивая непосред-

¹⁾ Travaux du lab. d'hist. du Col. de France. Paris. 1886—1887.

ственно вопроса, насъ интересующаго. Мы упоминаемъ однако объ этой работѣ, какъ о первой попыткѣ систематики микроорганизмовъ, находящихся въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ пищеварительнаго канала.

Работа W. de Bary ¹⁾—о микроорганизмахъ желудочнаго содержимаго—касается вопроса, разбираемаго нами, причемъ методъ изслѣдованія, употреблявшійся авторомъ, былъ очень близокъ къ тому, котораго и мы держались, какъ это видно будетъ ниже. Авторъ изслѣдовалъ въ клиникѣ проф. Kussmaul'я въ 16 случаяхъ содержимое желудка здороваго человѣка и у больныхъ различными недугами—суженіе пищевода, круглая язва желудка, ракъ желудка, туберкулезъ легкихъ, истерія, нефритъ, *tabes dorsalis*, брюшной тифъ.

Изслѣдованію подвергалось желудочное содержимое, добытое промываніемъ, или же для этой цѣли употреблялась рвота. Изслѣдованіе было сначала микроскопическое, а затѣмъ производились посѣвы на слѣдующихъ питательныхъ средахъ: 1) водный растворъ Либиховскаго мяснаго экстракта, крѣпость котораго опредѣлялась цвѣтомъ,—цвѣтъ вина темно-желтаго оттѣнка; 2) тотъ же растворъ Либиховскаго экстракта съ прибавленіемъ 8—10% воднаго раствора винограднаго сахара; 3) кислое прокипяченное молоко; 4) молоко; 5) желатина съ прибавленіемъ мяснаго Либиховскаго экстракта и винограднаго сахара и 6) крахмальный клейстеръ.

Основываясь на микроскопическомъ изслѣдованіи, а также на бактериологическомъ анализѣ выдѣленныхъ микроорганизмовъ, авторъ констатировалъ въ содержимомъ желудка присутствіе слѣдующихъ микроорганизмовъ: 1) *sarcina ventriculi* (въ двухъ случаяхъ язвы желудка и въ случаѣ «атоніи желудка»); 2) плѣсени—*oidium lactis* (суженіе привратника послѣ отравленія HCl и «атоніи желудка»); другія формы плѣсени (суженіе привратника и ракъ желудка) *Mucor muced.* (ракъ желудка, язва желудка и суженіе привратника; 3) споры: круглой формы (суженіе привратника послѣ отравленія, «атоніи желудка», амилоидная кахексія); овальной формы (ракъ желудка, язва желудка и суженіе привратника, ракъ привратника, истерія, амилоидная кахексія); *chalariform* («атоніи желудка», язва желудка и суженіе привратника, истерія, амилоидная кахексія); 4) бактеріальныя формы: а) *bac. amylobacter* (язва желудка и суженіе привратника, «атоніи желудка»); б) *Zickzackbacterium* (суженіе приврат-

¹⁾ Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. XX. 1885.

ника послѣ отравленія HCl, язва желудка, истерія); с) *leptothrix buccalis* (брюшной тифъ, *tabes dorsalis*).

Zickzackbacterium авторъ выдѣляетъ въ новую форму—*bacillus geniculatus*,—основываясь на изученіи морфологическихъ и биологическихъ свойствъ этого микроорганизма.

De Bary отмѣчаетъ слѣдующій фактъ изъ своихъ наблюденій. При микроскопическомъ изслѣдованіи содержимаго желудка обыкновенно наблюдается богатая и разнообразная картина бактеріальнаго населенія его, при посѣвѣ же этого содержимаго на различныя питательныя среды зачастую или ничего не получается, или получаютъ только немногіе виды изъ микроорганизмовъ, которые были наблюдаемы при микроскопическомъ изслѣдованіи. Это явленіе авторъ объясняетъ тѣмъ, что HCl желудочнаго сока убиваетъ вегетативныя формы и такимъ образомъ подъ микроскопомъ мы видимъ уже мертвые микроорганизмы, неспособные къ размноженію. Изъ этого правила онъ дѣлаетъ исключеніе только для споръ и для тѣхъ вегетативныхъ формъ, которыя, попадая въ желудокъ съ пищею, бываютъ случайно защищены обволакиваніемъ частицами пищи отъ разрушительнаго дѣйствія HCl сока. Авторъ, придя такимъ образомъ къ отрицательнымъ результатамъ въ своихъ изслѣдованіяхъ, справедливо замѣчаетъ, что разбираемый вопросъ не долженъ быть рѣшенъ только однимъ констатированіемъ различныхъ видовъ микроорганизмовъ въ содержимомъ желудка, но что надлежитъ изслѣдовать, какое имѣютъ вліяніе эти микроорганизмы на процессъ пищеваренія, а также—какіе происходятъ химическіе процессы при вегетации самихъ микроорганизмовъ въ полости желудка. Эта работа имѣетъ для насъ особенный интересъ, такъ какъ методъ изслѣдованія былъ выбранъ авторомъ аналогичный съ нашимъ методомъ, однако результаты, къ которымъ мы пришли, какъ видно будетъ далѣе, разнятся отъ тѣхъ, къ которымъ пришелъ de Bary.

Такимъ образомъ, изъ всѣхъ приведенныхъ работъ несомнѣнно выясняется фактъ пребыванія въ содержимомъ желудочнокишечнаго канала разнообразныхъ микроорганизмовъ, а также и губительное дѣйствіе на нихъ HCl желудочнаго сока.

Совершенно отдѣльно отъ этихъ работъ стоитъ работа Abe-lous ⁴⁾). Авторъ изслѣдовалъ бактеріальное населеніе своего собственнаго здороваго желудка, который промывался нато-

⁴⁾ Comp. Rend. T. 108. p. 310. 1889.

щагъ стерилизованной водой; онъ выдѣлилъ и культивировалъ на желатинѣ, агаръ-агарѣ, картофелѣ, кровяной сывороткѣ, въ бульонѣ нейтральномъ и кисломъ, слѣдующіе микроорганизмы, весьма часто встрѣчавшіеся въ желудкѣ: 1) *Sarcina ventriculi*; 2) *Bacil. pyocyaneus*; 3) *Bacter. lactis aerogenes*; 4) *Bacil. subtilis*; 5) *Bacil. mycoides*; 6) *Bacil. amylobacter*; 7) *Vibrio rugula*, а также и еще девять, никѣмъ не описанныхъ видовъ, которые *Abelous* обозначаетъ литерами А, В, С, D.....; одинъ изъ этихъ микроорганизмовъ кокковой, а восемь остальныхъ бактеріальной формы. Авторъ затѣмъ изслѣдовалъ ту степень сопротивляемости, какую найденные микроорганизмы оказываютъ влиянію искусственнаго желудочнаго сока; эти наблюденія показали, что время, потребное для губительнаго дѣйствія желудочнаго сока на указанные микроорганизмы, значительно превышаетъ продолжительность желудочнаго пищеваренія. Наконецъ, авторъ изучилъ дѣйствіе, оказываемое каждымъ изъ найденныхъ микроорганизмовъ порознь, а также и всѣми вмѣстѣ, на различныя пищевыя вещества, предварительно стерилизованныя: молоко, свернувшійся куриный бѣлокъ, фибринъ, лактоза, тростниковый сахаръ, глюкоза, крахмалъ. *Abelous* нашелъ, что нѣкоторые изъ указанныхъ микроорганизмовъ растворяютъ бѣлокъ, другіе его пептонизируютъ, третьи превращаютъ крахмалъ въ сахаръ и т. д.,—словомъ переваривающая способность микроорганизмовъ по отношенію къ перечисленнымъ пищевымъ веществамъ была несомнѣнна, при чемъ можно было доказать присутствіе и такихъ продуктовъ пищеваренія, какъ лейцинъ, тирозинъ, жирныя кислоты. Заключение автора слѣдующія.

1. Здоровый желудокъ содержитъ довольно много микроорганизмовъ, которые хорошо противостоятъ дѣйствію искусственнаго желудочнаго сока; многіе изъ нихъ могутъ вегетировать безъ воздуха.

2. Микроорганизмы эти оказываютъ *in vitro* болѣе или менѣе быстрое и энергичное дѣйствіе на различныя пищевыя субстанціи.

3. Основываясь на времени, потребномъ для указаннаго дѣйствія микроорганизмовъ *in vitro*, нужно думать, что при естественныхъ условіяхъ это дѣйствіе микроорганизмовъ обнаруживается главнымъ образомъ въ кишкахъ, а не въ желудкѣ, гдѣ пища остается сравнительно недолго.

4. Попадая вмѣстѣ съ пищевою кашицею въ кишечникъ, упомянутые микроорганизмы должны играть существенную

роль при пищевареніи, ибо многіе изъ нихъ и въ условіяхъ неблагоприятныхъ, т. е. *in vitro*, быстро разлагають пищевыя вещества.

Перехожу къ изложенію своихъ наблюденій; начну съ техники опытовъ.

Для добыванія желудочнаго содержимаго мы употребляли мягкій зондъ Фошэ, который стерилизовался слѣдующимъ образомъ: онъ промывался и обмывался стерилизованной водой, затѣмъ вновь промывался крѣпкой сѣрной кислотой, которая смывалась струей стерилизованной дистиллированной воды до тѣхъ поръ, пока вытекающая вода не давала на лакмусовую бумажку нейтральной реакціи. Ротъ и глотка испытуемаго субъекта, по возможности, тщательно прополаскивались дистиллированной водой. Затѣмъ зондъ съ поверхности обмывался еще разъ спиртомъ, проводился черезъ пламя спиртовой лампочки и, быстро смоченный стерилизованной водой, тотчасъ вводился въ желудокъ, при чемъ было наблюдаемо, чтобы конецъ зонда не прикасался къ стѣнкамъ полости рта. Желудочное содержимое послѣ этого извлекалось при помощи Expressions-methode Ewald'a. Если же сокращеній брюшнаго пресса, которымъ помогали еще кашлевыя движенія, бывало недостаточно для того, чтобы получить известное количество желудочнаго содержимаго, то въ такихъ случаяхъ (напр., когда зондъ закупоривался кусочками пищи) черезъ стерилизованную въ сухомъ стерилизаторѣ Коха стеклянную воронку, полость которой была выполнена ватною пробкою до самаго момента ея употребленія, — вливалось въ желудокъ незначительное количество нормальнаго физиологическаго раствора предварительно простерилизованнаго въ аутоклавѣ при $t^{\circ} 120^{\circ} \text{C}$. Содержимое желудка собиралось въ стерилизованную колбу, которую закупоривали обезпложенною ватною пробкою; затѣмъ производилось немедленное изслѣдованіе въ слѣдующемъ порядкѣ. Сначала дѣлались посѣвы въ табакеркахъ Petri и въ пробиркахъ Эсмарха. Питательными средами служили слѣдующіе субстраты какъ жидкіе, такъ и твердые: бульонъ щелочной и кислый, бульонъ съ прибавленіемъ глицерина (8%), мясо-пептонна 10% желатина, какъ щелочная, такъ и кислая, 2% мясо-пептонный агаръ-агаръ, какъ кислый, такъ и щелочной, тотъ же агаръ-агаръ съ прибавленіемъ глицерина (8%). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ употреблялись иныя разнообразныя питательныя среды для культивированія тѣхъ микроорганизмовъ, которые требовали, повидимому, особыхъ условій для своей

вегетации; эти питательные среды будут упомянуты ниже при описании соответствующих опытов. Конечно, посевы на этих питательных средах, которые могли быть поставлены в термостат, ставились туда при постоянной t° 37—38° С. В то же время желудочное содержимое исследовалось с помощью микроскопа Цейса (большая модель), апохроматическими линзами 3 mm и 1,5 mm фокусного расстояния с 4,6 и 8 окулярами компенсаторами. Капля содержащего желудка или исследовалась без всякой окраски, а в иных случаях производилось фиксирование препарата и затем окраска его тем или другим методом, употребляемым для окрашивания микроорганизмов. Наконец, производилось качественное определение HCl при помощи реактива Гюнцбурга (флороглюцин-ваниллин), Congo-papier и Vert-brillant; в некоторых случаях производилось и количественное определение HCl,—по способу Sjöquist'a. Определялось также присутствие молочной и других органических кислот по способу Uffelmann'a; бiуретовою реакцією производилось определение пептонов; исследовалась пептическая сила полученного желудочного сока при помощи пищеварительной пробы с фибрином.

Исследование было произведено над следующими болезненными формами: 34 случая хронического неосложненного катарра желудка, 3 случая острого катарра желудка, сопутствовавшего гриппу, 14 случаев нервной диспепсии желудка, 5 случаев рака привратника с последовательным расширением желудка, 4 случая рака желудка, 2 случая круглой язвы желудка и 1 случай рака двенадцатиперстной кишки. Всех опытов было произведено 126. Что касается времени, когда добывалось желудочное содержимое, то оно было различно: делалось выкачивание и натощак, и во время пищеварения. Переходя к изложению полученных результатов, я прежде всего опишу химическую часть наших наблюдений, замѣтивъ, что химическое исследование нас интересовало лишь постольку, поскольку это было необходимо для ориентировки относительно отправления желудка.

Во всех случаях хронического катарра желудка, исследованных нами, качественное определение HCl при помощи вышеупомянутых цветных реакций показало присутствие ее рядом с органическими кислотами; пептическая способность желудочного сока была доказана пищеварительною пробой с фибрином. Бiуретовою реакцією обнаруживались пептоны. В трех исследованных случаях острого ка-

тарра желудка, помимо качественного опредѣленія HCl, дававшего положительный результатъ, было произведено количественное опредѣленіе, показавшее содержаніе HCl въ желудочномъ сокѣ: 1,2 у одного, 1,6 у другого и 1,8 р. М. у третьяго больного; сокъ обладалъ пептической силою. Въ случаяхъ нервной диспепсіи присутствіе HCl было констатировано цвѣтными реакціями, причемъ, если моторная функція желудка была понижена, ergo существовала задержка желудочнаго содержимаго, то реакціи Uffelmann'a показывали присутствіе и органическихъ кислотъ (молочной и жирныхъ). Для опредѣленія двигательной функціи желудка мы пользовались методомъ «пробнаго завтрака» Ewald'a.

Въ трехъ случаяхъ рака привратника (всѣхъ пять) HCl была констатирована рядомъ съ органическими кислотами—молочной и жирными; сокъ обладалъ пептическимъ свойствомъ; въ остальныхъ двухъ, хотя качественныя реакціи дали отрицательный результатъ, но количественное опредѣленіе показало присутствіе HCl, правда, въ незначительномъ количествѣ (0,2—0,3 р. М.). У 4-хъ больныхъ съ сагсипом'ой желудка HCl не была констатирована качественными реакціями въ одномъ случаѣ, причемъ аутопсія показала атрофію слизистой оболочки желудка; въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ HCl открывалась рядомъ съ органическими кислотами и желудочный сокъ переваривалъ фибринъ. Въ двухъ случаяхъ круглой язвы желудка произведено было количественное опредѣленіе HCl, причемъ процентное содержаніе въ одномъ равнялось 3,5 р. М., въ другомъ 2,8 р. М.; органическія кислоты также были ¹⁾).

Въ случаѣ рака двѣнадцатиперстной кишки HCl не была обнаружена цвѣтными реакціями; при аутопсії найдена была атрофія слизистой оболочки желудка.

Бактеріологическое и микроскопическое изслѣдованіе показало присутствіе слѣдующихъ микроорганизмовъ:

Бациллярныя формы.

Bac. subtilis
 „ Emmerich
 „ fluorescens
 „ acidi lactici
 „ butyricus
 „ col. communis
 „ megater.
 Oidium lactis

Кокковые формы.

Staphyl. p. aureus.
 „ „ albus.
 Sarcina alba.
 „ flava.
 „ orangica.
 „ ventriculi.
 Saccharomyces cerevisiae albus.
 „ „ rosaceus.

¹⁾ Большая часть количественныхъ анализовъ была произведена; благодаря любезной готовности пр. Л. З. Мореховца, которому и приношу глубокую благодарность.

Здѣсь перечислены тѣ микроорганизмы, которые были найдены въ желудочномъ содержимомъ во всѣхъ случаяхъ хроническаго катарра желудка, а также въ случаяхъ рака привратника, рака желудка, рака duodeni и круглой язвы желудка. Соединили мы ихъ въ одну группу на томъ основаніи, что всѣ вышеозначенные микроорганизмы получались какъ при катаррѣ, такъ и при остальныхъ упомянутыхъ желудочныхъ страданіяхъ, сопровождающихся, какъ извѣстно, также воспалительными гесп. катарральными измѣненіями слизистой оболочки желудка. Въ содержимомъ при остромъ катаррѣ желудка найдены слѣдующіе микроорганизмы.

Бациллярныя формы.

- Bac. subtilis.
- „ fluorescens.
- „ butyricus (2 раза).
- „ col. communis.
- „ megaterium.
- „ pomme de terre.

Кокковые формы.

- Staph. p. albus.
- Sarcina ventriculi (2 раза).
- „ alba.
- „ flava.
- Saccharomyces cer. albus.

Въ случаяхъ нервной диспепсіи желудочное содержимое заключало слѣдующіе микроорганизмы:

Бациллярныя формы.

- Bac. subtilis
- „ fluorescens.
- „ Emmerich.
- „ col. communis.
- „ megaterium.
- „ butyricus (8 разъ).
- „ acidi lactici (3 раза).

Кокковые формы.

- Staph. p. albus.
- Sarcina ventriculi (5 разъ).
- „ alba.
- „ flava.
- „ orangica.
- Saccharomyces cer. albus.

Какъ видно изъ приведеннаго перечня микроорганизмовъ, найденныхъ въ содержимомъ желудка при вышеупомянутыхъ страданіяхъ, кромѣ, конечно, нервной диспепсіи, всѣ они за исключеніемъ лишь желудочной сарцины, не могли быть рассматриваемы, какъ этиологическій моментъ катарра желудка, такъ какъ, во первыхъ, всѣ эти виды хорошо изучены, и роль ихъ въ различныхъ процессахъ точно опредѣлена, а, во вторыхъ, они могутъ встрѣчаться и въ содержимомъ вполне здороваго желудка, какъ это показали многія изслѣдованія. Только одна желудочная сарцина могла быть заподозрена въ возможности обусловить при извѣстныхъ обстоятельствахъ катаррѣ желудка, и потому наши изслѣдованія были направлены на выясненіе той роли, которую она игра-

еть при катаррѣ, а также на точное изученіе ея свойствъ и способа вегетациі. Наши соображенія относительно возможности считать желудочную сарцину за этиологическій моментъ катарра желудка основывались на слѣдующемъ: 1) постоянное присутствіе желудочной сарцины въ содержимомъ катаррального желудка, особенно при условіи пониженной двигательной функціи желудка (задержка содержимаго); 2) отсутствіе этого микроорганизма въ содержимомъ здороваго желудка, въ чемъ убѣдили насъ собственныя наблюденія и 3) малое знакомство съ явленіями, касающимися морфологіи и вегетациі желудочной сарцины. Но, съ другой стороны, распространенность сарцины въ природѣ—весьма частое полученіе сарцинъ (бѣлой, желтой и оранжевой) при бактериологическихъ изслѣдованіяхъ воздуха, воды и проч., легкость доступа ея съ пищею въ желудокъ,—уменьшаютъ нѣсколько вѣроятіе такого рода предположенія, хотя и не исключаютъ его совсѣмъ: возможно допустить, что желудочная сарцина, если и не можетъ одной своей вегетацией въ полости желудка при нормальныхъ условіяхъ вызвать катарра его, то при нѣкоторыхъ моментахъ, повліявшихъ предварительно на слизистую оболочку желудка, она не остается индифферентною въ развитіи и теченіи этого процесса.

Прежде чѣмъ сообщить наши изслѣдованія относительно желудочной сарцины, мы кратко изложимъ работу Falkenheim'a ¹⁾ о сарцинѣ. Приводя довольно подробно литературу ученія о сарцинѣ, авторъ переходитъ къ изложенію своихъ собственныхъ наблюденій. Онъ бралъ изъ содержимаго желудка, богатаго желудочной сарциной, небольшую частицу на предметное стекло и подвергалъ ее микроскопическому наблюденію съ небольшимъ увеличеніемъ. Прямо подъ микроскопомъ онъ бралъ прокаленную и охлажденную платиновую проволокою то мѣсто изъ препарата, гдѣ особенно много было пакетовъ желудочной сарцины, и заражалъ этимъ желатину, изъ которой приготавливались Platten-cultur. Конечно, несмотря на микроскопъ, авторъ не могъ взять изъ препарата чистую культуру желудочной сарцины. Platten-cultur изъ желатины, по словамъ автора, ставились въ термостатъ при постоянной $t^{\circ} 37^{\circ} \text{C}$ (?). Уже черезъ 24 часа появились колоніи микроорганизмовъ бациллярной формы, а черезъ 36—48 часовъ круглыя слегка желтоватыя колоніи, которыя авторъ описываетъ такими, какими бываютъ обыкно-

¹⁾ Arch. für. exper. Pathol. u. Pharmak. Bd. XIX. 1885.

венно колоніи желтой сарцины. Falkenheim, считая ихъ за колоніи сарцинъ, развившихся отъ посѣва желудочной сарцины, однако говорить: *Cubische Formationen, wie sie seit Virchow's Mittheilung für die Sarcina ventriculi als charakteristisch angesehen werden, gelangten nicht zur Beobachtung* (p.341). Авторъ, полагая, что желудочная сарцина сильно измѣняетъ свою морфологію подѣ влияніемъ искусственныхъ питательныхъ средъ, сталъ культивировать полученную имъ на *Plattencultur* сарцину въ сѣнномъ настоѣ, приготовленномъ по способу Roberts'a и Buchner'a, и получилъ, по его мнѣнію, чистую культуру желудочной сарцины. Однако, при описаніи морфологіи вегетативныхъ формъ этой культуры онъ ничего не упоминаетъ о присутствіи капсулы; о величинѣ же вегетативныхъ формъ полученной имъ культуры, онъ самъ говоритъ, что она гораздо меньше вегетативныхъ формъ, встрѣчающихся въ содержимомъ желудка. Такимъ образомъ, авторъ основываетъ идентичность полученной имъ культуры сарцины съ желудочной сарциной только на одномъ общемъ ихъ признакѣ, а именно—на артроспорномъ дѣленіи вегетативныхъ формъ въ двухъ взаимно перпендикулярныхъ направленіяхъ; описаніе же автора полученной имъ культуры очень напоминаетъ морфологію и вегетацию культуры желтой сарцины. Тѣмъ не менѣе Falkenheim, заключая изложеніе своихъ наблюдений, помѣщаетъ курсивомъ слѣдующее: *Aus den soeben berichteten Versuchen ergibt sich, dass es gelungen ist, aus einer unter anderen Mikroorganismen auch Sarcina ventriculi enthaltenden, gährenden Magenflüssigkeit einen Mikroorganismus zu isoliren, der die Eigenschaft hat, auf Gelatine und verschiedenen anderen festen und flüssigen Nährsubstraten in Kokenform, auf Henaufguss dagegen als typische Sarcina zu wachsen* (p. 347).

Свои изслѣдованія объ этомъ микроорганизмѣ мы начали съ того, что стали добиваться полученія чистой культуры его, ибо, несмотря на утверждение Falkenheim'a и др. бактериологовъ, что желудочная сарцина есть видоизмѣненіе, благодаря инымъ условіямъ вегетации, хорошо изученной желтой, бѣлой и оранжевой сарцинъ, мы послѣ первыхъ же опытовъ должны были прійти къ иному заключенію. Мы должны были отмѣтить тотъ важный фактъ, что нерѣдко при микроскопическомъ изслѣдованіи желудочнаго содержимаго не наблюдалось желудочной сарцины, а при посѣвахъ на питательныхъ средяхъ получались обильныя колоніи желтой, бѣлой и оранжевой сарцинъ,—и наоборотъ. Кромѣ того, присутствіе кап-

сулы и величина вегетативныхъ формъ поддерживали въ насъ предположеніе, что сарцина желудочная и вышеупомянутые виды сарцинъ суть совершенно два самостоятельныхъ микро-организма. Далѣе, наши изслѣдованія показали, что присутствіе желудочной сарцины въ содержимомъ катаррального желудка обусловливается главнымъ образомъ слѣдующимъ обстоятельствомъ: въ случаяхъ, гдѣ моторная функція желудка ослаблена, ergo содержимое задерживается, причемъ рядомъ съ HCl констатируются и органическія кислоты, тамъ сарцины желудочной много и вегетативныя формы ея крупны; тамъ же, гдѣ задержки желудочнаго содержимаго нѣтъ, или эта задержка слабо выражена, сарцина желудочная или наблюдается, или нѣтъ, а если она и находится, то вегетативныя формы ея мелки. Замѣчу, что при задержкѣ желудочнаго содержимаго желудочная сарцина наблюдается и при нервной диспепсiи.

Само собой, мы могли пользоваться только методомъ Platten-cultur для выдѣленія желудочной сарцины изъ содержимаго желудка, употребляя самыя разнообразныя питательныя среды, о которыхъ будетъ сказано ниже. Однако, несмотря на многочисленныя опыты въ этомъ направленiи, ни разу не было получено при посъвахъ желудочнаго содержимаго, въ которомъ заключалась въ обильномъ количествѣ желудочная сарцина,—чистой культуры этого микроорганизма; если же и получались при этихъ посъвахъ колоніи сарцины, то это были культуры бѣлой, желтой и оранжевой сарцинъ. Только результатъ слѣдующаго опыта даетъ намъ право утверждать, что въ искусственномъ желудочномъ сокѣ желудочная сарцина можетъ развиваться. Была приготовлена висячая капля изъ искусственнаго желудочнаго сока и заражена частицею содержимаго катаррального желудка, гдѣ микроскопъ открывалъ присутствіе желудочной сарцины съ другими микроорганизмами кокковой и бациллярной формы. Такая висячая капля, поставленная въ термостатъ при $t^{\circ}38^{\circ}\text{C}$., уже черезъ 12 часовъ даетъ богатую культуру сарцины, идентичной съ желудочной, т.-е. имѣющую капсулу. Однако же нѣкоторая неточность постановки опыта, зависѣвшая отъ необходимости засѣвать нечистую культуру желудочной сарцины, уменьшаетъ значеніе результатовъ этого опыта.

Не имѣя, такимъ образомъ, возможности получить чистую культуру этого микроорганизма, естественно было предположить, какъ это думалъ и Falkenheim, что можетъ быть особенности морфологiи желудочной сарцины приобрѣтаются ею только въ полости желудка, и что обыкновенныя сарцины, главнымъ образомъ бѣлая, — не что иное, какъ та же желу-

дочная сарцина, потерявшая свои свойства вслѣдствіе новыхъ условій вегетациі. Въ виду этого надлежало произвести провѣрочный опытъ и испытать культивировку сарцинъ—бѣлой, желтой и оранжевой,—на различныхъ искусственныхъ питательныхъ средахъ и въ желудочномъ сокѣ при температурѣ животнаго тѣла.

Слѣдующія искусственныя питательныя среды, какъ твердыя такъ и жидкія, были употребляемы для этой цѣли (онѣ же служили намъ и при опытахъ полученія чистой культуры желудочной сарцины): желатина обыкновенная и подкисленная HCl и $\text{C}_3\text{H}_6\text{O}_3$, агаръ-агаръ щелочной и кислый, свернутая телячья сыворотка, пластинки сыра, ветчины и картофеля; бульонъ щелочной и кислый, человѣческая слюна щелочной и кислой реакціи (она добывалась раздраженіемъ слизистой оболочки зѣва); слюна изъ подчелюстной железы живой собаки (одна порція стерилизовалась, другая употреблялась нестерилизованной); мясной настой, настой *saler'a* щелочной и кислый, сѣнный настой, приготовленный по способу Бухнера, смѣсь его по равной части съ настоемъ *saler'a*, жидкость Майера; искусственный желудочный сокъ, приготовленный настаиваніемъ свѣжей слизистой оболочки телячьего желудка или желудка собаки съ растворомъ HCl (2,0 гро М.). Тѣ изъ питательныхъ средъ, которыя могли быть поставлены въ термостатъ, ставились туда при $t^{\circ} 38^{\circ} \text{C}$.

Результаты повторныхъ опытовъ показали, что сарцины—бѣлая, желтая и оранжевая,—посѣяныя на вышеупомянутыя искусственныя питательныя среды, на большинствѣ изъ нихъ развиваются, но не даютъ характеристическаго вида желудочной сарцины. При культивированіи вышеупомянутыхъ видовъ сарцины въ настоѣ сѣна и *saler'a* получается сарцина, ближе всего подходящая къ желудочной, но отличающаяся отъ послѣдней отсутствіемъ капсулы и величиною—она меньше желудочной. При вегетациі этихъ видовъ сарцинъ въ искусственномъ желудочномъ сокѣ, а также въ содержимомъ катаррального желудка, профильтрованномъ черезъ фильтръ Chamberland'a, онѣ не даютъ характеристическихъ пакетовъ, а распадаются на отдѣльные кокки, которые чрезъ нѣкоторое время резорбируются, и культура совершенно погибаетъ. Такимъ образомъ, несмотря на продолжительныя и настойчивыя культивированія бѣлой, желтой и оранжевой сарцины на самыхъ разнообразныхъ искусственныхъ питательныхъ средахъ, эти опыты намъ не показали, чтобы вышеупомянутые виды сарцинъ были одного происхож-

денія съ желудочной сарциной и были бы только разновидностями ея вслѣдствіе иныхъ условій вегетаціи. Напротивъ, на основаніи нашихъ изслѣдованій мы можемъ утверждать, что желудочная сарцина есть самостоятельный видъ сарцины, для вегетаціи которой, повидимому, существуютъ условія только въ полости желудка, особенно при задержкѣ его содержимаго. Присутствіе капсулы также подтверждаетъ это положеніе. Отсутствіе возможности получить чистую культуру желудочной сарцины оставляетъ совершенно открытымъ вопросъ объ этиологической роли ея при катаррѣ желудка, ибо рѣшающій опытъ введенія въ желудокъ совершенно здоровой чистой культуры этого микроорганизма и наблюденіе эффекта этого введенія—не можетъ быть произведенъ при современномъ состояніи ученія о желудочной сарцинѣ.

Основываясь на результатахъ нашихъ изслѣдованій, мы можемъ только высказать слѣдующія положенія: 1) желудочная сарцина есть спутникъ, какъ катарра, такъ и другихъ заболѣваній желудка (ракъ, язва, расширение, нервная диспепсія) при условіи пониженной двигательной функціи его; 2) желудочная сарцина есть самостоятельный видъ сарцины; она не развивается ни на какой искусственной питательной средѣ, кромѣ искусственнаго желудочнаго сока, въ присутствіи культуръ другихъ микроорганизмовъ; 3) капсула вегетативныхъ формъ желудочной сарцины существуетъ, хотя и не можетъ быть обнаружена при помощи окраски или микрoхимической реакціи на целлюлозу.

Получивъ, такимъ образомъ, отрицательные результаты въ нашихъ опытахъ по отношенію къ желудочной сарцинѣ, мы должны были обратить серьезное вниманіе на прочее бактеріальное населеніе желудочнаго содержимаго. Несмотря на вышеприведенныя работы Kabrel'я, de Vary, Кіановскаго и друг., устанавливающихъ фактъ губительнаго вліянія желудочнаго сока resp. соляной кислоты на микроорганизмы,—вопросъ относительно вліянія микроорганизмовъ на процессъ пищеваренія, а равно и химическіе процессы, происходящіе при вегетаціи ихъ въ полости желудка, являются далеко неразрѣшенными.

Вотъ почему наши дальнѣйшія изслѣдованія были направлены на изученіе того вліянія, какое оказываетъ на процессъ пищеваренія присутствіе культуръ тѣхъ микроорганизмовъ, которые нами найдены были при катаррѣ желудка. Такъ какъ мы имѣли чистыя культуры всѣхъ выдѣленныхъ микроорганизмовъ, за исключеніемъ желудочной сарцины, то опыты наши были просты и достаточно точны. Желудоч-

ный сокъ, приготовленный вышеупомянутымъ способомъ, брался въ двухъ равныхъ порціяхъ—въ количествѣ 30—50 с. с.—въ двѣ стерилизованныя пробирки, длина, діаметръ и форма коихъ были одинаковы, и въ каждую опускался равный по вѣсу кусочекъ фибрина (0,5—1,0 gm.), сохранявшася въ глицеринѣ и передъ опытомъ промытаго стерилизованною дистиллированной водою, а затѣмъ просушеннаго стерилизованною пропускною бумагою; иногда фибринъ замѣнялся равными кружочками круто свареннаго куринаго бѣлка. Въ одну изъ пробирокъ прибавлялась чистая культура въ бульонѣ (10 с. с.) того микроорганизма, отношеніе котораго къ процессу пищеваренія мы хотѣли изучить; въ другую—равное количество чистаго стерилизованнаго бульона. Затѣмъ, обѣ пробирки ставились въ термостатъ при $t^{\circ} 38^{\circ} C$. Сравненіе обѣихъ пробирокъ относительно быстроты растворенія бѣлковъ и констатированіе образованія пептоновъ съ помощью біуретовой реакціи служили критеріемъ, на которомъ основывалось сужденіе о задерживающей, индифферентной или способствующей роли даннаго микроорганизма по отношенію къ пищеваренію. Когда были изслѣдованы въ этомъ направленіи культуры всѣхъ микроорганизмовъ, то вышеописанный опытъ былъ нѣсколько разъ повторенъ съ тою только разницею, что въ одну изъ пробирокъ прибавлялась не одна культура какого-либо микроорганизма, а смѣсь чистыхъ культуръ всѣхъ тѣхъ микроорганизмовъ, которые найчаще были нами находимы при катаррѣ. Этотъ опытъ имѣлъ цѣлью узнать, какое вліяніе имѣетъ на процессъ пищеваренія смѣшанная культура микробовъ содержамаго катарральнаго желудка. Вотъ какіе интересные результаты дали намъ эти опыты.

Bac. subtilis, *b. Emmerich*, *b. megaterium* и *b. fluorescens*, взятые отдѣльно, не имѣютъ, повидимому, никакого вліянія на процессъ пищеваренія.

Bac. butyricus, *bac. acidi lactici*, *b. colli communis*, *oidium lactis*, *staph. p. aureus*, *staph. p. albus*, *saccharomyces* и всѣ сарцины имѣютъ задерживающее вліяніе на процессъ переварки, которое выражается отъ 15 мин. до 16 часовъ, затѣмъ перевариваніе бѣлка совершается. Въ особенности эта задержка рѣзко выражается при опытахъ съ *b. butyricus*, *b. acidi lactici*, *b. col. com.*, *oidium lactis* и сарцинами. Сильная задержка въ перевариваніи бѣлка наблюдается также въ присутствіи смѣси культуръ *b. butyricus*, *b. acidi lactici* и *b. col. communis*. При взбалтываніи содержамаго испытуемой пробирки перевариваніе наступаетъ быстрѣе. Рѣзче всего

это задерживающее влияние обнаруживается в томъ случаѣ, если кусочекъ фибрина или круто свареннаго куринаго бѣлка оставлялся часовъ на 12—18 въ бульонной культурѣ даннаго микроорганизма при t° 37—38 С. Желая знать, какое влияние имѣеть искусственный желудочный сокъ въ свою очередь на культуру испытываемыхъ микроорганизмовъ, мы производили посѣвы изъ содержимаго тѣхъ пробирокъ, которыя употреблялись для опредѣленія отношенія микробовъ къ процессу пищеваренія, и наблюдали, скоро ли данные микроорганизмы теряли способность къ жизнедѣятельности подъ влияніемъ искусственнаго желудочнаго сока. Результаты этихъ опытовъ показали намъ, что въ продолженіе сутокъ могутъ противостоять дѣйствию искусственнаго желудочнаго сока слѣдующіе микроорганизмы: *bac. subtilis*, *bac. butyricus*, *b. acidi lactici*, *bac. col. communis* и *saccharomycetes*. Всѣ же остальные микроорганизмы, встрѣчающіеся въ содержимомъ катаррального желудка, погибаютъ уже въ теченіе отъ 3-хъ до 14 часовъ подъ влияніемъ искусственнаго желудочнаго сока.

Итакъ, продукты жизнедѣятельности нѣкоторыхъ микроорганизмовъ содержимаго катаррального желудка,—ихъ энзимы,—имѣютъ безспорное задерживающее влияние на процессъ перевариванія бѣлка. Это обстоятельство, въ связи съ тѣмъ, что при катаррѣ ослабленіе двигательной функціи желудка—явленіе почти обычное, а равно можетъ имѣть мѣсто и уменьшеніе количества соляной кислоты, губительной для микробовъ, несомнѣнно служитъ моментомъ, поддерживающимъ диспептическія явленія при катаррѣ и способствующимъ ихъ дальнѣйшему развитію. Движеніе желудка въ здоровомъ состояніи является могучимъ факторомъ при процессѣ пищеваренія, содѣйствуя болѣе полному и тѣсному смѣшенію пищи съ желудочнымъ сокомъ. Разъ двигательная функція желудка въ большей или меньшей степени ослаблена—явленіе, по моимъ наблюденіямъ, постоянное при катаррѣ желудка,—желудочный сокъ только, такъ сказать, охватываетъ вводимую пищу, не пропитывая ея достаточно, чему мѣшаетъ и катарральная слизь. Эти условія являются благоприятными для жизнедѣятельности микроорганизмовъ, такъ какъ ослабленіе желудочныхъ движеній съ одной стороны создаетъ большій покой, необходимый, какъ извѣстно, для успѣшной вегетаціи всякаго микроорганизма; съ другой—уменьшаетъ воздѣйствіе желудочнаго сока на микробы. Такимъ образомъ все это ведетъ къ тому, что влияние микроорганизмовъ на процессъ пищеваренія несомнѣнно должно имѣть мѣсто при катаррѣ желудка.

XII. Каріокинезъ въ желудочныхъ железахъ.

Профессора П. М. Попова.

Въ ученіи о функціи желудочныхъ железъ до сихъ поръ имѣется много пробѣловъ и данныя, касающіяся микрофизиологии желудка, далеко неполны. Такъ, до сихъ поръ мы не имѣемъ прямыхъ доказательствъ даже относительно того, какія клѣтки железистаго эпителія выдѣляютъ пепсинъ и какія соляную кислоту. Къ числу спорныхъ относится также и вопросъ о томъ, представляютъ ли главныя и обкладочныя клѣтки железъ желудка совершенно самостоятельные элементы въ морфологическомъ отношеніи (*Heidenhein, Schultze, Schifferdecker*) или же это только разныя стадіи развитія однѣхъ и тѣхъ же клѣтокъ (*Edinger, Trinkler, Kupffer, Störh*). Въ виду этого понятно, какой живой интересъ заключается въ разработкѣ явленій, могущихъ пролить свѣтъ на жизнеспособность клѣтокъ желудочныхъ железъ. Къ такимъ явленіямъ, конечно, относится процессъ регенераціи железистаго эпителія желудка. Несомнѣнно, если бы имѣлись прямые наблюденія дѣленія обоого рода клѣтокъ, то этимъ самымъ самостоятельность ихъ и независимость другъ отъ друга были бы доказаны; съ другой стороны, если бы была установлена способность къ размноженію лишь для одного рода клѣтокъ, то метаморфозъ клѣтокъ былъ бы въ высшей степени вѣроятенъ.

До времени первыхъ наблюденій дѣленія клѣтокъ желудочныхъ железъ черезъ посредство каріокинеза въ литературѣ не было точныхъ указаній относительно способности къ размноженію упомянутыхъ элементовъ.

Правда, имѣлись работы, авторы которыхъ—*Heidenhein* ¹⁾,

¹⁾ Arch. f. micros. Anat. VI. p. 388. 1870.

Рапчевскій ¹⁾, Trinkler ²⁾)—съ большею или меньшею вѣроятностью могли предполагать способность железистыхъ элементовъ къ регенераціи: за это говорило, главнымъ образомъ, наблюденіе, что нѣкоторыя обкладочныя клѣтки содержатъ по два ядра. Но способность этихъ клѣтокъ къ размноженію оставалась въ области только предположенія, ибо такіе изслѣдователи, какъ Flemming ³⁾, доказали, что присутствіе въ клѣткѣ двухъ или болѣе ядеръ не служитъ еще доказательствомъ дѣленія клѣтки.

Значеніе же факта регенерація железистыхъ элементовъ желудка получила послѣ работы Curt Schmidt'a ⁴⁾, видѣвшаго митозы въ желудочныхъ железахъ тритона. Затѣмъ, Bizzozero и Vassale ⁵⁾ описали каріокинезъ въ железистомъ эпителии морской свинки, кролика и собаки.

Названные авторы производили свои изслѣдованія, какъ надъ взрослыми животными, такъ и надъ животными молодыми, находящимися еще въ періодѣ роста. У молодыхъ животныхъ они наблюдали каріокинезъ и въ железахъ два, и въ выходной части (pylorus). Больше всего митозъ въ двѣхъ железахъ; ихъ меньше по направленію къ шеямъ, гдѣ, по словамъ авторовъ, онѣ совсѣмъ не наблюдаются, равно какъ и въ покровномъ эпителии. Наиболѣе частая фигура митозъ—экваторіальная пластинка и двойная звѣзда. Въ какихъ клѣткахъ желудочныхъ железъ—въ главныхъ или въ обкладочныхъ—происходитъ каріокинетическій процессъ, авторы затрудняются рѣшить, оставляя этотъ вопросъ открытымъ.

У взрослой морской свинки Bizzozero и Vassale видѣли митозы, вообще немногочисленные, больше всего въ средней трети железъ; входныя части железъ совсѣмъ не содержали митозъ, равно какъ и покровный эпителий. Дабы рѣшить, какія клѣтки—обкладочныя или главные—дѣлятся черезъ посредство каріокинеза, авторы прибѣгли къ слѣдующей окраскѣ препаратовъ: разрѣзы сначала погружались въ водный растворъ везуина, затѣмъ въ водный растворъ эозина; тогда главные клѣтки окрашивались въ коричневожелтый, а обкладочныя—въ красный цвѣтъ; клѣтки, содержащія митозы, красились въ красный цвѣтъ съ желтымъ оттѣнкомъ. Въ виду

¹⁾ Къ вопр. о пат.-анат. измѣн. слизис. обол. желуд. при остр. воспаленіи Диссерт. 1881.

²⁾ Arch. f. micr. Anat. Bd. 24. S. 195. 1884.

³⁾ Arch. f. micr. Anat. T. 18. Zellsubstanz, Kern und Zelltheil. 1882.

⁴⁾ Ueber Kernveränderungen in den Secretionszellen. Diss. Breslau. 1882.

⁵⁾ Arch. f. pathol. Anat. und Phys. Bd. 110. 1887.

такого неопредѣленнаго результата, авторы предоставляютъ рѣшить этотъ вопросъ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ.

У собакъ, кормленныхъ за 17 часовъ передъ опытомъ, много митозъ въ эпителии входовъ железъ и въ железистыхъ шейхъ; въ покровномъ эпителии и въ тѣлахъ железъ митозъ изслѣдователи не видѣли. Въ періодъ времени отъ 2-хъ до 6-ти часовъ послѣ кормленія митозъ много во входахъ и въ шейхъ железъ; въ железистыхъ тѣлахъ каріокинеза очень мало; митозы очень рѣдки и въ днахъ железъ. Клѣтки, въ которыхъ наблюдаются митозы, меньше обкладочныхъ, протоплазма ихъ свѣтла; небольшой поясъ протоплазмы, окружающей ядро, гранулированъ. Bizzozero и Vassale считаютъ эти клѣтки за главныя (?).

Въ рѣлогической части у морской свинки митозъ много въ тѣлахъ железъ; у собаки во время процесса пищеваренія много митозъ въ слизистыхъ клѣткахъ, а въ клѣткахъ железистыхъ *pylogus'a* — наоборотъ, мало. Существенной разницы въ количествѣ митозъ у кормленныхъ и голодныхъ животныхъ авторы не нашли. При своихъ изслѣдованіяхъ Bizzozero и Vassale затверждали препараты въ абсолютномъ алкогольѣ и красили по своему методу; авторы находятъ, что при ихъ методѣ обработки и окраски митозы гораздо легче обнаруживаются, чѣмъ при методѣ Heidenhain'a или Flemming'a. Наши изслѣдованія относительно каріокинеза въ желудочныхъ железахъ были распространены какъ на молодыхъ растущихъ еще животныхъ, такъ и на взрослыхъ. Обработывали мы препараты абсолютнымъ алкогольемъ и смѣсью Flemming'a — крѣпкою и слабою; окраска спиртовыхъ препаратовъ производилась по Bizzozero, а препаратовъ изъ Флемминговой жидкости—по Bizzozero, а также и сафраниномъ; просвѣтлѣніе препаратовъ обычно производилось кедровымъ масломъ, а заключеніе—въ канадскомъ бальзамѣ. По нашимъ наблюденіямъ методъ, рекомендуемый для изслѣдованія каріокинеза Bizzozero, не представляетъ никакихъ преимуществъ передъ методомъ Flemming'a; наоборотъ, у насъ препараты, приготовленные по Flemming'у, давали болѣе отчетливую картину митозъ. Изъ молодыхъ животныхъ мы изслѣдовали въ этомъ направленіи кролика, 10—12 часовъ спустя послѣ его рожденія, и щенятъ двухмѣсячнаго возраста. У кролика ясно выступали оба рода клѣтокъ, особенно при двойной окраскѣ спиртовыхъ препаратовъ магдалой и малахитомъ-грюнъ, причемъ главныя клѣтки красились въ изумрудный цвѣтъ, а обкладочныя въ розово-красный (раз-

рѣзы сначала красятся воднымъ растворомъ магдалы, затѣмъ промываются въ слабомъ спиртѣ и красятся малахитомъ-грюнъ). Митозы находились и въ покровномъ эпителии, гдѣ Bizzozero и Vassale ихъ почему-то не наблюдали, а также въ шейхъ и въ тѣлахъ железъ. Точно также у щенятъ мы могли констатировать митозы и въ покровномъ эпителии, и во входахъ, и въ железистыхъ шейхъ, тѣлахъ и днахъ. По нашимъ наблюденіямъ, митозы довольно равномерно распределены по всей железѣ кромѣ шей, гдѣ митозъ встрѣчается больше всего; покровный эпителий содержитъ ихъ меньше, чѣмъ железистый. Для рѣшенія вопроса, въ какихъ клѣткахъ железистаго эпителия находятся митозы, мы сначала прибѣгли къ методу двойной окраски спиртовыхъ препаратовъ магдалой и малахитомъ-грюнъ, затѣмъ по Bizzozero и Vassale, везувиномъ и эозиномъ и, наконецъ, гематоксилиномъ и эозиномъ (главныя клѣтки лиловыя, обкладочныя — ярко-красныя). Но, какъ показали наши изслѣдованія, двойная окраска не можетъ опредѣлить, какія клѣтки находятся въ каріокинезѣ, ибо при этомъ процессѣ кромѣ того, что мѣняются величина клѣтки и ядра, а также характеръ самой протоплазмы, но и отношеніе клѣтки къ краскамъ становится инымъ: протоплазма ея или вовсе перестаетъ краситься или-же красится въ цвѣтъ совершенно другой, чѣмъ окрашены не находящіяся въ каріокинетическомъ дѣленіи клѣтки главныя и обкладочныя. Послѣ многихъ опытовъ мы пришли къ заключенію, что лучше всего держаться слѣдующаго метода. Препараты готовятся по Flemming'у: сначала обработанные Флемминговой смѣсью, а затѣмъ алкоголемъ, они кладутся на нѣсколько часовъ (4 часа и болѣе—до сутокъ) въ насыщенный водный растворъ сафранина, потомъ промываются спиртомъ, раскрашиваются въ алкоголь, слегка подкисленномъ соляною кислотой до отхожденія краски, снова промываются спиртомъ, обезвоживаются, просвѣтляются кедровымъ масломъ и заключаются въ канадскій бальзамъ. вмѣсто сафранина можно употреблять краску у Bizzozero (генціана) и раскрашивать растворомъ хромовой кислоты, но мы предпочитаемъ сафранинъ. При обработкѣ получается слѣдующая картина: ядра покровнаго эпителия, а также главныя и обкладочныя клѣтки рѣзко окрашены въ красный (сафранинъ) или темно-фіолетовый (генціана) цвѣтъ; протоплазма обкладочныхъ клѣтокъ представится желтоватаго цвѣта, главныя клѣтки остаются неокрашенными и слабогранулированными, въ противоположность крупной зернистости обкладочныхъ клѣтокъ,

поверхностный эпителий въ зернистой своей части желтоватаго цвѣта, а въ слизистой или фиолетоваго (генціана), или цвѣта геліотропъ (сафранинъ). При опредѣленіи, какія клѣтки железистаго эпителия содержатъ митозы, мы руководствовались слѣдующими тремя условіями: 1) формою клѣтки; хотя при каріокинезѣ форма клѣтки обыкновенно мѣняется, но иногда,—у аксалотовъ, напр., часто—она сохраняется, такъ что по одной формѣ клѣтки можно рѣшить, гдѣ сидитъ митоза; 2) мѣстоположеніемъ клѣтки и 3) характеромъ еще неизмѣнившейся части протоплазмы по периферіи клѣтки.

У кролика мы не могли рѣшить, какія клѣтки заключали въ себѣ митозы, такъ какъ клѣтки, во первыхъ, малы, а во вторыхъ, не столь рѣзко отличаются другъ отъ друга, какъ у щенятъ. Что же касается послѣднихъ, то мы можемъ утверждать, что митозы несомнѣнно находятся въ обкладочныхъ клѣткахъ: митозъ такъ много въ шейхъ железъ, состоящихъ, какъ извѣстно, почти сплошь изъ однѣхъ обкладочныхъ клѣтокъ, что одно обиліе ихъ въ этой части железъ служить доказательствомъ дѣленія обкладочныхъ клѣтокъ черезъ посредство каріокинеза. Есть ли митозы въ главныхъ клѣткахъ,—отвѣтить не можемъ по недостатку данныхъ. Относительно фигуръ митозъ замѣтимъ, что наичаще встрѣчается звѣздообразное ядро, затѣмъ экваторіальная пластинка и спирема; двойную звѣзду мы встрѣчали рѣдко. Преобладаніе звѣздообразнаго ядра и экваторіальной пластинки, по всей вѣроятности, объясняется тѣмъ наблюденіемъ, что эти два періода непрямого дѣленія клѣтки наиболѣе продолжительны (Flemming, Лавдовскій). Въ рѣдкихъ частяхъ митозъ много, какъ въ поверхностномъ эпителии, такъ и въ железистомъ, и у кролика, и у щенятъ. У взрослыхъ животныхъ мы изслѣдовали желудочныя железы, слѣдуя тому же методу обработки и окраски. Изслѣдованія начаты были съ аксалотовъ. Железистый эпителий желудка аксалота содержитъ два рода клѣтокъ. Однѣ изъ нихъ многоугольныя съ крупнозернистой протоплазмой, съ однимъ или двумя ядрами по серединѣ клѣтки; на препаратахъ изъ Флемминговой жидкости эти клѣтки представляются темными, окрашенными въ желтоватый цвѣтъ. Очевидно онѣ аналогичны обкладочнымъ клѣткамъ млекопитающихъ. Другаго рода клѣтки вдвинуты между первыми, не окружаютъ сплошь просвѣта железъ, но лежатъ по 2—3 подрядъ. Протоплазма ихъ гомогенна, ядро находится ближе къ основанію; на препаратахъ изъ Флемминговой жидкости, окрашенныхъ генціаной (по Vizzozzo) или сафраниномъ, клѣтки эти кра-

сятся или въ свѣтлофіолетовый цвѣтъ, или въ цвѣтъ гелиотропъ. Эти клѣтки по характеру ихъ протоплазмы и по отношенію къ красящимъ реактивамъ безспорно нужно отнести къ слизистымъ. Аксалоты были раздѣлены на двѣ группы: одни изъ нихъ голодали (два аксалота были безъ пищи въ продолженіи двухъ мѣсяцевъ), другіе получали въ изобиліи кормъ—мясо и живыхъ мотылей. У кормленныхъ аксалотовъ мы могли констатировать митозы и въ обкладочныхъ, и въ слизистыхъ клѣткахъ; наичаще митозы встрѣчались въ обкладочныхъ клѣткахъ, вообще онѣ не были многочисленны. Въ покровномъ эпителии митозъ мы не нашли. У аксалотовъ, голодавшихъ въ продолженіе нѣсколькихъ дней, митозы были обкладочныхъ клѣткахъ и въ слизистыхъ, но ихъ также, какъ и у кормленныхъ, не было въ покровномъ эпителии. У тѣхъ же аксалотовъ, которые не получали корма въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ, митозы были въ обкладочныхъ клѣткахъ, но не наблюдались въ слизистыхъ; въ покровномъ эпителии ихъ тоже не было. Среди митозъ наичаще встрѣчались экваторіальная пластинка, звѣздообразное ядро и спирема.

У бѣлой мыши митозы находились въ довольно большомъ количествѣ въ железистомъ эпителии, особенно въ шейхъ железъ; ихъ было меньше въ покровномъ эпителии. Мы затрудняемся рѣшить, какія клѣтки—главныя или обкладочныя—были въ каріокинетическомъ процессѣ; повидимому, скорѣе въ обкладочныя (присутствіе митозъ въ шейхъ железъ). Изъ каріокинетическихъ фигуръ больше всего было звѣздообразныхъ ядеръ и спиремъ.

Для морской свинки получились слѣдующіи данныя: митозы въ небольшомъ количествѣ находятся въ железистомъ эпителии и въ покровномъ, гдѣ ихъ еще меньше, чѣмъ въ первомъ. Мы не можемъ сказать, чтобы митозъ было больше въ средней трети железъ, какъ наблюдали это Bizzozero и Vassale. По нашимъ наблюденіямъ всего обильнѣе онѣ расположены ближе къ шейамъ и въ самыхъ шейхъ железъ. По мѣрѣ приближенія къ днамъ митозы встрѣчаются рѣже, а въ днахъ железъ мы ихъ совсѣмъ не видали. Эпителий, выстилающій ямки слизистой оболочки (устья железъ), содержитъ митозы въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ остальной покровный эпителий, гдѣ митозы съ трудомъ отыскиваются. Дабы рѣшить, въ какого рода клѣткахъ железистаго эпителия происходитъ каріокинезъ, мы прибѣгли къ рекомендуемой Bizzozero и Vassale двойной окраскѣ везувиномъ и эозиномъ, не давшей какъ и въ остальныхъ случаяхъ, точныхъ резуль-

татовъ, ибо протоплазма дѣлящихся клѣтокъ или оставалась неокрашеною, или же красилась въ иной цвѣтъ, чѣмъ красились находившіяся въ покоѣ главныя и обкладочныя клѣтки. Въ виду небольшой величины клѣтокъ намъ не удалось опредѣлить мѣстонахожденія митозъ. Въ выходной части (pylogus) митозы нѣсколько обильнѣе въ железистомъ эпителии, но столь-же скудны въ покровномъ, — какъ и въ области дна. Какъ и у бѣлой мыши наиболѣе часто встрѣчавшіяся фигуры митозъ были—звѣздообразное ядро, экваторіальная пластинка и спирема.

Ислѣдованія каріокинеза въ желудочныхъ железахъ собаки были расположены такимъ образомъ, что ислѣдовались железы, какъ въ тощемъ состояніи, такъ и во время пищеваренія, начиная съ перваго часа послѣ дачи обильной смѣшанной пищи и до двадцатаго часа, причемъ желудокъ первой собаки былъ взятъ спустя часъ, второй — спустя два, третьей—спустя три и т. д. до 20 часа послѣ кормленія. Эти опыты имѣли цѣлью выяснитъ отношеніе каріокинеза къ функціи железъ. Во всѣ часы пищеваренія митозы наблюдались, какъ въ покровномъ эпителии, такъ и въ железистомъ: многочислѣннее всего митозы были въ эпителии, выстилающемъ устья железъ, затѣмъ въ железистыхъ шейкахъ; тѣла железъ (особенно дно) ихъ мало содержали. Сказать, чтобы въ какой либо опредѣленный часъ митозъ было больше чѣмъ въ остальное время пищеваренія, мы на основаніи нашихъ ислѣдованій не можемъ. Митозы были разсѣяны по железамъ неравномѣрно: иные препараты не содержали митозъ почти совсѣмъ, въ другихъ онѣ встрѣчались чаще, но связать это съ опредѣленнымъ періодомъ пищеваренія нѣтъ основанія, ибо тоже самое замѣчалось во всѣ рѣшительно часы пищеварительнаго процесса; а также, какъ увидимъ, и въ тощемъ состояніи. Наичаще митозы представляли фигуры звѣздообразнаго ядра, экваторіальной пластинки и спиремы. Въ какихъ клѣткахъ находятся митозы? Bizzozero и vassale считаютъ, что въ главныхъ, но наши наблюденія заставляютъ утверждать противное. Названные авторы мотивируютъ свое положеніе главнымъ образомъ тѣмъ обстоятельствомъ, что дѣлящіяся клѣтки имѣютъ меньшіе размѣры, чѣмъ обкладочныя. Но впервыхъ, величина обкладочныхъ клѣтокъ бываетъ различна — есть большія, а есть также и маленькія. Существованіе обкладочныхъ клѣтокъ малыхъ размѣровъ, особенно въ поздніе часы пищеваренія, доказано работами Heidenhain'a, Рацчевскаго и др.; наши наблюденія пока-

зываютъ, что и въ тощемъ состояніи обкладочныя клѣтки далеко не одинаковаго размѣра, и маленькія обкладочныя клѣтки встрѣчаются какъ при процессѣ пищеваренія, такъ и патощакъ (см. стр. 228). Во-вторыхъ, далеко не всѣ клѣтки, содержація каріокинетическія фигуры,—малыхъ размѣровъ; напротивъ, среди нихъ встрѣчаются даже большей величины, чѣмъ покоящіяся обкладочныя клѣтки. То же обстоятельство, что во многихъ клѣткахъ, содержащихъ митозы, имѣется по периферіи протоплазма, сходная по своимъ физическимъ свойствамъ съ протоплазмой обкладочныхъ клѣтокъ, затѣмъ обиліе митозъ,—что признается и вышеупомянутыми авторами,—въ шейхъ железъ, состоящихъ сплошь изъ однѣхъ обкладочныхъ клѣтокъ, сравнительная малочисленность митозъ въ днахъ железъ, гдѣ обкладочныхъ клѣтокъ гораздо меньше чѣмъ въ главныхъ,—все это заставляеть насъ считать каріокинетическій процессъ въ обкладочныхъ клѣткахъ доказаннымъ. Есть-ли митозы въ главныхъ клѣткахъ? Отвѣтить не можемъ по недостатку указаній, какъ за, такъ и противъ.

Относительно выходной части (pylorus) наши наблюденія согласны съ изслѣдованіями Bizzozero и Vassale: въ клѣткахъ железистыхъ митозъ мало, въ эпителиальныхъ клѣткахъ входныхъ частей железъ ихъ больше, добавимъ, что и кровный эпителий ихъ также содержитъ, хотя въ скудномъ количествѣ. Отношеніе къ часамъ пищеваренія здѣсь то же самое, что и въ области дна.

Для изслѣдованія каріокинеза въ железахъ тощаго желудка мы брали желудки тотчасъ по окончаніи пищеваренія — на 21—22 часу послѣ дачи обильнаго корма, — и желудки собакъ, голодавшихъ 24, 36 и 48 часовъ. Мы не нашли существенной разницы въ количествѣ митозъ и ихъ распредѣленіи въ клѣткахъ и железистыхъ, и эпителиальныхъ при состояніи покоя отъ только-что описанной картины для железъ функционирующихъ.

Такимъ образомъ, сопоставивъ эти факты съ тѣми данными, которыя были получены по отношенію къ аксалотамъ, мы должны прійти къ заключенію, что каріокинетическій процессъ въ клѣткахъ желудочныхъ железъ не имѣетъ отношенія къ ихъ функціи.

Въ заключеніе упомянемъ еще разъ о той находкѣ, которая сдѣлана была нами въ желудкѣ ежа въ состояніи зимней спячки,—находкѣ, имѣющей біологическій интересъ: именно въ одной клѣткѣ эпителия устья железы была найдена митоза — звѣздообразное ядро. Это наблюденіе показываетъ, что ре-

генерація тканей происходитъ въ незначительной степени у животныхъ даже и во время зимней спячки.

Итакъ на основаніи нашихъ опытовъ мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Клѣтки железистаго эпителія желудочныхъ железъ млекопитающихъ и амфибій размножаются черезъ посредство каріокинеза; 2) у млекопитающихъ такимъ-же путемъ размножаются и клѣтки покровнаго эпителія слизистой оболочки желудка; 3) изъ клѣтокъ железистаго эпителія обкладочныя клѣтки несомнѣнно размножаются каріокинезомъ; дѣлятся-ли такимъ-же образомъ и главныя клѣтки,—это остается нерѣшеннымъ; 4) въ виду этого обстоятельства мы не можемъ высказаться ни за переходъ клѣтокъ железистаго эпителія другъ въ друга, ни за полную ихъ морфологическую самостоятельность; 5) каріокинетическій процессъ въ клѣткахъ желудочныхъ железъ не имѣетъ отношеній къ ихъ функціи.

XIII. О ферментативной способности микроорганизма Фридлендера и его сходствъ съ *bacillus lactis aerogenes*.

Д-ра мед. К. Θ. Флерова ¹⁾).

Изъ бактериологической лабораторіи при факультетской терапевтической клиникѣ Московскаго Университета.)

Работая надъ изученіемъ Фридлендеровскаго микроорганизма, я могъ замѣтить, что онъ, при культивировкѣ его въ молоко, свертываетъ послѣднее. Отмѣтивъ этотъ фактъ въ своей диссертациі, я не касался его болѣе подробно. Проматривая позднѣйшую литературу, я увидѣлъ, что способность микроорганизма Friedlaender'a свертывать молоко подмѣчена многими и рѣшилъ провѣрить эти данныя экспериментально.

Кромѣ того я нашелъ указанія, что *bacillus lactis aerogenes*, описанный Escherich'омъ ¹⁾ является идентичнымъ Фридлендеровскому микроорганизму, поэтому изученіе этого послѣдняго я и повелъ параллельно съ изученіемъ *b. lactis aerogenes*.

Bacillus lactis aerogenes, какъ описываетъ его Escherich, представляетъ коротенькія толстыя палочки длиной 1—2 μ .

¹⁾ Появилось впервые въ журналѣ „Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактериологіи“, В. В. Подвысоцкаго, 20 мая 1896.

²⁾ Fortschritte d. Med. 1885.

съ удлиненными концами. Онѣ соединяются по 2 или образуютъ кучки, движеніемъ не обладаютъ и хорошо развиваются на искусственныхъ питательныхъ средахъ. Мѣстонахожденіе ихъ желудочно-кишечный каналъ дѣтей, питающихся молокомъ. Онѣ энергично свертываютъ молоко. Дѣйствуютъ на животныхъ патогенно.

По наблюденію K a y s e r'a ¹⁾ bacillus lactis aer. энергичнѣе всего свертываетъ молоко при температурѣ 40° С., а именно въ 12 часовъ. При темп. 35° въ 24 ч., 30°—въ 36 ч. Температура 55° С. убиваетъ этотъ микроорганизмъ въ 15 м., а темпер. 60° въ 5 минутъ.

D e n u s и M a r t i n ²⁾ находятъ, что микроорганизмъ Фридендера не различается морфологически отъ *b. lactis aerog.* Что касается его развитія на питательныхъ средахъ, то онъ развивается вполне аналогично съ *b. lactis aerog.* только не такъ энергично. На картофелѣ впрочемъ и тотъ, и другой развиваются одинаково. Оба свертываютъ молоко и одинаково патогенно дѣйствуютъ на животныхъ. По ихъ мнѣнію эти 2 микроорганизма суть разновидности одного и того же вида.

Культура Фридендеровскаго микроорганизма имѣлась въ бактериологической лабораторіи, а культуру *bacillus lactis aerogenes* я получилъ, благодаря любезности прозектора Московскаго воспитательнаго дома А. Н. Устинова, который выдѣлилъ ихъ изъ содержимаго желудка поворожденныхъ дѣтей.

Морфологія микроорганизма Фридендера изложена въ моей диссертациі и имѣется во всякомъ учебникѣ бактериологіи, поэтому я ея здѣсь не излагаю.

Что касается до *b. lactis aerogenes*, то къ описанію E s c h e r i c h'a я могу прибавить, что наблюдалъ, кромѣ палочекъ, длинныя нити и цѣпочки, аналогично Фридендеровскому, отъ котораго его и нельзя отличить морфологически. Препараты того и другаго микроорганизма изъ бульона, молока и твердыхъ питательныхъ средъ давали совершенно одинаковую картину. По способу Грама ни тотъ, ни другой не окрашиваются. Не будучи въ состояніи найти разницы между этими микроорганизмами микроскопически, я сталъ изучать ростъ ихъ на искусственныхъ питательныхъ средахъ.

Результаты этихъ наблюденій для наглядности изложу въ видѣ таблицы.

¹⁾ Etude sur la fermentation lactique. An. Pasteur 1894.

²⁾ La cellule. 1893, vol IX.

	<i>B. lactis aerogenes.</i>	<i>B. Friedlaenderi.</i>
Strich на agar-agar.	При $t^{\circ} 18^{\circ} R.$ оба даютъ одинаковый обильный, влажный опаловидный налетъ.	
Strich на желатинѣ.	При $t^{\circ} 18^{\circ} R.$ на 3-й день гвоздеобразная культура. Стержень мелкозернистъ. Желатина разслаивается пузырьками газа. Желатины не разжижаетъ.	<i>idem.</i> Меньше пузырьковъ газа.
Strich на картофель.	Очень обильный буроватый влажный налетъ съ выдѣленіемъ пузырьковъ газа.	<i>idem.</i>
Бульонъ.	На другой день равномерная муть, осѣдающая на 3-й—4-й день.	<i>idem.</i>

Изъ этой таблицы видно, что ростъ этихъ двухъ микроорганизмовъ на искусственныхъ питательныхъ средахъ совершается одинаково. Нельзя было замѣтить разницы ни въ видѣ культуры, ни въ ея обильности, ни въ быстротѣ развитія. Немного меньшее количество пузырьковъ газа при ростѣ на желатинѣ не могло служить отличіемъ, такъ какъ, чѣмъ дольше эти микроорганизмы росли при одинаковыхъ условіяхъ, тѣмъ эта разница сглаживалась все болѣе и болѣе и оба давали одинаковое развитіе пузырьковъ газа.

Такимъ образомъ и въ этомъ отношеніи 2 эти микроорганизма оказались сходными.

Для изученія ихъ способности свертывать молоко, я бралъ коровье молоко и, отстоявъ его и удаливъ жиръ, разливалъ въ *matras* или колбочки, стерилизовалъ въ теченіе 3-хъ дней по 15 минутъ въ паровомъ аппаратѣ Koch'a ($100^{\circ} C.$) и употреблялъ для культивировки.

Культуры, росшія на искусственныхъ питательныхъ средахъ и привитыя въ молоко, свертывали послѣднее при $t^{\circ} 37^{\circ} \text{C}$. медленно черезъ 3—4 дня. При дальнѣйшихъ прививкахъ изъ молока въ молоко свертываніе шло быстрѣе до извѣстнаго предѣла (24 часа), когда уже ускореніе процесса было замѣтно. Приведу нѣкоторые изъ своихъ опытовъ.

I. 4. II. 95 II. Культуры этихъ микроорганизмовъ, росшія въ молокѣ, привиты въ колбочки со стерилизованнымъ молокомъ и помѣщены въ термостатъ съ $t^{\circ} 37^{\circ} \text{C}$.

	<i>B. lactis aerogen.</i>	<i>B. Friedlaenderi.</i>
5. II. 95.	Все молоко вполне свернулось. Кислый запахъ.	Свертываніе начинается.
6. II. 95.	<i>idem.</i>	Вполнѣ свернулось.
19. II. 95.	Сгустокъ казеина рыхлый. Пузырьки газа CO_2 . Въ сывороткѣ <i>Ac. lact.</i> (реакц. Uffelmann'a).	Сгустокъ болѣе плотный. Остальное то же.

II. 5. II. 95 сдѣлана прививка обоихъ микроорганизмовъ въ колбочки съ молокомъ и помѣщены въ термостатъ съ $t^{\circ} 37^{\circ} \text{C}$.

	<i>B. lactis aerogenes.</i>	<i>B. Friedlaenderi.</i>
6. II. 95.	Молоко свернулось.	Свертываніе начинается.
7. II. 95.	<i>B. lactis.</i> Молоко вполне свернулось. Сгустокъ плотный. Жидкость раздѣляется на 3 слоя. Пузырьки газа (CO_2). Въ сывороткѣ <i>Ac. lactis.</i>	<i>B. Friedlaenderi.</i> Свернулось вполне. Сгустокъ рыхлый, смѣшанный съ сывороткой. Пузырьки газа (CO_2) <i>ac. lactis.</i>

III. 13. II. 95 Сдѣланы прививки изъ молочной культуры *v. lactic* и *b. Friedlaenderi* въ молоко $t^{\circ} 37^{\circ} C$.

	<i>V. lactic aerogenes.</i>	<i>V. Friedlaenderi.</i>
14. II. 95.	Молоко свернулось. Жидкость раздѣляется на 3 слоя: вверху пузырьки газа, затѣмъ сыворотка и затѣмъ сгустки казеина.	Свертываніе начинается.
15. II. 95.	Сгустокъ очень плотный. Слой сыворотки больше, чѣмъ наканунѣ. Много пузырьковъ газа.	Свертываніе. Сыворотка смѣшана съ мелкими сгустками казеина. Пузырьки газа.
17. II. 95.	<i>V. lactis aerogenes.</i> Тѣ же 3 слоя. 1. Пѣна (пузыри газа). 2. Жидкая, прозрачная, слегка опалесцирующая желтоватая, сыворотка. 3. Слой казеина.	<i>V. Friedlaenderi.</i> Также 3 слоя. 1-й пузырьки газа. 2-й сыворотка, (меньше ч. у <i>b. lactis</i>). 3-й казеинъ рыхлѣе.
18. II. 95.	<i>idem.</i> Сильный кисл. запахъ. Присутствіе ас. <i>lactic.</i> (Uffelmann).	Одинаково съ <i>b. lactis aerogenes.</i>

Для собиранія выдѣляющагося газа я пользовался аппаратомъ Pasteur'a для дрожжевыхъ культуръ: отводную трубку я подводилъ подъ цилиндръ, наполненный тѣмъ же стерилизованнымъ молокомъ, которое постепенно замѣщалось выдѣляющимся газомъ, обазавшимся по изслѣдованіи CO_2 .

Такимъ образомъ при культивировкѣ названныхъ микроорганизмовъ въ молоко получаютъ также одинаковые результаты: молоко свертывается весьма энергично, причемъ выдѣляется CO_2 , и въ сывороткѣ находится молочная кислота.

Въ вышеприведенныхъ опытахъ замѣчается только болѣе

медленное дѣйствіе *b. Friedlaenderi*. Самый же процессъ ничѣмъ не отличается отъ такового же, вызваннаго *b. lac. aerog.*

Эти опыты вполне подтверждаютъ наблюденія *Martini* и *Depus* и указываютъ, что микроорганизмъ Фридлендера, обладаетъ и ферментативнымъ дѣйствіемъ, одинаковымъ съ *b. lactis aerogenes*—разложеніе молочнаго сахара на CO_2 и молочную кислоту—и вызываетъ этимъ свертываніе молока.

Аналогія двухъ этихъ микроорганизмовъ видна и далѣе изъ ихъ патогеннаго дѣйствія на животныхъ.

Въ своей диссертациі ¹⁾ я указалъ, что микроорганизмъ Фридлендера вызываетъ у животныхъ септические и гнойные процессы.

Сдѣланные мною опыты впрыскиванія чистыхъ культуръ *b. lactis aerogenes* морскимъ свинкамъ указали на такое же дѣйствіе и этого послѣдняго микроорганизма. Опишу одинъ изъ опытовъ.

Морской свинкѣ впрыснуто въ брюшную полость 1 к. с. чист. бульон. культуры (однодневной) *b. lactis aerogenes*.

Черезъ 36 часовъ свинка погибла.

При вскрытіи найдено: рѣзко выраженный гнойный перитонитъ съ большимъ количествомъ экссудата.

Селезенка, печень и почки очень гиперемированы, 2 доли праваго легкаго уплотнены, тонуть въ водѣ и не содержатъ воздуха. Микроскопическое изслѣдованіе крови показало присутствіе въ ней впрыснутыхъ микроорганизмовъ. Особенно въ большомъ количествѣ они были найдены въ брюшинномъ экссудатѣ.

Посѣвъ крови въ бульонѣ далъ обильную культуру.

Въ органахъ также найдены микроорганизмы. Испытаніе микроорганизмовъ, полученныхъ изъ крови погибшей свинки, показало полную аналогію съ тѣми, которые были впрыснуты, т. е. что это былъ *b. lactis aerogenes*. Анатоми-патологическое изслѣдованіе органовъ показало ихъ гиперемію и въ легкихъ катарральную пневмонію уплотнившихся долей.

Другіе опыты съ впрыскиваніемъ культуръ этого микроорганизма дали такіе же результаты.

Анатоми-патологическія измѣненія можно охарактеризовать какъ септицемію съ склонностью къ нагноенію.

На основаніи этихъ изслѣдованій можно придти къ слѣдующимъ заключеніямъ:

¹⁾ О патоген. дѣйствіи микроорганизмовъ *Friedländer's* и *Fraenkel's*. Дисс. Москва, 1895.

1) Микроорганизмы: *Friedlaender'a* и *b. lactis aerogenes* морфологически не различаются.

2) Растутъ одинаково на искусственныхъ питательныхъ средахъ.

3) Одинаково дѣйствуютъ на молоко, вызывая свертываніе послѣдняго.

4) Патогенное дѣйствіе ихъ на животныхъ сходно.

5) *Bacillus lactis aerogenes* и *b. Friedlaenderi* являются далеко не индифферентными бродами и присутствіе ихъ въ качествѣ ферментовъ въ молочныхъ продуктахъ исключаетъ возможность употребленія этихъ послѣднихъ въ пищу.

Такимъ образомъ, оба названные микроорганизма очень сходны между собой. Я не берусь теперь рѣшить, что это одинъ и тотъ же микроорганизмъ въ двухъ разновидностяхъ или совершенно различные, но близко подходящіе другъ къ другу.

Во всякомъ случаѣ, мнѣніе *Martin* и *Denys*, что это 2 разновидности одного и того же вида имѣетъ многое за себя.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать нѣсколько практическихъ замѣчаній, вытекающихъ изъ моей работы.

Неоднократно описывались случаи заболѣванія лицъ, употреблявшихъ молочные продукты. Очень возможно, что такіа заболѣванія вызывались какимъ-либо патогеннымъ микроорганизмомъ, попавшимъ къ молоку въ качествѣ бродила.

Такимъ образомъ разные молочные продукты въ такихъ случаяхъ могутъ быть вредными для употребленія: для избѣжанія этого вреда необходимо обращать больше вниманіе на тѣ бродила, которыми пользуются для ихъ приготовленія, чтобы избѣжать бактеріальнаго загрязненія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть даже необходимъ строгий научный бактеріологическій контроль.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Escherich. Fortschritte der Medicin 85 n° 16.

Kauser. Etudes sur la fermentation lactique. Annales de l'Institut Pasteur 94 n° 11.

Denys et Martin. Sur les rapports du pneumobacille de *Friedlaender* du ferment lactique et de quelques autres organismes avec le *b. lactis aerogenes* et le *bac. typhosus*. La cellule IX. 93.

Моя диссертация о патогенномъ дѣйствіи микроорганизмовъ *Friedlaender'a* и *Fraenkel'я*. 95 г.

XIV. Воспаленіе червеобразнаго отростка слѣпой кишки какъ инфекціонное эпидемическое заболѣваніе.

Профессора Н. Ѳ. Голубова.

Въ настоящее время никто, повидимому, не сомнѣвается, что въ произведеніи воспаленія червеобразнаго отростка (и перитифлита) микробы (*Streptococcus pyog.*, *staphylococcus p.*, *bacterium coli*) играютъ главнѣйшую роль. Многие начинаютъ въ послѣднее время склоняться къ мысли, что каловые сроточки (*scybalae*) развѣ только иногда играютъ роль способствующаго заболѣванію момента, на ряду съ травмой посторонними тѣлами, простудой, неудобоваримой пищей и т. п., что существуютъ, слѣдовательно, случаи аппендицитовъ, зависящіе отъ микробной инфекціи безъ всякаго участія сротковъ (Laveran)¹⁾, безъ всякой травмы слизистой оболочки. Бернскій проф. Sahli былъ близокъ къ истинѣ, когда видѣлъ анатомическое сходство между аппендицитомъ и *angina follicularis*, почему онъ и назвалъ аппендицитъ «*Angina des Wurmfortsatzes*».

На основаніи своихъ наблюденій, я впервые выставилъ слѣдующее положеніе: въ большинствѣ случаевъ воспаленіе червеобразнаго отростка есть *инфекціонная болѣзнь sui generis*, присущая червеобразному отростку также, какъ *angina follicularis* присуща миндалевиднымъ железамъ, какъ дизентерія присуща толстой кишкѣ, причемъ это не только инфекціонная, но *иногда даже прямо эпидемическая болѣзнь*; другими

¹⁾ Académie de médecine, séance du 5 mai 1896.

словами: помимо спорадическихъ, зависящихъ, наприм., отъ какой либо травмы, случаевъ ¹⁾ аппендицита, могутъ возникнуть маленькія *эпидеміи* этой болѣзни совершенно также, какъ бывають несомнѣнно эпидеміи *anginae follicularis*, эпидеміи *furunculosis'a*.

Первое краткое сообщеніе объ этомъ было мною напечатано въ «Медицинѣ» въ мартѣ 1896, а затѣмъ въ № 1 *Berliner klinische Wochenschrift* за 1897.

По моимъ свѣдѣніямъ и наблюденіямъ, въ Москвѣ за осень, зиму и весну 1896—7 года наблюдалось временами и мѣстами, сравнительно съ обыкновеннымъ, весьма значительное число случаевъ аппендицита и перитифлита. Мнѣ лично за этотъ періодъ, *ceteris paribus*, пришлось наблюдать въ четверо-пятеро болѣе случаевъ сравнительно съ послѣдними десятью годами.

Одинъ изъ московскихъ хирурговъ въ теченіе февраля и марта 1896 г. былъ приглашенъ на консультаціи по поводу перитифлитовъ около десяти разъ, тогда какъ обыкновенно ему приходится увидѣть такое количество развѣ въ теченіе цѣлаго года.

Нѣкоторые товарищи, спрошенные мною, сообщили, что и они замѣтили частоту случаевъ аппендицита за указанный періодъ; одинъ изъ нихъ отмѣтилъ появленіе случаевъ аппендицита и перитифлита въ районѣ одного изъ московскихъ бульваровъ.

Въ небольшомъ интернатѣ учебнаго заведенія, гдѣ нѣсколько лѣтъ не было ни одного случая, съ февраля по мартъ 1896 г. мнѣ пришлось наблюдать семь случаевъ, изъ которыхъ одинъ съ тяжелыми явленіями перитифлита.

Изъ прошлаго мнѣ извѣстенъ такой поразительный случай: одинъ за другимъ заболѣли перитифлитомъ два брата гимназиста и вслѣдъ затѣмъ навѣщавшій ихъ все время болѣзни ихъ товарищъ по классу.

Въ англійской литературѣ я нашелъ наблюденіе, говорящее по моему мнѣнію въ пользу моей теоріи аппендицита, какъ самостоятельной инфекціонной болѣзни: D-r Brazil ²⁾ наблюдалъ два случая аппендицита, осложнившихся полиартритомъ (*pseu-*

¹⁾ Несомнѣнно существуютъ случаи аппендицита и метастатическаго происхожденія. Мнѣ извѣстенъ оперированный случай аппендицита (съ перитифлитомъ), развившійся какъ осложненіе заглоточнаго нарыва при совершенно здоровомъ отроискѣ. Dr Arolant (см. ниже) недавно описалъ случаи перитифлита, присоединившіеся къ фолликулярной жабѣ

²⁾ *British Med. journal*, 1895, № 1795, Two cases of Appendicitis associated with Rheumatism.

do-reumatisme французскихъ авторовъ) — явленіе свойственное какъ извѣстно именно многимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, начиная съ общезвѣстнаго триппернаго псевдо-ревматизма.

За самое послѣднее время, уже послѣ появленія моей записки въ Berlin. klin. Wochenschrift, я встрѣтилъ два заявленія, вполнѣ подтверждающія мою точку зрѣнія:

Въ февральской тетради Therapeutische Monatshefte за 1897 годъ напечатана статья берлинскаго врача Apolant'a ¹⁾, въ которой онъ, совершенно независимо отъ меня (какъ то отмѣчено въ примѣчаніи редакціи къ его статьѣ), также высказываетъ, на основаніи своихъ наблюденій, мысль о возможности эпидемическаго характера аппендицита. Извѣстный знатокъ инфекціонныхъ болѣзней, проф. A. Charrin, въ концѣ февраля 1897 года сдѣлалъ сообщеніе ²⁾ подъ заглавіемъ «Appendicite expérimentale épidémique», изъ котораго видно, что и у животныхъ, служащихъ для лабораторныхъ опытовъ, бываетъ повидимому эпидемическое появленіе аппендицита.

По моему мнѣнію существуетъ извѣстная аналогія между дизентеріей и appendicitis infectiosa epidemica: аппендицитъ играетъ въ патологіи червеобразнаго отростка такую же роль, какую дизентерія играетъ въ патологіи толстой кишки, въ частности ея нижняго отдѣла. При обѣихъ болѣзняхъ большое сходство существуетъ въ патологоанатомическихъ измѣненіяхъ стѣнки: и здѣсь и тамъ пораженіе можетъ или ограничиться умѣреннымъ катарральнымъ воспаленіемъ или дойти до глубокихъ *гангренозныхъ изъязвленій* доходящихъ до прободенія и перитонита.

Если смотрѣть на аппендицитъ съ предложенной мною точки зрѣнія, то понятно, почему въ однихъ случаяхъ (въ большинствѣ) дѣло доходитъ лишь до простаго воспаления отростка, а въ другихъ кончается изъязвленіемъ, прободеніемъ и даже гангреной всего отростка: несомнѣнно все зависитъ отъ характера, отъ интенсивности инфекціи, отъ того же, почему въ однихъ случаяхъ дизентерія ограничивается умѣреннымъ воспаленіемъ слизистой оболочки, а въ другихъ роковымъ образомъ дѣлается гангренозной, можетъ даже вызвать прободеніе, перитонитъ.

Нѣкоторые изъ этиологическихъ моментовъ дизентеріи имѣютъ себѣ аналоги въ этиологіи аппендицита, на примѣръ, неудобоваримая пища, скопленіе жесткихъ scybala въ flexura sigmoidea (запоръ), простуда.

¹⁾ Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Angina und Perityphlitis.

²⁾ Société de Biologie, séance du 27 février 1897.

Что касается бактериологической стороны, то по тщательнымъ изслѣдованіямъ Tavel и Lanz'a главную роль при аппендицитѣ играетъ *Streptococcus p.*, затѣмъ *Staphylococcus p.* и *Colibacillus*, т. е. тѣ именно микробы, которые, будучи невинными завсегдатаями нашего организма, способны иногда получать рѣзко вирулентныя свойства; я думаю, что подобное же происходитъ и при дизентеріи: по крайней мѣрѣ въ этомъ пунктѣ я придерживаюсь взгляда Laveran'a, ¹⁾ объясняющаго происхожденіе дизентеріи тѣмъ, что обычные микробы кишечника получаютъ отъ неизвѣстныхъ еще намъ причинъ вирулентныя, патогенныя свойства. Вышеупомянутыя наблюденія D-r Brazil'я говорятъ также въ пользу моего сравненія аппендицита съ дизентеріей: какъ извѣстно полиартритъ есть одно изъ осложненій и дизентеріи.

Если принять мой взглядъ на аппендицитъ, какъ на эпидемическое заболѣваніе, т. е. другими словами признать аппендицитъ не случайнымъ микробнымъ поражениемъ, а самостоятельной, генуинной инфекціонной болѣзью, то съ этой точки зрѣнія, безъ всякой ломки, безъ насилуванія фактовъ, объясняется многое, что было доселѣ неяснаго въ исторіи этой болѣзни. Не входя въ детали, я здѣсь ограничусь приведеніемъ небольшого конкретнаго примѣра: встрѣчается не мало случаевъ, гдѣ аппендицитъ (а вмѣстѣ и перитифлитъ) появляется внезапно у человѣка совершенно дотолѣ здороваго, безъ запоровъ, безъ какого-либо кишечнаго страданія вообще, безъ всякихъ другихъ банальныхъ этиологическихъ моментовъ, и гдѣ при операціи не находятъ ни каловыхъ сросточковъ, ни другихъ постороннихъ тѣлъ, никакихъ врожденныхъ аномалій, ни перегибовъ и смѣщеній, которымъ такую важную роль приписываетъ, на примѣръ, проф. Sonnenburg, ни закрытія и суженія просвѣта; разъ принять мою точку зрѣнія, то для объясненія заболѣванія въ подобномъ случаѣ нѣтъ нужды искать грубыхъ причинъ въ самомъ организмѣ; причина—инфекція микробами организма (resp. червеобразнаго отростка) дотолѣ совершенно здороваго; совершенно также дизентерическая инфекція не щадитъ и совершенно здоровую толстую кишку.

Выскажу здѣсь же свою точку зрѣнія на роль *scybalarium*, которую такъ переопредѣляли Talamon и другіе:

¹⁾ Société de Biologie, 1893 (Laveran не признаетъ патогенную роль амебъ при дизентеріи; съ такимъ авторитетнымъ мнѣніемъ необходимо считаться)

Конечно, могутъ быть случаи, гдѣ застряваніе въ червеобразномъ отросткѣ крупнаго *твердаго* копролита, равно какъ и всякаго другого посторонняго тѣла (косточки вишенъ и т. п.), можетъ, при помощи микробовъ, повлечь за собой воспаленіе и даже прободеніе отростка *per decubitum*. Но такіе случаи должны встрѣчаться очень рѣдко, такъ какъ описаны и такіе, гдѣ въ червеобразномъ отросткѣ подолгу пребывали твердыя постороннія тѣла, не вызывая въ немъ никакихъ серьезныхъ измѣненій. Обыкновенные каловые комочки находятся очень часто и въ совершенно здоровыхъ отросткахъ, передвигаются тамъ совершенно свободно и вовсе не бываютъ ущемлены; обвинять ихъ въ произведеніи аппендицита также неосновательно, какъ обвинять обыкновенныя каловыя массы въ произведеніи дизентеріи.

По статистикѣ, наприм. *Renvers'a*, *scybalae*, встрѣчаясь такъ часто въ здоровыхъ отросткахъ, при аппендицитѣ находятся хирургами въ отросткѣ только въ 40% всѣхъ случаевъ. Описано вообще не мало случаевъ, гдѣ при раннихъ операціяхъ въ полости отростка не находили никакихъ слѣдовъ сrostковъ или находили тѣла, состоящія изъ слизи, отжившаго эпителия и микробовъ и составляющія слѣдовательно продуктъ воспаленія, катарра слизистой оболочки, а не причину его ¹⁾).

Scybalae, находимыя при аппендицитѣ, могутъ играть роль момента развѣ только ухудшающаго теченіе инфекціи: лежавшій свободно въ просвѣтѣ безвредный каловый комочекъ, при развитіи инфекціоннаго воспаленія, набуханія вслѣдствіе этого слизистой оболочки и суженія просвѣта, ущемляется и этимъ можетъ пожалуй иногда *способствовать* изъязвленію и прободенію больной стѣнки *per decubitum*; но это изъязвленіе и прободеніе можетъ произойти и безъ всякаго посторонняго тѣла, лишь въ силу интенсивности воспаленія, которое гангренизируетъ стѣнку также, какъ это бываетъ при дизентеріи. Закрывая сузившійся вслѣдствіе воспаленія просвѣтъ, *scybala* задерживаетъ выведеніе продуктовъ воспаленія, микробовъ, ихъ токсиновъ въ слѣпую кишку, вслѣдствіе чего воспаленіе поддерживается, усиливается, идетъ глубже на мышечный, а затѣмъ серозный слой отростка, принимаетъ наконецъ язвенно-гангренозный характеръ, чѣмъ и обусловливается прободеніе (очень часто находящееся даже

¹⁾ См. напр. работу проф. А. А. Боброва: Аппендицитъ и его лѣченіе, 1896.

далеко отъ ущемленнаго каловаго комочка). Разъ прободеніе совершилось, то, конечно, не безразлично для дальнѣйшаго теченія болѣзни, изольется черезъ отверстіе жидкость содержащая каловой детритъ или не содержащая его.

Если такимъ образомъ измѣнить прежній взглядъ на патогенетическое значеніе каловыхъ комочковъ, то придется отвергнуть довольно таки общепринятое ученіе Talamon'a объ аппендикулярной коликѣ, аналогичной печеночной и почечной коликѣ и зависящей якобы отъ попаданія scybalae въ просвѣтъ отростка. И прежде можно было логически доказать несостоятельность такого представленія:

Огромное большинство случаевъ аппендицита начинается припадкомъ боли (colica appendicularis по Talamon'у), вслѣдъ за которымъ немедленно наступаютъ другія болѣзненные явленія, такъ что воспалительная перитонитическая опухоль (чаще всего peritonitis serofibrinosa circumscripta) опредѣляется, на примѣръ, нерѣдко уже черезъ нѣсколько часовъ спустя. Прямо нелогично допустить, чтобы рѣзкія воспалительныя явленія, нерѣдко изъязвленіе, наконецъ воспаленіе въ брюшинѣ могли развиваться такъ быстро, почти моментально послѣ вхожденія въ отростокъ каловаго комочка.

Съ моей точки зрѣнія эта колика, *эта боль* въ огромномъ большинствѣ случаевъ есть начало типическаго инфекціоннаго воспаленія—*такая же, на примѣръ, боль, которая внезапно развивается при типичномъ крупозномъ воспаленіи легкаго.*

Считаю не лишнимъ сдѣлать замѣтку по поводу діагностики легчайшихъ случаевъ аппендицита, случаевъ могущихъ ускользнуть отъ вниманія малоопытнаго или невнимательнаго врача.

Случаи рѣзко выраженные, особенно уже осложнившіеся воспалительнымъ состояніемъ прилежащей брюшины, діагностируются крайне легко, также, какъ мы почти par distance узнаемъ случаи выраженной печеночной или почечной колики. Но какъ часто приходится видѣть, что врачъ небольшую печеночную, на примѣръ, колику, выражающуюся только припадками легкой боли подъ ложечкой послѣ ѣды и чувствительностью при давленіи мѣста желчнаго пузыря, принимаетъ за «желудочную боль!» Точно также мнѣ нѣсколько разъ пришлось видѣть in praxi случаи, гдѣ легкіе припадки аппен-

дицита принимались за «кишечную колику», за «засореніе желудка». ¹⁾

Картина болѣзни въ этихъ легкихъ случаяхъ такова: молодой человекъ внезапно начинаетъ чувствовать боль *въ срединѣ* живота, чаще *надъ пупкомъ*, причемъ появляется однократная рвота; ослабляется аппетитъ, языкъ болѣе или менѣе обложенъ, появляется чувство нѣкотораго недомоганія, повышается слегка ²⁾ температура, иногда, даже часто, едва доходя до 38°, боль, часто весьма сносная, держится 1—3 дня и затѣмъ все проходитъ. Не только больной, но часто и врачъ полагаетъ что дѣло идетъ о «засореніи желудка», тѣмъ болѣе, что обыкновенно при этомъ появляется запоръ ³⁾. Если же внимательно, *lege artis*, изслѣдовать ощупываніемъ животъ такого больного, то оказывается, что болѣзненность, болѣе или менѣе выраженная, существуетъ *только* внутри и кверху отъ правой пупартовой связки (точка Mac-Burney) и *больше нидѣ*; (въ нѣкоторыхъ случаяхъ при тонкой податливой брюшной стѣнкѣ удается прощупывать въ видѣ шнура самый червеобразный отростокъ, болѣзненный при давленіи). Разъ это найдено, діагностика *appendicitis levissima* сдѣлана. Знаніе топографіи не дастъ смѣшать эту боль съ болью въ правомъ мочеточникѣ и почкѣ; немного труднѣе, если дѣло идетъ о женщинѣ, отличить ее отъ боли въ правомъ яичникѣ или въ правой трубѣ.

№ 719

¹⁾ Въ Декабрѣ 1896 года въ Лондонѣ разбиралось громкое судебное дѣло по поводу подобной ошибочной діагностики: D-r Stiven опредѣлялъ у г. Welsford'a «несвареніе желудка» (*indigestion*) и назначилъ между прочимъ массажъ живота, по діагнозу же D-r Fenwick'a оказался аппендицитъ; нѣсколько дней спустя была сдѣлана операція, причемъ найденъ гной и омертвѣлый отростокъ. (*The Lancet*, 19 Декабря 1896).

²⁾ Въ болѣе рѣзкихъ, чистыхъ (*resp.* неосложнившихся) воспаленіемъ серознаго покрова) случаяхъ температура въ первый день можетъ подняться до 40°, послѣ чего, при правильномъ теченіи, въ три—пять дней постепенно, съ значительными ремиссіями, понижается до нормы. При осложненіи хотя бы легкимъ серозно-фибринознымъ перитонитомъ обыкновенно лихорадка такъ быстро не прекращается.

³⁾ Запоръ появляется здѣсь въ силу *патологическаго закона*, который мною формулируется такъ: всякій мѣстный, даже самый незначительный-воспалительный процессъ въ полости живота, всякій процессъ сопровождаемый болью обыкновенно сопровождается запоромъ (рефлекторнымъ); таковы, *colica hepatica et renalis, oophoritis, salpyngitis, metritis, cystitis, pyelitis prostatica, appendicitis* и т. п.