

НОРДЕН

616

Норден

Prof. Carl von Noorden.

16/10/1912

СОБРАНИЕ
КЛИНИЧЕСКИХЪ РАБОТЪ

ПО
ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ
РАЗСТРОЙСТВЪ ОБМѢНА И ПИТАНІЯ.

3-й ВЫПУСКЪ.

О СЛИЗИСТОЙ КОЛИКѢ КИШЕКЪ И ЕЯ ЛѢЧЕНІИ.

К. фонъ-Ноордена и К. Даппера.

Переводъ съ нѣмецкаго, подъ редакціей

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

П. М. Ревидцова.



ИНВЕНТАР
№ 9043

2012

ИНВЕНТАР
№ 29862

1952 г.

1972

ПОСТАВШ. ДВОРА ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА ИМПЕРАТОРА САНТ-ГОСИОПЕЧ. А. А. ЛЕВЕНСОНЪ
МОСКВА, ТВЕРСКАЯ, МАМОНОВСКІЙ ПЕР., СОБ. Д.

1903.



616.

Дозволено цензурою. Москва, 12 февраля 1903 г.



~~Студен.~~
~~кад.~~
~~645.~~

О слизистой коликѣ кишекъ и ея лѣченіи.

Colica mucosa (синонимы: *colitis pseudomembranacea*, перепончатый катарръ кишекъ, *myxoneurosis coli*) изъ всѣхъ хроническихъ кишечныхъ заболѣваній является наиболѣе невыясненнымъ не только въ теоретическомъ отношеніи, но и съ точки зрѣнія систематической нозологіи. Несмотря на множество работъ, вышедшихъ отчасти изъ-подъ пера извѣстныхъ изслѣдователей—за послѣднія два десятилѣтія и особенно за послѣднія 5—6 лѣтъ, слизистая колика кишекъ до сихъ поръ не заняла строго опредѣленнаго и общепризнаннаго положенія въ патологіи. На основаніи изслѣдованія *Nothnagel'*я ¹, *Marchand'*а ², *Leube* ³ и другихъ, казалось, нужно было думать, что дѣло идетъ здѣсь о двигательномъ и секреторномъ неврозѣ кишекъ.

Новѣйшія работы *Einhorn'*а ⁴, *Boas'*а ⁵, *Ebstein'*а ⁶, *Schütz'*а ⁸ и другихъ значительно расходятся съ только-что упомянутымъ опредѣленіемъ этого своеобразнаго симптомокомплекса, хотя, правда, и онѣ не свидѣтельствуютъ о сколько-нибудь достаточной солидарности ихъ авторовъ. Общимъ въ этихъ новѣйшихъ работахъ является лишь тотъ взглядъ, что если не во всѣхъ, то въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ картина болѣзни обусловлена воспалительными процессами. Взглядъ этотъ существенно отличается отъ прежняго и пріобрѣтаетъ чрезвычайно важное значеніе не только въ теоретическомъ, но и въ практическомъ отношеніи. Соотвѣтственно этому взгляду прогнозъ и терапія здѣсь такъ же различны, какъ неодинаковы они при расстройствахъ желудочной дѣятельности, зависящихъ то отъ нервной, то отъ катарральной

диспепсиі. Согласіе во взглядахъ никогда не будетъ достигнуто, если при опредѣленіи болѣзни принимать въ расчетъ исключительно оба упомянутыхъ симптома, обозначенные уже самимъ названіемъ болѣзни, а именно—отхожденіе слизистыхъ массъ съ сопутствующими болями. Ибо то и другое наблюдается при разнообразныхъ кишечныхъ заболѣваніяхъ, не имѣющихъ между собою ничего общаго и требующихъ совершенно различнаго лѣченія. Въ особенности часто симптомы эти являются спутниками и слѣдствіемъ завѣдомо воспалительныхъ заболѣваній кишечника и чаще его нижнихъ отдѣловъ, чѣмъ верхнихъ. Такъ какъ они появляются въ этихъ случаяхъ то съ ббльшей, то съ меньшей силой, т. е. совершенно такъ же, какъ это наблюдается и съ другими симптомами, то съ чисто симптоматической точки зрѣнія эти припадочныя обостренія можно, конечно, не безъ основанія обозначать именемъ „colica mucosa.“

Мы сошлемся еще на нѣкоторыя весьма важныя данныя вскрытій, служащія прочнымъ доказательствомъ того, что картина симптомовъ, соотвѣтствующая слизистой коликѣ,—ниже она будетъ описана подробнѣе—въ дѣйствительности можетъ имѣть мѣсто и при настоящемъ остромъ энтеритѣ (*M. Rothmann, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 22. 1893* и *J. C. Hemmeter, Diseases of the intestine. Vol. 1. p. 486. 1901*). Равнымъ образомъ не оставляютъ въ этомъ никакого сомнѣнія и исторіи болѣзни, приводимыя *Einhorn*'омъ⁴, *Boas*'омъ⁵, *Schütz*'омъ⁸, *Krysinck*'имъ⁹ и не малое число нашихъ собственныхъ наблюденій. Возможность развитія симптомокомплекса colicae mucosae при настоящемъ энтеритѣ кажется намъ настолько несомнѣнной и естественной, что едва ли имѣетъ смыслъ приводить тому новыя доказательства.

Boas того мнѣнія, что положительныя данныя при опредѣленіи измѣненій слизистой оболочки кишки „безъ сомнѣнія имѣютъ несравненно ббльшее значеніе, чѣмъ

отрицательныя⁴. Мы же держимся діаметрально противоположнаго мнѣнія, ибо гораздо интереснѣе и важнѣе представляется тотъ фактъ, что типическія картины слизистой колики наблюдаются тамъ, гдѣ при вскрытіи слизистая оболочка кишекъ оказывалась совершенно нормальной. Сюда относится случай *O. Rothmann'a* (*Deutsche med. Woch.* 1887. № 27); затѣмъ о такомъ же наблюденіи сообщаетъ и *Hemmeter* (I. с. р. 486): въ двухъ случаяхъ, несмотря на тщательное макро-и микроскопическое изслѣдованіе участковъ толстой кишки, покрытыхъ толстымъ слоемъ слизи, онъ нигдѣ не могъ обнаружить какихъ бы то ни было гистологическихъ признаковъ воспаленія. Вотъ почему онъ, какъ и *Nothnagel*, держится того мнѣнія, что болѣзнь эта скорѣе заслуживаетъ названія „*colica mucosa*“, чѣмъ „*colitis mucosa*“. Равнымъ образомъ въ одномъ весьма тщательно изслѣдованномъ случаѣ, о которомъ сообщаетъ *N. Jagic* (*Wien. klin. Rundschau.* 1901. № 41), были, правда, обнаружены ничтожныя аномаліи эпителиальнаго покрова кишекъ, но существенно отличныя отъ тѣхъ, какія наблюдаются при настоящемъ энтеритѣ. Случай этотъ имѣлъ мѣсто въ моемъ больничномъ отдѣленіи (*v. Noorden*).

Скудный анатомическій матеріалъ указываетъ т. обр. на тотъ фактъ, что, съ одной стороны, *colica mucosa* можетъ представлять частичное явленіе настоящаго энтерита, а съ другой—протекать при безусловномъ отсутствіи какого бы то ни было, по крайней мѣрѣ, существеннаго анатомическаго заболѣванія слизистой оболочки кишекъ.

Вотъ это-то обстоятельство, т. е. *возможность отсутствія анатомическаго пораженія при colica mucosa* положительно заслуживаетъ наибольшаго вниманія съ патолого-анатомической точки зрѣнія. Для клинициста это представляетъ еще ббльшій интересъ, чѣмъ для анатома, такъ какъ клиническое наблюденіе въ большинствѣ случаевъ—особенно съ типическимъ теченіемъ—говоритъ противъ существованія анатомическаго пораженія кишекъ.

Двойственный характеръ слизисто-кишечной колики (то наличность, то отсутствіе воспалительныхъ явленій) далъ поводъ *Nothnagel*'ю¹⁰ провести строгую границу между обѣими формами. Онъ даетъ имъ разное названіе: съ одной стороны *enteritis membranacea*, съ другой — *colica mucosa*. Только для послѣдней онъ допускаетъ невротическое происхожденіе. При этомъ, разумѣется, нѣтъ надобности обращать исключительное вниманіе на отдѣленіе слизи и говорить лишь о секреторномъ неврозѣ; гораздо правильнѣе разсматривать весь симптомокомплексъ, если ужъ держаться понятія „неврозъ“, какъ неврозъ комбинированный, т. е. одновременно-двигательный, секреторный и чувствительный. Дуалистическое опредѣленіе *Nothnagel*'я, какъ упомянуто выше, и въ позднѣйшей литературѣ сохранило за собой руководящее значеніе. Между тѣмъ какъ нѣкоторые авторы (*v. Leube*, *Rosenheim*¹¹, *Fleischer*¹², *Hemmeter* и я) считаютъ, что въ значительно преобладающемъ большинствѣ случаевъ, по видимому, имѣетъ мѣсто *Nothnagel*'евская *colica mucosa*, другіе склонны *enteritis membranacea* въ духѣ *Nothnagel*'я считать за правило, а обыкновенную *colica mucosa* — за исключеніе.

Первую попытку къ отраженію дуалистической точки зрѣнія *Nothnagel*'я находимъ мы у *v. Leube*. Онъ говоритъ: „какъ прочно стоитъ фактъ образованія пленокъ въ теченіи нѣкоторыхъ формъ энтерита, въ такой же мѣрѣ неоспорима съ другой стороны ихъ связь со страданіемъ нервного характера. Почти всеѣ больные, которыхъ мнѣ приходилось наблюдать, были при этомъ истеричны. Всеѣ средства, направленные къ облегченію кишечнаго катарра, хотя и примѣнялись мѣсяцами, не приносили никакой пользы. Я не могу поэтому не присоединиться къ тому взгляду, что въ большинствѣ случаевъ при этомъ кишечномъ заболѣваніи, сопровождаемомъ образованіемъ слизи, дѣло идетъ лишь о *секреторномъ неврозѣ*“. Съ этой

точки зрѣнія слизистая колика можетъ найти нѣкоторую опору въ энтеритѣ въ качествѣ его осложненія. Такимъ образомъ дуалистическій взглядъ *Nothnagel*'я теряетъ свое значеніе. Еще въ гораздо болѣе большой степени, чѣмъ *v. Leube*, держится такой же унитаристической точки зрѣнія *H. Westphalen*¹³. Онъ окончательно отбрасываетъ дѣленіе т. наз. *enteritis membranacea* на двѣ этиологически различныя группы, какъ это дѣлаетъ *Nothnagel*, т. е. на *enteritis membranacea* воспалительнаго происхожденія и на *colica mucosa*, т. е. кишечный неврозъ. Образование т. наз. энтеритическихъ пленокъ всегда основано, по его мнѣнію, на нервной гиперсекреціи слизи. Если дѣло идетъ исключительно о неосложненномъ секреторномъ неврозѣ, то отдѣляются обильныя количества аморфной слизи. Если же къ этому присоединяются спастическія движенія кишекъ, то чрезмѣрныя массы слизи сдавливаются и тогда извергаются жгутовидныя образования. Гдѣ отдѣленіе ихъ сопровождается сильными болями, тамъ одновременно приходится допускать и чувствительный неврозъ. Хотя настоящій катарръ кишекъ, на что въ согласіи съ *Voas*'омъ справедливо указываетъ *Westphalen*, случайно можетъ здѣсь имѣть мѣсто, но и въ этомъ случаѣ причина чрезмѣрнаго отдѣленія слизи и характернаго симптомокомплекса заключается, по *Westphalen*'у, не въ катаррѣ, а въ неврозѣ. Прекрасная работа *Westphalen*'а основательно разсматриваетъ относящіеся сюда вопросы, и мы можемъ указать на его статью всякому, интересующемуся патогенезомъ и діагностикой слизистой колики.

Прежде чѣмъ выяснитъ нашу собственную точку зрѣнія, необходимо вкратцѣ описать картину болѣзни кишечно-слизистой колики, т. е. указать на тотъ симптомокомплексъ, который мы разумѣемъ подъ этимъ именемъ. Это тѣмъ необходимѣе, что явно-одинаковое въ этомъ отношеніи обозначается разными именами, а различное—однимъ и тѣмъ же именемъ.

Больше всего случаевъ этого рода заболѣванія приходится на возрастъ между 20-ю и 45-ю годами; впрочемъ болѣзнь эта нерѣдко встрѣчается и раньше 20 лѣтъ. Позже 45 лѣтъ частота заболѣванія сильно падаетъ. Женщины заболѣваютъ гораздо чаще, чѣмъ мужчины. Не вездѣ, повидимому, болѣзнь эта отмѣчается одинаковой частотой. Среди нашихъ больныхъ сравнительно много было русскихъ.

Большинство уже до появленія кишечно-слизистой колики страдало значительными не порядками пищева- ренія. Большею частью не порядки эти касались желудка, и въ такомъ случаѣ путемъ анамнеза мы могли у нашихъ больныхъ весьма часто если не съ увѣренностью, то съ вѣроятностью принимать нервную диспепсію съ повышенной кислотностью. „Желудочные спазмы“, бывшіе задолго до припадка, часто упоминаются въ анамнезѣ безъ того, однако, чтобы приводимыя данныя разъясняли, въ чемъ, собственно, заключалось дѣло. Часто кишечной коликѣ предшествовала многолѣтняя склонность къ жидкимъ послабленіямъ, подчасъ съ характерными и своеобразными особенностями „нервныхъ поносовъ“. Гораздо чаще, однако, указывается на запоры, противъ которыхъ примѣнялись самыя разнообразныя химическія и физикальныя средства. Особенно періодъ, непосредственно предшествовавшій развитію слизистой колики, почти всегда отличался упорными запорами, длившимися недѣли и мѣсяцы. Многіе больные отмѣчаютъ, что они часто наблюдали отхожденіе слизи съ твердыми экскрементами уже много раньше наступленія слизистой колики. Всѣ эти разстройства могутъ быть приняты за функціональныя, но въ иныхъ случаяхъ анамнезъ даетъ указанія, что тамъ имѣли мѣсто болѣе серьезныя заболѣванія съ анатомическими измѣненіями: аппендицитъ съ еще явными слѣдами уплотненій и сращеній въ области червеобразнаго отростка или нерѣдко настоящая тро-

пическая дизентерія. Въ томъ и другомъ случаѣ приходится, обыкновенно, слышать отъ больныхъ, что по прекращеніи остраго приступа они еще мѣсяцы и годы соблюдали строгую діету изъ опасенія рецидива. Затѣмъ уже наступалъ симптомокомплексъ кишечно-слизистой колики, принимавшейся ими за рецидивъ стараго страданія и служившей поводомъ къ дальнѣйшему ограниченію діеты, отъ которой не только не наступало улучшенія, а напротивъ—ухудшеніе всѣхъ симптомовъ вплоть до общаго упадка питанія. Изъ другихъ заболѣваній, предшествующихъ слизистой коликѣ, назовемъ согласно указаніямъ учебниковъ: вялость брюшныхъ стѣнокъ, гастроптозъ, блуждающую почку, эндометритъ, хроническій метритъ, воспаленія придатковъ. Перечисленные заболѣванія кажутся намъ лишь по столько имѣющими значеніе, по скольку они оказываютъ вліяніе на движенія кишекъ.

Общей особенностью всѣхъ нашихъ случаевъ было то, что больные, изъ тѣхъ или другихъ соображеній, въ силу меньшихъ или большихъ расстройствъ пищеваренія, долгое время соблюдали легкую діету, рекомендуемую въ случаяхъ язвы желудка, катарра желудка или кишекъ, желчно-каменной болѣзни, въ періодъ выздоровленія отъ аппендицита. Въ анамнезѣ часто повторяется слѣдующая діета: молоко или молочныя блюда, супы, кашицы, легкія мучныя блюда, сухари, жареный хлѣбъ, нѣжные сорта бѣлаго мяса, блюда изъ протертыхъ овощей и картофеля. Благодаря этой строгой діетѣ почти у всѣхъ больныхъ значительно пострадало общее питаніе. Многіе указываютъ на потерю въ вѣсѣ до 20 — 30 фунтовъ и больше. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ имѣли мѣсто сопутствующія нервныя явленія истерическаго или неврастеническаго свойства, начало которыхъ часто восходило уже къ раннему возрасту. Этотъ фактъ заслуживаетъ быть особенно подчеркнутымъ; въ этомъ

отношеніи мы находимся въ полномъ согласіи съ большинствомъ другихъ авторовъ, особенно съ *v. Leube* (см. выше).

Прежде чѣмъ дѣло доходить до полнаго развитія картины болѣзни, большинство больныхъ уже раньше не разъ замѣчало отхожденіе слизи одновременно съ твердыми каловыми кусочками; многіе ощущали болѣзненность въ животѣ, быстро уступавшую послѣ искусственнаго воздѣйствія на кишки (касторка, клистиры и проч.) и потому находившую себѣ достаточное объясненіе въ застоѣ каловыхъ массъ. Лишь послѣ такихъ предвѣстниковъ неожиданно для больныхъ развивается настоящій припадокъ, теченіе котораго можетъ быть весьма разнообразно.

При этомъ дѣло ограничивается лишь безболѣзненнымъ отхожденіемъ слизи съ небольшой примѣсью, а то и съ совершеннымъ отсутствіемъ кала, и въ такомъ случаѣ отторгнутая слизь почти всегда обладаетъ мягкой консистенціей и имѣетъ видъ стекловидно-прозрачной лягушечьей икры.

Въ другихъ случаяхъ отторженію слизи предшествуютъ весьма непріятныя ощущенія въ животѣ, шумное урчаніе въ кишкахъ и коликообразныя боли. Тогда выдѣлившаяся слизь, обыкновенно, болѣе плотной консистенціи, болѣе мутна и имѣетъ видъ полосокъ, лентъ, плѣнокъ или сѣтки. Вопросъ о томъ, выдѣляются ли при этомъ слизистыя массы отдѣльно или вмѣстѣ съ каломъ,—имѣетъ второстепенное значеніе; въ этомъ отношеніи одинъ случай не похожъ на другой и даже у одного и того же больного картина одного припадка—на картину другого. Все это зависитъ отъ того, опорожнились ли нижніе отрѣзки кишекъ передъ отдѣленіемъ слизи самостоятельно или съ помощью водяного клистира.

Во многихъ приступахъ все приходитъ уже съ однократнымъ изверженіемъ слизи и къ больнымъ на долгое время возвращается хорошее самочувствіе. Бѣльшей же частью припадки болей и отдѣленія слизи длятся нѣ-

сколько часовъ или дней, нерѣдко сопровождаясь поносами. Намъ приходилось видѣть припадки, продолжавшіеся свыше 2-хъ недѣль. Во время и послѣ приступа больные чувствуютъ себя обыкновенно очень слабыми; большинство втеченіе припадка (т.-е. нѣсколькихъ дней) успѣваютъ потерять нѣсколько фунтовъ вѣса, которые, при непроведеніи соотвѣтствующей терапіи, лишь съ трудомъ наверстываются въ свободные періоды, продолжающіеся подчасъ недѣли и мѣсяцы.

Эти періоды лишь въ исключительныхъ случаяхъ совершенно свободны отъ диспептическихъ явленій. Давленіе и чувство напряженія въ животѣ, покальванія въ различныхъ мѣстахъ, вздутіе послѣ ѣды, недостатокъ аппетита—наиболѣе частыя жалобы въ этихъ случаяхъ. Особенно важное значеніе имѣетъ здѣсь отправление кишекъ. Если иногда въ первое время вслѣдъ за припадкомъ существовала нѣкоторая склонность къ поносу, то уже скоро этотъ послѣдній снова уступаетъ мѣсто запору и проходитъ немного времени, какъ больные ради урегулированія стула опять обращаются къ слабительнымъ и клистирамъ, т. к. почти безусловно увѣрены, что допусти они упорный запоръ, имъ снова пришлось бы опасаться рецидива.

Въ частности намъ остается еще рассмотретьъ оба кардинальныхъ симптома—*отдѣленіе слизи* и *болезнь припадки*.

Выше уже упомянуто, что слизистыя массы могутъ быть различнаго типа: то онѣ рыхлой консистенціи, прозрачны и настолько богаты водой, что почти расплываются, то онѣ твердой консистенціи, суше, и столь сильно всклокочены, что напоминаютъ тканевыя образованія. Оба эти типа представляютъ, однако, крайности; между ними существуютъ всевозможные переходы и вовсе не рѣдко втеченіе одного и того же припадка или даже въ одно и то же время наблюдаются оба типа за разъ со всѣми промежуточными формами. Едва ли мы ошибаемся, при-

нимая рыхлую прозрачную слизь за свѣжій продукт слизистой оболочки и плотную—за продукт болѣе давняго происхожденія, т.-е. образовавшійся гораздо раньше и долгое время (какое—неизвѣстно) пребывавшій въ складках слизистой оболочки. Здѣсь (какъ это впервые высказалъ *Marchand*) подѣ влияніемъ всасыванія воды онъ плотнѣетъ, а благодаря давленію, оказываемому на него мимопроходящими каловыми комками (*scybala*), формируется въ ленты, тяжи и плѣнки.

Это понятно всякому, кто хотя одинъ разъ наблюдалъ въ этихъ случаяхъ результаты вскрытія. *Rothmann* и *Hemmeter* указываютъ на то, какъ плотно прилегаетъ эта слизь къ слизистой оболочкѣ кишекъ и мы сами можемъ сослаться на препаратъ (см. вышеупомянутый случай *N. Jagić'a*), гдѣ слизистые тяжи такъ плотно пристали къ кишечной стѣнкѣ, что ихъ лишь съ трудомъ можно было отдѣлить отъ нея пинцетомъ. Такъ какъ въ типическихъ случаяхъ слизь часто втеченіе долгаго времени можетъ или совсѣмъ не выдѣляться, или же вдругъ извергаются сразу огромныя массы ея (10—100 грам.), очевидно давняго происхожденія, то слѣдуетъ думать, что благодаря лишь особой механикѣ припадка старья, плотно приставшія къ кишечной стѣнкѣ слизистыя массы стали подвижны. Къ механикѣ припадка относятся во первыхъ рѣзкія кишечныя движенія, сопровождаемыя болями, очевидно чаще въ формѣ спазмовъ, чѣмъ перистальтики, во-вторыхъ связанная съ этой венообразной дѣятельностью кишечника послѣдовательная секреція свѣжей слизи, благодаря которой старья, плотно сидящія массы рыхлѣютъ и легче отдѣляются отъ кишечной стѣнки. Плотно пристававшая старая слизь оказываетъ, очевидно, механическое и, вѣроятно, особое химическое раздраженіе, результатомъ котораго является самый пароксизмъ. Отсюда понятно, что возможны припадки съ абортивнымъ теченіемъ.

1) Пока слизь еще сохранила характеръ стекловидной рыхлой массы—для удаленія ея необязательно появленіе сильныхъ кишечныхъ спазмовъ и болей. Эту abortивную форму мы встрѣчаемъ особенно часто въ легкихъ случаяхъ, затѣмъ въ начальныхъ стадіяхъ и въ періодѣ выздоравливанія отъ этой болѣзни.

2) Если слизь плотно пристала къ кишечной стѣнкѣ, дѣло можетъ дойти до появленія крайне рѣзкихъ кишечныхъ коликъ, безъ того, однако, чтобы была достигнута цѣль этихъ спазмовъ, т. е. отдѣленіе и изверженіе слизи. Частью подъ вліяніемъ наркотическихъ средствъ, частью произвольно спазмы эти снова уступаютъ, подобно тому какъ можетъ слабѣть изгоняющая работа желчнаго протока или мочеточника при закупоркѣ его камнемъ. По прошествіи нѣкоторого времени (дней или недѣль) приступъ начинается сызнова. Эти случаи часто даютъ поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ. Усиленная мышечная работа кишечника при совершенной пустотѣ самага нижняго отрѣзка кишекъ, крайне рѣзкія боли съ своими спутниками: тошнотой, рвотой, безжизненнымъ выраженіемъ лица, малымъ пульсомъ—заставляютъ подчасъ допускать настоящую закупорку кишекъ. Мнѣ самому пришлось пережить такой типическій случай, когда я былъ ассистентомъ въ клиникѣ *Gerhardt*'а въ *Charité*. 25-тилѣтняя дѣвушка была доставлена въ мое отдѣленіе въ полусознательномъ состояніи отъ сильныхъ болей, послѣ того какъ припадокъ съ частыми перерывами длился болѣе 24 часовъ. *Rectum* былъ пустъ и поставленный клистиръ ничего не вывелъ, кромѣ нѣсколькихъ небольшихъ кусочковъ кала. *Gerhardt*, которому я показалъ больную при обходѣ имъ палаты, присоединился къ моему мнѣнію, что здѣсь дѣло вѣроятно идетъ о свинцовой коликѣ, т. к. больная была судомойкой на фабрикѣ свинцовыхъ бѣлилъ. Однако ни на деснахъ, ни на иныхъ мѣстахъ кожи нельзя было констатировать хотя и слѣдовъ свинца, а къ тому же между

выходомъ больной изъ фабрики и поступленіемъ ея въ больницу прошло больше 3-хъ мѣсяцевъ. Въ виду такого сомнительнаго положенія дѣла, *Gerhardt* рѣшилъ назначить больной прежде всего опій и горячіе компрессы; если же припадокъ до вечера не уступитъ, распорядился перевести больную для операціи въ хирургическое отдѣленіе. Уже послѣ первыхъ приѣмовъ опія боли прекратились, наступилъ продолжительный спокойный сонъ, отъ котораго больная очнулась рѣшительно безъ всякихъ недомоганій. На слѣдующій день послѣдовало правильное отправленіе на низъ безъ малѣйшей примѣси слизи. Больная уже должна была выписаться, какъ вдругъ черезъ недѣлю послѣ поступленія въ больницу снова начался сильнѣйшій пароксизмъ болѣе съ послѣдовательнымъ (черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала) изверженіемъ около 50 grm. плотныхъ слизистыхъ пучковъ и пленокъ, благодаря чему сразу выяснился до того смутный діагнозъ. На слѣдующій день, замѣняя пр. *Gerhardt*'а, я демонстрировалъ этотъ случай въ клиникѣ, имѣя т. о. возможность показать на яркомъ примѣрѣ ошибки, которымъ подвергаешься при распознаваніи подобнаго рода случаевъ.

Кромѣ указанныхъ abortивныхъ формъ кишечно-слизистой колики встрѣчаются и другія, зависящія отъ временной раздражительности больного. У очень чувствительныхъ людей уже при отдѣленіи рыхлой свѣжей слизи дѣло доходитъ до развитія рѣзкихъ спазмовъ и болей. Это—случаи, которыми вполне оправдывается терминъ „чувствительный неврозъ“.

Иногда же бываетъ наоборотъ: несмотря на то, что всякіе другіе нервныя симптомы могутъ въ значительной мѣрѣ быть на лицо, болевая чувствительность ничтожна и дѣло не доходитъ до настоящихъ болевыхъ пароксизмовъ, хотя и здѣсь предстоитъ отдѣленіе отъ кишечныхъ стѣнокъ и изверженіе наружу плотныхъ, прочно при-

ставшихъ къ нимъ слизистыхъ массъ. Этимъ легко объясняется разнообразіе клиническихъ картинъ, которыми выражается слизистая колика. Итакъ, подобно прежнимъ авторамъ (*Da Costa*¹⁴, *Nothnagel*, *v. Leube*, *Marchand* и др.) и мы считаемъ усиленное образованіе слизи и временное скопленіе ея въ кишкахъ самымъ существеннымъ и наиболѣе типическимъ признакомъ, а боли, мѣняющія свою интенсивность въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и въ каждомъ отдѣльномъ припадкѣ, ставимъ въ зависимость отъ механическихъ и химическихъ свойствъ слизи, а отчасти и отъ временной раздражительности больного.

Выдвигая, такимъ образомъ, на первый планъ усиленное отдѣленіе слизи и болѣзненное накопленіе ея въ толстой кишкѣ, мы должны прежде всего задать себѣ вопросъ, могутъ ли свойства слизи объяснить намъ и другіе симптомы болѣзни. Слизь отдѣляется въ толстой кишкѣ на всемъ ея протяженіи и у здоровыхъ людей, но количество ея такъ ничтожно, и, благодаря, вѣроятно, воздѣйствію бактерій, подвергается столь быстрымъ измѣненіямъ, что въ нормальномъ калѣ ея нельзя уже больше обнаружить невооруженнымъ глазомъ, и лишь микроскопически оказывается возможнымъ тамъ и сямъ доказать ея присутствіе. До выдѣленія слизи наружу и явнаго присутствія ея въ калѣ дѣло доходитъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, прежде всего конечно тамъ, гдѣ существуетъ катарральное раздраженіе прямой кишки (проктитъ). Но съ этимъ явленіемъ, при сколько-нибудь внимательномъ изслѣдованіи, понятно, не приходится смѣшивать слизистую колику. Далѣе, выдѣленіе слизи происходитъ при сопровождаемыхъ поносами катаррахъ тонкой и толстой кишки; въ такомъ случаѣ она примѣшана къ жидкой, кашицеобразной или полуплотной каловой массѣ въ видѣ небольшихъ хлопьевъ, лучше всего обнаруживаемыхъ при перенесеніи кала въ плоскую стеклянную чашку съ водою. Присутствіе слизи въ этихъ

случаяхъ отчасти зависитъ, конечно, отъ чрезмѣрнаго ея образованія, но въ гораздо болѣеи степени—отъ усиленной скорости, съ которой содержимое кишекъ извергается наружу, не оставляя времени для полнаго разложенія слизи. Менѣе извѣстнымъ является тотъ фактъ, что весьма твердыя scybala болѣею частью не только покрыты слизью снаружи, но и содержатъ ее внутри себя, при чемъ она легко обнаруживается тогда путемъ растиранія твердаго кала въ смѣси съ уксуснокислой водой. Конечно, это тоже не что иное, какъ нормальная кишечная слизь, которая, быть-можетъ, образовалась вовсе не въ болѣеи противъ нормы количествѣ, но въ виду крайне ничтожнаго содержанія воды въ калѣ застрахована отъ разлагающаго влiянiя бактерiй. Вопросъ о томъ, существенно ли разнится слизь при слизистой коликѣ отъ той, которую находятъ въ калѣ при различныхъ, уже раньше упомянутыхъ, условiяхъ, подвергался многократному изслѣдованiю. Однако, кромѣ объясняемаго чисто механическимъ путемъ болѣе ничтожнаго здѣсь содержанiя воды и болѣе плотной консистенцiи существенныхъ различiй въ этомъ отношенiи не обнаружено. Въ частности слизь при слизистой коликѣ даетъ обычныя химическiя реакцiи, изъ которыхъ въ виду демонстративнаго интереса мнѣ хотѣлось бы упомянуть о красивой цвѣтной реакцiи, описанной впервые *A. Schmidt*’омъ¹⁵ и въ послѣдствiи снова рекомендованной *Pariser*’омъ⁷: частица слизи величиной съ горошину переносится въ пробирку, куда доливается около 10 см. 5% спиртнаго раствора сулемы; смѣсь эта затѣмъ сильно взбалтывается, благодаря чему слизистые хлопья распадаются. При отстоѣ спиртъ сливается и замѣняется дистиллированной водой. Затѣмъ сюда прибавляются 3 капли 3% раствора красящаго порошка *Biondi* или *Ehrlich*’овской triacid’ной смѣси; послѣ многократной промывки снова осаждаютъ слизистые хлопья, сливаютъ красящiй растворъ и осадокъ 1—2 раза промываютъ де-

стиллированной водой. Слизь принимает тогда зеленую или грязно-зелено-фиолетовую окраску, тогда какъ всякаго рода бѣлковыя вещества окрашиваются при такой обработкѣ въ блестящій кирпично-красный цвѣтъ.

Единственно, что существенно отличаетъ эту слизь отъ всякой другой кишечной слизи, состоитъ въ томъ, что при чистой слизистой коликѣ она бѣднѣе клѣточными элементами, чѣмъ при кишечномъ катаррѣ (*N. Jagic*, анатомическія данныя). Эта особенность, правда, указываетъ на то, что мы не имѣемъ здѣсь дѣла съ воспалительнымъ продуктомъ, но съ другой стороны она вовсе не способна пролить свѣтъ на самый механизмъ развитія припадка. Несмотря, однако, на это все же ясно, что слизь при занимающемъ насъ заболѣваніи должна обладать какимъ-то особеннымъ свойствомъ; иначе тотчасъ по своемъ образованіи, какъ легко скользящая масса, — она должна была бы выдѣлиться, по крайней мѣрѣ, съ такою же легкостью, какъ и каловые комки. Мы должны помочь себѣ пока гипотезами. Очень возможно, что, отдѣляясь подъ давленіемъ нервного возбужденія, слизь завѣдомо обладаетъ въ этомъ случаѣ другимъ болѣе клейкимъ свойствомъ, такъ что легче прилипаетъ къ мѣсту своего образованія и скопляется тамъ. Аналогію съ этимъ представляютъ извѣстныя явленія въ функціи слюнныхъ железъ: подчелюстная железа на раздраженіе лицевого нерва отвѣчаетъ выдѣленіемъ обильнаго количества весьма водянистой и недостаточно тягучей слизи, а на раздраженіе симпатическаго нерва — выдѣленіемъ очень густой, клейко-студенистой и сильнотягучей слизи, превращающейся въ выводномъ протокѣ железъ въ очень плотный комокъ. Такъ какъ у насъ есть всѣ основанія считатьъ при слизистой коликѣ съ нервными возбужденіями, то и можетъ быть допущена гипотеза, что подъ вліяніемъ ихъ мѣняются химическія свойства кишечной слизи и въ особенности ея клейкость. Экспе-

риментальныхъ изслѣдованій въ этомъ отношеніи пока еще нѣтъ. Но, можетъ-быть, нѣтъ нужды и въ такомъ объясненіи. Выше было упомянуто, что слизистая колика почти безъ исключенія идетъ рука объ руку съ упорнымъ запоромъ. Вслѣдствіе этого всасываніе воды изъ каловыхъ массъ, проходящихъ по нижнему отдѣлу кишекъ, достигаетъ весьма значительной степени, а свѣже-образованныя слизистыя массы подъ вліяніемъ такой же быстрой отдачи воды и высыханія должны подвергаться той же участи, что и калъ. Отъ высыханія уменьшается эластичность и скользкость слизи, а пластичность и клейкость ея увеличиваются. Когда оба послѣднихъ свойства достигли извѣстной высоты, тогда должны наступить рѣзко болѣзненные сокращенія кишекъ съ цѣлью освобожденія послѣднихъ отъ прилипшей къ нимъ массы—и припадокъ на лицо. Обиліе слизи, пожалуй, и другія неизвѣстныя еще химическія превращенія ея втеченіе продолжительнаго пребыванія въ кишкахъ, а можетъ-быть и нервныя возбужденія служатъ послѣднимъ толчкомъ. Что кромѣ физическихъ свойствъ и нѣкоторыхъ химическихъ измѣненій нервныя вліянія тоже принимаютъ участіе въ развитіи припадка,—съ этимъ долженъ согласиться всякій, кто тщательно собираетъ анамнезъ у своихъ больныхъ. Аналогію съ этимъ страданіемъ составляютъ всякіе другіе роды колики, свойственные полостямъ, окруженнымъ гладкой мускулатурой.

Все вышеизложенное значительно уясняетъ самый механизмъ развитія слизистой колики. Если мы не ошибаемся, слизистая колика въ своей типической формѣ, безразлично есть ли при этомъ боль или нѣтъ, можетъ возникать лишь на почвѣ болѣе или менѣе значительной вялости кишекъ. Въ этомъ отношеніи мы находимся въ полномъ согласіи съ общеклиническимъ опытомъ и особенно съ выводами д-ра *I. Boas*'а (l. c. S. 592). Если же *Boas* какъ въ этомъ, такъ и другихъ мѣстахъ своего руководства рассматри-

васть слизистую колику какъ простой признакъ запора и ставить ее исключительно въ зависимость отъ послѣдняго, то въ этомъ мы не можемъ идти вслѣдъ за нимъ. Признавая тотъ фактъ, что періодическое отхожденіе пленчатыхъ отслоеній часто наблюдается у истерическихъ и неврастеническихъ женщинъ, *Boas* говорить: „ т. к. мы теперь знаемъ, какой благодарной почвой служить состояніе упорнаго копростаза для всякаго рода нервныхъ или истерическихъ разстройствъ при извѣстномъ предрасположеніи къ нимъ, то слизистая колика является для насъ признакомъ не истеріи или неврастеніи, а исключительно запора, съ явнымъ развитіемъ котораго она получаетъ свое начало и съ прекращеніемъ котораго — исчезаетъ“. Что слизистая колика можетъ быть излѣчена лишь путемъ устраненія запора, было высказано впервые однимъ изъ насъ (*v. Noorden*¹⁶), и совершенно на той же точкѣ зрѣнія мы стоимъ и въ настоящее время. Но чрезъ наше лѣченіе проходитъ, можетъ-быть, 30 — 40 случаевъ упорнаго запора со всевозможными нервными, истерическими и неврастеническими осложненіями, прежде чѣмъ мы наткнемся на случай слизистой колики, несмотря на то, что характеръ и условія нашей врачебной дѣятельности должны способствовать гораздо большому концентрированію тяжелыхъ случаевъ слизистой колики, чѣмъ въ общей врачебной практикѣ. Мы должны поэтому вопреки *Is. Boas*'у и въ согласіи съ *Nothnagel*'емъ, *v. Leube* и др. придти къ заключенію, что на ряду съ общей истеріей и неврастеніей важную и опредѣленную роль играютъ здѣсь и особыя патологическія нарушенія въ отдѣленіи слизи кишечникомъ. Ни запоръ, ни неврастенія сами по себѣ, ни столь обычная комбинація того и другого не порождаютъ слизистой колики безъ одновременнаго характернаго заболѣванія нервнаго аппарата, завѣдующаго отдѣленіемъ слизи въ толстой кишкѣ. Это заболѣваніе, согласно *Nothnagel*'ю, безъ сомнѣнія, лучше всего обозначается именемъ *секреторнаго невроза*.

Не согласиться съ такимъ опредѣленіемъ можно было бы лишь въ томъ случаѣ, если бы было доказано, что запоръ прежде всего даетъ поводъ къ *воспаленію и воспалительной* гиперсекреціи слизи: тогда съ нѣкоторою натяжкой можно было бы, пожалуй, періодичность припадковъ объяснить механическими условіями (быстрое всасываніе воды, см. выше). Но противъ этого говорятъ, во-первыхъ, анатомическія данныя (см. выше), а во-вторыхъ, клинической опытъ.

Съ наличностью анатомическихъ измѣненій нельзя согласовать того, что многіе больные въ промежуткахъ между типическими припадками чувствуютъ себя совершенно здоровыми, и что въ наиболѣе характерныхъ случаяхъ слизистой колики съ упорядоченіемъ стула, въ смыслѣ ежедневнаго отправленія кишекъ, можетъ совершенно и надолго прекратиться всякое отдѣленіе слизи. Мы легко поймемъ такого рода зависимость, если принять, что въ основѣ ея лежитъ болѣзненно-нервный процессъ рефлекторнаго характера. Въ самомъ дѣлѣ, въ тотъ моментъ, когда раздраженіе отсутствуетъ (сухость и твердость каловыхъ комковъ), исключается всякій поводъ къ проявленію болѣзненно повышеннаго реффлекса.

Лѣченіе.

Гдѣ приходится имѣть дѣло съ типической слизистой коликой въ формѣ, соотвѣтствующей набросанной нами картинѣ, тамъ ясно обозначается и самый способъ лѣченія.

Соотвѣтственно преслѣдуемымъ задачамъ оно распадается на *симптоматическое* лѣченіе припадковъ и *причинное* лѣченіе болѣзни.

Симптоматическое лѣченіе имѣетъ цѣлью быстрое и возможно полное купированіе припадковъ, состоящее въ устраненіи болей и страданій больного и ослабленіи не-

пріятныхъ послѣдствій припадка какъ для питанія, такъ и для общей нервной системы. Оставить припадокъ безъ всякаго воздѣйствія, предоставляя ему дойти до апогея, не имѣетъ никакого смысла. Ради ослабленія кишечныхъ спазмовъ прежде всего показано *покойное пребываніе въ постели*, которымъ пользуются заодно и для прикладыванія къ животу *горячихъ компрессовъ*, этого извѣстнаго и излюбленнаго домашняго средства при всякаго рода спазмахъ гладкой мускулатуры. Служить ли источникомъ тепла разогрѣтая каша изъ льняного сѣмени или мѣшокъ съ горячей водой, термофоръ или электричество,—конечно, безразлично. Изъ конкурирующихъ здѣсь лѣкарственныхъ средствъ, слабительныхъ и наркотическихъ — то и другое рекомендовано—мы совѣтуемъ безусловно предпочитать наркотическія, въ формѣ ли подкожнаго впрыскиванія морфія или, если есть основаніе избѣгать этого,—въ формѣ суппозиторія. Extr. opii и extr. bellad. aa 0,04 почти всегда достаточно, чтобы подавить приступъ болей и облегчить путь для дальнѣйшихъ мѣропріятій, которыя должны состоять въ устраненіи скопившихся слизистыхъ массъ. Мы не видимъ основанія, почему бы въ этихъ случаяхъ не обращаться прежде всего къ возможно высокимъ и не очень обильнымъ *вливаніямъ воды* (температуры тѣла).

Если предварительно дано наркотическое средство, то благодаря такой клизмѣ выводится безъ всякой боли большое количество слизи. Конечно, если отказаться отъ наркотическихъ и притомъ еще вводить съ клизмой раздражающія вещества (напр., поваренную соль, мыло, глицеринъ и пр.), то можно вызвать настоящій болевой пароксизмъ, при чемъ расположенный къ тоническимъ судорогамъ кишечникъ часто отвѣчаетъ на клизму такимъ спазмомъ, что эта послѣдняя попадаетъ лишь въ самые нижніе отрѣзки кишки и такой же прозрачной возвращается обратно. Даже при благопріятныхъ подготовительныхъ условіяхъ (т. е. послѣ назначенія наркотическаго

средства и промывательнаго) не слѣдуетъ надѣяться на удаленіе всей слизи. На одномъ вскрытіи мнѣ пришлось убѣдиться въ томъ, что большія количества слизи прилипаютъ настолько плотно, что не отдѣляются даже подъ вліяніемъ сильной струи изъ водопровода. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что съ первымъ клистиромъ выдѣляется лишь одна слизь; дальше вверху, куда вода не проникла вслѣдствіе спазматическаго сокращенія кишекъ, почти всегда есть очень твердая каловая масса, которая безусловно слѣдуетъ удалять для предупрежденія всякаго повода къ дальнѣйшему раздраженію кишекъ. Въ виду этого черезъ 1—2 часа послѣ водяного клистира, геср. послѣ приѣма наркотическаго средства, назначается возможно высокой *масляный клистиръ* (300—500к. с), который превосходно выполняетъ свою задачу размягчать калъ и отдѣлять слизь отъ кишечной стѣнки. Въ противоположность водяному клистиру, который долженъ оставаться въ кишкахъ лишь нѣсколько минутъ, масляный клистиръ, разумѣется, слѣдуетъ удерживать возможно дольше (*Kussmaul*). Подъ вліяніемъ наркотическаго больные впадаютъ обыкновенно въ глубокій сонъ, по пробужденіи отъ котораго безболѣзненно выдѣляютъ масло, слизь и калъ вмѣстѣ или одно за другимъ, и тѣмъ заканчивается самый припадокъ.

Этотъ способъ лѣченія остраго приступа оказался во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ настолько превосходнымъ, что мы считаемъ лишнимъ входить въ разсмотрѣніе другихъ способовъ лѣченія.

Причинная терапия распадается, какъ это указывается во всѣхъ учебникахъ, на лѣченіе кишекъ и лѣченіе общаго нервнаго состоянія. Зависимо отъ индивидуальности терапевта здѣсь выдвигается на первый планъ то одно, то другое. Разсматривая вопросъ съ исторической стороны, приходится заключить, что прежде старались дѣйствовать по преимуществу на нервную систему, тогда какъ въ настоящее время опора главнаго рычага пере-

носится на пищеварительные органы. То и другое кажется намъ одинаково важнымъ; если же приходится отказываться отъ всесторонняго воздѣйствія на организмъ, то ужъ во всякомъ случаѣ пищеварительный каналъ заслуживаетъ наибольшаго вниманія, ибо однимъ урегулированіемъ стула навѣрняка можно вылѣчить всякую слизистую колику. Правда, отъ одного этого больной вполне еще не выздоравливаетъ, признаки неврастеніи и истеріи продолжаютъ еще быть на лицо. Тѣмъ не менѣе быстрое устраненіе наиболѣе важнаго и мучительнаго страданія часто дѣйствуетъ такъ благотворно на нервную систему, и общее питаніе съ прекращеніемъ пищеварительныхъ разстройствъ независимо отъ всякихъ другихъ мѣропріятій такъ быстро подвигается впередъ, что нервныя явленія пропадаютъ одно за другимъ.

Всякое лѣченіе разстройствъ пищеварительныхъ органовъ прежде всего должно быть діететическимъ; все же остальное отодвигается на второй и третій планъ. Опираясь на это старое, выработанное опытомъ, положеніе, лѣченіе слизистой колики въ діететическомъ отношеніи приняло весьма различныя направленія. Одна крайность состоитъ въ возможномъ охраненіи кишечника отъ работы: назначеніи возможно простой, нераздражающей, бѣдной непереваримыми остатками пищи, подобно той, какую обыкновенно назначаютъ при энтеритѣ или даже при язвѣ желудка. На основаніи своего практическаго опыта мы сказали бы, что эта, прежде общепринятая при слизистой коликѣ, діететическая форма, благодаря одному замѣчанію *Fleiner'a*¹⁷, сдѣлавшаго его, можетъ-быть, и неумышленно, снова пріобрѣла довѣріе и получила широкое распространеніе въ практикѣ. Дѣло въ томъ, что *Fleiner* высказался въ томъ смыслѣ, что при этой болѣзни рѣчь идетъ, очевидно, о пораженіи кишечника, отличающемся отъ простаго колита тѣмъ же, чѣмъ, напри- мѣръ, крупозное воспаленіе гортани отличается отъ про-

стого катарра этого органа (Berl. klin. Wochenschr. 1893. S. 98.)—опредѣленіе, совпадающее съ давно уже высказаннымъ мнѣніемъ *v. Leube*¹⁸. Намъ уже по смыслу описанія не ясно, дѣйствительно ли имѣлъ здѣсь *Fleiner* въ виду ту форму страданія, которая описана нами подъ именемъ слизистой колики. Что въ такомъ случаѣ мы, какъ и большинство другихъ авторовъ, не можемъ съ нимъ согласиться,—съ достаточной ясностью вытекаетъ изъ выше-сказаннаго. Во всякомъ случаѣ высказанный *Fleiner*'омъ взглядъ заставилъ врачей-практиковъ отодвинуть терапію слизистой колики на тотъ путь, который не можетъ считаться благопріятнымъ, и несправедливо навязалъ этой болѣзни славу трудно устранимаго страданія; намъ во многихъ случаяхъ и приходилось считаться съ ссылкой на это мнѣніе *Fleiner*'а какъ со стороны больныхъ, такъ и со стороны врачей. Конечно, мы отнюдь не отрицаемъ, что при помощи крайне осторожной, нѣжной діеты можно достигнуть при слизистой колѣ большого успѣха особенно въ томъ случаѣ, когда поступаютъ по извѣстному способу *Kussmaul*'я, т. е. комбинируютъ эту діету съ лѣченіемъ систематическими масляными клистирами, не упуская при этомъ изъ виду и мѣръ, направленныхъ къ улучшенію общаго питанія больныхъ. Двигательная дѣятельность кишечника постепенно улучшается и при такой терапіи, а до тѣхъ поръ, пока она въ хорошемъ состояніи, больной застрахованъ отъ новыхъ припадковъ слизистой колики. Намъ кажется однако, что и послѣ такого лѣченія возвраты наблюдаются нерѣдко, въ чемъ мы убѣждались не только на больныхъ, которыхъ сами лѣчили по этому способу, но и на такихъ, которые пользовались у другихъ врачей. Обыкновенно по окончаніи курса лѣченія масляными клистирами, способствующими опорожненію кишечника, больные остаются на діетѣ болѣе или менѣе не раздражающей и бѣдной непереваримыми остатками; стулъ становится тогда опять неправильнымъ,

вялымъ, твердымъ и сухимъ,—и рано или поздно снова даетъ себя знать приступъ слизистой колики.

Въ замѣну изысканной, нѣжной діеты бѣдной непереваримыми остатками (молоко, молочныя блюда, слизистыя супы, бѣлый хлѣбъ, сухари, легкія мучныя блюда, нѣжное мясо, протертые компоты и овощи) одинъ изъ насъ (*von Noorden*¹⁶), основываясь на богатомъ опытѣ, предложилъ 5 лѣтъ тому назадъ давать страдающимъ слизистой коликой очень грубую пищу, богатую непереваримыми остатками. Опыты съ такой пищею въ то время, когда было сдѣлано первое сообщеніе о нихъ, были уже семилѣтней давности, а теперь, стало-быть, обнимаютъ періодъ времени въ двѣнадцать лѣтъ. По даннымъ того перваго сообщенія, такая пища должна состоять изъ богатаго отрубями хлѣба (*Schrotbrod*) въ количествѣ 250-ти *gram*. въ сутки при одновременномъ, возможно разнообразномъ употребленіи стручковыхъ плодовъ, богатыхъ клѣтчаткою овощей, мелко-зернистыхъ и толстокожихъ плодовъ—каковы, напр., крыжовникъ, смородина, виноградъ и пр.; кромѣ того оказались весьма цѣлесообразными большія количества жира, особенно масла и сала. При такой діетѣ калъ, правда, становится болѣе обильнымъ, но зато и болѣе мягкимъ, благодаря чему онъ перестаетъ раздражать стѣнки кишечнаго канала, а заодно прекращается очень скоро и рефлекторно поддерживаемое отдѣленіе слизи. Какъ показалъ *Barany*¹⁹, ученикъ *von Noorden*'а, прочное благопріятное вліяніе пищи, богатой непереваримыми остатками, основано прежде всего на обильномъ содержаніи въ ней клѣтчатки. Въ кишечникѣ целлюлеза хлѣба и пр. подвергается отчасти бактеріальному разложенію, и такъ какъ послѣднее совершается очень медленно, то образующіеся при этомъ газы успѣваютъ препятствовать калу скатываться въ твердыя массы, передвиженіе которыхъ по кишечному каналу, естественно, должно совершаться гораздо труднѣе, чѣмъ при массахъ

мягкихъ и поддатливыхъ. И дѣйствительно, калъ при употребленіи пищи, богатой целлюлезой, всегда мягкой, помадообразной консистенціи—часто къ великому изумленію больныхъ, привыкшихъ всегда испражняться твердыми ломкими кусками („овечьимъ каломъ“).

Благодаря такому свойству кала, пища, богатая целлюлезой и непереваримыми остатками, становится для страдающихъ слизистой коликой гораздо болѣе „удобоваримой“, чѣмъ нѣжная и нераздражающая, о которой упомянуто выше. При болѣзняхъ желудка и при многихъ страданіяхъ кишечнаго канала такая легкая пища, конечно, вполне умѣстна, и потому, дѣйствительно, заслуживаетъ названія „легко-варимой“. При спастическомъ же запорѣ,—а къ этой категоріи относятся почти всѣ случаи слизистой колики,—пищу, бѣдную непереваримыми остатками, слѣдуетъ обозначить именемъ „трудно-варимой“ въ виду того, что она даетъ калъ, несоотвѣтствующій намѣченному здѣсь цѣлямъ и, такимъ образомъ, является вредною. Если, однако, и назначаютъ здѣсь такую пищу, то рядомъ съ нею слѣдуетъ давать разныя вспомогательныя средства для того, чтобы искусственнымъ образомъ поддерживать мягкую консистенцію кала и содѣйствовать болѣе быстрому передвиженію его по кишечнику (внутреннія слабительныя средства, водяныя или масляныя клизмы и пр.). Въ наиболѣе благопріятныхъ случаяхъ, правда, добиваются при этомъ желательнаго и до извѣстной степени прочнаго улучшенія двигательной дѣятельности кишечника (см. выше). Однако, результатъ этотъ достигается очень медленно,—лишь при долгомъ систематическомъ лѣченіи масляными клистирами и въ зависимости отъ подъема какъ общихъ силъ организма, такъ и силъ нервной системы больныхъ. Мы же при нашемъ способѣ кормленія больныхъ никогда (за исключеніемъ первыхъ дней) въ такихъ вспомогательныхъ средствахъ не нуждались. Если вначалѣ мы и предполагали, что безъ того или

другого вспомогательнаго средства, особенно масляныхъ клистировъ, намъ не обойтись, то позже весь центръ тяжести лѣченія все-таки переносили на регулированіе діеты больныхъ.

Мы должны, конечно, признать, что существуютъ извѣстныя средства, которыя чрезвычайно облегчаютъ проведеніе предлагаемаго нами діететическаго режима (пищи, богатой непереваримыми остатками) и препятствуютъ появленію тѣхъ припадковъ, которые могутъ имѣть мѣсто въ началѣ нашего лѣченія. Сюда мы относимъ примѣненіе извѣстныхъ *минеральныхъ водъ*, въ первыя 3—4 недѣли лѣченія. Но вмѣстѣ съ *Nothnagel*'емъ (*Handbuch*, Band 17. S. 147) мы совѣтуемъ воздерживаться отъ примѣненія Карлсбада, какъ и другихъ щелочныхъ водъ (*Neuenahr*, *Vichy* и пр.) по той причинѣ, что онѣ, очевиднымъ образомъ, затрудняютъ проведеніе рекомендуемаго нами лѣченія. Тѣмъ благопріятнѣе, наоборотъ, вліяютъ *Киссингенскіе* и *Гомбургскіе* источники поваренной соли (*Rasoszy*, *Elizabethquelle*),—на что уже 7 лѣтъ тому назадъ было указано однимъ изъ насъ въ докладѣ, посвященномъ изложенію научныхъ основъ, на которыхъ должны быть построены показанія къ примѣненію слабыхъ источниковъ поваренной соли вообще ²⁰⁾ и ²¹⁾. Уже тогда было отмѣчено, что означенныя воды обладаютъ свойствомъ весьма существенно понижать образованіе слизи въ толстой кишкѣ, повышая въ то же время способность воспринимать въ большомъ количествѣ богатую жирами пищу. Оба эти свойства и дѣлаютъ названныя воды особенно драгоценными при предлагаемомъ нами лѣченіи слизистой колики.

Другимъ вспомогательнымъ средствомъ является *массажъ толстой кишки* вообще и S-образнаго изгиба въ особенности (*flexura sigmoid.*). Всѣмъ извѣстно, что нѣкоторые врачи, весьма опытные въ дѣлѣ лѣченія болѣзней кишечникаъ, положительно предостерегаютъ отъ назначенія этого средства при спастическомъ запорѣ, ограничивая область его

примѣненія лишь случаями запора атоническаго свойства. Что же касается насъ, то мы безусловно согласны съ тѣмъ, что массажа при спастическомъ запорѣ нужно избѣгать тамъ, гдѣ приходится давать пищу, бѣдную непереваримыми остатками (*Fleiner*, I. с. р. 61). Если же по нашему способу даютъ объемистую пищу, богатую непереваримыми остатками, условія тотчасъ же измѣняются: въ такомъ случаѣ массажъ нижняго отдѣла толстой кишки не только хорошо переносится, но дѣйствуетъ даже благотворно на теченіе слизистой колики. Въ первые 8—10 дней лѣченія массажъ кишки даже почти необходимъ, по крайней мѣрѣ у лицъ, на первную систему которыхъ сильно повліяло временное состояніе переполненія и напряженія кишекъ; въ дальнѣйшемъ же лѣченіи можно обходиться и безъ массажа.

Пища, богатая непереваримыми остатками, какъ основа лѣченія слизистой колики, нашла себѣ между тѣмъ большое распространеніе въ практикѣ. *Boas*, *Einhorn*, *Hemmeter* высказываются рѣшительно за нее, находя лишь нецѣлесообразнымъ рекомендуемый *von Noorden*'омъ рѣзкій переходъ отъ нѣжной пищи къ грубой. Такъ, напримѣръ, *Boas*, признавая, что у него нѣтъ практическаго опыта въ этомъ отношеніи, тѣмъ не менѣе заявляетъ, что изъ чисто теоретическихъ соображеній онъ отдаетъ предпочтеніе переходу нерѣзкому, постепенному. Одинъ только *Westphalen* вполне присоединяется къ *von Noorden*'у относительно предлагаемой имъ крутой перемѣны пищи, при чемъ въ согласіи съ *v. Noorden*'омъ подчеркиваетъ еще тотъ фактъ, что при постепенномъ переходѣ отъ нѣжной пищи къ грубой наталкиваются на гораздо большія затрудненія, чѣмъ при переходѣ крутомъ.

Мы долѣе остановились на этомъ вопросѣ, такъ какъ противъ послѣдняго предложенія поднялись авторитетные голоса. Основываясь на все увеличивающемся числѣ наблюденій, мы рѣшительно стоимъ за то, что быстрая

перемѣна пищи предпочтительнѣе постепенной. Принципиальнаго вопроса изъ этого мы, впрочемъ, не дѣлаемъ, тѣмъ болѣе что и постепенная перемѣна не остается безъ хорошихъ результатовъ. Въ каждомъ конкретномъ случаѣ на выборъ между тѣмъ и другимъ переходомъ могутъ вліять разнообразныя внѣшнія обстоятельства. Наши личныя наблюденія надъ рѣзкими переходами отъ легкой пищи къ грубой касаются исключительно клиническаго матеріала (изъ санаторій, больницъ, частныхъ клиникъ). Что при такихъ условіяхъ можно гораздо рѣшительнѣе дѣйствовать и лучше, чѣмъ при домашнемъ лѣченіи, оцѣнить и использовать вліяніе рѣзкаго перехода въ пищу—все это, разумѣется, вполне понятно; а съ думающими объ этомъ иначе мы охотно соглашаемся въ томъ, что примѣненіе рѣзкаго перехода въ пищу лучше ограничивать случаями клиническаго наблюденія. Гдѣ не препятствуютъ какія-либо внѣшнія обстоятельства, тамъ выгоды рѣзкаго перехода выступаютъ совершенно ясно: съ одной стороны разные припадки (тошнота, чувство напряженія и полноты живота, урчанія, а иногда боли) почти всегда наступающіе въ началѣ лѣченія, наблюдаются при постепенномъ переходѣ такъ же часто, какъ и при рѣзкомъ. Съ другой стороны,—при рѣзкомъ переходѣ всѣ такіе припадки лишь рѣдко продолжаются дольше 2—4-хъ дней, по прошествіи которыхъ больные уже чувствуютъ себя вполне хорошо. При постепенномъ же переходѣ отъ нѣжной пищи къ грубой жалобы на всевозможныя непріятныя ощущенія въ животѣ продолжаются гораздо дольше, и эта длительность страданія дѣйствуетъ на нервныхъ, раздражительныхъ и притомъ болѣею частью мнительныхъ больныхъ обезкураживающимъ образомъ.

Своихъ больныхъ мы обыкновенно 3—5 недѣль заставляемъ употреблять грубую пищу, богатую непереваримыми остатками, въ особенности большія количества

хлѣба съ обильнымъ содержаніемъ отрубей (Schrotbrod); для усиленія же дѣйствія такой пищи на отправленіе кишекъ мы даемъ больному, смотря по надобности, молочный сахаръ, медь, плодовые соки, мармеладъ, сухія сливы, стручковые плоды, вареный или печеный картофель и проч., но отнюдь не „слабительныя“ въ собственномъ смыслѣ этого слова. Стакана Номбургской или Kissingen'ской воды, выпиваемой больными утромъ натощакъ, мы слабительнымъ средствомъ не считаемъ, такъ какъ эти воды въ тѣхъ количествахъ, въ которыхъ мы ихъ назначаемъ (около 250 см. въ день), никакого слабительнаго дѣйствія вообще не производятъ, служа только въ качествѣ stomachicum. Когда же при помощи этой діеты достигнуто уже полное упорядоченіе стула, начинаютъ *постепенно* возвращаться къ обычному образу жизни, предварительно убѣдившись, однако, въ томъ, что въ прежній способъ питанія больного не вкрались какія-либо вредныя привычки. Если таковыя имѣются, онѣ, разумѣется, должны быть вполне устранены, при чемъ все равно, касаются ли онѣ діететическихъ упущеній или злоупотребленій. Въ противномъ случаѣ неизбежны рецидивы страданія.

Должно всячески стремиться къ тому, чтобы процессы образованія и выдѣленія кала совершались нормально, не только втеченіе короткаго періода „лѣченія“, но и *доло* послѣ него. Подъ словомъ „нормально“ мы здѣсь разумѣемъ образованіе и выдѣленіе кала исключительно подъ вліяніемъ одной *пищи*, какъ это имѣетъ мѣсто у здоровыхъ. Если же, наоборотъ, существуетъ потребность въ тѣхъ или другихъ слабительныхъ, клистирахъ, массажѣ и проч., то процессы эти должны считаться ненормальными даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ самъ калъ ни цвѣтомъ, ни консистенціею, ни химическимъ составомъ нисколько не отличается отъ кала здоровыхъ людей. Если запоръ уже вполне устраненъ, а испражненія стали „нормальными“

(въ сейчасъ изложенномъ смыслѣ), то это означаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ, что *слизистая колика излѣчена и никогда уже не возвратится*.

Усматривая въ согласіи съ *Boas'*омъ, *Westphalen'*омъ и другими главный центръ тяжести лѣченія въ устраненіи запоровъ, мы тѣмъ не менѣе признаемъ, что успѣшно дѣйствующихъ способовъ лѣченія слизистой колики существуетъ такъ же много, какъ и надежныхъ способовъ лѣченія спастического запора вообще. Но ничуть не намѣреваясь умалять значеніе и успѣшность другихъ способовъ, мы считаемъ себя, однако, вправѣ высказать, что при данныхъ условіяхъ, то-есть при комбинаціи спастического запора со слизистой коликой, никакой другой способъ не превосходитъ нашего въ отношеніи вѣрности, быстроты и прочности терапевтическаго эффекта.

Задача всего діететическаго лѣченія слизистой колики только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ разрѣшается назначеніемъ діеты, направленной противъ спастическаго запора и накопленія слизи. Большею частью здѣсь имѣютъ дѣло съ больными, общее питаніе которыхъ находится въ состояніи глубокаго упадка, или—съ такими, у которыхъ питаніе никогда не находилось на уровнѣ нормы для даннаго субъекта. При этомъ, въ прямой или косвенной связи съ упадкомъ общаго питанія и дѣятельность нервной системы больного представляется въ сильной степени пострадавшей,—больные принадлежатъ къ категоріи тѣхъ истериковъ или неврастениковъ, у которыхъ источникомъ новыхъ тѣлесныхъ и духовныхъ силъ можетъ послужить лишь успѣшно проведенное откармливаніе (*Mastcur*). Во всѣхъ такихъ случаяхъ мы, въ согласіи съ большинствомъ другихъ авторовъ, считаемъ *улучшеніе общаго питанія* больного необходимымъ условіемъ прочнаго излѣченія слизистой колики. Принаравливаясь къ этому требованію какъ въ дѣлѣ выбора пищи для больного, такъ и въ опредѣленіи ея количества, мы въ

результатъ всегда наблюдали замѣтное повышеніе вѣса тѣла больныхъ. При этомъ средняя продолжительность систематическаго лѣченія составляла 4 недѣли, минимальная 3, максимальная 6 недѣль. Приростъ вѣса тѣла за упомянутые промежутки времени составлялъ *minimum* 6, *maximum* 16, а въ среднемъ 10 килограммъ. Этотъ успѣхъ у насъ основанъ прежде всего на сильномъ увеличеніи количествъ потребляемыхъ жировъ. Если сосчитать все количество жира, потребляемаго больнымъ въ видѣ различнаго рода блюдъ, а также въ видѣ молока, сливокъ, масла и сала, то мы получимъ въ среднемъ отъ 200 до 250 граммъ въ сутки (чистаго жира). То обстоятельство, что мы почти всегда безнаказанно вводимъ больнымъ такія громадныя количества пищи вообще и жировъ въ частности, еще лучше всякихъ теоретическихъ соображеній доказываетъ намъ, что при слизистой коликѣ не можетъ быть и рѣчи о какихъ-либо анатомическихъ воспалительныхъ измѣненіяхъ стѣнокъ кишечнаго канала. При потребленіи значительныхъ количествъ жира уже небольшія дозы *Racozu* или *Homburg'*ской *Elisabethquelle* оказываютъ хорошія услуги, на что однимъ изъ насъ (*Darreg*²²) уже указано было на Конгрессѣ внутренней медицины въ Карлсбадѣ.

Литературная мода требуетъ, чтобы авторъ предлагающій какой-либо діететическій режимъ, не ограничивался однимъ только изложеніемъ основныхъ положеній этого режима, а прибавлялъ къ нему и специальную діететическую пропись. Этому обычаю мы слѣдуемъ весьма неохотно, такъ какъ стоимъ на почвѣ практическаго опыта, доказавшаго, что успѣхъ въ этомъ отношеніи обеспечивается лишь индивидуализаціей, и что всякій діететическій режимъ, каковъ бы онъ ни былъ, легко подвергается крушенію, если строго придерживаться начерченной схемы. Тѣмъ не менѣе представляемъ здѣсь одну діететическую пропись, которая въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываетъ хорошія услуги.

Утромъ въ постели въ 7 часовъ—0, 3 литра „сливочнаго молока“ (Sahnenmilch), т.-есть смѣси двухъ частей молока съ одною частью густыхъ сливокъ (обыкновенно—стерилизованныхъ Holstein'скихъ сливокъ O. Rademann'a), а затѣмъ умѣренно холодное обтираніе всего тѣла.

Въ 8 ч.— $\frac{1}{4}$ литра Kissingen'скаго Rasoszy или Homburg'ской Elizabetquelle.

Въ 9 ч.—0, 3 литра сливочнаго молока или слабаго чая или кофе съ большимъ количествомъ сливокъ; иногда также какао, приготовленное со сливками и масломъ и подслащенное молочнымъ сахаромъ. Къ этому еще 50—70 grm. хлѣба, богатаго клѣтчаткой и 30—50 grm. масла.

Въ 10 $\frac{1}{2}$ ч.—массажъ кишечника или какая-либо гидротатическая процедура, а иногда и электризація прямой кишки.

Въ 11 ч.—супъ изъ стручковыхъ плодовъ, сваренный съ саломъ или вестфальской колбасой; къ этому грубый хлѣбъ и большое количество масла; затѣмъ стаканъ легкаго вина или стаканчикъ коньяку.

Въ 1 ч. дня—мясное блюдо по желанію; къ этому обильное количество какихъ-нибудь овощей, вареный или печеный картофель съ масломъ, вареные толстокожіе и крупнозернистые плоды (крыжовникъ, смородина, брусника) или фунтъ винограда, а вдобавокъ полбутылки молодого легкаго мозельвейна; послѣ обѣда—полтора часа лежать въ постели съ горячимъ компрессомъ на животъ.

Въ 4 ч. — то же самое, что въ 9 ч. утра, а послѣ ѣды—прогулка втеченіе полутора—двухъ часовъ.

Въ 7 ч. веч. то же самое, что къ обѣду (въ 1 ч. дня), иногда съ прибавленіемъ густого кислаго молока и плодоваго супа; къ этому еще 50—70 grm. грубаго хлѣба съ большимъ количествомъ масла.

Въ 9 ч.—0, 3 литра сливочнаго молока.

Въ 1-й и 3-й день лѣченія больному обыкновенно

ставится масляный клистирь для предупрежденія какихъ бы то ни было болѣзненныхъ припадковъ. Дальнѣйшее повтореніе такого клистира оказывалось нужнымъ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Среднее суточное количество сливокъ въ нашихъ случаяхъ равнялось полулитру съ содержаніемъ 150-и граммъ чистаго маслянаго жира (въ вышеупомянутыхъ стерилизованныхъ сливкахъ гарантировано минимальное содержаніе такого жира въ 30 %). Среднее же суточное количество масла равнялось 230 gm., изъ которыхъ $\frac{2}{3}$ вводились какъ чистое масло вмѣстѣ съ хлѣбомъ, картофелемъ, овощами или рыбой; остальное входило въ составъ ѣды, приготовляемой кухоннымъ путемъ. Среднее суточное количество упомянутаго грубаго хлѣба колебалось отъ 200 до 250 gm. При этомъ мы обыкновенно пользовались хлѣбомъ *O. Rademann's* (во Франкфуртѣ на Майнѣ), изготовляемымъ по рецепту *Dapper's* и имѣющимся въ продажѣ подъ маркою „Д-К“.

Наши наблюденія показали, что при описанномъ лѣченіи въ началѣ появляются легкія болѣзненные ощущенія (см. выше), къ которымъ, конечно, нужно заранѣе подготовить больного. Для преодоленія же этихъ ощущеній служатъ совершенно покойное положеніе въ постели втеченіе нѣсколькихъ дней, горячіе компрессы на животъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ суппозитории съ 0.03—0.05 extr. belladonnae и вышеупомянутые масляные клистиры (въ 1-й и 3-й день лѣченія). По прошествіи первыхъ 2—4-хъ дней лѣченія обыкновенно появляются испражненія уже вполне нормальныя какъ по виду, такъ и консистенціи. Затѣмъ почти тотчасъ прекращаются всѣ припадки, въ особенности же всѣ болевыя ощущенія. Зато часто еще втеченіе нѣсколькихъ дней продолжается выдѣленіе слизи, судя по виду, свѣжаго происхожденія. Этотъ фактъ указываетъ, конечно, на то, что повышенная раздражительность слизиотдѣляющаго аппарата пре-

кращается не сразу; но до скопленія слизи въ кишечникѣ дѣло уже болѣе не доходитъ и въ общемъ количество ея уже незначительно. При нормальномъ ходѣ лѣченія выдѣленіе слизи никогда не продолжается болѣе восьми дней, по крайней мѣрѣ, въ половинѣ всѣхъ случаевъ оно прекращалось тотчасъ послѣ перваго мягкаго испражненія и болѣе уже не возвращалось.

Дальнѣйшее лѣченіе, по преодолѣніи первыхъ трудностей, подвигалось впередъ большею частью безъ всякихъ уже препятствій. Съ упорядоченіемъ стула и повышеніемъ общаго питанія улучшалось также съ каждымъ днемъ общее состояніе больного. Въ особенности усиливалась вѣра больного въ успѣхъ лѣченія—обстоятельство, которое у неврастениковъ не можетъ не имѣть важнаго значенія. Дальнѣйшее благосостояніе больного зависитъ, какъ уже было сказано выше, отъ того, насколько удастся, не нанося вреда дѣятельности кишечника, постепенно приучить его опять къ другой пицѣ соотвѣтственно домашнимъ требованіямъ. Какъ долго должна продолжаться такая „постепенность“—это общему правилу никакъ не подчиняется. Иногда нормальная дѣятельность кишечника при нормальной обычной пицѣ достигалась уже въ 4—6 недѣль, а иногда для этого требовались мѣсяцы. И мы должны положительно отмѣтить, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь рецидивировала,—виною этого было слишкомъ рано или сразу дозволенное себѣ больными несоблюденіе діететическихъ предписаній. Случалось это отъ того, что продолжать назначенную діету или постепенно возвращаться къ прежней пицѣ представлялось больному слишкомъ скучнымъ или неудобнымъ, либо же отъ того, что приключалось какое-нибудь новое страданіе, которое и заставляло прерывать начатую систему. Такъ, на примѣръ, въ двухъ случаяхъ къ этому вынудила ангина, протекавшая съ лихорадкою, а въ другомъ—беременность съ неукротимою рвотою.

Какъ явствуеъ изъ вышеприведенныхъ діететическихъ прописей, мы точно такъ же, какъ и большинство другихъ авторовъ,—проводя діететическій режимъ, въ то же время принимаемъ и мѣры къ *укрѣпленію нервной устойчивости* больныхъ. Многое въ этомъ отношеніи достигается уже ослабленіемъ припадковъ со стороны кишечника и подъемомъ общаго питанія. Въ какой мѣрѣ при этомъ желательно или необходимо прибѣгать еще къ помощи гидротерапіи, электротерапіи и проч., это зависитъ какъ отъ индивидуальности даннаго больного, такъ и отъ природы того или другого изъ имѣющихся въ нашемъ распоряженіи физикальныхъ средствъ.

Принимая во вниманіе какъ особенности проводимой нами діеты, такъ и нервное общее состояніе больныхъ, мы въ общемъ считаемъ нужнымъ предостерегать отъ домашняго лѣченія, по крайней мѣрѣ, втеченіе первыхъ 3—5 недѣль. Изъ двѣнадцати случаевъ „неполнаго успѣха лѣченія“, отмѣченныхъ въ нижеприводимой небольшой статистикѣ нашей, не менѣе половины должно быть отнесено на счетъ домашняго лѣченія. И нѣтъ никакого сомнѣнія, что закрытыя лѣчебныя заведенія или спеціальныя курорты несравненно болѣе пригодны для проведенія описанной терапіи, такъ какъ тамъ больные, освобожденные отъ всякихъ другихъ обязанностей, получаютъ возможность всецѣло посвящать себя дѣлу лѣченія.

Часто намъ задають вопросъ, куда долженъ больной направляться по окончаніи описаннаго систематическаго лѣченія, продолжающагося, какъ уже сказано, около 3—5 недѣль. Здѣсь мы, основываясь на своемъ опытѣ, считаемъ нужнымъ предостеречь одинаково отъ двухъ крайностей—отъ сильно возвышенной мѣстности въ такой же мѣрѣ, какъ и отъ приморской. Отчего и та и другая дѣйствуютъ здѣсь вредно—это рѣшить пока невозможно; неоспоримъ однако фактъ, что большинство страдающихъ хроническими разстройствами пищеварительнаго аппарата

съ нервной диспепсіей включительно очень дурно переносятъ горный и морской климатъ, получая здѣсь наклонность ко вторичному заболѣванію. Всего цѣлесообразнѣе для такихъ больныхъ мѣстность умѣренно-возвышенная, съ лѣсистыми окрестностями и съ условіями, подходящими для большихъ, но не утомительныхъ прогулокъ.

Обзоръ лѣченныхъ случаевъ.

Одинъ изъ насъ (*von Noorden*¹⁶) еще въ 1898 году сообщилъ о 23-хъ случаяхъ слизистой колики, лѣченныхъ по вышеописанному способу. Къ этимъ случаямъ можно теперь прибавить еще 53 изъ дальнѣйшихъ общихъ нашихъ наблюденій, а всего, слѣдовательно, накопилось въ нашей практикѣ 76 случаевъ. Въ это число входитъ четверо дѣтей (2 мальчика отъ 4 до 6 лѣтъ и 2 дѣвочки отъ 7 до 10 лѣтъ). Въ числѣ взрослыхъ было 48 мужчинъ и 24 женщины. Мы рѣшительно утверждаемъ, что въ представляемое нами число наблюденій надъ слизистой коликой мы ввели только типическіе случаи, соотвѣтствующіе вышеописанной нами картинѣ болѣзни.

У 20-ти больныхъ была изслѣдована также двигательная и отдѣлительная дѣятельность желудка, при чемъ оказалось, что 4 страдаютъ ахиліей желудка, а у остальныхъ довольно часто наблюдалась избыточная, а иногда и недостаточная кислотность желудочнаго сока. У 71-го больного былъ хроническій запоръ, при чемъ у 5-ти послѣдній временами смѣнялся поносомъ.

О томъ, что достигнуто было нашимъ лѣченіемъ, мы должны сообщить слѣдующее: въ 4-хъ случаяхъ полная неудача: здѣсь пришлось черезъ нѣсколько дней оборвать лѣченіе—отчасти потому, что образованіе слизи и энтералгія не прекращались, отчасти и потому, что у боль-

ныхъ недоставало энергіи провести это лѣченіе (первое касается 2-хъ женщинъ, а послѣднее—2-хъ мужчинъ съ сильной неврастеніей).

Въ 12-ти случаяхъ полученъ успѣхъ неполный,—достигнуто было только уменьшеніе числа приступовъ и ослабленіе болей. Въ одной части этихъ случаевъ лѣченіе могло проводиться лишь съ нежелательными перерывами; стоитъ отмѣтить также, что 6-ро изъ этихъ 12-ти должны были лѣчиться дома (см. выше) какъ по недостатку времени, такъ и по недостатку средствъ для лѣченія въ спеціальной лѣчебницѣ или курортѣ.

У остальныхъ 60-ти больныхъ результатъ лѣченія былъ вполне успѣшный: пока продолжалось лѣченіе—запоры, боли и отдѣленіе слизи совершенно отсутствовали, питаніе больныхъ иногда поразительно улучшалось (см. выше), а вмѣстѣ съ тѣмъ ослабѣвали и всѣ другіе признаки со стороны нервной системы. О дальнѣйшей судьбѣ больныхъ въ 12-ти случаяхъ мы не имѣемъ никакихъ свѣдѣній, такъ что можемъ сообщить данныя только о 48 случаяхъ изъ 60-ти.

У 10-ти больныхъ результатъ лѣченія былъ отличный и оставался таковымъ еще втеченіе 3—6 мѣсяцевъ по окончаніи лѣченія; только по прошествіи этого срока начались рецидивы запора, а затѣмъ и слизистой колики. О 10-ти другихъ больныхъ этой категоріи мы знаемъ, что благодаря наступившему у нихъ хорошему самочувствію, они слишкомъ рано стали пренебрегать сдѣланными имъ діететическими наставленіями относительно регулированія дѣятельности кишечника, совсѣмъ оставляя безъ вниманія возобновившійся у нихъ привычный запоръ или позволяя себѣ прибѣгать къ нецѣлесообразнымъ мѣрамъ (сильнымъ слабительнымъ или клистирамъ): все это условія, при которыхъ рецидивы слизистой колики, какъ само собою понятно, являются неизбѣжными. Четверо больныхъ повторили лѣченіе спустя 1—2 года, и съ тѣхъ поръ всѣ

они могут считаться вполне излѣчившимися (здоровый періодъ продолжается уже отъ 3-хъ до 5-ти лѣтъ).

Далѣе 38 больныхъ (4 дѣтей и 34 взрослыхъ), по крайней мѣрѣ, втеченіе года послѣ перваго лѣченія оставались совершенно здоровыми, то-есть не обнаруживали ни малѣйшаго разстройства кишечной дѣятельности. У большинства этихъ больныхъ продолжительность такого состоянія превышаетъ уже 10 лѣтъ.

Изъ всего приведеннаго *вытекаетъ*, что окончательное излѣченіе достигнуто въ 79% всѣхъ случаевъ, болѣе или менѣе продолжительное въ 50%, съ возвратами въ 13.1%, нѣтъ свѣдѣній о дальнѣйшей судьбѣ больныхъ—въ 15.8%, неполный успѣхъ полученъ въ 15.8% всѣхъ случаевъ и отрицательный результатъ—въ 5.2%.

Къ приведенной маленькой статистикѣ мы можемъ еще прибавить, что неудовлетворительные результаты въ большинствѣ случаевъ относятся, такъ сказать, къ далекому прошлому, то-есть къ тому времени, когда у насъ самихъ еще не было такой значительной опытности относительно рекомендуемаго нами теперь способа лѣченія. Здѣсь дѣло обстоитъ совершенно такъ же, какъ и въ другихъ областяхъ діетотерапіи: какъ бы ни были прочны принципы и теорія способа, но для достиженія надежнаго результата всегда нужна извѣстная степень опытности и упражненія. О необходимости имѣть въ виду эту самособою понятную истину мы и напоминаемъ тѣмъ товарищамъ, которые пожелаютъ испытать предлагаемое нами несомнѣнно хорошее и многообѣщающее лѣченіе слизистой колики, и при этомъ на первыхъ порахъ, можетъ-быть, столкнутся съ нѣкоторыми практическими затрудненіями.

В ы в о д ы .

1. Типическая слизистая колика наблюдается почти исключительно у лицъ, которыя долгое время уже стра-

дали и продолжаютъ еще страдать запоромъ, въ большинствѣ случаевъ такъ называемымъ — спастическимъ запоромъ.

2. Хроническій запоръ самъ по себѣ никогда не ведетъ къ слизистой коликѣ: для развитія послѣдней необходимо еще соучастіе повышенной возбудимости и усиленной дѣятельности слизие-отдѣлительныхъ железъ толстой кишки. При слизистой коликѣ эта усиленная дѣятельность железъ находится въ зависимости не отъ анатомическаго (воспалительнаго) заболѣванія, а отъ нервныхъ вліяній, такъ что аномалію эту можно называть „секреціоннымъ неврозомъ“⁴. Но наблюдается она почти исключительно у лицъ съ склонностью къ истеріи и неврастенію.

3. На ряду съ типическимъ симптомокомплексомъ слизистой колики существуютъ еще abortивныя формы (описанныя и разъясненныя выше).

4. Излѣченіе слизистой колики требуетъ предварительнаго излѣченія привычнаго запора. Всякое терапевтическое мѣропріятіе, которое приведетъ къ полному и прочному устраненію послѣдняго, — вполне устранить также и слизистую колику. Для борьбы съ особенными условіями, созданными комбинаціей привычнаго запора со слизистой коликой, предлагаемое нами лѣченіе является наилучшимъ. Мы обозначаемъ этотъ способъ именемъ *діететически-механическаго лѣченія* кишечника, — въ противоположность къ обыкновенно практикуемому здѣсь лѣченію мѣрами, направленными къ охраненію покоя этого органа.

5. Общее нервное состояніе больныхъ при слизистой коликѣ требуетъ особаго вниманія уже потому, что при дальнѣйшемъ существованіи этого условія слѣдуетъ опасаться неблагопріятнаго отраженія его на дѣятельности кишекъ, въ смыслѣ возможности появленія новаго приступа слизистой колики. Соотвѣтственное лѣченіе нервной системы больныхъ должно быть соединено со спеціальнымъ діететическимъ режимомъ, при чемъ оно

должно слѣдовать за нимъ, а не предшествовать ему. Такой образъ дѣйствія тѣмъ рациональнѣе потому, что съ устраненіемъ пищеварительныхъ разстройствъ (запора, болей, образованія слизи) и съ улучшеніемъ общаго питанія больныхъ,—симптомы со стороны нервной системы обыкновенно существенно ослабѣваютъ сами-собою и часто даже вполне исчезаютъ безъ помощи какихъ бы то ни было дальнѣйшихъ мѣропріятій.

Литература.

1. **H. Nothnagel**, Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darms. S. 184. Berlin 1884.
2. **Marchand**, Ueber eigenthümlich verzweigte Gerinnsel in den Darmentleerungen. Berl. klin. Wochenschr. 1877. S. 704.
3. **von Leube**, Diagnostik innerer Krankheiten. 1889 u. 5 Aufl. S. 331. 1898.
4. **Eichhorn**, Die membranöse Enteritis und ihre Behandlung. Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. 4. S. 456. 1898.
5. **Boas**, Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten S. 236. 1899.
6. **Ebstein**, Die chronische Stuhlverstopfung, S. 24. Stuttgart, 1901.
7. **Pariser**, Deutsche medic. Wochenschr. 1893. p. 1000.
8. **R. Schütz**, Schleimkolik und membranöser Dickdarmkatarrh. Münch. med. Woch. № 17. 1900.
9. **Krynski**, Enteritis membranacea. Inaug. Dissert. Jena 1884.
10. **Nothnagel**, Schleimkolik und membranöser Darmkatarrh. Spec. Path. u. Ther. B. 17. S. 139. Wien 1898.

11. **Rosenheim**, Path. u. Ther. der Darmkrankheiten. 1893.
12. **Fleischer**, Spec. Path. u. Ther. der Krankheiten des Magens und des Darms. 1896.
13. **H. Westphalen**, Ueber die sogen. Enteritis membranacea. Berlin. klin. Woch. 1901. №№ 14, 15, 16.
14. **Da Costa**, Amer. Journal of the Med. Science Oct. 1871.
15. **Ad. Schmidt**. Ueber Farbenreactionen des Sputums. Berlin. klin. Woch. 1893. № 10.
16. **C. v. Noorden**, Ueber die Behandlung der Colica mucosa. Zeitschr. f. Pract. Aerzte. № 1. 1898.
17. **Fleiner**. Ueber die Behandlung der Obstipation mit grossen Oelklystieren. Berl. klin. Woch. 1893. №№ 3, 4, 5.
18. **v. Leyden**, Demonstration im Ver. f. inn. Med. Deutsche medic. Woch. 1882. S. 228.
19. **R. Barany**, Ueber ein neues Cellulosereiches Brod und seine Verwendung bei Darmträgheit, Fettleibigkeit und Diabetes. Wien. med. Woch. 1902. № 9.
20. **C. v. Noorden**, Ueber den Einfluss der schwachen Kochsalzquellen (Kissingen. Homburg etc.) auf den Stoffwechsel des Menschen.—Frankfurt a. M. 1896. Verlag von I. Alt.
21. **Carl Dapper**, Ueber den Einfluss der Kochsalzquellen (Kissingen und Homburg) auf den Stoffwechsel des Menschen und über die sogen. „kurgemässe Diät“. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 30 H. 3 и 4.
- 22) **Carl Dapper**, Ueber den Einfluss der schwachen Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) bei Magenkrankheiten. Verhandl. des XVII. Congr. f. innere Med. Karlsbad 1899.

Дальн. лит. см. въ текстѣ.

9043



29869