

опытных животных она была в ряде случаев очень сильно выражена и зависела, очевидно, от токсического действия яда.

3) У большей части хронически отравленных животных найдены дегенеративные изменения в почках (явления нефроза), в паренхиматозных клетках печени, а также отложение бурого пигмента в мышцах сердца и в печени.

4) В части случаев обнаружено в селезенке и в печени отложение кровяного пигмента, несомненно образовавшегося за счет повышенного распада красных кровяных шариков.

5) В некоторых случаях отмечена эозинофилия в селезенке и в лимфатических железах.

6) У некоторых опытных животных констатировано избирательное ожирение Купферовских клеток.

7) У части хронически отравленных животных найдено значительное развитие соединительной ткани в почках (артериосклеротические почки) и в печени (с характером начинающегося цирроза).

Литература 1) Lehmann. Archiv f. Hygiene, Bd. 75, 1912.—2) Кравков. Русский врач, 1916 г. № 15, т. XV.—3) Кравков и Окуневский. Гигиена труда, № 4, 1924 г.—4) Шустров и Салистовская. Соц. гиг., сборник № 8, 1926 г.—5) Шустров и Салистовская. Гигиена труда, 1925 г., № 8.—6) Шустров и Летавет. Гигиена труда, № 10—11, 1926 г.—7) Труды Бакинского ин-та по изучению профессиональных болезней. Вып. I, 1929 г.—8) Ковшарь. Труды Северо-Кавказского краевого института охраны труда и профессиональных заболеваний. Т. I, 1930 г.—9) Шварц. Сборник трудов Ин-та соц. гигиены ТНКЗ, вып. I, 1929 г.—10) Лазарев. Гиг. труда, № 8—9, 1930 г.—11) Малов и Михеев. Гиг. труда, № 8—9, 1930 г.

Малая недостаточность печени.

Д-ра Тутковского (Антверпен).

Малая недостаточность печени, которую англичане называют „torpid liver“, а Carrière именует „petit hépatisme“, может представлять собою, особенно в начальных стадиях, чисто преходящий момент: то она обнаруживается при инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, дизентерия, грипп), то ее можно наблюдать во время припадков печеночной колики, либо после них, иногда же эта недостаточность отмечается при катаральной желтухе. Замечается печеночная недостаточность при хлороформном наркозе, при некоторых преходящих отравлениях, особенно мышьяком. Наблюдается она у лиц, имеющих по наследству слабую печень, бывает довольно часто у детей, а также у женщин—во время беременности.

В других случаях эта недостаточность остается перманентной, будучи связанной с органическим заболеванием печеночной паренхимы. Здесь труднее всего установить начало печеночного заболевания, ибо никакой симптом не заставляет обращать внимания на печень.

Иногда же наблюдаются некоторые пищеварительные расстройства, правда, часто мало-характерные и еще меньше заставляющие фиксировать внимание на печени. Однако, в это время уже анализ мочи показывает уменьшение в ней азота, падение коэффициента серного окисления, обильное количество уробилина и индикана, тогда как копрологи-

ческое исследование позволяет с большей или меньшей точностью установить причину различных симптомов.

В виду диссоциации патологической физиологии печени, необходимо диссоциировать симптоматологию ее, особенно когда печеночная клетка в большей или меньшей степени ослаблена. Обращает на себя внимание — *опсиурия*, или замедление в выделении поглощенной воды. Опсиурия особенно наблюдается в стоячем и сидячем положении больного, исчезая в *decubitus dorsalis*. За исключением случаев сердечной недостаточности, мы считаем эту ортостатическую опсиурию исключительно печеночного происхождения, хотя и весьма значительная роль в патогенном механизме приписывается почечному аппарату. Но для того, чтобы почка выделила воду, необходимо, чтобы вода доходила до нее в необходимом количестве: запоздание же диуреза находится в зависимости от остановки и замедления в прохождении чрез организм воды. Но почти все заболевания печеночной паренхимы, начиная с первых фаз ее развития, сопровождаются в большей или меньшей степени затруднениями внутрипеченочной циркуляции, а вследствие этого — и портальной гипертензией (Gilbert, Lereboullet, Villaret). Таким образом, под двойным влиянием ортостатизма и тяжести происходит замедление в кишечной абсорбции воды — и вследствие этого — и в выделении ее, тогда как в *decubitus dorsalis* эти функции улучшаются и ускоряются. Обычная почечная непроходимость не может реагировать подобным образом. Конечно, эта опсиурия печеночного происхождения может исчезнуть по мере того, как циркуляция и проходимость печени улучшится и восстановится. Благодаря такому улучшению, мы наблюдаем возврат к нормальному диурезу и в стоячем положении больного спустя несколько дней, проведенных в *decubitus dorsalis*.

В подобных случаях, клинически еще недостаточно характерных, мы довольно часто констатируем, под влиянием желчной терапии, а еще лучше актинотерапии или гидро-минерального лечения, значительное улучшение кишечной деятельности, уменьшение или исчезновение запора, либо быстрых пост-прандиальных желчных выделений, обнаруживающих предсуществующий, но еще латентный печеночный процесс.

Когда же клиническая картина вырисовывается более выпукло, можно уже точнее обнаружить увеличение объема печени и появление того состояния, которое французы называют „*hépatisme*“, что указывает на функциональный дефект печеночной клетки. В самом начале анатомические явления последней еще неорганизованы, имея более воспалительный, чем фиброзный характер.

В общем состоянии этого „*hépatisme*“ необходимо отметить несколько прецедентических периодов, клинически составляющих воспаление печеночной ткани: 1) артритический — плеторический: сюда входят обжоры, тучные субъекты, а также некоторая категория лиц, страдающих диспептическими расстройствами, причем хотя исходным пунктом заболевания и является пищеварительная трубка, печень все же есть первый орган, подвергающийся „атаке“ пищевых масс, будь они введены в слишком большом количестве, либо более или менее вредные по составу. Подобные расстройства наблюдаются не только у взрослых: можно также встретить их и у детей, и даже у грудных младенцев, подверженных перекармливанию. Здесь печень задается работа, превосходящая ее функциональную способность: в результате — переутомление печени. 2) Алкоголизм: у лиц,

даже слегка злоупотребляющих вином или спиртными напитками. 3) По-
дагра: при ассоциации вышеприведенных причин, причем приступы пече-
ночного процесса чередуются иногда с суставными припадками, либо
предшествуют им. 4) Глюкозурия—имеет общую этиологию. 5) Сифилис—
особенно у лиц предыдущих категорий, равно как и у тех, кто недавно
подвергся инъекции сильных доз арсенобензола. 6) Малярия, особенно
после недавнего приступа, равно как и у лиц, имеющих „the torpid
liver“ и живущих в колониях: здесь „hépatisme“ является довольно часто
результатом довольно сложной ассоциации желудочно-кишечных рас-
стройств, алкоголизма, сифилиса и малярии. 6) Климактерический период
дает также повод к периодическим пассивным приливам к печени, осо-
бенно за несколько дней до обычной даты наступления регул; приливы
эти носят вазо-моторный характер и улучшаются, равно как и другие
формы „гепатизма“, от ультра-фиолетовой и гидро-минеральной терапии.

Больные вышеуказанных категорий поражают слегка желтоватым
оттенком лица, конъюнктивы глаз у них субиктеричны, моча у них, хоть
и светла, но содержит много уробилина и индикана. Пальпация обна-
руживает печень, часто несколько чувствительную при давлении, уве-
личенную в объеме, и переходящую обычно за линию ложных ребер
на 1—2 поперечных пальца, представляя все же на ощупь достаточную
мягкость. Если мы добавим сюда наблюдающиеся часто расстройства
кишечника: запоры и поносы, отсутствие аппетита, белый язык таких
больных, жалобы на затрудненное пищеварение и по временам светлые
испражнения, то мы получим достаточное представление для выяснения
малой недостаточности печени. На этом фоне разыгрываются явления
нервного порядка—больные жалуются на усталость, бессонницу, мигрени
и меланхолические настроения.

Что касается лечения таких недостаточностей печени, то хорошие
результаты получаются от периодических применений cholagoga, особенно
состоящих из депигментированной и дехолестериновой желчи: известно
ведь, что пигменты сами по себе токсичны, а холестерин при подобных
недостаточностях печени имеется в более, чем достаточном количестве
в организме, так что введение еще нового количества его нежелательно.
Кроме того, мы ограничиваем введение пищевых масс, содержащих
много холестерина (яйца, мозги, горох). Во избежание переутомления пе-
чени—мы советуем предпочтительно—растительно-молочный режим. Запре-
щаем горошек, капусту, спаржу, дичь, яйца, кремы, рагу, острые сыры,
шоколад и жирные блюда.

Иногда для урегулирования диуреза приходится назначать кало-
мель, 5 мгр. в день, в течение 5 дней; лактоза—100 гр. в день в рас-
творе с 1 литром воды подымает диурез, а лучше всего—гидроминераль-
ное лечение (Vichy—в случаях, если преобладают диспептические
явления, Vittel et Contrexeville—при опсиурии печеночного происхожде-
ния). В подобных случаях, чем раньше, тем лучше, гидроминеральное
лечение приносит больше всего пользы. Объем печени быстро уменьшается,
кишечная функция улучшается, химизм мочи возвращается к норме.

Советуем больным соблюдать достаточно покоя, вести регулярный
образ жизни, бывать часто на воздухе и каждое утро в течение 10 мин.
растирать сухим полотенцем тело до-красна. Иногда же—рекомендуем
ставить сухие или кровососные банки на область печени.

Хороший терапевтический результат наблюдался нами от применения кварцевой лампы при лечении малой недостаточности печени. Курс лечения мы начинали, правда, с „подготовки“ печени, которая заключалась в том, что предварительно, в течение 2—3 недель до начала активотерапии мы прогревали в течение 20—25 минут каждый раз правую подреберную область инфра-красными лучами. Всего мы проделывали 8—10 сеансов инфра-красной терапии, через день, и лишь тогда, когда почва была уже подготовлена, чувствительные и воспалительные явления со стороны печени уменьшались, мы приступали к активотерапии. Кварцевая лампа направлялась на печеночную область, по обычному способу, начиная с малых доз (3 минуты) и на расстоянии не менее 1 метра. Сеансы ультра-фиолетовой терапии проделывались также через день, прогрессивно увеличивая дозы на 1—2 минуты и постепенно сокращая дистанцию от кварцевой лампы до подреберной области, доходя до 50 и даже 40 см. Всего проделывалось 25—30 активных ванн, которые спустя несколько месяцев повторялись опять-таки с предварительной „подготовкой“ (5—8 сеансов) инфра-красными лучами. Результаты такой фототерапии получались блестящие: цвет лица больных быстро улучшался, аппетит поправлялся, ускорялся и увеличивался диурез, содержание азотистых веществ в моче увеличивалось. Не говоря уже о том, что чувствительность правой подреберной области исчезала, кишечная деятельность урегуливывалась самым интересным образом: у больных, жаловавшихся на диарею, устанавливался нормальный стул, 1 раз в день, достаточно твердый и хорошо окрашенный. У лиц же, страдавших до ультра-фиолетовой терапии запорами, выделения также становились более регулярными. Иногда, правда, приходилось производить „смазку“ кишечника несколько дней в месяц, давая таким больным 1 столовую ложку *paraffini liquidi* на ночь, пред сном. Означенная терапия, наряду с целым рядом других способов лечения недостаточности печени, имеет, на наш взгляд, все права гражданства и должна войти в обиход всякого врача, сталкивающегося с подобными заболеваниями.

Из госпитальной терапевтической клиники Белорусского государственного медицинского института. (Директор проф. Ф. О. Гаусман).

К вопросу о прощупывании малой кривизны желудка¹⁾.

Ст. ассистента Б. И. Трусевича.

Пользуясь глубокой, скользящей и топографической пальпацией по методу Гленард-Образцов-Гаусмана, наряду с прочими отделами желудочно-кишечного тракта в некоторых случаях удается прощупывать и малую кривизну. Последняя статистика пальпаторных данных Гаусмана следующая: большая кривизна прощупывается в 45—50%, colon transv. 60%, coecum 80%, pars coecalis ilei 85%, appendix 12—16%.

¹⁾ Доложено на заседании конференции врачей клиники.