

Клиническая и теоретическая медицина

Проф. А. Г. ТЕРЕГУЛОВ

К клинике и лечению дискинезии внешних желчевыводящих путей

Из пропедевтической терапевтической клиники (директор проф. А. Г. Терегулов) Казанского гос. мед. института

Опыт повседневной работы и данные литературы говорят о том, что в тех случаях, когда к нам обращаются больные с типическим симптомокомплексом желчно-каменной болезни, причиной страдания нередко являются только функциональные моменты—застой и нарушение передвижения желчи на почве двигательных расстройств внешних желчевыводящих путей. Эта форма заболевания известна под названием бескаменных желчных колик, или просто—желчных колик, или, наконец, согласно предложению Вестфаль, Кальк и Шендубе—дискинеза внешних желчевыводящих путей. Знанием пато-физиологических основ интересующего нас заболевания мы обязаны капитальным работам школы Павлова (Бабкин, Шаверин, лаборатория Быкова, Одинов, Петровский) и школы Бергмана (Кальк и Шендубе, Вестфаль) и успехам в области рентгенодиагностики—введению в клинику внутренних заболеваний метода холецистографии (Грахам, Каль и Шендубе, Бойден, Витакер и Нельсон и др.).

Эти многочисленные наблюдения, имеющие сравнительно небольшую давность—15—20 лет, позволили установить следующие факты, легшие в основу наших современных представлений о сущности и природе дискинетических расстройств внешних желчевыводящих путей. Во-первых, можно считать окончательно установленным, что желчный пузырь обладает способностью производить активные тонические сокращения, и что выход желчи в 12-перстную кишку происходит в результате сложных, тонко координированных движений желчного пузыря и дистальных отделов *d. choledochi*. Во-вторых, были изучены и вопросы зависимости этих движений от состояния нервно-гормональных факторов.

Нормально в ответ на те или иные раздражения со стороны 12-перстной кишки и верхних отделов тонких кишок—пептон, жиры, яичный желток, минеральные соли—рефлекторно открывается сфинктер Люткенса, происходит тоническое сокращение желчного пузыря и перемещение желчи в верхние отделы *d. choledochi*; при этом последовательно растягиваются и сокращаются верхний и средний отделы *d. choledochi*, в конечном итоге выход желчи в 12-перстную кишку происходит вследствие активного сокращения дистального отдела *d. choledochi* и одновременного содружественного расслабления наружного самостоятельного сфинктера Одди. Вся эта двигательная система—сфинктеры, мускулатура пузыря, протоки—тесно связана с ра-

ботой желудка и поступлением пищевой кашицы в 12-перстную кишку. Пока отдельные части внешних желчевыводящих путей работают гармонически, содружественно, как единое целое, передвижение и выход желчи в 12-перстную кишку в ответ на раздражение ее проистекают бесперебойно; наоборот, они нарушаются, если содружественная работа частей и сфинктеров желчевыводящей системы расстраивается под влиянием каких-либо моментов.

В настоящее время мы располагаем целым рядом экспериментальных работ по вопросу о типах двигательных расстройств желчевыводящих путей, с которыми мы фактически встречаемся в клинике. Можно считать установленным, что тонус, сокращение желчного пузыря и поведение дистального отдела *d. choledochi—portio duodenalis*, сфинктера Одди зависят от состояния равновесия вегетативной нервной системы желчевыводящих путей, возбуждения блуждающего и симпатического нервов. Так, Вестфаль, Одинов, Петровский и др. доказали, что при определенных условиях опыта раздражение *p. vagi* слабым фарадическим током или внутривенным введением небольших доз пилокарпина (0,005) вызывает усиление выделения желчи вследствие повышения возбудимости двигательной системы желчевыводящих путей и усиления тонических сокращений желчного пузыря и дистального отдела *d. choledochi* при одновременном содружественном открытии сфинктера Одди. При раздражении *p. vagi*, сильным фарадическим током и введении больших доз пилокарпина (0,01—0,015) имеет место повышение тонуса желчного пузыря, но несмотря на это происходит застой желчи в пузыре, в верхних и средних отделах *d. choledochi* вследствие частичного или полного спазма дистального отдела протока—*portio duodenalis*.

При раздражении симпатического нерва конечный результат во многом напоминает то, что происходит при раздражениях блуждающего сильным фарадическим током или при введении больших доз пилокарпина. Здесь также наблюдается застой желчи в пузыре и на всем протяжении *d. choledochi*, но в отличие от застоя желчи вагального происхождения причиной застоя является не спазм дистального отдела *d. choledochi*, а только изолированный спазм сфинктера Одди—наружного мышечного кольца у *papilla Vateri*; желчный же пузырь и *d. choledochi* в отличие от того, что имеет место при раздражениях *p. vagi*, находятся в состоянии гипотонии.

В дальнейшем вышеупомянутые факты не только были подтверждены (Ватанабе, Винкель-Штейн, Ашнер), но и дополнены весьма интересными фактами при изучении влияния на двигательную функцию желчевыводящих путей различного рода фармакологических средств и гормональных факторов. Так, было доказано, что пилокарпин, физостигмин в противоположность атропину повышают тонус и сокращение желчного пузыря (Либ—Мак-Вортер); в том же направлении действует гистамин и ацетилхолин (Бругш и Херстерс).

Влияние гормональных факторов, хотя и было предметом изучения ряда авторов (Кальк и Шендубе, Вестфаль, Бругш и Херстерс), но этот вопрос оказался все же менее разработанным. Установлено следующее: адреналин оказывает на двигательную систему желчевыводящих путей такой же эффект, какой получается при раздражении симпатического нерва; инсулин не оказывает никакого влияния; тироксин оказался относительно индифферентным препаратом; гипофизин проявляет себя двояким образом: экстракт задней доли повышает то-

нус и вызывает сокращение желчного пузыря, желчь появляется в 12-перстной кишке спустя 15—20 минут после введения препарата (Кальк и Шендубе, Вестфаль); экстракт передней доли явно удлиняет время появления желчи в 12-перстной кишке.

Менее всего выяснено влияние половых желез на двигательную функцию желчного пузыря. Здесь могла сказаться переоценка значения плюригландулярных моментов: двигательные расстройства внешних желчевыводящих путей, наблюдаемые в клинике в связи с непорядками *menses*, беременностью, рассматриваются не как результат прямого специфического изменения функции половых желез, а как следствие вегетативных сдвигов и нарушения состояния равновесия эндокринной системы организма, главным образом щитовидной железы и гипофиза. Между тем, наблюдая в клинике различные формы двигательных расстройств желчевыводящих путей в связи с расстройствами *menses* или преклимактерическим состоянием и видя в подобных случаях прекрасные результаты при систематическом введении фолликулина, мы получили впечатление, что, во-первых, эти процессы обратимы и, во-вторых, они представляют скорее прямой результат недостаточности или выпадения функции половых желез. В виду отсутствия соответствующих экспериментальных наблюдений нами было предложено аспиранту клиники С. А. Копырину экспериментально воспроизвести динамику и типы нарушений двигательной системы внешних желчевыводящих путей и зависимости от изменения или исключения функций половых желез. Наблюдения, проведенные в физиологической лаборатории проф. А. В. Кибякова на собаках с хронической фистулой желчного пузыря показали нам следующее.

1. После экстирпации половых желез у самок и самцов двигательная функция желчного пузыря претерпевает спустя некоторое время фазу гиперкинезии: ясно повышается тонус и увеличивается высота волн ритмических сокращений желчного пузыря. Описанная фаза держится в течение одного—полутора месяца, затем постепенно, к концу четвертого или пятого месяца, фаза гиперкинеза желчного пузыря сменяется картиной угасания кинетики: понижается тонус, исчезают волны ритмических сокращений, и в общем кривая желчного пузыря приближается к неровной прямой линии.

2. Полученные изменения, воспроизводя в известной мере типы двигательных расстройств пузыря, наблюдаемых в клинике, могли быть рассматриваемы, согласно сказанному выше, как явления полигландулярного порядка в результате нарушения равновесия эндокринной системы или же как прямое специфическое следствие исключения функций половых желез.

Следующая серия наблюдений, предпринятая для решения этого вопроса, а именно при перекрестных инъекциях фолликулина и спермокринина самкам и самцам, показали, что полученные изменения представляют скорее прямой результат исключения функций половых желез.

При систематических инъекциях фолликулина самкам была доказана полная обратимость вышеописанных явлений, а именно—восстановление как тонуса, так и ритма сокращения желчного пузыря, и в то же время—отсутствие подобного эффекта у самцов при тех же условиях наблюдения.

То же самое было установлено и при систематических инъекциях спермокринина самцам и самкам: восстановление двигательной функции у самцов и в то же время отсутствие эффекта у самок. Эффект, полу-

ченный у самок при систематических инъекциях фолликулина, понятен и не вызывает каких-либо вопросов; эффект же, полученный при инъекциях спермокрин у самцов, вызывает вопросы, поскольку мы знаем, что спермокрин не представляет собой чисто гормонального препарата. Спермокрин представляет собой тестикулярную вытяжку с минимальным содержанием чистого гормона, но все же, по утверждению отдельных авторов, достаточным для того, чтобы влиять смягчающим образом на последствия кастрации. Спермокрин влияет например, в смысле предупреждения атрофии предстательной железы (Валкер и Грифт), уменьшения гипертрофированного гипофиза (Фишер) или, наконец, на развитие вторичных половых признаков и полового влечения (Бочкарев). При допущении такого положения, эффект, полученный у самцов при систематических инъекциях спермокрин, находит объяснение в специфическом влиянии спермокрин за счет содержания в нем тестикулярного гормона. Если бы, в самом деле, такое предположение не имело за собой реальной почвы, а проистекало, предположим, от участия какого-либо другого фактора, тогда было бы непонятным, почему при систематических инъекциях спермокрин конечный результат оказался различным у самцов и самок.

Физиологически двигательная функция желчного пузыря, резорбционная, а равно и концентрационная способность слизистой желчного пузыря представляют явления, тесно связанные между собой. С этой точки зрения, далее, оказались практически важными и другие факты, установленные при изучении состояния резорбции и концентрации желчи в пузыре в зависимости от нервных влияний. В этом смысле основные наблюдения принадлежат Вестфалю, которому при опыте на собаках удалось доказать ряд закономерностей в отношении резорбции и концентрации желчи в пузыре.

Автором в трех сериях наблюдений было установлено следующее:

Первая серия. При перевязке *d. cysticus* без применения каких-либо раздражений спустя 95 минут наблюдались: повышение концентрации билирубина на 190 mg %, увеличение сухого остатка на 2,5 g % и понижение содержания хлоридов на 50 mg %.

Вторая серия. При тех же условиях опыта и раздражениях блуждающего нерва через каждые 5 минут получено повышение концентрации билирубина на 200 mg %, увеличение плотного остатка на 4,5 g % и падение содержания хлоридов на 60 mg %.

Третья серия, при длительных раздражениях симпатического нерва супраренином в течение 150 минут. Результат—повышение концентрации билирубина всего на 80 mg %, незначительное повышение содержания хлоридов с 0,063 на 0,068 mg %, что практически можно считать равным нулю; тот же результат оказался и в отношении содержания плотного остатка: увеличение всего на 0,42 g %.

Практический интерес описанных наблюдений заключается в том, что они с очевидностью показывают зависимость состояния резорбции и концентрации желчи в пузыре от нервных влияний.

Вестфаль считает характерным для ваготропных влияний возбуждение и повышение двигательного аппарата желчевыводящих путей, состояние гиперрезорбции и повышение концентрации билирубина в пузырной желчи, а для симпатикотропных влияний—торможение, понижение двигательной функции пузыря с явлениями гипорезорбции и гипоконцентрации.

Таковы, в общих чертах, данные эксперимента относительно двига-

тельной функции внешних желчевыводящих путей и, в частности, ре-зорбционной и концентрационной способности пузыря. Значение их определяется тем, что они сделали нам понятным механизм развития функциональных расстройств пузыря и в то же время намечают пути распознавания интересующего нас заболевания.

Частота функциональных расстройств желчного пузыря отдельными авторами определяется различно.

Кальк и Шендубе констатировали чисто функциональное страдание в 61 случае из 400 больных с заболеванием желчного пузыря. Другие авторы, не отрицая существования функциональных страданий желчного пузыря, отводят им ограниченное место, считая, что трудно определить границу, где кончается чисто функциональное страдание и когда начинается органическое—холецистит (Бергман, Стражеско).

Возраст больных преимущественно третий и четвертый десяток, чаще заболевание встречается у женщин.

Клинически функциональные формы страдания желчного пузыря протекают по типу желчнокаменной болезни. Появляются острые коликообразные боли в области правого подреберья с отдачей в правую лопатку, правое плечо; на высоте приступа развиваются рвотные движения, иногда на второй день после припадков заметна субиктеричность склер, дело может дойти до развития желтухи. В свободные промежутки больные предъявляют те же самые жалобы, что и страдающие хроническим холециститом или желчно-каменной болезнью.

При объективном исследовании печень увеличена на один-два пальца, болезненна, также болезненна при пальпации область желчного пузыря. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси, Сквирского.

При изучении чувствительности кожи у людей возбудимых иногда определяется ограниченная гипералгезическая зона в области желчного пузыря.

Перечисленные симптомы таковы, что они сами по себе еще не подтверждают и не исключают функционального страдания пузыря. Чаще и типически мы их наблюдаем иногда при обострениях хронического холецистита или желчно-каменной болезни. Само собой разумеется, что можно исключить функциональное страдание желчного пузыря, если у больного имеются лихорадочные движения *t^o* и *défense musculaire* в области верхнего квадранта правой прямой мышцы живота. Субъективная тяжесть припадков ни в какой мере не может говорить в пользу желчно-каменной болезни. Мне лично не один раз случалось иметь дело с больными, которых, вследствие тяжести и упорства припадков, при наличии вышеперечисленных симптомов и неясности лабораторных данных, приходилось направлять на операцию, предполагая желчно-каменную болезнь, но где не обнаруживалось какого-либо органического заболевания желчного пузыря и выяснялась только функциональная природа заболевания. В каждом отдельном случае, когда к нам обращаются больные с вышеописанными жалобами, а объективные симптомы указывают на заболевания желчного пузыря, следовало бы, как правило, подвергать больных специальным методам исследования. Здесь я имею в виду дуоденальное зондирование и холецистографию.

По введению дуоденального зонда рефлекс Мельцер-Лайона за редкими исключениями может быть достигнут двояким путем: или под-

кожным введением питуитрина по методу Кальки и Шендубе или вливанием 33% раствора *Magnesii sulfurici* в количестве до 50 см³. В случае неясности или неполучения рефлекса с питуитрином, его часто удается вызвать дополнительным введением раствора *Magnesii sulfurici*. При оценке результатов исследования надо, в соответствии с указанием многочисленных авторов, обращать внимание на время наступления рефлекса, количество выделяемой желчи В, цвет, прозрачность, взвешенные частицы, концентрацию билирубина и морфологию осадка.

1. Однократный, а тем более повторный отрицательный рефлекс Мельцер-Лайон при пробе с питуитрином или *Mag. sulf.* говорит за каменное страдание пузыря.

2. Преждевременный рефлекс Мельцер-Лайона—появление желчи В в первые 10—15 минут—говорит за гиперкинезию желчевыводящих путей функционального происхождения или на почве воспалительных изменений. В первом случае количество выделяемой желчи В превышает 40—50 см³, она бурого цвета, без примеси хлопьев; концентрация билирубина держится в пределах от 500 до 800 мг %; в осадке слущенный эпителий и небольшое количество измененных лейкоцитов.

Во втором случае, где причиной повышения возбудимости мускулатуры пузыря является раздражение ганглий интрамуральной нервной системы, количество желчи В может быть таким же, как и при первой форме, но добытая желчь мутная, зеленого цвета; концентрация билирубина держится на низких цифрах—ниже 250 мг %, в осадке много лейкоцитов и слущенный эпителий.

3. Положительный рефлекс, но наступающий поздно, спустя 30—40—50 минут, с количеством желчи не менее 40—50 см³, говорит за гипертонический застойный желчный пузырь, за повышение возбудимости дистальных отделов *d. choledochi*. Желчь бурого цвета, не мутна, концентрация билирубина в пределах 400—600 мг %, осадок относительно беден клеточными элементами; наряду со слущенным эпителием имеется сравнительно небольшое количество лейкоцитов.

4. Положительный поздний рефлекс, малое количество желчи В—не более 30 см³, желтого цвета, при концентрации билирубина ниже, чем 250 мг %, при осадке с небольшим содержанием клеточных элементов,—говорит за гипотонический желчный пузырь.

5. Положительный поздний рефлекс, желчь В с буро-зеленым оттенком или зеленого цвета, низкие цифры концентрации билирубина и обильный клеточный осадок—говорит за воспалительную природу страдания или вентильный камень.

Не имея опыта по холецистографии, я на этом методе останавливаться не буду.

Патогенетически двигательные расстройства внешних желчевыводящих путей могут быть разбиты, согласно предложению Вестфала, на три группы.

1-я группа, где причиной страдания являются двигательные расстройства функционального порядка: гиперкинезия желчевыводящих путей, гипертонический и гипотонический застойный желчный пузырь.

2-я группа—двигательные расстройства вторичного порядка, где причиной являются камни в области шейки пузыря, сфинктер Одди или воспаление желчного пузыря.

3-я группа, где причиной является гипертрофия или повышение возбудимости сфинктера Одди, развивающиеся после удаления желчного

пузыря или сморщивания пузыря вокруг камня, как следствие указанного состояния возникает гипертонический или гипотонический застой в d. choledochi.

Патогенез первой группы весьма различен; в происхождении его играют роль психогенно-нервные факторы, гормональные, висцеро-висцеральные рефлексы или, наконец, аллергические моменты. В соответствии с этим относящиеся сюда случаи могут быть разбиты согласно литературным данным (Вестфаль, Люткенс, Партурье) на следующие шесть основных форм.

1. Форма, развивающаяся на почве расстройства вегетативной нервной системы.

2. Психогенно-нервная форма в смысле учения Люткенса, где причиной страдания являются не только сдвиги вегетативной нервной системы, но и влияние со стороны вышележащих нервных центров.

3. Нервно-гормональная форма.

4. Органические заболевания нервных проводов или вышележащих отделов центральной нервной системы; сюда относятся расстройства при отравлениях свинцом, при *tabes dorsalis* и при сдвиганиях *gangli communicantes* соответствующих отделов спинного мозга.

5. Висцеро-висцеральная форма.

6. Аллергическая форма.

Первая форма встречается у людей вегетативно стигматизированных, склонных к спастическим реакциям, припадкам головной боли, спастическим запорам и у которых при исследовании желудочного сока находят нормальную или повышенную кислотность. Эта форма чаще встречается среди мужчин.

Вторая форма,—это те случаи, где в основе страдания лежат влияния психогенных факторов, повышенная восприимчивость, эмоциональность и неустойчивость нервной системы. Это как раз лица, причисляемые в общежитии к категории «желчных людей».

К нервно-гормональной форме относятся случаи, развивающиеся при беременности, в связи с расстройствами *menses*, пременопаузальным или климактерическим состоянием, или, наконец, на почве дисфункции щитовидной железы. Практически имеют значение формы овариогенного происхождения. При этом полагают, что двигательные расстройства желчевыводящих путей вызываются ослаблением или неполноценностью функции половых желез, вследствие выпадения или недостаточности стимулирующих влияний со стороны гипофиза или щитовидной железы. В этом смысле представляют интерес наблюдения Вестфалья, Глейхмана и Манна, которые в своей монографии, посвященной вопросам физиологии желчевыводящих путей и желчнокаменной болезни, описывают случаи дискинеза желчевыводящих путей в связи с расстройством *menses*. Больные имели патологическое отложение жира и изменения гипофиза при рентгенологическом исследовании. У этих больных, посредством рентгенизации гипофиза и длительного применения экстрактов гипофиза и небольших доз тиреоидина, были достигнуты блестящие результаты—восстановление регул, исчезновение припадков желчных колик и патологического ожирения. Далее представляют интерес описанные авторами случаи дискинезии желчевыводящих путей у женщин в климактерическом периоде, где боли были купированы рентгенизацией гипофиза парализующими дозами; упомянем, наконец, о дискинезах на почве гипофункции щитовидной железы с благоприятными результатами при лечении небольшими дозами тиреоидина.

Пути лечения, предлагаемые Вестфалем, несомненно имеют логическое основание и представляют практическую ценность.

Наблюдая в течение ряда лет случаи дискинеза овариального происхождения, мы шли, как выше было указано, придерживаясь другой концепции.

Поскольку ближайшей причиной дисфункции желчевыводящих путей при расстройствах *menses* и в особенности при преклимактерических состояниях является неполноценная функция половых желез, постольку мы считали более рациональной заместительную терапию фолликулином. Действительно, применяя систематически подкожные инъекции фолликулина, мы в ряде случаев имели возможность убедиться в эффективности этого метода лечения. Больные освобождаются не только от острых приступов, но и от болевых ощущений; в промежутках между ними улучшается общее состояние больных и тургор кожи, уравнивается нервная система; увеличенная печень доходит до нормы, а равно исчезают или же стираются симптомы Кэра, Ортнера, Мюсси.

При висцеро-висцеральной форме причинами страдания являются рефлексы с какого-либо болезненного очага: генитальных органов, аппендикса, толстых кишок и, наконец, перидуоденит или перихолецистит. Поэтому в подобных случаях требуется соответствующее всестороннее тщательное исследование; при подозрении на заболевание отростка, помимо обычных методов исследования, весьма важно применение рентгеноскопии. Распознавание вторично рецидивирующих аппендицитов, как известно, не представляет трудностей. При распознавании же первичных форм аппендицита, ввиду того, что под этими формами может протекать ряд других заболеваний, например, цекальный застой при спастических запорах, и ввиду ненадежности общеизвестных болевых точек при хроническом аппендиците, рентгеноскопия аппендикса имеет исключительно важное значение. Само собой разумеется, что там, где причиной страдания является хроническое заболевание аппендикса—требуется удаление его. Гораздо труднее решение вопроса в тех случаях, когда речь идет о роли заболевания толстых кишок—о рефлексах при колите и спастических запорах. Менее всего можно связывать колит с функциональным страданием пузыря, так как в этих случаях имеет мест не функциональное страдание, а хронический холецистит.

Спастические запоры, гиперкинезы толстых кишок („irritable colon“) встречаются как явления последовательного порядка при желчно-каменной болезни, хроническом холецистите и функциональных страданиях желчного пузыря. Иногда бывает трудно решить вопрос, в какой мере спастическая ободочная кишка играет роль в функциональных расстройствах желчного пузыря, так как часто оба страдания развиваются на почве расстройств вегетативной нервной системы. Тем не менее, в части случаев симптомокомплекс заболевания заставляет говорить о превалирующей роли толстых кишок.

В таких случаях больные жалуются на приступки болей, сходные с приступками желчно-каменной болезни. Исследование обнаруживает болезненность в области желчного пузыря, наличие симптомы Ортнера и Мюсси. Но при внимательном изучении обнаруживается, что боли носят распространенный характер, располагаясь не только в области правого подреберья, но и в правой половине живота, а иногда и по ходу поперечно-ободочной кишки. В таких случаях, на ряду с болез-

ненностью желчного пузыря, обращает на себя внимание тот факт, что максимум болезненности при пальпации устанавливается не в области желчного пузыря, а в области сфинктера Кэнони, который у людей с правильным телосложением располагается на пересечении линий *parasternalis* и *paraumbilicalis*. Одновременно в таких случаях обращает на себя внимание и вздутая слепая кишка. Ясно, что у такого рода больных прежде всего приходится думать о рефлекторном происхождении страдания пузыря и проводить лечение, направленное к регулированию работы толстых кишок.

Аллергическая форма. Существование таких форм подтверждается рядом авторов—Партурье, Зингер, Фодор-Кунос. Последние приводят 9 случаев из 264 случаев заболеваний желчного пузыря. Партурье и Зингер рассматривают страдание как одно из проявлений анафилактического шока, проявляющееся у людей при недостаточной функции печеночных клеток. Сюда относятся печеночные колики при сывороточном лечении, вакцино-протеинотерапии, аутогемотерапии или колики, возникающие после приема определенных сортов пищи—яиц, молока, мяса, меда, риса и т. д. В этом смысле представляют интерес шесть случаев, приводимых Дуке, два из которых были доказаны внутрикожной пробой; в двух случаях была обнаружена повышенная чувствительность к меду, в третьем—к мясу козули, в четвертом—к яйцам и мясу, в пятом—к молоку и мясу, в шестом—к молоку, спарже и картофелю.

При распознавании аллергической природы заболевания, кроме характерных анамнестических данных, важное значение имеет при исследовании крови эозинофилия, кожные изменения—экзема, крапивница или, наконец, жалобы на припадки мигрени, зуд кожи и т. п. Паули и Эйзельберг в целях дифференциального распознавания аллергической формы рекомендуют, помимо установления факта связи печеночных колик с приемом определенных веществ, выдерживать больных в течение двух-трех дней на определенной диете: давать только чай и хлеб и за $\frac{3}{4}$ часа до еды соответствующие «пропептаны» по 0,2. Если через 2—3 дня боли исчезают, то диагноз аллергического заболевания вероятен.

Функциональное страдание внешних желчевыводящих путей, представляющее собой нередкое заболевание, требует своевременного распознавания и лечения.

Помимо того, что больные страдают от болевых припадков имеется опасность, что функциональное страдание перейдет в органическое вследствие присоединения воспаления или образования камней. На первом плане, как справедливо указывает Вестфаль, должно быть поставлено общеукрепляющее лечение; рекомендуются препараты брома, люминал; при указании на психогенное происхождение заболевания—удаление из обычной обстановки. Касаясь применения препаратов брома, нельзя не отметить эффективность лечения интравенозными вливаниями 5% брома при дискинезиях психогенно-нервного происхождения. Вливания вызывают субъективную эйфорию, действуют успокаивающим образом и в то же время снимают и болевые ощущения. Объективно у таких больных исчезает пальпаторная чувствительность в области желчного пузыря, уменьшаются размеры печени, исчезают симптомы Кэра и Ортнера; симптом же Мюсси, если не исчезает, то изменяется в сторону понижения чувствительности.

При страданиях пузыря в связи с расстройством *menses* овариоген-

ного происхождения, допустимы двоякого рода мероприятия. В том случае, когда имеется основание думать, что причиной страдания является неполноценная функция половых желез в связи с недостаточностью стимулирующих влияний со стороны гипофиза и щитовидной железы, показано лечение по методу, предложенному Вестфалем, стимуляция половых желез путем применения экстракта гипофиза—пролана и тиреоидина. При страданиях пузыря в преклимактерическом периоде дают блестящие результаты систематические инъекции фолликулина, даже в таких случаях, где оперативное вмешательство казалось неизбежным. Само собой разумеется, при каждом виде лечения рекомендуется применение спазмолитических средств, как *extr. belladonnae* 0,015—0,02. На значении диатермии нет необходимости останавливаться.

Из бальнеологических мероприятий имеет значение направление больных на Эссентукские воды или Ижевский минеральный источник. Ижевский минеральный источник, благодаря преобладанию в воде сернокислых солей, как показывает опыт, принадлежит к разряду эффективных вод при лечении болезней желчного пузыря. Помимо лечения на курорте, можно считать доказанной эффективность длительных приемов ижевской воды при лечении в клинике и в домашней обстановке при даче воды за 20 минут до еды по $\frac{3}{4}$ стакана в довольно горячем виде.

При аллергической форме страдания само собой разумеется требуется исключение из пищевого рациона веществ, с которыми могут быть связаны припадки. Партурье рекомендует лечение пептоном, Фодор-Кунос—лечение серой в виде инъекций в дозе 10—20 сантигр.

Поступила 17.XII 1938.