

Клиническая и теоретическая медицина.

О некоторых невро-вегетативных явлениях со стороны печени ¹⁾.

Заслужен. профессор **Н. Ф. Голубов.**

Появившиеся за последние годы за границей литературные работы Шаброль, Фиссинже, Партюрье и др. заставили меня вспомнить некоторые мои многолетние наблюдения, под которые я попытаюсь подвести гипотетическое объяснение.

Как и другие внутренние органы печень вплоть до эпителия желчных канальцев и капилляров снабжается многочисленными разветвлениями вегетативной системы, конечно, как симпатическими, так и парасимпатическими, исходящими в большей части из солнечного сплетения. Известный французский гепатолог проф. Партюрье в своей книге „Вегетативно-эндокринные синдромы“ (1935 г., стр. 308) называет их образно „мозгом брюшных органов“. Приведу некоторые подробности о вегетативной иннервации печени.

Проф. Мясников в своей интересной книге „Болезни печени“ (1934 г.) говорит, что симпатические волокна идут от солнечного сплетения, а блуждающие — от сплетения пищевода и также от солнечного сплетения; симпатические входят в печень вместе с печеночной артерией, а блуждающие частью входят также с нею, а частью сопровождают ветви воротной вены, конечные отделы нервов проникают к печеночным клеткам, окружая их в виде сети. По письменному мне сообщению проф. Кондратьева тонкая иннервация печени до сих пор окончательно еще не разработана. По его словам „в иннервации вещества печени принимает деятельное участие также особое сплетение, состоящее из частей блуждающего и симпатического нерва, правого френеникуса и капсулярного сплетения правого надпочечника, имеа непосредственные связи с нервными сплетениями половой железы, кишечника, брюшины. Это особое сплетение восходит по особой ножке к собственному сплетению желчного пузыря и погружается в ворота печени“. Эти новые данные одесского анатома подкрепляют высказывание проф. Партюрье о печеночно-надпочечных синдромах (стр. 138—175 его книги).

Старинные опыты Пикара и Рено говорили как-будто против значения иннервации в жизни печени. Но априорно можно счи-

¹⁾ От редакции.

В основу настоящей статьи положена лекция, прочитанная заслуженным профессором Н. Ф. Голубовым, — быв. директором факультетской терапевтической клиники Московского университета, — в г. Ялте 23 ноября 1936 г. на курсах усовершенствования врачей. В ноябре 1936 г. проф. Н. Ф. Голубову минуло 80 лет.

тать, что вегетативные нервы должны играть огромную роль в жизни этого столь важного органа. Так думаю не я один. Проф. Кончаловский еще в 1929 году писал в Большой медицинской энциклопедии, что „отрицать влияние вегетативной нервной системы как на просвет желчных путей, так и на самую печеночную клетку в настоящее время трудно“. А проф. Мясников в 1934 г. говорит в своей книге (стр. 27—28), что „все более и более накапливается данных, из которых видно, что и этот орган, как и другие, теснейшим образом связан в своих функциях с состоянием вегетативной нервной системы“.

Нам известны исследования Вестфала, который при раздражении у животных печеночных ветвей блуждающего нерва получал резкое увеличение печени. По данным проф. Мясникова, „симпатический нерв в общем стимулирует работу печени в области углеводного и белкового обмена, а блуждающий скорее эту работу тормозит; наоборот, секреция желчи усиливается блуждающим, тогда как симпатическим ослабляется. Нужно думать, что частично это влияние осуществляется через посредство сосудов: симпатический нерв расширяет сосуды печени, а блуждающий скорее суживает их. На вазомоторах печени легко сказываются многочисленные рефлекторные импульсы со стороны других органов“ (стр. 28). А я здесь, для целей моего дальнейшего изложения, прибавлю от себя, что на игру вегетативных нервов печени должны влиять и импульсы, идущие от мозговой коры.

Мы теперь знаем тесную связь эндокринной системы с вегетативной. Эндокринология и по отношению к печени спешит приложить здесь свою руку. Для объяснения связи некоторых явлений со стороны печени у женщин при некоторых явлениях их половой жизни (о чем скажу ниже) Ашнер вводил экстракт яичников и получал отчетливое увеличение печени. Теперь возникает даже вопрос, не обладает ли печень и свойствами других эндокринных желез, т. е. не выделяет ли она своих особых еще неизвестных гормонов. Этот вопрос поставил мадридский проф. Мараньон, а парижский клиницист Сентон говорит (1935), что решение этого вопроса уже „висит в воздухе“. Повод к поднятию такого вопроса подало, между прочим, клиническое наблюдение поразительного лечебного действия печени при злокачественном малокровии. Если верить последним сообщениям, шведские исследователи будто бы открыли уже кровотворные гормоны печени. В вышеупомянутой книге проф. Партюрье не дает еще окончательного ответа на вопрос о гормонах, но подходит к нему так сказать, обходным путем, вводя печень в систему эндокринных желез и указывая всячески, иногда с натяжками, ее связь с работой и заболеваниями эндокринной системы. Наиболее обстоятельно и остроумно изложена им, и не без оснований, связь с поджелудочной железой—„гепато-панкреатический синдром“ автора.

После этого введения, раньше описания своих наблюдений, перейду к изложению некоторых прежде описанных редких и мало исследованных явлений со стороны печени. Начну с так называемой „эмотивной“ желтухи, т. е. желтухи, внезапно развивающейся вследствие резкого нервного потрясения. В резкой форме эмотивная желтуха—редкое явление. Некоторые авторы, например Матес, сомневаются в ее существовании. Можно считать, что история эмотивной желтухи начинается с знаменитого Буйлля, подробно и обстоятельно описавшего встретившийся ему случай

желтухи, полученной его знакомым почти моментально после внезапного потрясающего известия. Далее эмотивную желтуху описывал Жакку. Из более новых авторов о ней подробно говорит Ляфитт в своем большом сборном руководстве, вышедшем в 1909 г. (т. II, стр. 71—72). Говорит о ней и Шаброль в своей капитальной монографии „О желтухах“, вышедшей в 1933 году. Говорит об эмотивной желтухе и Партиюре. Подробно говорит о ней Ляфитт, считая ее „точно доказанной довольно многочисленными наблюдениями“, причем он предупреждает, с одной стороны, не полагаться без строжайшей критики и анализа на показания больного, а с другой—рекомендует не увлекаться при диагнозе предвзятой мыслью, что встретившаяся желтуха—обычного инфекционного и вообще банального происхождения. Насколько редко встречается ярко выраженная эмотивная желтуха видно из того, что мне за время моей долгой врачебной жизни пришлось видеть только три чистых, в смысле точности диагноза, случая выраженной желтухи и десятка полтора случаев несомненно эмотивной субиктеричности различной интенсивности. От товарищей, бывших на фронте империалистической войны, я слышал, что в начале ее, когда не было еще вовсе наблюдавшейся потом эпидемической инфекционной желтухи, у нервных, еще не обстрелянных лиц, наблюдались ими случаи внезапно наступавшей, но легкой и скоро проходящей желтухи под влиянием потрясающих кровавых сцен. Что касается до симптоматиологии и течения эмотивной желтухи, то я знаю только указания на нервное состояние заболевшего, на горький и дурной вкус во рту и на исчезновение желтухи через несколько дней.

Что же касается патогенеза этой желтухи, то для меня более всего приемлемо здесь влияние на печень через вегетативную нервную систему, т. е., что это—преходящий вегетативный невроз. Мы знаем, как тяжелые неожиданные впечатления вызывают различные несомненно вегетативные явления: внезапное похолодание рук, боль в прямой кишке, моментальную боль под ложечкой (повидимому в солнечном сплетении), нервную рвоту и понос, острое набухание щитовидной железы; известны случаи появления эризипелоидного безлихорадочного быстро проходящего дерматита; не говорю уже о „нервных“ явлениях со стороны сердца и проч. Объяснение механизма эмотивной желтухи было предложено известным французским физиологом-клиницистом Франсуа Франком и изложено в упомянутом месте у Ляфитта. Не входя в подробности, укажу, что по гипотезе Ф. Франка под влиянием импульса, идущего от мозговой коры, получается понижение давления в капиллярах печени и повышение его в желчных капиллярах, а отсюда более легкое осмотическое проникновение желчи в кровяной ток; по Ф. Франку при этом усиливается под влиянием вегетативных нервов и секрета желчи, получается так называемая плейохолия. Укажу, не вдаваясь в критику, что Ф. Франк видит в этой плейохолии аналогию с нервной полиурией,—с так называемой

урина спастика. Существует и другое объяснение эмотивной желтухи, а именно—наступающий спазм так называемого сфинктера Одди в дистальном конце желчного протока. Против такого механизма восстает Ляфитт, приводя весьма основательные возражения. Против теории спазма сфинктера высказывается также и Фиссинже в своей новой книге „О функциональном исследовании печени“ (1934 г., стр. 59). Я лично не беру на себя задачи дать объяснение тонкого механизма эмотивной желтухи. Существование нервного плейохолического поноса и рвоты, а также другие соображения, о которых скажу ниже, заставляют меня полагать, что процесс, под влиянием вегетативной нервной системы, разыгрывается в печеночных дольках без участия сфинктера Одди.

Я вполне допускаю возражение некоторых врачей, что в основе этих редких случаев эмотивной желтухи и эмотивной субиктеричности все же лежит незамеченная врачом некоторая генотипическая или нажитая неполноценность печени—то, что французы называют „печеночная недостаточность“. По специальным исследованиям хотя бы того же Фиссинже, даже простое присутствие камней в желчном пузыре влечет за собой небольшую холемию, но без желтухи. Другие специалисты по болезням печени признают даже существование скрытых гепатитов, дающих функциональное изменение в работе печени и протекающих без желтухи. Во встретившихся мне случаях при чистом анамнезе я не находил банальных указаний на ненормальность печени (ее увеличение, болезненность ее и желчного пузыря); функциональных же исследований печени я тогда не знал. В одном случае эмотивной желтухи я следил за пострадавшим многие годы спустя и никогда не находил каких-либо болезненных печеночных симптомов.

Существует еще один редкий вид желтухи:—появление ее при каждой менструации у женщин. Мне встретился лишь один случай такой периодической субиктеричности, но я слышал о такой желтухе достоверные сообщения от богатых опытом товарищей. Эту форму наблюдали и описали очень многие авторы. Укажу на Фрерикса, Сенатора; о ней говорится, без комментариев, в руководстве диагностики Маттеса; Мясников говорит о ней в своей книге „Болезни печени“ (стр. 288), о ней говорит Партюрье. Вместе с Мясниковым приходится объяснять это явление вегетативно-эндокринным влиянием. Кончаловский (Большая медицинская энциклопедия) склонен считать менструальную желтуху гемолитической, полагая гипотетически, что при этом образуются в крови особые гемолизины. При менструальной желтухе наблюдается некоторое увеличение печени, объяснение которого можно усмотреть в упомянутых выше экспериментах Вестфаля и Ашнера. Точный механизм этой желтухи я объяснить затрудняюсь. Возможно, что дело идет опять-таки о генотипической, т. е. наследственной, „неустойчивости“ печени или о каких-либо неуловленных наблюдателями, например, инфекционных, микроповреждениях ее,—повреждениях, сделавших

ее неустойчивой по отношению к вегетативно-эндокринным влияниям, связанным с менструацией. Почему у некоторых женщин наблюдается во время менструации припухание, нагрубание грудной железы и даже выделение молозива? Почему во время менструации, как я неоднократно наблюдал, у некоторых припухает щитовидная железа? Участие печени в акте менструации вполне укладывается в рамки учения Партюрье о гепато-эндокринных синдромах.

Еще один вид желтухи, это—желтуха при беременности. Мне лично не пришлось иметь дело с генуинной, чистой, неосложненной ничем желтухой беременности. Существование ее точно установлено. Фиссинже своими исследованиями (стр. 60—61 его книги) дает ценные указания на причину, почему печень при беременности может стать ареной заболеваний, начиная с легкой желтухи и кончая острой желтой атрофией ее. Оказалось, что при беременности в крови содержится элементов желчи вдвое больше нормы, что, по одним авторам, объясняется усиленным гемолизом у матери для удовлетворения потребностей плода, а по другим—поступающими в кровь матери отбросами от распада эритроцитов зародыша. По объяснению Фиссинже, если порог нормальной холемии беременной перейдет, так сказать, физиологическую норму, то может развиваться и желтуха. В виду сравнительной редкости этой желтухи приходится опять-таки полагать, что в этих случаях в основе лежит или генотипическая или нажитая неполноценность печени.

Итак, у женщины во время беременности может развиваться разной интенсивности желтуха, которая не дает никаких серьезных явлений, разве только наблюдается небольшое увеличение печени; с наступлением родов она проходит и иногда повторяется при новой беременности. Но, с другой стороны, именно у беременных женщин чаще всего наблюдается грозная, но к счастью вообще редкая, острая желтая атрофия печени. Как я упомянул, мне не пришлось иметь дело с генуинной доброкачественной желтухой беременности, а поэтому нижеследующие свои заключения я основываю на критическом разборе клинической казуистики. Я полагаю, что у беременных наблюдается двух видов желтуха. Одна—доброкачественная эндокринно-вегетативного характера, такого же патогенеза, как и упомянутая менструальная. А другая, с самого начала злокачественная, переходящая часто в желтую атрофию,—автоксическая, т. е. генетически связанная и переплетающаяся с общеизвестными токсикозами беременности,—с различными картинами эклампсии, с неукротимой рвотой и проч. Известен важный факт, что первичная желтая атрофия печени изредка наблюдается и у совершенно здоровых молодых мужчин, причем патогенез ее остается неясным. Особенно интересно, что в некоторых случаях у мужчин толчком к такому первичному заболеванию служили тяжелые нервные потрясения. О такой этиологии упоминает и Штрюмпель в своем учебнике. Это сближает первичную желтую атрофию с указанной эмотивной желтухой. Поэтому возможно, что

и у беременной женщины тяжелая желтая атрофия развивается от комбинации автотоксического момента с эндокринно-вегетативным. Укажу, что Маттес с практической точки зрения совершенно правильно смотрит очень серьезно на случаи появления желтухи у беременных, говоря, что иногда такая, казалось бы невинная, желтуха может оказаться начальным стадием острой желтой атрофии.

Кроме указанных существуют и другие формы желтухи, связанной, повидимому, с эндокринно-вегетативной системой. Например, рано умерший талантливый французский клиницист Жильбер описал периодическую субиктеричность у молодых людей в периоде возмужания. Цитирую по Партюрье (стр. 124): „у молодых людей слабого сложения периодически под влиянием утомления, эмоций и даже перемен температуры, появляется временная субиктеричность при отсутствии малокровия, хрупкости эритроцитов (гемолиза) и при увеличенной холестеринемии“.

Возможно, что именно у таких субъектов может под влиянием сильной эмоции развиваться первичная острая желтая атрофия печени, о которой говорит Штрюмпель и др.

Теперь сообщу мои личные наблюдения,—сообщу об этих тонких субъективного характера, так сказать, микроявлениях потому, что клиника не должна от них отмахиваться. Врач должен иметь о них понятие, чтобы при жалобах больного быть в состоянии дать и себе и ему объяснение этих тонких его ощущений. Приведу в пример работу покойного киевского клинициста проф. Яновского о таких субъективных признаках, как запахи, исходящие от больного при различных болезненных состояниях („Клиническое значение запаха“, „Врач. дело“, 1925, № 7). Преподаватели-клиницисты должны быть знакомы с поучительной статьей Яновского, должны разрабатывать этот вопрос и в соответствующих случаях указывать слушателям на существование этих характерных запахов.

Нередко наблюдается, что здоровый человек, некурящий, не имеющий никаких диспептических явлений, имеющий нормальный вкус во рту, или точнее—не испытывающий в нем никакого вкуса, вынужден, например, вести с кем-нибудь неприятный тяжелый для самолюбия, угнетающий разговор, сохраняя при этом полное самообладание, скрывая от партнера свое тяжелое моральное состояние. У него тотчас же является при этом переживании резко горький вкус во рту, который некоторые сравнивают со вкусом хинина, а другие со вкусом желчи. К этому резко горькому вкусу затем присоединяется другой вкус, про который больной (называю его больным потому, что он в этот момент действительно болен) говорит: „отвратительный“, „скверный“ вкус. Ранее у этого человека никогда не было запаха из рта, а если поговорить с ним теперь, сейчас же после перенесенной психической травмы, то его дыхание оказывается зловонным. Помню в одном случае, жена „больного“, только что испытывавшего указанное психическое состояние, с горечью и

дурным вкусом, заявила мне, что „у мужа запахло из рта точно из нужника“.

Почему мне пришло на мысль заговорить об этом нередко, незначительном явлении, которое я давно знал, но на котором до сих пор не останавливал своего пристального внимания? Поводом к размышлению послужила прочитанная мной статья Годеля и Шехала о новом способе измерения скорости кровообращения („Пресс-медикаль“, № 3, 1936). Они вводили в вену руки дегидрохолят натрия (совершенно не ядовитое вещество из группы желчных кислот), и через 10—15 секунд у испытуемого субъекта появлялся резко горький вкус во рту. Это навело меня тогда же на мысль, что эмотивная горечь во рту, о которой я говорю, зависит от моментального поступления в ток крови желчных кислот из печени, вследствие моментального расстройства ее функции под влиянием возбуждения из мозговой коры, дальше по вегетативной системе и до печеночной паренхимы.

Можно задать вопрос: почему же эмоция, вызывающая горечь во рту, не сопровождается каждый раз развитием хотя бы слабой желтухи, субиктеричности? Объяснение этого можно найти, например, в опубликованной в прошлом году работе проф. Шаброля, автора упомянутой уже капитальной книги „О желтухах“. В сотрудничестве с своими учениками, путем тщательных исследований он нашел, что при расстройствах в печени, не сопровождающихся вовсе желтухой и даже субиктеричностью, например, во многих случаях холецистита, количество билирубина в крови все же оказывается увеличенным, доходя, вместо 16—20 нормальных, до 40—50 миллиграммов на литр. Следовательно мы имеем право предположить, что и в наших случаях нервной горечи в кровь вместе с желчными кислотами поступает в увеличенном количестве и билирубин, но, конечно, не в таком большом количестве, чтобы вызвать окраску склер или быть обнаруженным в моче.

Наблюдаемый при желтухе кожный зуд, по мнению большинства авторов, зависит от задержки в тканях и в крови желчных кислот. Как показывает наблюдение, иногда зуд появляется раньше наступления желтухи, т. е. присутствие в крови желчных кислот проявляется раньше, чем окрасится склера и кожные покровы. Мне неоднократно пришлось наблюдать, что присутствие камней в желчном пузыре слегка увеличенной печени, с невыраженным, безлихорадочным холециститом, когда у больного нет и ни разу не было даже субиктеричности,—сопровождается упорным зудом и горьким вкусом во рту.

В связи с этим неудивительно, что наш горький вкус, легкое, преходящее с прекращением нервного состояния, явление, завися от поступления в кровь желчных кислот, не сопровождается даже легкой субиктеричностью. Описываемый мною желчный горький вкус есть слабое проявление угнетенного нервного состояния, а при резкой, бурной, потрясающей эмоции может развиться, помимо горького вкуса, субиктеричность и, редко полная эмотивная желтуха.

В вышеупомянутом, долго прослеженном мной случае, где была когда-то типичная эмотивная желтуха, всю жизнь, при малейших неприятных психических переживаниях, наблюдался описываемый мною симптомокомплекс горького вкуса и дурного запаха.

Можно найти много аналогий среди других вегетативных проявлений в функциях организма под влиянием мозговой коры. Например, известный парижский клиницист проф. Абрами недавно опубликовал тщательно, всесторонне и скрупулезно исследованные случаи, где здоровые люди развили в себе способность, путем произвольного умственного, волевого (отнюдь не мышечного) напряжения, поднимать свое артериальное давление, например, с 110/70 до 230/130 мм, а пульс с 60 до 130—160 в минуту. Кто не знает полиурии и поллякиурии под влиянием возбужденного ажитированного состояния, особенно при ожидании чего-либо волнующего. Венский проф. Бауэр, давно уже поднявший вопрос „о неврозах“ щитовидной железы, в своей статье о гипертиреозидизме („Пресс-медикаль“, № 11, 1935), указывает на доказанное усиленное выделение гормона этой железы под влиянием ее вегетативной системы и на быстрое развитие симптомов гипертиреоза под влиянием сильных эмоций.

Очевидно, и, кажется, не подлежит сомнению, что возбуждение с мозговой коры может идти по разным вегетативным путям и вызывать многообразные изменения в функции того или другого органа, той или другой систем, а следовательно и в функциях печени.

Я уже говорил о появлении одновременно с горьким вкусом отвратительного запаха из рта. Повидимому, отвратительный запах свойственен заболеваниям печени, особенно желтухой. Давно, около 40 лет назад, Да Коста указывал в своей дифференциальной диагностике на специфический отвратительный запах, наблюдающийся при желчных циррозах. Партюрье (стр. 174) называет этот запах дыхания и пота при желтухах—трупным. Маттес, в своем учебнике дифференциальной диагностики, говорит, что характерный противный запах желтушных больных позволяет ставить диагноз желтухи при плохом или искусственном освещении, когда мы не можем видеть окраски кожи и склер. Укажу здесь, что он отмечает неизвестную мне работу Пихлера „О запахе печеночных больных“. Нужно гипотетически предположить, что дурной запах и при появлении описанной мною горечи во рту зависит от каких-то особых химических летучих продуктов, образующихся почти моментально при вегетативном микронарушении функции печени. Напомню,—кто не знает ацетонового дыхания, по которому мы сразу узнаем иногда диабетика, кто не знает противного чесночного запаха из рта при подкожном лечении какодиловым препаратом мышьяка.

Обращу внимание на имеющий и практическое значение вопрос о дурном запахе из рта вообще. В прошлом году в „Пресс-медикаль“ появился ряд статей на эту тему. В одной из них помещено изложение работы известного знатока физиологии пищеварения, проф. Болдырева, напечатанной в журнале

экспериментальной медицины Тогоку в сентябре 1934 г. и посвященной вопросу о дурном запахе из рта. В той же статье „Пресс-медикаль“ помещено изложение работы Эггрена и Гринберга, напечатанной в журнале Медицинской ассоциации 15 июня 1935 г. Последние авторы путем экспериментальных исследований над животными и людьми пришли к возбуждающему невольное сомнение выводу, что запах из рта после употребления лука, чеснока и других пахучих веществ зависит только от того, что частицы их остаются во рту между зубами, в ворсинках языка, в складках слизистой глотки. Из работы Болдырева получается, что дурной запах из рта есть запах, выходящий из желудка. Цепь его аргументаций такова: и свежий сок поджелудочной железы имеет запах, похожий на обычный дурной запах из рта. Разлагающийся под влиянием микробов этот сок получает тот противный запах, который мы часто ощущаем в выдыхаемом больными воздухе. Панкреатический сок вместе с желчью у людей с пониженной кислотностью разлагается под влиянием микробов, забрасывается в желудок и дает противный запах из рта. Мне, как клиницисту, кажется, что вопрос о запахе из рта гораздо сложнее и что никак нельзя думать, что не существует запахов, исходящих из легких. Это относится и к тому запаху, который почти моментально получается у лиц, получивших описанную мною гепатогенную горечь во рту. Те же исследователи (Годель и Шехаль), которые делали опыты над скоростью кровообращения путем введения в вену дегидрохлората-натрия, вводили с той же целью в вену сернокислый эфир, и через 5—6 секунд и испытуемый и экспериментаторы ощущали резкий запах эфира в выдыхаемом воздухе. А упомянутый запах ацетона из рта диабетиков, а чесночный запах при подкожных впрыскиваниях какодилового натрия? А патологические запахи при некоторых болезнях (Яновский) и при той же тяжелой желтухе? А уринозный запах из рта при уремическом состоянии? А обычное присутствие метана в выдыхаемом воздухе?

Что касается патологических запахов вообще,—вопроса, поднятого у нас с клинической стороны покойным Яновским,—и, в частности, вопроса о запахе у печеночных больных, то это находится пока лишь в области эмпирических наблюдений. Конечно, выяснить химическую природу этих запахов—дело будущей тонкой клинической биохимии. В настоящее время мы об этой природе запахов знаем еще очень мало или, вернее, ничего не знаем. Если взять, например, явление из обыденной жизни,—отвратительный, у некоторых лиц, запах мочи после употребления в пищу спаржи с ее аспарагином, то мы ведь не знаем точно, какое химическое вещество дает в моче этот запах.

Научная пытливость врача, наблюдающего тот или другой патологический симптом, побуждает его углубляться в сущность, патогенез это симптома. Конечно, очень интересно было бы узнать, что происходит в печени, какие тонкие изменения совершаются в ее функциях у лиц, страдающих отмеченной мной эмотивной печеночной горечью. К сожалению, клиника не обладает простым наглядным способом для суждения о состоянии печени, какой нам дает даже обычное клиническое исследование мочи для суждения о состоянии почек. Это, помимо всего прочего, зависит и от крайней сложности функций печени.

Различными исследователями затрачено много времени и энергии на искание точных и доступных способов функционального исследования печени. Если взять, например, новую, упомянутую книгу проф. Фиссинже, то мы увидим, что автор и его сотрудники посвятили неустанному исканию этих способов почти два десятка лет. Познакомившись с этой книгой, видишь, что не найдено еще методов, приложимых у каждого больного и доступных каждому врачу, и, прибавлю, методов, необременительных для больного, если мы не желаем делать из него объект экспериментирования. Для обыкновенной лаборатории еще доступны старые, но признаваемые и новыми авторами методы

функционального исследования печени путем исследования мочи. Сюда относится определение присутствия в моче желчных кислот по методу Гея (с тонким порошком серы), определение уробилиногении с так называемым альдегидным реактивом Эрлиха и, наконец, определение углеводной функции с дачей 40—50 г химически чистой сахарозы или лактозы; насколько кропотливо все же это последнее исследование, показывает необходимость собирать порции выделяемой мочи каждые 2 часа в течение 12 и более часов. А, чтобы провести более подробное исследование по методу Фиссинже, нужно, например, брать у больного кровь из вены 2 раза в день и повторять это исследование несколько раз (подробности см. в его книге, стр. 157 и др.). Как для диагностических, так и для терапевтических целей необходимо бывает прибегать и к дуоденальному зонду.

В случаях заболеваний печени, доступных обычному врачебному обследованию (сифилис, рак, гепатиты, и др.), врач не будет прибегать к функциональной диагностике и прогностике. Пока что предложенные и предлагаемые новые сложные способы функционального исследования интересны не для повседневной дифференциальной диагностики, а для определения у всякого больного, без видимых осязательных изменений в печени, ее функциональной ценности. Эти исследования были бы интересны и для определения, так сказать, „конституции“ печени. Все новые исследования и работы, как, например, многочисленные работы того же Фиссинже, имеют пока, по моему мнению, академическое значение,—для изучения патофизиологии и биохимии печени,—шаг за шагом прокладывая путь будущего. С этой точки зрения, конечно, очень интересны, например, и производимые некоторыми предприимчивыми исследователями биопсии печени для познания тонких микроскопических изменений *in vivo*, так сказать—*in statu nascendi*, а не на трупе с посмертными изменениями. Вместо иссечения кусочков из живой печени, итальянский клиницист Пенде предложил недавно гарпунировать печень больного особой толстой иглой, которая извлекает достаточное количество ткани для изучения прижизненного ее состояния.

Заключение. Предлагаемый мною семиотический симптомокомплекс нервной горечи, дурного вкуса и запаха, должен, по моему предположению, служить показателем некоторой конституциональной, врожденной слабости печени, ее податливости на болезненное вегетативное влияние, а может быть и показателем ее слабых, незаметных, тонких изменений вследствие перенесенных инфекций и интоксикаций. Более сильными проявлениями эмотивного влияния вегетативной нервной системы на „слабую“ печень является эмотивная субиктеричность и эмотивная желтуха.

Я полагаю, что этот симптомокомплекс можно считать одним из показателей того, что французские врачи называют в широком смысле *insuffisance hépatique*. Если для скрытого состояния недостаточности почек, при отсутствии изменений со стороны мочи, Дьяляфуа считает, например, симптоматичным яв-

ление *doigt mort*,—периодическое онемение, побледнение, болезненное покалывание, парестезия, подергивание в кончиках пальцев,—что он назвал *petit Brightisme*, то я предлагаю описанный мною симптом назвать подходящим сюда французским термином *petit hépatisme*.

Позволю себе, в заключение, сделать, излишне может быть смелое, гипотетическое обобщение по поводу эмотивных вегетативных влияний на печень:

- 1) слабое эмотивное влияние вызывает указанный мною симптомокомплекс горького вкуса во рту;
- 2) сильное—эмотивную субиктеричность;
- 3) более сильное—эмотивную желтуху;
- 4) наконец, самое сильное—это ту острую желтую атрофию печени у совершенно здоровых молодых людей, которую наблюдал и Штрюпмель и для которой он не мог найти других этиологических и патогенетических моментов, кроме сильного душевного потрясения.

Из Николаевской кумысолечебницы Сталинградского Крайздрава (директор В. А. Иващенко).

Влияние кумыса на моторную функцию желудка.

Е. С. Харизоменова и В. А. Иващенко.

За последние три кумысолечебных сезона мы провели несколько сот желудочно-кишечных больных. В течение этого времени мы наблюдали за изменением секреторной функции желудка в связи с общим состоянием больных.

В сезоне 1935 года мы задались целью проверить моторную функцию желудочно-кишечного тракта, пользуясь рентгеном и клиническими наблюдениями. Методика наших наблюдений состояла в том, что больной по приезде тотчас обследовался клинически и лабораторно, а затем, до получения кумыса,—рентгеноскопически: он получал обычную порцию бариевой взвеси (50,0 *Barii sulfurici* на $\frac{1}{2}$ стакана воды), контрольная масса вводилась сперва малыми дозами для определения рельефа слизистой, а затем выпивалась вся контрастная масса, и обследованию подвергался весь желудок и *duodenum*. Через каждые 15—30 минут больной снова контролировался рентгеном вплоть до полной эвакуации желудка. За функцией кишечника рентгеноскопическое наблюдение велось через 24, 48 и 72 часа. Точно такой же цикл исследований производился через $3\frac{1}{2}$ —4 недели по окончании больным курса кумысолечения.

Всего обследовано таким методом около 100 желудочно-кишечных больных; из этого числа отобрано 46 историй болезни, удовлетворяющих всем требованиям лабораторного, клинического и рентгенологического контроля. Часть больных (20) имела кроме того тбк легких (затихшие формы и I A), иногда