

## К патогенезу и терапии дизентерии.

Из терапевтического отделения Казанского Клинического Института.

Р. А. Лурия.

### I.

Несмотря на то, что за последние годы число работ, посвященных этиологии и патогенезу дизентерии, чрезвычайно велико, в терапии этого заболевания тем не менее замечается удивительное отсутствие единства взглядов, отсутствие даже одного более или менее общепризнанного терапевтического плана. Благодаря такому неопределенному положению вопроса о лечении дизентерии, одни авторы (Jürgens, Albu и др.) относятся весьма скептически ко всякой активной терапии дизентерийного больного, сводя ее в общем и целом к постельному содержанию при соответствующей диете и считая возможным предоставить процесс собственным силам организма, другие, на основании немногих хорошо протекавших случаев, предлагают то или иное терапевтическое средство, значение которого, по справедливому указанию Jürgens'a, заключается часто не столько в его действительности, сколько в характере эпидемии.

Если оставить в стороне амёбную дизентерию, все еще рассматриваемую, как тропическое заболевание, почему мы ее в дальнейшем и не будем касаться, то в отношении остальных бациллярных форм дизентерии не прекращаются попытки найти специфическую, основанную на этиологическом принципе, терапию. Но если одни авторы (Schiga, Kruse, Wolff-Eisner, Ruppert, Schitenhelm, Kraus, а из русских Коренчевский, Барыкин, Розенталь, Канель, Непорожний, Виолин и др.) приводят блестящие результаты серотерапии при бациллярной дизентерии, то другие, и позднейшие, наблюдения не дают оснований при настоящем положении вопроса возлагать на серотерапию особенно больших надежд. Так, Jürgens говорит,

что „уже тот факт, что по заявлению некоторых авторов, самые мучительные симптомы дизентерии совершенно исчезают уже в первые сутки лечения, заставляет относиться с подозрением к сыворотке, обладающей яко-бы чудотворными силами, переходящими за пределы всякой физиологической возможности“, и приходит к заключению, что надо обождать дальнейших наблюдений, чтобы решить вопрос, насколько серотерапия здесь имеет вообще практическое значение. *U m b e r g* заявляет, что, несмотря на то, что в Германии изготавливается не меньше 13 противодизентерийных сывороток, весьма различных, как моновалентных, так и поливалентных, серотерапия играет весьма ограниченную роль в лечении дизентерии. *F r i e d e m a n n* указывает, что специфическая сыворотка не дает верных результатов, хотя ему приходилось применять как *S c h i g ' o v s k u j a*, так и поливалентную сыворотку в дозах 80 — 200 куб. см., как внутримышечно, так и внутривенно; по его наблюдению статистически нельзя доказать также, что сывороточное лечение влияет на продолжительность течения дизентерии. В крайне оживленных и интересных прениях, имевших место в Берлинском Обществе терапевтов 22 октября 1917 года по поводу докладов *U m b e r g ' a* и *F r i e d e m a n n ' a* о дизентерии, никто не высказался за применение исключительно сывороточного лечения, как единственно верного, специфического средства при дизентерии, и резюмируя прения, *K r a u s* заявил: „*Die Serumbehandlung, über die ich gute Erfahrungen habe, ist ausgeschlossen*“. В течении ряда лет мне приходилось применять при дизентерии сывороточное лечение, — правда, исключительно в тяжелых случаях и не в самом начале заболевания, — но резкого и решающего влияния сыворотки на течение болезни я обычно не видел.

Почти тоже можно сказать и о значительно менее известной вакцинотерапии дизентерии. Предложенная *F o r s t e r ' o m i*, *S t e p h a n ' o m* еще в 1907 году, вакцинотерапия применялась по преимуществу английскими авторами (*G i l l i t ' o m*, *N e w m a n n ' o m*, *S i v d a s ' o m*, а позднее *B e r t i l l o n ' o m*, *S c a l s k y* и *S t e r l y n g ' o m*, *M a r g o l i s ' o m* и др.), но, несмотря на благоприятные результаты применявших ее авторов, вакцинотерапия дизентерии права гражданства в клинике еще не получила и больше, чем серотерапия, требует дальнейших наблюдений и исследований.

Одну из основных причин неудачи серо—и вакцинотерапии бациллярной дизентерии надо, повидимому, искать в крайней полиморфности возбудителей эпидемии. Исследования последних лет ука-

зали, как известно, что, кроме палочки Schiga-Kruse, Flexner-Strong'a, His-Russell'a (бацилла Y), имеется еще значительное количество псевдодизентерийных бацилл, вызывающих клиническую картину, совершенно идентичную с дизентерией; Kruse насчитывает 10 различных видов псевдодизентерийных палочек. Наконец Kolle и Durendorff сообщили об эпидемии дизентерии в Галиции, где они не могли найти ни одного из известных возбудителей, ни амебных, ни бациллярных в испражнениях больных и считают, что причиной эпидемии был еще неизвестный *nam virus*. Самое исследование испражнений дизентерийных больных для установки бактериологического диагноза дает очень часто отрицательный результат при наличии весьма типичной клинической картины дизентерии. Так, в эпидемию 1917 года в Берлине Ueber из 102 больных дизентерией получил положительные результаты у 20, Friedemann и Steinbock из 335 — у 29, Klemperer и Dünner — из 152 у 5, His получил положительный результат в 3,5%, Galambos в 2%, Kolle и Dörenberg — только в 0,6%. Правда, применяя исследование слизи, полученной через ректоскоп, Friedemann получал значительно больший процент положительных результатов, но, принимая во внимание противопоказания для применения ректоскопа в начале дизентерии, этот метод вряд-ли получит практическое применение в клинике. Некоторые авторы, напр., Kurtzahn, полагают, что вообще специфичность возбудителя дизентерии должна считаться ограниченной вследствие крайнего непостоянства его бактериологических и серологических свойств а также вследствие новейших работ о мутации этих микроорганизмов.

Таким образом с одной стороны бактериологический диагноз возбудителя бациллярной дизентерии наталкивается каждый раз на ряд весьма серьезных затруднений, а с другой — самые различные микроорганизмы могут дать одну и ту же картину дизентерии. Вот почему в настоящее время приходится под именем дизентерии понимать инфекционное заболевание, обобщенное не *этиологическим* моментом, а *определенной типичной клинической картиной*, и в этом, очевидно, кроется основная причина неудач специфической терапии дизентерии, — и серо — и вакцинотерапии, как лечения, основанного на чисто-этиологическом принципе. С этой точки зрения, которую разделяют теперь многие авторы (Ueber, Albu, Kurtzahn и мн. др.), для терапии бациллярной дизентерии совершенно безразлично, имеются-ли дизентерийные или псевдодизентерийные

заболевания, и лучше всего даже вовсе отказаться от выделения в особую группу псевдодизентерийных заболеваний, а важно выработать определенный лечебный план при клинической картине болезни, имеющей основные типичные черты дизентерии—частые слизисто-кровянистые испражнения, характерные тенезмы и коликообразные боли в животе.

Если в настоящее время нельзя найти исходного пункта для лечения дизентерии, построенного на этиологическом принципе, то это все же не дает еще оснований предоставить заболевший организм самому себе и не искать новых путей для *рациональной терапии*. Одной из таких попыток надо считать назначение больному внутрь веществ, связывающих или всасывающих выделяемые бактериями дизентерии токсины. Сюда относятся предложенное Stumpfom лечение большими дозами bolus albus, а также назначение внутрь carbo animalis. В отношении bolus albus, которую, как известно, рекомендуется назначать в дозах до 300 гр., имеется ряд наблюдений, что средство это плохо переносится больными, вызывая тошноту и рвоту (Albu, Klemperer, Kuttner, Mathes, Wiese), а Bungart описал случай весьма тяжелого осложнения после приема bolus albus при дизентерии, когда вслед за некоторым улучшением появилась непроходимость кишечника и перфоративный перитонит, который, несмотря на немедленно произведенную лапаротомию, привел к летальному исходу. Не лишено интереса, что на месте образовавшейся непроходимости в начале colon descendens обнаружен был комок, состоявший из bolus albus, кишечного содержимого, слизи и крови, весом в 720 гр., тогда как прием bolus равнялся только 300 гр. Обстоятельство это, на наш взгляд, указывает, что, если даже bolus albus ее всасывает токсины, то она вместе с тем чрезвычайно способствует запору, что далеко небезразлично, как мы увидим ниже, для терапии дизентерии в первые дни болезни. Что касается применения carbo animalis, то прямых противопоказаний для него не имеется, но нет также, насколько нам известно, указаний, чтобы применение его давало существенные результаты и разрешило вопрос о рациональной терапии дизентерийных заболеваний. Не отвергая принципиально влияния bolus albus, carbo animalis и других аналогично-действующих средств на всасывание токсинов при лечении дизентерии и не имея личного опыта в отношении их, мы полагаем, однако что в начале процесса,— а именно в это время, как мы увидим, и необходима активная и планомерная терапия,— от применения этих средств вряд-ли можно

ожидать существенной пользы, а если они, что весьма вероятно, вызывают запор, то в этом обстоятельстве мы видим прямое противопоказание для назначения их в первые дни болезни.

Клиническая картина болезни, объединяемой в общем понятии дизентерии, складывается, как мы видели, из трех главных симптомов со стороны кишечника: частых испражнений, тенезмов и коликообразных болей. Наличие частых, большею частью кровавистых испражнений и дало основание называть данное заболевание кровавым поносом. Исходя из этого понимания дизентерии, уже давно установлена симптоматическая терапия ее, приближающаяся к лечению других острых, сопровождающихся поносом, кишечных заболеваний и состоящая в назначении сначала слабительных (касторовое масло, каломель, сернокислые соли), а затем закрепляющих и вяжущих средств (опий, висмут, препараты таннина); если к этому прибавить рекомендуемые издавна дезинфицирующие, то этим исчерпывается лечение бациллярной дизентерии внутренними средствами. Не видя в такой терапии сколько-нибудь надежных результатов, авторы, исходя из патолого-анатомических данных о дизентерии, как заболевании нижней части кишечника, предложили и местное лечение ее в виде лекарственных клизм. Назначаются крахмальные клизмы, ледяные (Образцов), клизмы из подоформа, хинина, раствора салицилового натрия в ледяной воде (Eichhorst), раствора марганцево-кислого калия, метиленовой синьки (Bertier), креолина, Santan'евские энтероκлизмы из таннина, клизмы из *suprum sulfuricum*, нитрола и, наконец в новейшее время, вдвигания в кишечник  $\text{CO}_2$  и кислорода (Ad. Schmidt).

Это перечисление далеко не исчерпывает всех предложенных для лечения дизентерии средств, число которых, как правильно отметил Ad. Schmidt, исчисляется десятками. Однако, как это и всегда бывает при полипрагмазии, ни один из лекарственных способов лечения дизентерии не нашел общего признания, и мнения авторов о значении того или иного средства диаметрально противоположны. Так, Jürgens, говоря о лекарственных клизмах, считает, что „местное лечение почти уже не применяется, и кто ожидает успеха от лекарственных веществ в первой стадии дизентерии, тот должен прибегнуть к назначению их внутрь“. Albu, считая необходимым постельное содержание и диететическое лечение, говорит, что лекарственная терапия отходит совершенно на задний план, и что без большого вреда можно обойтись совсем без нее. Umber в заключительном слове после подробного обсуждения

своего доклада о дизентерии в упомянутом заседании Берлинского Общества терапевтов и педиаторов заявляет, что, кроме касторового масла, надо по возможности избегать лекарств. Таким образом шаблонная терапия дизентерии как остро кишечного заболевания, повидимому, не удовлетворяет клиницистов и заставляет их скептически отнестись к самой возможности активной терапии при этой болезни.

## II.

Основной причиной столь ничтожных результатов при таком большом арсенале лекарственных средств, предложенных как для внутреннего, так и для местного лечения, является, на наш взгляд, неправильное представление о дизентерии, как о заболевании, требующем такой же терапии, как и остальные остро-протекающие поносы. Если внимательно анализировать клиническую картину дизентерии, то легко придти к заключению, что в начале заболевания здесь дело отнюдь не идет о поносе. Начнем с характера испражнений. При дизентерии испражнения, как известно, с самого начала теряют характер кала; мы имеем перед собой слизисто-кровянистые выделения с ничтожным запахом и в типичных случаях не содержащие ни сформированного, ни жидкого кала, и чем тяжелее протекает случай, тем скорее в первые дни и даже часы болезни испражнения принимают этот характерный вид, становясь все более и более кровянистыми. Такой вид выделений говорит, очевидно, о том, что дело здесь идет не об истинных испражнениях, а именно о *выделении* воспалительных продуктов из самых нижних частей кишечника. При ощупывании живота мы всегда и с самого начала болезни находим в flexura sigmoidea, а иногда и выше, в colon descendens, значительное количество каловых масс, заключенных в спастически сокращенной кишечной стенке. Таким образом при дизентерии в этот период болезни мы имеем *не понос*, а ложный понос, вызванный выделениями продуктов воспалительного процесса из нижней части кишечника и сопровождаемый на самом деле значительным *запором*. Соответственно этому у больного появляются и тепезмы, как результат раздражения recti воспалительными отделениями, и коликообразные боли, как результат бесплодных сокращений colonis вследствие застоя кала в нижней части кишечника.

Этот взгляд на дизентерию не как на кровавый понос, а как на *кровавый запор*, положенный в основу применяемого мною уже 12 лет метода лечения дизентерии, не только получил за военные

годы, поскольку я могу судить по доступной мне литературе, подтверждение с различных сторон, но некоторые авторы предлагают также новое теоретическое обоснование такого патогнеза дизентерии. Так, L. Borchardt возражает против взгляда на дизентерию, как на понос, считая основным симптомом ее спастический запор и называя дизентерию Colitis spastica acutissima. Usener считает сущностью дизентерии функциональное заболевание вследствие токсического раздражения сакрального отрезка п. vagi, результатом чего является спазм нижней части кишечника. Reser полагает, что, главным образом, здесь раздражается симпатическая первичная система.

Что нижний отрезок кишечника особенно предрасположен к спастическим явлениям, — мы давно знаем из клинических наблюдений над проктоспазмом, являющимся частым спутником не только заболеваний anus'a (fissura ani и геморрой), но и воспалительных процессов в близ лежащих органах: мочевом пузыре, предстательной железе, и особенно женской половой сфере, — спазмом, являющимся причиной весьма мучительных ложных позывов и тенезмов, осложняющих эти заболевания. Walke, Matieu, Albu, R. Schütz и др. авторы указывают на особенную склонность к спастическим явлениям дистальных отделов кишечника; большая склонность к спазму со стороны flexurae sigmoideae уже давно описана Rosenheim'ом, Strauss'ом и другими авторами, разработавшими ректо-маноскопию, и очень хорошо известна всем, занимающимся этим методом исследования кишечника. К этому же взгляду о большой склонности к спазму flexurae sigmoideae на основании рентгенологических исследований примыкают Holz knecht и Singer, Schwarz, Case и другие.

Итак на дизентерию надо смотреть, как на воспалительный процесс, развивающийся в самом нижнем отрезке кишечника и вызывающий с самого начала спазм flexurae sigmoideae, результатом чего является спастический запор. Такого рода представление о дизентерии получит еще большее обоснование, если подтвердится работа Венеске, доказывающая, что самая инфекция попадает часто через anus и rectum и уже оттуда распространяется вверх. Таким образом, как анализ самой клинической картины, так и некоторые теоретические предпосылки дают, как нам кажется, достаточные основания видеть в дизентерии в начале заболевания не понос, а запор, притом запор, имеющий причиной спастическое сокращение кишечника, вероятно, в области flexurae sigmoideae.

Таким представлением о дизентерии и определяется радио-

нальная терапия ее, сводящаяся главным образом к разрешению спазма кишечника по возможности в первые дни заболевания.

Из доступной мне литературы военного времени очевидно, что терапия дизентерии, имеющая в виду разрешение спазма кишечника, нашла в Германии широкое распространение в виде предложенного Usener'ом лечения атропином. Scholz, применявший атропин по  $\frac{1}{2}$  mgr. подкожно вместе с 0,01 морфия, подтверждает, что лечение атропином дает чрезвычайно хорошие результаты в виде уменьшения тенезмов, исчезновения коликообразных болей в животе, исчезновения крови и появления нормальных испражнений; испытав это лечение на 29 случаях дизентерии, Scholz говорит, что такого быстрого улучшения он никогда не видел при других методах лечения дизентерии. Считая согласно фармакологическим представлениям о действии атропина „n. vagus für einen Angriffspunkt des Atropins“, он полагает, что эти результаты лечения атропином подтверждают взгляд Usener'a на патогенез дизентерии, как на токсическое, функциональное расстройство n. vagi. Это мнение разделяет и Kurtzahn, указывающий, что влиянием атропина на раздражение n. vagi удается оказать поразительное и крайне благотворное действие на общую чрезвычайно бурную клиническую картину дизентерии. Umber в упомянутом выше докладе горячо рекомендует подкожное впрыскивание атропина по 1 mgr. 3—4 раза в течение 24 часов. Munk, G. Klemperer, Kuttner, Schwarze также весьма благоприятно отзываются о действии атропина при дизентерии, а Langstein охотно назначает его даже детям до 1 mgr. pro die.

Таким образом теоретические предпосылки о значении спазма в происхождении клинической картины дизентерии нашли себе в новейшее время блестящее подтверждение в результатах применения при дизентерии противоспастического средства — атропина. Не лишено интереса, что с совершенно другой стороны подошел к решению того же вопроса о лечении дизентерии, как запора, Zuelzer, применивший в 40 случаях дизентерии предложенный им органотерапевтический препарат для лечения запоров Neohormonal по 20 куб. см. внутривенно и объясняющий его действие также разрешением кишечного спазма и восстановлением нормальной перистальтики кишек.

У меня совершенно не имеется личного опыта в отношении применения атропина и гормонала для лечения дизентерии, но я уже 12 лет пользуюсь, исходя из взгляда на дизентерию, как на спа-

спастический запор, выработанным мною чрезвычайно простым методом терапии этого заболевания.

Для разрешения спастических явлений со стороны flexurae sigmoideae, обуславливающих значительную часть тяжелых приступов дизентерии я остановился на *прованском масле*. Chauffard и Duprè впервые предложили давать внутрь большие дозы прованского масла при желчно-каменной болезни, причем, кроме желчегонного действия, масло это влияет также антиспазматически на желчные протоки. Fleiner, как известно, предложил лечение хронических форм спастического запора большими клизмами из прованского масла. Впоследствии целый ряд авторов, в особенности Berger и Ebstein, подтвердили весьма благоприятное влияние масла на спазм кишок и вызываемый им запор. Lipowsky предложил лечить это заболевание минеральным маслом, — парафином. Rosenheim видел благоприятное влияние прованского масла на спастические явления при сужении пищевода на почве рака его, причем устранение этого спазма приносило значительное облегчение больным. Paul Conheim уже в 1900 г. опубликовал весьма обстоятельную работу о влиянии больших доз оливкового масла на последствия язвы и трещин привратника, на pylorospasmus и kardialgiю и впоследствии предложил свой метод лечения спастических и органических заболеваний привратника назначением внутрь *ol. olivatum*.

Проверив в ряде случаев крайне благоприятное влияние прованского масла на спастические явления различных отделов желудочно-кишечного канала и имея в виду вышеизложенный взгляд на дизентерию, как на острый спастический запор, я решил применить и при дизентерии лечение прованским маслом. При этом, имея в виду подействовать маслом, как противоспазматическим средством, по возможности непосредственно на сокращенный отдел кишечника, я решил комбинировать его с другим, также могучим противоспазматическим средством, — с теплом, и таким образом пришел к мысли о лечении дизентерии *горячими масляными клизмами*. Практически метод этот применяется следующим образом: больной возможно раньше, желательно в первые же часы заболевания, получает клизму из 250 — 300 грамм прованского масла в 34—35° R., вводимого лучше всего баллоном с мягким наконечником (катетр р) под небольшим давлением. Что прежде всего бросается в глаза, — это то, что клизма удерживается больным, против всякого ожидания, довольно долго. Мне известен ряд случаев, где больные, имевшие

больше 100 позывов на низ в сутки, удерживали клизму из масла в течение 3—5 часов. Если через некоторое время появляется позыв на низ, то либо вместе со слизисто кровянистыми выделениями выходит и твердая каловая пробка, либо выделяется только небольшая часть введенного масла, остальное же масло уже через значительный промежуток времени выделяется обычно уже вместе с испражнениями. В значительном числе случаев для получения испражнений достаточно бывает одной масляной клизмы; однако, в ряде случаев через двенадцать часов приходилось повторно назначать масляную клизму, обычно меньшего объема (в 150—200 гр.), и только редко клизма применялась в третий раз. Влияние клизмы сказывается прежде всего на характере испражнений, которые быстро получают фекальную консистенцию и запах, причем примесь крови скоро исчезает; через 2—3 дня значительно уменьшается и количество слизи, а в хорошо протекающих случаях уже на 5—6 день получается нормальный стул.

Едва ли не большее влияние, чем на характер испражнений, масло оказывает на самый мучительный симптом болезни — на тенезмы и ложные позывы на низ. Нередко тотчас после первой клизмы симптом этот значительно улучшается и исчезает с появлением сформированного кала, — большей частью в течение первых суток от начала лечения маслом. Этим именно крайне благоприятным влиянием масляной клизмы на тенезмы и объясняется, почему эта клизма так легко удерживается больными, уже по опыту знающими, каким мучением для них было бесцельно применявшееся раньше лечение другими лекарственными клизмами, немедленно по введении извергавшимися назад. Почти одновременно с тенезмами, а иногда несколько позднее, исчезают и болюобразные боли в животе, и вместе с тем значительно улучшаются общее состояние и самочувствие больного. Объективно удается установить быстрое уменьшение болезненности при ощупывании левой подвздошной области, а также исчезновение спастически-сокращенного вала *flexurae sigmoideae* и толстого калового цилиндра, прощупывающегося здесь. Обычно выздоровление идет в случаях средней тяжести гладко, и лишь изредка требуется при намечающемся рецидиве (появление крови и слизи в испражнениях) повторное применение масляной клизмы через несколько дней.

В течение 12 лет мне пришлось наблюдать вышеизложенное лечение дизентерии и дизентериеподобных заболеваний в большом ряде случаев, как в заведомой мной клинике, так и в домашней

обстановке. Считаю излишним приводить истории болезни этих больных, т. к. стереотипность их мало отличает один случай от другого. Лечение пришлось проводить как в свежих случаях, где больной не подвергался до этого никакому другому лечению, так и в случаях, где уже несколько времени (иногда две—три недели), применялось безрезультатно лечение различными внутренними средствами и местная терапия лекарственными клизмами. Лечение масляными клизмами приходилось назначать как взрослым, так и детям, как в легких, так и в крайне тяжелых случаях. В общем и целом удавалось неизменно получать при этом лечении более благоприятный результат, чем при всякой другой терапии, и только в очень тяжелых случаях больные погибали после временного улучшения со стороны кишечника. Однако, во всех случаях, на что я должен обратить особенное внимание,—лечение масляными клизмами дает тем больше шансов на выздоровление, чем раньше оно начато. Я склонен объяснить себе этот факт тем обстоятельством, что спазм нижней части кишечника не только обуславливает тяжелые симптомы клинической картины дизентерии, но и сам по себе, вследствие застоя кала, ухудшает питание кишечной стенки и вызывает здесь пышный рост патогенной кишечной флоры, и таким образом, чем дольше продолжается спазм, resp. первичный запор при дизентерии, тем больше шансов присоединения вторичной инфекции, значительно ухудшающей патолого-анатомический процесс в кишечнике и вместе с ним клиническую картину и предсказание. Вот почему я настоятельно рекомендую применять лечение масляными клизмами возможно раньше и не оставлять его до тех пор, пока не будет разрешена основная задача терапии, и прекратится спазм нижней части кишечника, т. е. не появится сформированный с фекальным запахом кал; вот почему при первом же намеке на возобновление спазма необходимо применить вновь этот простой и безусловно безвредный метод лечения. Считаю нужным упомянуть, что лечение прованским маслом проводилось мною в довоенное время и в первые годы войны; затем, вследствие дороговизны, а потом и полного отсутствия прованского масла, я стал применять сначала сезамовое масло, а затем другие различные растительные масла: подсолнечное, льняное; однако, при назначении этих сортов масла, необходимо убедиться в их доброкачественности и в отсутствии фальсификации, так как встречающиеся при этом примеси легко могут вызвать раздражение весьма чувствительной кишечной стенки и свести на нет самое противовоспалительное действие масла.

В большинстве случаев при применении горячих масляных клизм с первых же дней заболевания больной может оставаться без других лекарств; само собой разумеется, что он должен соблюдать соответственную диету, рассчитанную на то, чтоб не вызвать спастических явлений раздражения кишечника пищей и не обострять воспалительного или язвенного процесса. Больной должен, затем, оставаться все время в постели, даже в самых легких случаях дизентерии. Весьма полезным я считаю и применение горячих припарок на живот, как средства, действующего противоспазматически.

Таким образом предлагаемый нами метод лечения горячими масляными клизмами исходит из представления о дизентерии, как об остром запоре, вызванном спастическим сокращением нижнего отдела кишечника, и является по существу *противоспазмическим*, а следовательно, *рациональным* методом лечения дизентерии.

Если мы взглянем с новой патогенетической точки зрения на применяемое издавна симптоматическое лечение дизентерии, то назначение слабительных с первого дня болезни надо считать необходимым; однако, из слабительных следует отдать предпочтение, как это и делает большинство авторов, касторовому маслу, которое следует давать, по совету K g a u s'a, в больших дозах — до 100,0 на прием, что чрезвычайно целесообразно, так как такие большие дозы действуют также противоспазмически и могут быть отлично комбинированы с предлагаемым нами лечением горячими масляными клизмами. Совершенно другого взгляда приходится держаться в отношении каломеля, которому некоторые клиницисты приписывают особое значение при лечении дизентерии и выдвигают на первый план (Albu, Scheu-be, Kartulis, Plehn, Iochmann и др.). Я охотно присоединяюсь к взгляду Ziemann'a и Usener'a, предостерегающих от применения каломеля при дизентерии; конечно, в легких случаях результат будет одинаков, но в средних и тяжелых, где спазм кишечника выражен более резко, каломель надолго задерживается, и не только не наступает желательных испражнений, но легко присоединяется ртутное отравление с тяжелым стоматитом и язвенным колитом. — случаи, которые мне приходилось видеть неоднократно, почему от назначения каломеля при дизентерии я и воздерживаюсь. Помимо назначения ol. ricini в первые дни болезни назначение других лекарственных средств внутрь представляется излишним, если нет на это особых показаний.

В отношении местного лечения клизмами считаю, что именно громадное количество предложенных авторами лекарственных клизм показывает, насколько мало они влияют на воспалительный процесс в кишечнике при дизентерии. Все лекарственные клизмы полезны лишь постольку, поскольку они приносят с собою тепло, но безусловно противопоказаны, поскольку так или иначе раздражают слизистую оболочку *ampullae recti*, увеличивая этим спазм, лежащий в основании дизентерии. Вот почему большинство этих лекарственных клизм трудно переносятся больными, увеличивают их мучения, совершенно беспцельны, а иногда и прямо вредны в первые дни болезни. Предлагаемый нами метод лечения горячими масляными клизмами, само собою разумеется, ничего общего не имеет с идеей лекарственных клизм, так как мы отнюдь не имеем в виду лечить большую слизистую оболочку, а тем более оказывать влияние на *virus* дизентерии, а вводим масло исключительно как антиспазматическое средство, предоставляя после разрешения спазма процессу идти естественным и чаще всего благоприятным путем. Во второй период болезни, когда спазм *flexurae* исчез, и появляются частые испражнения из крови и слизи, иногда с резкими явлениями гниения. словом, когда пред нами имеется дизентерия, сопровождаемая колитом, иногда язвенным, лекарственные клизмы вновь находят себе место в виде высоких теплых клизм с висмутом или танином, но лучше всего — в виде высоких горячих клизм из изотонического раствора поваренной соли. В этот период болезни весьма полезно назначение внутрь разведенной соляной кислоты, дающей хорошие результаты и получившей теперь теоретическое обоснование в исследованиях *Kuttner'a*, видевшего при дизентерии в 25% случаев длительную, а в 75% скоропреходящую *sub-и anaciditas* желудочного сока. *Brünpauer* также видел чрезвычайно упорное состояние *an-и subaciditatis* после дизентерии. Эти данные совпадают с наблюдениями *Umbert'a*, *Porges'a*, *Arnold'a*, *Cohn'a*, *Schröder'a* и др. и заставляют отнести более внимательно к лечению выздоравливающих от дизентерии во избежание появления гастрогенных диаррей, крайне ослабляющих и без того истощенного больного.

Благоприятные результаты, получаемые при лечении дизентерии горячими масляными клизмами, имеющими в своем основании противоспазматическое влияние на *flexura sigmoidea* и устраняющими запор, составляющий главный патогенетический момент этой болезни, на наш взгляд подтверждают наше понимание дизентерии, равно

как благоприятное влияние на течение ее атропина, причем принципиальной разницы между этими обоими рациональными методами лечения не имеется; в подходящих случаях желательно применять комбинированное и, может быть, одновременное лечение горячими масляными клизмами, атропином и большими дозами касторового масла. Само собой разумеется, что такому комбинированному методу лечения подлежат особенно тяжелые с самого начала случаи дизентерии, и для определения ценности его требуется ряд новых клинических наблюдений.

Наши выводы сводятся к нижеследующим положениям:

1) Бациллярную дизентерию надо понимать в настоящее время, как инфекционное заболевание, определяемое *не этиологическим* моментом, а *типической клинической картиной*, объединяющей в одной группе случаи истинной дизентерии и так называемых ложнодизентерийных заболеваний.

2) Специфическое лечение бациллярной дизентерии сыворотками и вакциной затрудняется полиморфностью возбудителя в различных случаях и эпидемиях ее; во всяком случае оно должно применяться возможно раньше и не представляет собою надежного средства, почему здесь требуется применение других терапевтических методов.

3) Сущностью дизентерии является *не кровавый понос, а спастический запор*, происходящий вследствие спазма нижнего отрезка кишечника под влиянием раздражения его *virus*ом дизентерии.

4) Рациональное лечение дизентерии должно иметь в виду прежде всего устранение спазма *flexurae sigmoideae* и зависящего от него запора и начинаться по возможности раньше, лучше всего с первого же дня заболевания.

5) Методическое применение *горячих масляных клизм* оказывает весьма благоприятное влияние на течение и исход дизентерии.

6) Наряду с клизмами из горячего масла для рационального лечения дизентерии, кроме соответствующей диеты и постельного содержания, можно назначать большие дозы касторового масла внутрь и впрыскивания атропина под кожу.

7) Всякое терапевтическое вмешательство, усиливающее запор, и особенно местное лечение, производящее раздражение слизистой оболочки нижнего отрезка кишечника, в первый период дизентерии надо считать противопоказанным.

---

## Л и т е р а т у р а.

- 1) Fr. Kraus und Th. Brugsch. Specielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten B. I. Jürgens. Die Ruhr. 2) Ad Schmidt. Die Klinik der Darmkrankheiten. 3) A. Albu. Deutsche med. Wochen., 1917, № 43. 4) Kraus Sitz. d. Verein für Medicin und Kinderheilkunde in Berl. 22. X. 1917. Deuts. med. Woch., 1917, № 49 и № 50. 5) U m b e r. Krankheitsbild und Behandlung der Ruhr im Heimatsgebiet. Deuts. med. Woch., 1917, № 49. 6) Friedemann. Deuts. med. Woch., 1917, № 49. 7) Stephen. Indian Medical Gazette. 1907. 8) G. Bertillon. Annales d'Institut. Pasteur. 1916 № 3. 9) Ruppert. Gazeta lekarka. 1916. 24. 10) Skalski und Sterling. Deut. med. Woch., 1917, № 23. 11) Margolis. Deuts. med. Woch., 1917, № 25. 12) Kolle und Dorendorff. Deuts. med. Woch., 1916, № 19. 13) Kurtzahn. Ueber die Bewertung des Ruhrbegriffs nebst Beiträgen zur Therapie der Ruhr. Königsb. 1917. 14) Stumpf. Münchener med. Wochen., 1914, № 40. 15) Bungart. Deutsch. medic. Woch., 1917, № 43. 16) L. Borchardt. Deutsch. medic. Woch., 1916, № 46. 17) Usener. Berlin. klinis. Woch., 1916, 18) Peiser. Deutsch. med. Woch., 1915. 19) Walko. Die spastische Erkrankungen d. Verdauungskanales. 1914. 20) M a t i e u. Цитир. по Walko. 21) Rosenheim. Die Erkrankungen d. Flexura sigmoidea. 22) Strauss. Münch. med. Woch., 1912. 23) Holzknecht и Singer. Münch. med. Woch., 1911. 24) Schwarz. München. med. Woch. 1911. 25) Case. Amer. Associa. of Roentgen. K. 1911. 26) Scholz. Deuts. medic. Wochen., 1917, № 12. 27) Munk, Kolmperer, Kuttner, Langstein. Дискуссия в Берлинском Об-ве терапевт. и педиатров. Deuts. medic. Woch., 1917, № 49. 28) Schwarze. Deuts. med. Woch., 1917, № 31. 29) Zuelzer. Deuts. med. Woch., 1917, № 1. 30) Choffard et Dupré. Gazette hebdomad. 1888, № 43. 31) Fleiner. Berlin klin. Woch., 1898, № 3—4. 32) Berger. Deutsch. med. Woch., 1895, № 30. 33) Ebstein. Die chronische Stuhlverstopfung. 1901. Stud. 34) Lipowski. Münch. med. Woch., 1910. 35) Rosenheim. Therapie d. Gegenwart. 1899. 36) Krönig. Therapie d. Gegenwart, 1899. 37) P. Cohnheim Ther. d. Gegenw., 1902. 38) P. Cohnheim Zeitsch. für klinisch Medic., 52, H. 1—2. 39) Benecke. Münch. med. Woch., 1917, № 39. 40) Brünauer. Wien. med. Woch., 1917, № 6 и 7. 41) Schröder. Deuts. med. Woch., 1917, № 37. 42) Барыкин. Русс. Врач, 1905, № 30, 38 и 39. 43) Розенгаль. Этиология и серотерапия дизентерии, Москва. 1904. 44) Виолин. Военно-мед. Журн., 1905. 45) Канель. Мед. Обозрение, 1904. 46) Непорожний. Военно-медицинск. Журн., 1904. 47) Шерешевский. Клинические наблюдения над ваготонией. Москва. 1914. 48) A. Albu. Deuts. med. Woch., 1912, № 22. 49) R. Schütz. Ber. Kulin. Woch., 1913, № 37. 50) В. Образцов. К физическому исследованию желудочно-кишечн. канала. Киев, 1915 г.