

Профессор Григорий Антонович Захарьин.

Неизвестные клинические лекции

Под редакцией В.В. Фомина, А.С. Панферова

Аннотация

Григорий Антонович Захарьин является основателем знаменитой московской терапевтической школы. Он отличался особой манерой чтения лекций, в которых разбирал клинические случаи и наглядно показывал пример общения с пациентом. Ученики Г.А. Захарьина отмечали чрезвычайную ценность и информативность таких занятий. Впервые публикуются лекции, составленные из недавно обнаруженных рукописей.

Ключевые слова: лекции, терапия, история медицины, Г.А. Захарьин

Для цитирования: Профессор Григорий Антонович Захарьин. Неизвестные клинические лекции. Под ред. В.В. Фомина, А.С. Панферова. Consilium Medicum. 2021; 23 (10): 690–735. DOI: 10.26442/20751753.2021.10.200910

HISTORY OF MEDICINE

Professor Grigory Antonovich Zakhar'in.

Unknown clinical lecture notes

Edited by V.V. Fomin, A.S. Panferov

Abstract

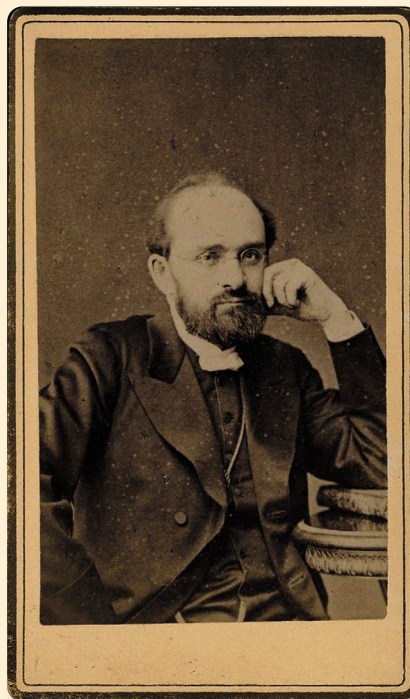
Grigory Antonovich Zakhar'in is the founder of the famous Moscow therapeutic school. He had a special way of lecturing, in which he analyzed clinical cases and demonstrated an example of communication with a patient. The disciples of G.A. Zakhar'in mentioned the extraordinary value and informativeness of such classes. Lectures compiled from recently discovered manuscripts are published for the first time.

Key words: lectures, therapy, history of medicine, G.A. Zakhar'in

For citation: Professor Grigory Antonovich Zakhar'in. Unknown clinical lecture notes. Ed. V.V. Fomin, A.S. Panferov. Consilium Medicum. 2021; 23 (10): 690–735. DOI: 10.26442/20751753.2021.10.200910

Предисловие

Клинические лекции Г.А. Захарьина производили на современников неизгладимое впечатление. «Велись эти лекции очень обдуманно и обстоятельно, – вспоминал один из их слушателей. – После общих вступительных замечаний вводился больной. Поздоровавшись с ним, профессор ободрял его, обменявшись с ним несколькими фразами, и поручал ассистенту прочесть историю болезни. <...> Во время изложения истории профессор задавал дополнительные вопросы и требовал всегда точного, определенного ответа: да, нет; на вопрос, сделано ли такое или иное исследование, надо было точно и уверенно сообщить, что получилось, или прямо сказать, не знаю, не помню. <...> Затем следовал довольно продолжительный вопрос больного о разных его ощущениях и симптомах его болезни. Вопросы часто угадывали ответ, и больной отвечал, да, это так именно и было, как вы говорите. Обращение с больным было очень предупредительное и по возможности ласковое. <...> Данные объективного исследования точно и во всех подробностях описывались ассистентом. Они тут же проверялись выстукиванием и стетоскопом; но делалось это очень быстро и уверенно, чтобы не утомлять больного и не докучать ему. В затруднительных случаях, конечно, все это проделывалось



Григорий Антонович Захарьин
(1830–1897)

кроме того заранее и самым тщательным образом самими профессором. На лекции исследование повторялось главным образом, чтобы показать, как надо обращаться с больным. Это был урок хороших манер при этом обращении. Когда таким образом данных было собрано достаточно, начиналось

их обсуждение и выяснялось значение каждого добытого факта для диагностики и лечения. Такое обсуждение одного только случая нередко занимало не одну лекцию. В результате получалась не только полная картина болезни, ее возникновения и проявления у данного больного, но и полное знакомство с ним самим, особенностями его организма и условиями и образом его жизни. Впечатление от этого оставалось на всю жизнь. Удивительным казалось также, что можно так долго останавливаться на одном больном, с каким-нибудь катаром желудка и в течение недели присутствовать при изучении его болезни, с напряжением и вниманием слушать обсуждение ее симптомов и значение ее проявлений. Между тем аудитория всегда следила за всем этим с захватывающим интересом. Достигалось это отчасти простотой его речи, но главным образом ее подавляющей логичностью. Говорил он отрывочно, как бы отрубая фразы или слова. Повторял отдельные подробности, как бы задуываясь на них, чтобы лучше понять и представить себе их значение или чтобы они лучше врезались в память, как он это объяснял сам. В построении его речи чувствовалось преобладающее влияние логики; факты и объяснения нанизывались, образуя целую цепь отдельных силлогизмов и их посылок»¹.

¹Владимир Федорович Снегирев [Текст] (некролог) / [А. Губарев]. М.: Печ. А.И. Снегиревой, 1917; с. 36–37.

Рис. 1. Обложка рукописи клинических лекций из библиотеки директоров Факультетской терапевтической клиники.

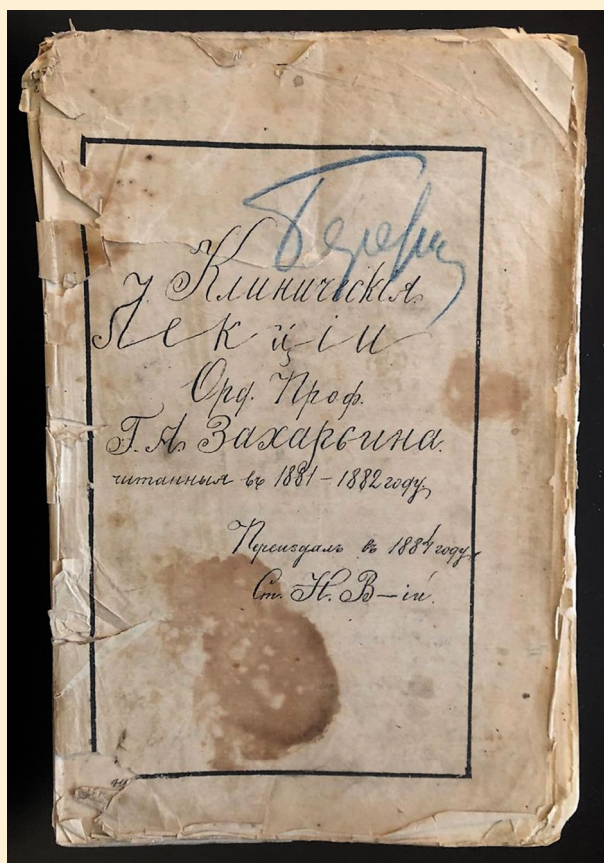


Рис. 2. Изображение Г.А. Захарьина из рукописи Ф. Дементьева.

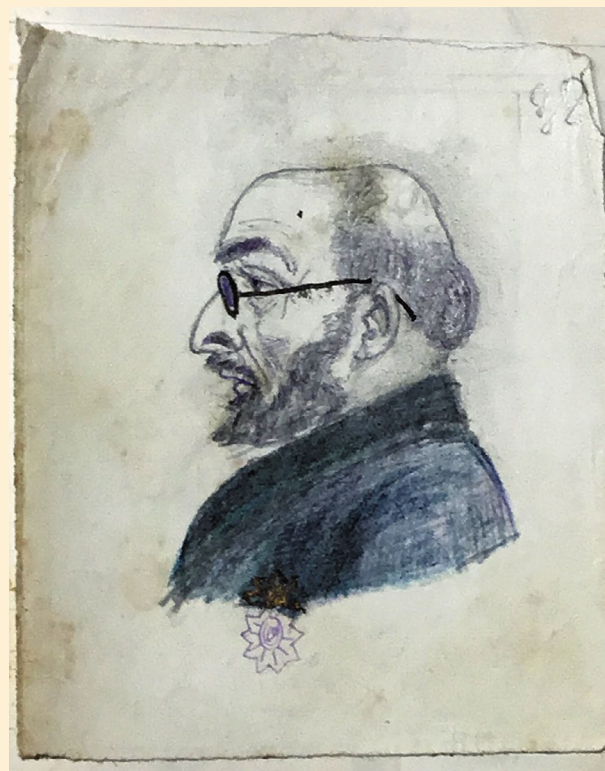


Рис. 3. Карикатура на Г.А. Захарьина из рукописи Ф. Дементьева.



Г.А. Захарьин долго не публиковал свои лекции, они начали издаваться только в 1889 году. При жизни автора первые два выпуска выдержали 5 изданий и были переведены на немецкий и французский языки, третий и четвертый выпуски клинических лекций издавались трижды. После смерти Г.А. Захарьина его лекции и некоторые работы были переведены на английский язык (1899 год) и переизданы под редакцией В.Ф. Снегирева в 1909 и 1910 годах. С тех пор, несмотря на неистощаемый интерес к личности этого великого врача, они не публиковались, в отличие от многочисленных воспоминаний и анекдотов о нем. Совсем недавно удалось обнаружить две рукописи, содержащие записи лекций Г.А. Захарьина, сделанные в первой половине 1880-х годов. Одна из них все эти годы хранилась в библиотеке директоров Факультетской терапевтической клиники им. В.Н. Виноградова, имя ее автора неизвестно, она содержит 148 страниц (16×25 см), на титульном листе надпись: Клиническія лекціи/Орд. Проф./Г.А. Захарьина,/читанныя въ 1881–1882 году,/переиздал въ 1884 году/Ст. Н. В-ій (рис. 1). Последняя лекция этой рукописи датирована сентябрем-октябрем 1883 года (в данном издании – случай 9).

Вторая рукопись, автор которой Федор Деметьев, хранится в Центральном государственном архиве города Москвы (Фонд 2255, Описание 1, Дело 53. Л. 138–193), в ней содержится запись лекций, прочитанных Г.А. Захарыным в 1886–1887 учебных годах а также два изображения профессора (рис. 2, 3). Всего в двух рукописях содержится 18 клинических лекций, 2 из которых записаны частично.

При подготовке к изданию рукопись 1884 года практически не подвергалась правке, за исключением незначительной корректуры и перевода большинства латинских терминов на русский язык. Рукопись Ф. Дементьева потребовала существенной доработки. Сокращения в тексте были расшифрованы без оговорок, за исключением тех

мест, где их невозможно было расшифровать однозначно, в таких случаях расшифровка заключена в квадратные скобки. По возможности восстановлены последовательность и структура изложения материала, принятые в опубликованных лекциях и рукописи 1884 года, для чего потребовалось перемещение отдельных частей текста, что отдельно не оговаривается. Замечания Г.А. Захарына, напрямую не относящиеся к теме лекции, помешены отдельно.

Современному читателю могут показаться непонятными рецепты, содержащиеся в этом издании. «Консерватизм [Захарьина], – вспоминал один из студентов, слушавший эти клинические лекции в 1893–1894 годах, – простирался не только на лекарства, но даже на их прописи. Десятичного веса Захарьин не употреблял, а писал рецепты по старому весу на унции, драхмы и граны. “В малых дозах, – говорил он, – при десятичном весе немудрено сбиться в запятых и нулях, по-старому прописывать надежнее”. И старый аптекарский вес в то время держался только в одной его клинике, в других везде уже писали по-десятичному»². Аптекарский вес в России бы следующим:

1 гран (gr) ≈ 62,209 мг

1 скрупул (ᶘ) = 20 гран ≈ 1,244 г

1 драхма (ʒ) = 3 скрупула ≈ 3,733 г

1 унция (℥) = 8 драхм ≈ 29,860 г

В рецептах количество единиц веса указывалось прописными римскими цифрами, для обозначения половины единицы веса использовался знак β.

Несмотря на то, что большинство лекций в рукописях имеет названия, они не приводятся в этом издании, так же как и в опубликованных лекциях Г.А. Захарьина, что он сам объяснял так: «Клинический преподаватель, представляя слушателям больного, конечно, постепенным разбором доходит до диагноза, а не объявляет последний с первого слова. Если бы он сначала объявлял диагноз, а потом разбирал больного, то это было бы доказыванием известного положения, а не отыскиванием неизвестного; тогда как на деле слушатели, сделавшись врачами, постоянно будут встречать неизвестное и должны будут отыскивать, распознавать его. Доказывать же положение и отыскивать неизвестное – два различных умственных процесса; притом объявлять вперед диагноз, то есть определить неизвестное, значит, лишить слушателя того душевного возбуждения, которое дается отыскиванием неизвестного. Печатные клинические лекции должны по возможности производить то же действие, что и произносимые у постели больного; а потому обозначить точно содержание печатных клинических лекций, то есть объявить вперед полный диагноз

рассматриваемых случаев, – не следует потому же, почему это невозможно и в клинике»³. Названия лекций, имеющиеся в рукописях, приведены в примечаниях. Лекции сгруппированы по тем же принципам, которых придерживался сам Г.А. Захарьин при их издании. Так как опубликованные лекции не содержали случаев приобретенных пороков сердца, такой раздел был нами добавлен. Лекция по острой ревматической лихорадке («острому сочленовому ревматизму») помещена в этот же раздел. (В оригинальных лекциях острый сочленовый ревматизм излагается вместе с подагрой.) Эндокринные заболевания (которых нет в опубликованных лекциях) объединены нами в разделе нарушения обмена веществ, куда включен также фрагмент лекции по подагре.

К сожалению, печатные лекции не передают полностью то, что происходило в аудиториях на Рождественке и Девичьем поле. «Вышли лекции Захарьина, – написал А.П. Чехов. – Я купил и прочел. Увы! Есть либретто, но нет оперы. Нет той музыки, какую я слышал, когда был студентом <...>»⁴

Наверное, во многом разочарование слушателей лекций Г.А. Захарьина после их прочтения связано с тем, что печатные лекции не содержат описания того, как происходило общение профессора с пациентами. Публикуемые ниже тексты тоже не восполняют этого пробела. Трудно сказать, что в публикуемых рукописях является прямой речью Г.А. Захарьина (за исключением редких мест, где прямая речь выделена авторами рукописей кавычками), а что переработано, но во многих местах чувствуются различия с напечатанными лекциями. Возможно, это связано именно с тем, что конспект лекции (особенно конспекты Ф. Дементьева, которые, очевидно, не готовились к публикации, в рукописи 1884 года это заметно меньше) лучше передает манеру чтения Г.А. Захарьина и тем самым представляет особый интерес. Судить об этом предоставим читателям.

В.В. Фомин, А.С. Панферов

Вступительная лекция

Ознакомившись со здоровым состоянием организма, ознакомившись теоретически с общей и частной патологией последнего, будущий врач приступает к наблюдению и лечению болезней в действительности. Этой потребности врачебного образования удовлетворяет клиника.

Прежде чем обозначить необходимые качества клинического преподавания, следует рассмотреть влияние клинических занятий или вообще наблюдения и лечения больных, хотя бы и вне клиники, на процесс врачебного образования. Сведения, с которыми учащийся вступает в клинику, в практическую деятельность вообще, весьма разнообразны; они обнимают все возможности больной жизни, все возможности врачебного действия, по крайней мере в принципе, в отвлеченных типах. Эти сведения равномерно покоятся в сознании учащегося: одни из них не выступают заметно ярче, рельефнее других. В клинике, в практической деятельности вообще, явления больной жизни и поводы к врачебному действию, так же как и само действие, представляются не в отвлеченных образах, а во всех

условиях данного случая; представляются одному врачу в меньшем, другому в большем числе, но никому – в таком разнообразии и изобилии, которые истощали бы все возможности, указываемые патологией. Под таким влиянием клиники и практической деятельности вообще одни врачебные сведения выступают в сознании на первый план, другие отступают на задний, причем эти сведения группируются иначе, чем при теоретическом изучении патологии: при последнем обыкновенно преобладают этиологическая и анатомо-патологическая точки зрения, а при клинических и вообще практических занятиях – диагностическая и терапевтическая. Этот переворот есть путь, которым из теоретического знатока дела образуется практический деятель, знакомый с действительным образом болезней и влиянием на него терапевтических деятелей, умеющий ценить степень силы болезненных явлений и степень действия врачебных средств, способный и привыкший быстро сосредоточиваться на двух ближайших предметах практической деятельности: распознавании и лечении болезней. Но, с другой стороны, этот же переворот может быть по-

²Камнев М. Воспоминания о профессоре Захарьине. Врачебная газета. 1910, №4; с 130.

³Захарьин Г.А. Клинические лекции. Вып. 2-й. Предисловие. М., 1890; с. X–XI.

⁴Чехов А.П. Письмо Суворину А.С., 27 ноября 1889 г. Москва. В кн.: Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем. В 30 т. Письма. В 12 т. АН СССР. Ин-т мировой лит. им. А.М. Горького. М.: Наука, 1974–1983. Т. 3. Письма. Октябрь 1888 – декабрь 1889. М.: Наука, 1976; с. 294–295.

нятным образом зародышем будущего рутинного направления практической деятельности.

При таких обстоятельствах клинической и вообще практической деятельности, при возможных двух названных результатах ее, желанного и нежеланного, понятно, каких качеств следует ожидать от клинического преподавания. Сообразно с самой сущностью практической врачебной деятельности, встречающей болезни не в отвлеченных образах – как рисует теоретическая патология, – а в особенностях и оттенках данного случая, клиническое преподавание должно индивидуализировать встречающиеся болезненные случаи, объяснять распознавание и лечение в условиях данного случая. С целью противодействовать нежеланному из названных результатов практической врачебной деятельности, с целью предотвращения рутинного направления последней клиническое преподавание должно – помимо своих главных целей, распознавания и лечения в данных индивидуальных условиях, – останавливаться на болезненных явлениях не только в диагностическом, но и в общепатологическом их значении, стараться приводить их к простейшим

патологическим нормам, сохраняя тем связь практической медицины с научной патологией. Далее для той же цели следует предоставлять формирующемуся практическому врачу возможно большее число болезненных явлений. Первое по преимуществу удобно в клинике собственно. Средством для второго, помимо клиники, служит поликлиника, которая притом дает возможность наблюдать случаи, мало встречающиеся в клинике или встречающиеся в последней уже в дальнейшем своем развитии.

Наконец, рутинное направление практической врачебной деятельности предотвращается тем вернее, чем больше клиник и клиницистов.

Со стороны учащегося главная обязанность с целью наибольшей пользы от клинических занятий есть, конечно, тщательное ведение истории болезни, то есть тщательное наблюдение больного – по началам научного наблюдения вообще.

Кроме клинического преподавания клиника служит другой врачебной цели: она есть одно из важнейших средств для дальнейших успехов врачебноведения. Долг всякого клинициста – служить посильно этой цели.

Примечание.

В 1864 году Г.А. Захарьин стал экстраординарным профессором и, вероятно, по этому поводу прочитал лекцию, которая 7 ноября 1864 года была опубликована под заглавием «Из вступительной лекции э.о. проф. Г.А. Захарьина, в Москве» в еженедельной газете «Медицинский вестник» (1864, №45). Этот же текст с незначительными изменениями использован Захарьиным при издании клинических лекций (Введение в клинические занятия). Здесь приводится текст газетной публикации.

Введение в клинические занятия

Исследование больного всегда нужно начинать с вопроса «на что жалуетесь?» И, выслушав его жалобу, не допуская к многословию, перейти к status praesens, задавая вопросы в известном порядке, и затем уже обратиться к собиранию анамнестических данных. Больной не должен отвлекать от известного хода мыслей. Ответ должен быть как можно короче. Обыкновенно только в двух случаях этот педантизм непригоден: во-первых, в случаях острых, с лихорадочным состоянием, когда нельзя больного много расспрашивать и исследовать, тогда поневоле приходится обращаться к окружающим с вопросом, как он заболел, то есть приходится расспрашивать прежде анамнез, а затем status praesens или и то, и другое вместе; во-вторых, когда встречаешься с человеком развитым, долго хворавшим, советовавшимся с хорошими врачами, и когда на обычный вопрос «на что жалуетесь?» вы слышите рассказ, исчерпывающий все дело.

Расспросы о status praesens лучше всего начинать с условий, в которых живет больной, то есть горожанин ли он или сельчанин, какова местность, в которой он обитает, высокая или низкая, сырая или сухая, тихая или открытая фактору ветров; потом опрашивают о сырости и сухости занимаемого им помещения, достаточно ли оно вентилировано, каков пол в помещении, что под ним (важное условие: от стены, потолка можно отойти, от пола – нет), какое при нем отхожее место. После этого следуют вопросы, касающиеся образа жизни больного: его индивидуальное отношение к теплу и холоду, купается ли летом, часто ли ходит в баню, потлив или нет, сколько раз в сутки ест, все кушает или разборчив, питательна ли пища, соблюдает ли посты, по сколько пьет воды, чая, кофе, вина и т.п., много ли курит. Сколько бывает на воздухе. Каков его род занятий, велика ли физическая и умственная работа, холост ли или женат. Расспросив об условиях жизни, следует отметить сложение больного, как развиты у него костная и мышечная системы, его питание, состояние сил, позу (согбенная, прямая, принужденная), движения, количество крови, окраску кожи, бодрость или расслабленность, как в физическом, так и в душевном отношении. Уже после всего этого обращаются к исследованию по органам, начиная обыкновенно с органов пищеварения и живота. Прежде всего следует осмотреть язык: не сух ли, не покрыт ли налетом, не затруднено ли

глотание. Но главное, на что нужно обращать внимание при исследовании живота, – это боли. Осведомляются об аппетите, нет ли отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты, склонен ли больной к поносу или запору. Тут же следует спрашивать о мочеполовых органах: о количестве и качестве мочи, нет ли затруднений или болей при мочеиспускании, о genitalia externa et interna, у женщин – о регулах, у мужчин – о половой функции: об излишествах, воздержании и онанизме, не было ли сифилиса, шанкра, уретрита. Затем переходят к расспросу о состоянии груди, то есть органов дыхания и кровообращения. Главным образом, здесь должен быть вопрос о болях. Начинают же обыкновенно с того, что спрашивают, нет ли насморка, затем отмечают, каков голос, нет ли одышки, кашля без мокроты или с мокротой, в последнем случае – качества ее. Нет ли сердцебиения, кровохарканья, тут также уместно будет спросить, нет ли лихорадки, озноба, не было ли тифа, интермиттента, суставного ревматизма. К отправлению нервной системы следует отнести сон, покой, душевную деятельность: память, настроение мыслей; деятельность физическую: боли, головокружения, расстройства в сфере движений, анестезию, гиперестезию; состояние кожи: зуд, сыпи. У женщин следует также задать вопрос, нет ли истерических явлений.

Хотя для проверки данных, собранных расспросом, было бы последовательнее сейчас же после этого перейти к объективному исследованию, но ввиду неудобства лучше делать это после собирания анамнестических данных, к чему и переходят, задавая больному вопрос, как началась настоящая болезнь, не вытекала ли она из другой болезни, и тут только предоставляют ему право слова. На этом кончаем расспрос и приступаем к объективному исследованию, но предварительно исследуем пульс во избежание ошибок вследствие возбуждения и движения.

После объективного исследования, которое также следует производить в известном порядке по органам, следует сделать диагностику, то есть заключение о настоящем, а в неясно выраженных случаях – дифференциальную диагностику. Но очень часто бывает необходимым сделать и прогнозику – заключение о будущем в широком смысле этого слова. Прогностика бывает особенно важна в частной практике, в опасных случаях, когда больной либо дол-

жен умереть, либо выздороветь; тут является еще вопрос, что сказать больному, что сказать окружающим. Нужно поставить себе за правило, какова бы ни была болезнь, какова бы ни была опасность, угрожающая больному, – всегда ободрять его, в разговоре с ним выставлять на вид хорошие стороны, скрывать (скрадывать) дурные. Что же касается до окружающих, то человек, ближе всего стоящий к больному, человек не хворый, на которого можно положиться, должен знать истину, как бы горька она ни была. Религиозные напутствия, соборование и устройство дел – стараться уклоняться – не дело врача. Говоря окружающим о состоянии больного, нужно усвоить себе точные выражения. Лучшее всего делить все болезни на следующие четыре категории: 1) болезнь не серьезная, когда опасности нет и

быть не может; 2) серьезная – опасности нет, но она может быть; 3) опасная – когда опасность налицо, но есть надежда на выздоровление, и, наконец, 4) безнадежная – опасность есть, и нет надежды на выздоровление.

Мозг, легкие, сердце – врата смерти, *atria mortis* – функция этих органов не может на долгое время прекратиться.

При назначении терапии нужно помнить, что лечение должно назначаться не по книге, а по больному; нужно строго индивидуализировать каждый случай, взвесить все особенности его, принимать во внимание индикации и контриндикации – в этом вся суть терапии. Ошибки в терапии: лекарства дадут, гигиены нет, за раз дают много лекарств. Терапия не должна приобретать аптечный характер. Гигиена прежде всего.

Примечание.

Свой метод исследования больных Захарьин подробно изложил во введении к своим клиническим лекциям. Каждый учебный год начинался с изложения этого метода. Содержание вводных лекций в обеих рукописях, послуживших основой этого издания, практически полностью совпадает. В рукописи 1884 года эта лекция названа «Порядок исследования» (с. 3–7). В рукописи Ф. Деметрива эта лекция озаглавлена «Значение клиники. Исследование» и датирована 19 сентября 1886 года (л. 140). В основу этой публикации положен вариант 1881 года (как более полный). В текст включены и фрагменты вступительной лекции 1886 года, которые отсутствуют или изложены более кратко в предыдущем варианте.

Брюшные болезни и функциональные расстройства нервной системы

Случай 1

Больная жалуется на боль в правом боку в месте, соответствующем почке.

Образ жизни и анамнез. 28 лет. Живет в Ростове (Ростов – сырое место благодаря близости озер). Помещение сухое, деревянное (2-й этаж), низ каменный. Пол не холоден. Отхожее место холодное, что часто служит причиной колики: пойдет за нуждой, охватит холодом. Обыкновенно не купалась. В прошлом году купалась, в нынешнем не смогла – кружилась голова. Баня (жаркая) еженедельно. Плотлива. Не курит. 1 стакан кофе, чай (много). Постов 2 года не соблюдает. Обед и ужин. Аппетит на все. Чай сладкий (3 куска сахара). Двое родов, один ребенок умер, с 27 лет не рождает. Хлопот (по домашнему обиходу) больше нет, часто уставать поводов нет. Зимой на воздухе бывает мало, летом – много. Мало движений. Мало гибается, когда работает (от боли в боку). В карты не играет (немаловажное обстоятельство – не приходится долго сидеть согнувшись).

За 2 последних года была здорова. При нарушении диеты ухудшение состояния. Боль в правом боку является и когда спокойно сидит, особенно невыносима при езде и т.п. Боль расходится в правую лопатку и руку, в правое бедро не отдает. Прошлый год была желтуха (произошла в один из приступов). Жесткие боли бывали в области почки. Рвота происходила на все манеры, и от желудка, и от колики и т.д.

Диета в клинике: Эмская вода (Кренхен) 1 стакан утром, и по ½ стакана за час до обеда и ужина, температура 28°[R]. Эфирно-валериановые капли, 15 капель 1 раз в день. (Валериана сама по себе мало имеет значения, другое дело – эфир и спирт, в ней соединяются, нужны для поддержки сердца, необходимой у больных. Спирт и эфир действуют также болеутоляющим образом на печеночную и почечную колику.) 3 стакана чая (1 кусок сахара на стакан), ½ хлеба, 2 яйца, немного курицы. Одним словом, принимает пищи втрое меньше [обычного]. При такой еде никакой тяжести под ложечкой нет, тогда как при домашней еде развивались все признаки катара.

Объективное исследование. Органы пищеварения и мочеполовые органы. Язык слегка суховат и беловат. Боль под ложечкой. Опорожнение правильно. Печень, особенно пузырь, чувствительны. Моча от вод просветлела. Осадок в моче не слизь, а *fluor albus*. Обе почки чувствительны при давлении. Органы дыхания и кровообращения. Грудь болит

и чувствительна при давлении на ребра. Одышка. Пульс 70, правильный по ритму, среднего наполнения. Больная замечает похуждение. Температура 37,4°С. Лихорадочных приступов не было. Общее ожирение, но ожирение дряблкое. Нервная система. Голова болит вся, по несколько часов, причем бывает тошнота, от холодного полотенца боль несколько уменьшается. 1 раз в месяц – несомненная мигрень. Гиперестезия кожи в области страдания.

Распознавание. Ясно, [что] у нашей больной страдает желудок. Какая болезнь? Различают следующие болезни желудка: диспепсия, катар, органические изменения (рак, язва), бывает и амилоидное перерождение стенок, сифилис, атрофия желудочных желез, расширение желудка. У нашей больной исключаем сифилис, амилоид (нет других сопровождающих страданий, белка в моче и т.д.), атрофию (не могла бы переварить то, что ест в клинике), рак (в 2 года ее уже на свете бы не было бы, к тому же не было кровавой рвоты, да и улучшения быстрого), язву (по тем же причинам). Остается диспепсия и катар, что из них? Катар. Признаки катара желудка: тяжесть, боль под ложечкой после еды и при давлении, отрыжка, изжога – если эти признаки долго продолжают, несомненный гастрит. Боль под ложечкой при давлении служит признаком катара (хотя этот признак не всегда выручает), на [него] также [указывает] рвота со слизью. Диспепсия, продолжаясь долгое время, обращается в катар (у нашей больной она продолжается 2 года). При расширении желудка живот бывает вздут, особенно в области желудка, если произойдет рвота, живот спадает. Расширение может быть временное и постоянное, в последнем случае стенки желудка изменяются, что может сопровождаться катаром или идти без него. Острого катара у нашей больной нет, ибо он происходит от острой причины, например отравлений. У нашей больной подострый катар желудка.

Отсутствие поносов и запоров указывает на правильность нервно-мышечного аппарата кишок. Селезенка у нашей больной, должно быть, здорова: не чувствительна и не увеличена, и в анамнезе нет указаний на перенесенные инфекционные болезни. Печень тоже, ибо не увеличена и не чувствительна, и к тому же нет указаний на причинные моменты: сифилис, пристрастие к спиртному. Боли под ложечкой у нашей больной нельзя отнести к печени, иначе она была бы чувствительна. [У пациентки] боль в желчном пузыре: боль в правом боку, отдающая в правую лопатку, непостоянная, сопровождаемая рвотой, была желтуха, вся

печень не чувствительна, за исключением места желчного пузыря. Обыкновенно боль сносная, постоянная, глухая указывает на катар желчного пузыря. Если существуют припадки желчной и почечной колики при здоровом желудке, то большого вырвет без боли. Другое дело при больном желудке. У нашей больной существует и та, и другая рвота (на все манеры). Есть женщины, которые не рожают, но одарены здоровым сложением, – ранее заболевают подагрой (пример – наша больная). Причина подагры у нашей больной – кушала сытно, мало двигалась, потлива, мало мочи, почечная колика на лицо, не достает только подагры.

Сердце. Мы находим слабый пульс (60–70 ударов, когда лежит спокойно), одышка, не может купаться по причине головокружения – явления несомненно слабой деятельности сердца. Нередко головокружения происходят от желудка (иные авторы этого не признают), так как других причин не находилось. У нашей больной головокружение не от желудка, ибо оно наступает не от еды, а от купания. У нее обнаруживается самая частая причина головокружения – перемена крови в мозгу (малокровные чувствуют головокружение, когда поднимают голову). Одышку также следует отнести к сердцу, ибо ни в легких, ни в области живота (вздутий, запоров и пр.) не найдено причин. При погружении в воду происходят прижатие кожных сосудов на огромном пространстве и термическое влияние. Последнему следует отнести главную роль (температура и ванная считается возбуждающим деятелем). При погружении в воду сердцу приходится усиленно работать. У нашей больной оно настолько слабеет при этом, что не в состоянии пригнать нужного количества крови к мозгу, – отсюда головокружение. Слабый пульс можно отнести или к сердцу, или к малокровию. Отчего быть у нашей больной малокровию? Спит крепко, не родит, кушает вдоволь, регулы небольшие, и на лице не видать малокровия. К тому же головокружения при купании начались с год тому назад, а в этот период не было случая потери крови. NB! Если женщина перестает родить, то регулы у нее становятся меньше, и она жиреет. Может быть, обусловливается нервным влиянием? Но у нее нервная система крепкая: сон хорош, опорожнение правильно (неврастении, производящей то запор, то понос, нет). Итак, причина в сердце. Какое изменение в сердце? Исключаем острый миокардит (нет острой причины – инфекции, ушиба и т.д., и как очень редкую форму), хронический миокардит (бывает от сифилиса, выпивок частых, атероматоза, хронический миокардит понимают не как воспаление, а как перерождение: сосуды изменяются (атероматоз), в сердце развивается соединительная ткань), эндокардит (часто при ревматизме, которого у нашей больной нет), амилоидное перерождение (ибо нет других производящих амилоид болезней), старческую атрофию (общий маразм).

Остается одно – ожирение сердца (не жировое перерождение), которое очень частое явление при общем ожирении. И действительно, все благоприятные для этого обстоятельства налицо: жирная, не деятельная, не ходит по горам, мало забот. Что может случиться? Атрофия сердца и даже жировое перерождение. Это можно поправить, бесспорно, деятельностью.

Кроме всего вышесказанного у нашей больной находим катар шейки матки (утолщение шейки, на наружном отверстии ссадина). Терапия последнего – горячее спринцевание, вода с повышенной температурой влияет так же, как и холод: сокращает – утолщенная шейка уменьшается, боли проходят, ссадина заживает.

Прогностика для нашей больной не подходит к вышеупомянутым четырем формулам. Больной следует сказать, [что] болезнь излечима, но при условиях крайней осторожности, иначе между приступами крайняя опасность.

Терапия нашей больной. Ванна в 29–30°[R]. Температурой для ванны нельзя руководствоваться, ибо что одному тепло, другому – горячо. Ванны показаны не только против обострений, но и против катаров. После ванны мож-

но перейти к обтираниям. Эмские воды, потом Виши – по 1½ стакана за час до еды, чуть теплые (как парное молоко). Больную в пот не ударило от них. Изредка cannabis (по 5 капель 2 раза в день, а сначала 3 раза в день) – боль через 5–10 минут успокаивалась. Эфирно-валериановые капли.

Rp.: Aetheris sulphuri

Tincturae valerianae āā ʒβ

[M.]D.S. По 10 капель 3 раза в день – от слабости.

На ночь на больной бок тепло (фланель). Пища: 4 стакана густого чая в прикуску (больше жидкости не пила), ½ хлеба, ¼ курицы, 6 яиц всмятку – все это по приемам разделено на 4 раза. Больная ходит теперь свободнее. Лихорадки нет и не было. Потливость меньше. В воскресенье у больной произошло ожесточение колики. Отчего? Менструация не совпадает. NB! У женщин в менструальном периоде наступает ожесточение колик. Оказывается, простудилась: сходила в клозет, в котором в то время температура разнилась от температуры палаты на 20 [градусов] (сноска в тексте: по словам студентов [не ординатора!], ожесточение произошло вследствие того, что больная съела 6 плюшек и коробку конфет!)

Баня больной должна быть безусловно воспрещена, особенно жаркая. Ей следует избегать всяких случаев возможности вспотеть. Держать ноги в тепле. Это правило для старых так формулируется: чем субъект старше, тем строже должен следовать этому правилу.

[При болезнях желудка] прежде всего – диета. Бульон (не питательное, но нервное средство), куриные яйца, белковые вещества (самые легкие), немного углеводов (в самой легкой форме), легкое мясо, молоко. Сладкое, жирное желудка труднее всего варит. Специальная диета для больного с катаром желудка. Кушать, когда захочется есть. Правильная еда в полдень, тогда наибольший аппетит. Когда не хочется есть – не ешь! Сколько есть? Этого нельзя сказать ни для себя, ни для других. Следует говорить так: «Ешь столько, чтобы после обеда не было тяжело». Если есть тяжесть после еды, это значит, объелся. Редко кто имеет нормальный аппетит, ибо чуть малейшее расстройство, аппетит нарушен. Есть следует не торопясь, при торопливой еде проглатываются большие куски и горячая пища – условия для раздражения пищевода. Отсюда болезни пищевода у молодых людей и рак у старых. Из-за стола вставать, когда не чувствуется голода, «не бойтесь, что мало съели», ибо через некоторое время вы опять сможете есть, почувствуете голод, – таким образом, вы будете есть 5–6 раз в день.

Кушанья, употребляемые в пищу, должны быть без приправ. Подливы и соусы должны быть избегаемы, так как к ним примешивается уксус, который и сам по себе неудобен, а при принятии [внутрь], безусловно, вреден. Ветчина теперь в большом употреблении: вкусно, аппетитно, легко жуется. При особом приготовлении трихин бояться не следует: нужно запекать ветчину. Отваренная ветчина менее надежна, чем запеченная. Если ветчина нехорошо запечена, то от нее можно заразиться Taenia. Жирное, сладкое, углеводы – тяжелы для желудка, посему такая смесь – чай, сахар, сливки, хлеб – имеет те же свойства. Икра – превосходная закуска: те же яйца, только пожирнее. Питье. Столько вводить жидкости, чтобы не ощущать жажды. Иные пьют много понапрасну. Ожирение происходит не только от обильной пищи, но и от обильного питья. Если больной мало пьет, следует увеличить питье, мерилком для этого служит цвет мочи. Иные не пьют простую воду (вместо нее чай и прочее) – от этого получается склонность к запорам. Хорошее средство от запоров – простая вода. Совет: по окончании курса минеральных вод чай пить меньше (не горячий), чтобы избежать потения. Пить лучше простую воду, которая не пот гонит, а мочу. Табак – ограничить. Чай – хорошее возбуждающее средство. Трудно сказать, какой вред от чая. [Разве что] крепкий чай производит бессонницу.

После долгих катаров к старости бывает упорное несварение пищи, сильное истощение организма и анемические явления (что смешивают с пернициозной анемией). Чем скорее поправляется больной, тем менее возможности предполагать атрофию слизистой оболочки желудка. Молодым людям с гастритом надо гулять, спать должен много, если не спит – лекарство, не утомлять себя. Гулянье дает сок. Людям жирным, потливым, со слабым пульсом спать после обеда нельзя: желудок растянут, отрыгнуть во сне не может, это отражается на сердце, и может быть удар. Молодому человеку можно и после обеда спать.

Главную роль в терапии катара желудка играют минеральные воды (о них ниже). Пиявки (под ложечку) – только в исключительных случаях катара (жесткие боли в желудке, вздохнуть нельзя, лихорадка) – тогда нужно опорожнить желудок насосом и поставить 8–10 пиявок. Мушки при катаре желудка редко употребляют, они хороши, когда, несмотря на лечение, сильные боли под ложечкой не проходят, но это не гастрит, лихорадки нет, боли невралгические.

Делали попытку ставить терапию на основании содержимого желудка и его изменений, для чего нужно применять выкачивание желудка. Оно не всегда успешно и пригодно лишь при расширении желудка, но так как расширение представляет весьма редкое явление, то и выкачивание становится исключительным средством. Дискредитируют [выкачивание] потому, что неграмотно применяют. Характерное расширение происходит при сужении выхода [из желудка] и диагностируется опорожнением громадных масс. Что раньше признавалось за расширение, на самом деле им не было. В большинстве случаев насос излишен. Против расширения предпринимаются следующие меры: введение пищи небольшими порциями, массаж, индуктивный ток (массаж надежнее электричества). Души – средства, направленные для сокращения желудка. Какой души? Теплый не действителен, холодный производит понос, а также может произвести припадок колики. Поводы к показанию ляписа и Magist[er]ii bismuthi: нервность, боли, поносы. Если больной нервный, с маленьким катаром, то ляпис очень помогает: действует на нервы, а также и на желудок (немного). Magist[er]ium bismuthi – не столько для нервных, утоляет боли, поносы и склонность к ним.

Горькие, горько-ароматические и болеутоляющие средства. Первые пригодны больным истощенным и изможденным, в этих случаях иногда прямо дают горькие вещества без предварительного применения минеральных вод. Иногда это так обстоит: летом кат[ар] освобождает, зимой опять вступает в свои права, воды только ухудшают: больной худеет. Тут же врач дает горькие, из них самые употребительные – кондуранго и extr[actum] nucis vomicae. Первый действует только на желудок и кишки, второй – на нервную систему (и при вялом состоянии кишок, и при расширении желудка), дают и при поносе, и при запоре. Вторые – при очень сильных болях. Горькие и ароматические [средства] хороши для людей преклонных лет слабого сложения, людям молодым, здоровым при гастрите нужны диета и щелочи. Старикам много щелочей не надо давать. Quassia, Gentiana редко употребляют, чаще трифоль, полынь, Cortex aurantii, рвотный камень (Nux vomica), кондуранго – прекрасное средство и на вкус не очень горькое.

Rp.: Decocti Condurango ziii

Aquae distillatae ziii

M.D.S. Давать по 2 ложки в день после еды.

Для провинции: в чайник всыпать zii коры кондуранго, поставить на 15 минут на самовар. 3 ложки выпарить, 6 останется.

Иногда появляются нестерпимые боли: сейчас [же] нужно действовать. В таких случаях употребляют морфин (Захарьин употребляет редко), белладонну, каннабис. В последнее время Захарьин остается довольным каннабисом. Белладонна и каннабис не делают запора. Новое средство

против рвоты – кокаин. При болезнях желчного пузыря – покой, если запор – опорожнить, каннабис.

Кто страдает болями – худеет, от худого сна и питания.

Пути к образованию желчных камней: от гастрита, воспаления двенадцатиперстной кишки и d. choledochus. Желчь вытекает, когда кислое содержимое затекает в d. choledochus и раздражает его и желчный пузырь. Пища весьма жирная способствует образованию желчных камней. Ту же роль играет и потливость, благодаря которой меньше жидкости выпадает на долю желчи и почек. Ограниченное отделение желчи вследствие закупорки желчных ходов. Раздражение желчного пузыря может вызвать катар его, за которым может последовать перитонит. Камни могут находиться в пузыре и других местах. Влияние их: больно, когда больной согнется, проходит и т.п.

Припадки желчной колики. Внезапно появляется боль в области желчного пузыря, отдающая или в лопатку (у мужчин), или в руку и ногу (у нервных девушек). Боль держится некоторое время (несколько часов) и прекращается. NB! Частый пульс при коликах делается редким. Гиперестезия сопровождает обыкновенно колику. Продолжительное держание этих болей может вызвать желтуху, которая иной раз выражается в темной моче. От чего зависит припадок печеночной колики? Захарьин полагает, что она зависит от судорожного сокращения желчного пузыря, подобно судорожным сокращениям межреберных мышц («ребро за ребро заходит»), мочевого пузыря (у нервных, которые при некоторых условиях не могут помочиться), желудка (при ulcus rotondum обычно с жесточайшими болями). Поводы для припадков: движение, езда, душевные волнения, пища (много съел) и т.д. Первичная колика не бывает без камней, но раз камни уже исчезли, припадки все-таки могут остаться. У людей крепких, не нервных припадки печеночной колики после исчезновения камней могут исчезнуть. Бывают случаи, что камни желчного пузыря не обнаруживаются при жизни – у крепких людей.

Терапия печеночной колики. Электрический ток действует неверно. Тепло на место боли и чисто нервные средства: эфир (по 15 капель 2–3–4 раза в день), капли Дюрана (Захарьин выкинул из них скипидар), настойка (или экстракт) Cannabis indicae («зеленая микстура») 2 раза по 5 капель (но надо заметить, что больные привыкают к нему, а посему следует давать так: начать понемногу, с 4 капель, в день 1 или 2 раза, а потом дозы увеличивать (3 раза по 8–9 капель и т.д.). [Бывают] случаи интоксикации.

Лечение камней. Минеральные воды и кроме того эфир + скипидар. Чем бледнее моча, тем меньше жди успеха от минеральных вод. Теперь употребляют новые средства: вводят в желчный пузырь через зонд прованское масло (Zvi) – средство новое, еще точно не обследованное, по сему Захарьин не рекомендует. Смесь эфира и скипидара приносит видимую пользу, но Захарьин скипидара не дает: желудок портит. Другие врачи имели хорошие результаты, может действовать и на желчные камни. Для Захарьина главное средство – минеральные воды. Эфир и скипидар – болеутоляющие средства.

Лечение почечных камней и песка сводится к уменьшению пота. Чем меньше нервен, тем меньше пота, ибо боли вызывают пот. Против пота самое обыкновенное средство – обтирание водой (температурой ниже тела), спиртом (с солью), для той же цели, но гораздо реже употребляется атропин (самое надежное у чахоточных). Долго давать его нельзя, ибо могут наступить явления отравления: расстройство зрения, которое, положим, потом проходит, сего ради дают атропин в пилюлях, хотя в каплях вернее было бы его действие, но опасно поручать капли больному. В форме капель 2 капли pro dosi, в виде пилюль ½ грана на 25 пилюль. В день 2–3 дозы, а затем перестать на время, если же потливость не исчезает, после перемены опять

давать. Противопоказания при обтираниях: понос, склонность к кашлю, колики, подагра. Обычно у простудливых предпринимается предварительное лечение водами, а иначе рискуют усилить подагрические боли, усилить припадки колик. Кто спит, тот не нервен, стало быть, не простудлив. Купанье чрезвычайно уменьшает склонность к простуде.

Все, что говорено о печеночной колике, относится и к почечной колике: боль при пальпации между гребнем подвздошной кости и последним ребром. Терапия схваток [почечной колики] совпадает с терапией желчного пузыря. В сильных степенях – под кожу морфин ($\frac{1}{6}$ – $\frac{1}{2}$ грана), внутрь действие медленнее и не такое сильное. Можно и ванну применить.

Потливость поддерживает все упомянутые страдания. Цистит и пиелит образуются после образования камней, а иногда вызываются травмой и простудой. У женщин *colica renal* и *ren mobile* очень часто по причине родов. Смещенная почка [может] не прощупываться, смещение может быть незначительно, а растянутые нервы вызывают боль. Смещение почки часто бывает у много рожавших похудевших женщин. Жировая клетчатка почек уменьшается, и почка оттягивается вниз. Во время беременности при увеличении матки боль проходит, ибо почка приходит на свое место. Бывает и у мужчин похудевших. Известное положение неблагоприятно при данном страдании – швеи, игрока в карты. Ременной пояс иногда полезен – при езде, движении, [а] вообще – вреден. На время присутствия каменной покойное положение.

Одежда, лиф, корсет. От сильного затягивания поясом происходят страшные запоры, усиливаются боли при коликах. Целесообразный корсет должен иметь вид пояса, вверх от середины должен простираться на 3 пальца, вниз – на 3–4 пальца. Если искусно перевязать живот, то можно излечить женщину от *ren mobile*. Профессор Захарьин употребляет для этого следующий пояс: из самой легкой, но плотной материи (например, пеньки), спереди его кладут на середине между лобковым симфизом и пупком (причем не должен сбиваться вверх), на боках приподнимается и позади стягивается легкой застежкой. Чем легче этот пояс, тем лучше. Чтобы не скатывался этот пояс, в него вставляют китовый ус. NB! Живот не удерживает почки, подобно фокуснику-индусу, который пальцем хочет удерживать арбуз. Ввиду возможности образования между стенкой живота и поясом промежутков следует закладывать последние приготовленной ватой.

Против ожирения рекомендуют лишить углеводов, но от этого больные и худеют, и слабеют, посему если и нужно

прекратить углевод[истую] пищу, то не сразу, а постепенно. Эбштейн прибавляет жир к пище, «которым будто бы притупляется аппетит», – доза истины. Молоко приносит пользу жирным (в особенности со слабым сердцем). Сначала дают только молоко: в первый день два стакана, во второй – три стакана и т.д.

Терапия: хождение по горам – метод Эртеля. До усталости ходить нельзя, редко кому полезно ходить до усталости, у подагриков – тем более. Для неврастеника – чем усиленнее ходьба, тем лучше (но не до усталости).

В качестве кинезиотерапии для женщин летом очень полезно заниматься косьбой, а зимой, вооружившись лопатой и метлой, расчищать снег. Как в том, так и в другом случае нет пыльного воздуха. Ручная гимнастика производится до легкого сердцебиения. Не следует ходить в ветреную погоду. При ходьбе употреблять одежду полегче: меньше располагает к потливости. Брюшные мышцы лучше всего возбуждать индуктивным током и массажем, при коликах этого делать нельзя, а также при гиперестезии кожи.

«Шумок» в сердце. Опыт показывает, что частенько и сердце жиреет (обволакивается жиром), что выражается, между прочим, слабым пульсом. Систолический шум (анемический, динамический) – обычно функциональный, диастолический шум очень, очень редко бывает функциональным, а многие совсем сомневаются в них без органических изменений. Причины: малокровие, неправильное сокращение мышцы. Следует помнить, если есть диастолический шум, стало быть – органические изменения: шум у основания – болезнь аорты (ищем подтверждение в других симптомах). Систолический шум у верхушки указывает на функциональную (прежде – относительную) недостаточность клапанов. Прежде объясняли это так, что при гипертрофии клапаны запаздывали в своем росте, а потому стали недостаточными. Захарьин думает так: мышца слаба, нет нормальных, энергичных сокращений ее, а также и сосочков – отсюда и недостаточная работа заслонок. Терапия больных с таким сердцем: движение, эфирно-валериановые капли, другим – запретить или ограничить курение. Капли пригодны, когда больной лечится от полноты и жиру и в это время нужно поддержать сердце. Умеренное курение для людей здоровых, крепких видимого влияния не оказывает. Но от него могут произойти *angina pectoris* и головокружение. Людям со слабым сердцем и пульсом наложить запрещение на курение. Чай действует, как кофе ([последний], пожалуй, повреднее и посильнее), вино еще вреднее, а табак всего вредней. Вино на женщин плохо действует, на мужчин лучше. Влияние его на половую сферу, на сон (расстраивает), [на] сердце (ослабляет).

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 155–162). Название на полях – *Gastritis, colica hepatica, renalia, подагрические припадки*. Дата первой лекции не указана, разбор этой пациентки продолжался 28, 31 октября, 4, 5, 7, 11, 12 ноября 1886 года.

Шкала Реомюра. При указании температуры вод (для внутреннего и наружного применения) Захарьин обычно пользовался шкалой Реомюра: $^{\circ}\text{R} \approx 0,8^{\circ}\text{C}$. При измерении температуры тела Захарьин пользовался шкалой Цельсия.

Эфирно-валериановые капли (*Tinctura Valerianae aetherea*) – настойка корня валерианы на спирту и этиловом эфире. Иногда к ней прибавлялись гофманские капли – смесь эфира со спиртом в соотношении 2:3, предложенная Фридрихом Гофманом (1660–1742), немецким врачом и педагогом. Смесь эфирно-валериановой настойки с гофманскими каплями Захарьин, по воспоминаниям слушателей, называл «наши капли», их получали едва ли не все пациенты клиники.

Magisterium bismuthi – современное название – висмута субнитрат (*Bismuthi subnitras*).

Кондуранго (*Gonolobus condurango*) – растение, произрастающее в Андах и Восточной Африке, ранее считалось действенным против рака желудка, но исследования не подтвердили его эффективности. В Фармакопее не упоминается, используется в народной медицине и гомеопатии против заболеваний желудка.

Nux vomica – рвотный орех, или чилибуха, семена этого растения содержат стрихнин.

Quassia, Квассия – род многолетних растений семейства симарубовые, из которых в качестве лекарственного средства использовался отвар древесины Квассии горькой (*Quassia amara*) чрезвычайно горький на вкус.

Gentiana, Горечавка – род многолетних (и однолетних) растений, лекарственное значение имеет Горечавка желтая (*Gentiana lutea*), которая занесена в Красную книгу.

Трифоль, Вахта трехлистная, *Menyanthes trifoliata* – многолетнее травянистое растение, листья которого используются в качестве горечи, входят в состав аппетита, желчегонного и успокаивающего сборов.

Cortex aurantii, Померанец (*Citrus aurantium*) – вечнозеленое растение из рода Цитрус, измельченная корка зрелых плодов используется как горечь для повышения аппетита.

Примечание.

Жидкость Дюрана – смесь скипидара и диэтилового эфира в соотношении 1:3, применялась в качестве желчегонного средства. На полях рукописи рецепт этой жидкости записан так:

Rp.: Aetheris sulphuri Zi

Olei Terebenthinae zii

[M.D.S.], то есть соотношение компонентов 1:4.

Вильгельм Эбштейн (1836–1912) – польский и немецкий врач, известен своими работами по лечению ожирения, обезвоживанию, истории медицины, но чаще всего его имя упоминается в связи с описанным им в 1866 году врожденным пороком сердца, который носит его имя (аномалия Эбштейна).

Макс Йозеф Эртель (1835–1897) – немецкий оториноларинголог, известен своими работами по лечению ожирения, особенно с явлениями сердечной недостаточности, основанном на дозированных (благодаря изменению расстояния, темпа и угла наклона) пеших прогулках. *Therapie der Kreislaufstörungen, Kraftabnahme des Herzmuskels, ungenügender Compensation bei Herzfehlern, Fettherz und Fettsucht, Veränderungen im Lungenkreislauf etc.* Leipzig, 1884.

Случай 2

Больная жалуется на боль в левом боку и слабость.

Условия и образ жизни. Больной 30 лет, живет она в нижнем этаже воспитательного дома, который расположен в нездоровой местности, на берегу Москвы-реки. Помещение, занимаемое больной, неудовлетворительно. Меньшую часть лета живет на даче на Воробьевых горах или в Богородске, большую же частью в Москве. Неправильностей в образе жизни никаких нет. Нынешнее лето не купалась, прошлое же купалась в продолжение 3 недель раза 2 в неделю, пока не заболела.

Status praesens 24 ноября 1881 года. Язык сух, жажда невелика, жидкости вводит мало, аппетит уменьшен. Со стороны желудка не замечается ничего ненормального, диспепсии нет, опорожнение кишок правильно, нет ни запора, ни поноса, только раз пришлось прибегнуть к опию, ибо больную как-то прослабило 2 раза, причем испражнения были жидкие. Позыв с болью, вне же позыва боли с урчанием по тракту кишок теперь не замечаются. Органы мочеполовые не представляют ничего ненормального. Печень не увеличена, и боли в стороне ее так же, как и в области желудка, теперь нет. Органы дыхания и кровообращения. У больной наблюдается незначительная одышка, дышит она 26–28 раз в минуту. Пульс между 80 и 90, среднего наполнения. Питание больной упавшее, она бледна и худа. Температура немного ниже нормальной. Нервная система. Сон без всяких лекарств хорош, часов 7–8 в сутки; спит лежа на правом боку и на спине. Головокружения бывают только тогда, когда больная приподнимается в постели, чтобы посидеть, тут у нее темнеет в глазах. Головные боли бывают иногда в продолжение суток, болит темя и виски; в настоящее время голова, по словам больной, «пуста», что выражается в том, что ей трудно соображать.

Объективное исследование. Перкуссией и аускультацией ничего ненормального в легких не находим. Область глухого звука сердца увеличена, и у всех четырех отверстий его слышен шум с первым временем. Пульс правильный по ритму, среднего наполнения, артерии не извиты, в шейных венах слышны анемические шумы. Диафрагма в стороне селезенки приподнята, толчок сердца ощущается выше. Живот в левой своей половине вздут, селезенка значительно увеличена, ощупывая, мы находим опухоль с гладкой поверхностью, нижняя граница ее заходит ниже пупка, правая – до срединной линии живота, вверх она поднимается гораздо выше нормального. Ощупывая живот в стороне печени под правым подреберьем, мы причиняем больной боль в левой стороне живота, подобная же боль чувствуется больной при давлении в подложечной области; если будем надавливать на край ребер левой стороны, то боли не ощущается, при ощупывании же переднего края селезенки боль весьма значительна. Давя сзади на позвоночный столб, а также в области левой почки, мы не причиняем больной никакого беспокойства, переходя же на переднюю поверхность живота, вызываем боль в области опухоли.

Anamnesis. Больная, будучи 5 лет от роду, перенесла коклюш, на 11-м – одновременно тиф и воспаление легких, при чем около месяца была без памяти, всего проболела в то время около

2 месяцев. На 12-м году у больной была корь, после которой у нее в продолжение года болели глаза, так что она ничего не видела. На 15-м году лечилась от малокровия, чувствовала слабость и по временам головокружение. Регулы пришли на 15-м году и в первый раз запаздывали, при чем крови отходило мало. Будучи 20 лет больная поступила в Воспитательный дом, где на второй год по поступлении заболела перемежающейся лихорадкой и страдала кровотечениями из носа и десен, в то же самое время у нее регулы сделались весьма обильны. Месяца 3 спустя после начала лихорадки у больной появились кашель и суставной ревматизм, сильнее всего выражавшийся в голеностопных и коленных сочленениях. Лихорадка особенно сильна была в первый год своего существования, приступы были неправильны, продолжались часа 2–3, причем были озноб и пот, так проходило недели 2, затем наступал промежуток времени около месяца, свободный от пароксизмов. Вместе с появлением лихорадки у больной начались боль под ложечкой, изжога и отрыжка, которые стихли у нас в клинике. С началом желудочных явлений совпали также и кишечные, выражавшиеся поносом, по временам переходившим в запор. Когда больная уезжала из Воспитательного дома, лихорадка прекращалась. После первого года болезни был перерыв года 1½, когда больную не лихорадило, всего же болезнь продолжалась около 9 лет. Зимой прошлого года приступы приходили реже и правильнее. За 2 года до поступления в клинику больная заметила опухоль в левом подреберье и боль, которая в сравнении с болью под ложечкой была незначительна, опухоль увеличивалась с приступами лихорадки, боль же значительно усилилась только в последнее время. Боль под ложечкой началась 8 лет назад, является приступами 10–15 раз в день и держится около 5 минут; нынешнее лето сильных болей не было. 20 сентября была рвота кровью, около 8 стаканов. Кровь темная, свернувшаяся, испражнения в то время цветом походили на кофейную гущу. После поступления в клинику была вторая рвота кровью, кровь, выведенная рвотой, была исследована под микроскопом, причем увеличения количества бесцветных телец найдено не было.

Anamnesis лечения. Больная принимала хинин, который сначала производил головную боль и шум в ушах, усиливал боль под ложечкой и расстраивал пищеварение. Три раза принималась лечиться мышьяком, каждый раз принимала мышьяк в течение недели, последнее лечение мышьяком было в октябре. В июле принимала спорынью с хинином и мышьяком (было кровотечение из носа). Долго лечилась железом, последний раз в октябре, оно расстраивало пищеварение. Прибегала в июле и декабре прошлого года к Argentum nitricum в пилюлах. От ревматизма лечилась хинином. При кашле пила сельтерскую и селезскую воду с молоком. В сентябре от потливости принимала атропин. Почти всю прошлую зиму пила эссенциальную воду, а нынешнее лето в продолжение 3 недель – холодную эмскую.

Diagnosis желудка и кишок. Восемь лет продолжающаяся боль под ложечкой и два раза повторившаяся рвота кровью дают нам право предположить о существовании рака или круглой язвы желудка. Отсутствие опухоли в желудке, а также и молодость больной говорят против предположе-

ния о раке. Относительно язвы можно было бы заключить с достоверностью, если бы не было налицо болезни селезенки, которой может обуславливаться появление кровавой рвоты. Боль при круглой язве желудка бывает двух родов: кардиалгия, когда язва помещается при входе в желудок и когда боль совпадает с прохождением пищи из пищевода в желудок и с отрыжкой, когда кислое содержимое желудка выходит из него в пищевод, и гастралгия – боль в самом желудке, притом если язва помещается при выходе из желудка, то боль эта начинается несколько времени спустя после принятия пищи, вообще же с ним не совпадает, так что может являться и натошак. Больная наша жаловалась на боль под ложечкой, в чем нет ничего удивительного, ибо она не может иметь правильного пищеварения, так как масса крови находится в селезенке, в остальном же теле ее мало, отсюда – диспепсия. Теперь желудочные явления стихли, вероятно, благодаря диете и покою, прежняя же боль под ложечкой обуславливалась, по всей вероятности, большим количеством пищи, с которым слабый желудок больной не был в состоянии совладать. При круглой язве желудка бывает ограниченное болящее место, иногда даже опухоль, ничего подобного у нашей больной мы не находим. Но отрицать существование язвы все-таки нельзя. Главная причина ее образования заключается в расстройстве кровообращения в стенках желудка, что наблюдается при болезнях сердца и селезенки. В последнем случае в различных органах, как, например, в мозгу, был находим пигмент; такой пигмент по связи сосудов селезенки с сосудами стенки желудка мог попасть в эти последние и обусловить таким образом их закупорку. Итак, за язву говорят молодой возраст больной, боли, рвота и болезнь селезенки, но сама селезенка может обусловить рвоту кровью. По всей вероятности, у больной была диспепсия, перешедшая в катар желудка, явления последнего благодаря диете и покою стихли, но благодаря покою же и диете могли стихнуть и явления круглой язвы, но и это обстоятельство не говорит против присутствия язвы. Что касается состояния кишок больной, то в них мы диагностируем катар, главным признаком которого, как в острой, так и в хронической форме, считаем понос, по временам переходящий в запор. До 20-летнего возраста больная пользовалась сносным здоровьем, с появлением же лихорадки появились желудочные явления и понос, так тянулось до последнего времени. Живот у больной теперь вздут отчасти благодаря опухоли селезенки, отчасти же – метеоризму, обусловленному катаром кишок. Печень не увеличена, и чувствительности в области ее нет, хотя последней следовало бы ожидать как следствия лихорадки. Органы мочеполовые не представляют никаких патологическихклонений. Органы дыхания и кровообращения. Дышит больная чаще нормального, что объясняется отчасти тем, что диафрагма вследствие метеоризма стоит выше, отчасти же тем, что больная анемична, она потеряла много крови рвотой, да притом еще много крови в селезенке, эта кровь может считаться по отношению к остальному организму мертвым капиталом. Значительные ненормальные явления в сердце и сосудах надо объяснить, во-первых, поднятием диафрагмы, а во-вторых, малокровием больной, ибо если отнести увеличение области тупого звука к болезни сердца, подозревать существование которой мы имеем основание, так как у больной 8 лет тому назад был сочленовый ревматизм, то, предположив поражение *valvulae mitralis*, мы при аускультации у верхушки имели бы с первым временем шум более сильный, чем в других местах, но у нашей больной шум с первым временем слышен одинаково у всех четырех отверстий. Эти шумы функциональные, зависящие от малокровия, что подтверждается также шумами, выслушиваемыми в шейных венах. Существовать болезнь сердца 8 лет, было бы значительное расстройство компенсации, у нашей больной его нет, даже в малом кругу кровообращения. Увеличение области тупого звука зависит от поднятия диафрагмы, которая прижала сердце к грудной стенке.

Питание упало. Официально лихорадки нет, но больная худая, с упавшим питанием, у нее следовало бы ожидать падения температуры градуса на $1\frac{1}{2}$ ниже нормы, и между тем у нее она почти нормальна. Зноба и жара нет; пота, несмотря на то что подобные больные очень потливы, также нет. Но наша больная от сильной потливости принимала атропин, это-то, вероятно, и есть причина отсутствия пота в настоящее время. Чахоточным дается атропин по $\frac{1}{50}$ грана на прием ($\frac{1}{2}$ грана на 25 пилюль) в продолжение 4–5 дней и потом приостанавливается недели на 3, иногда даже совершенно прекращается. Нужно положить, что у нашей больной температура на $1\frac{1}{2}$ градуса выше нормальной, то есть что у нее лихорадка, хотя и в малой степени, но все-таки есть.

Нервная система. У больной мы диагностируем 2 рода головных болей: одни острые, другие сопровождаемые чувством пустоты, причем больная не может собрать мыслей, последние наблюдаются у большинства анемиков.

Diagnosis болезни селезенки. Селезенка значительно увеличена и чувствительна, особенно чувствительностью отличается передний край ее. В желудке и печени ничего ненормального теперь нет, чувствительность же при давлении в области их можно объяснить давлением брюшных органов на селезенку, ибо, если мы будем надавливать в области печени, все больше и больше удаляясь вправо, чувствительность постепенно исчезает. Что же в селезенке? Лейкемию следует исключить, ибо исследование крови и лимфатических желез дало отрицательные результаты, так как нет количественного увеличения бесцветных кровяных телец. Псевдолейкемия, сходная с лейкемией по своей связи с интермиттентом и по поражению лимфатических желез и костного мозга, отличается от нее тем, что при ней не бывает увеличения бесцветных кровяных телец. Но и псевдолейкемия должна быть исключена, ибо хотя и замечается связь данной болезни селезенки с интермиттентом, но мы не видим поражения желез. Из чего состоит опухоль? Обыкновенно припухание селезенки зависит от переполнения ее сосудов – гиперемии, при этом селезенка бывает рыхлая и болезненна. При долгом существовании гиперемии является гиперплазия, при этой последней селезенка бывает чрезвычайно велика, менее рыхлая, чем при гиперемии, но и менее болезненна. Не абсцесс ли это? В начале, да и теперь еще трудно отрицать его существование. Но с достоверностью утверждать это мы не можем по той причине, что боль, бывшая в начале чрезвычайно сильной, вероятно, вследствие травмы, понесенной больной во время переезда из Воспитательного дома в клинику, теперь стихает, между тем как при абсцессе она должна была возрастать. При абсцессе была бы лихорадка с пиемическим характером, но у нашей больной хотя температура тела и выше нормальной, но с пиемической лихорадкой никакого сходства не имеет. Лихорадка же бывает и при простой опухоли.

Итак, относительно язвы желудка ничего определенного сказать нельзя. Относительно же абсцесса нужно быть в заключениях еще осторожнее, может быть, он и есть, но наблюдаемые у больной явления можно объяснить и помимо абсцесса. Тем не менее абсцесс может образоваться. Здесь может быть и разрыв ткани селезенки. Когда этот последний бывает на большом протяжении, то влечет за собой безусловную смерть, небольшой же вызывает ограниченный перитонит, который поддерживает боль. Итак, что здесь – одна ли гиперемия с гиперплазией, или медленно развивающийся абсцесс, или, наконец, ограниченный перитонит – сказать пока нельзя.

Терапия. При поступлении у больной были рвота, понос, селезенка увеличена и болезненна, пульс слаб. От поноса давали опий. Рвота прекратилась сама собой, так что полторахлористого железа, с целью остановить ее, давать не пришлось, да на него в подобных случаях больших надежд не возлагают, но железо мы давали и после того. Индикацией к употреблению последнего послужили, во-первых, анемичность, во-вторых, то, что у больной была кровавая рвота, а

железо могло послужить как предохраняющее от рвоты в силу своего вяжущего действия. Итак, терапия состояла для желудка в диете, для кишок – в опио, пульс поддерживали вином. Питание улучшалось железом, остается действовать на лихорадку и селезенку. Так как больная принимала много хинина, то ей следовало бы дать очень большой прием его, а между тем она склонна к поносам. Вследствие той же склонности к поносам ей нельзя давать и мышьяк. Из противохорадочных остается еще эвкалипт, который в одно время наделал много шума. Было замечено, что в местах, где растет эвкалипт, нет лихорадок, вследствие этого стали давать его больным лихорадкой и будто бы видели успех. Но дальнейшие исследования не оправдали возлагаемых на него надежд, к тому же эвкалипт производит понос и, следовательно, для нашей больной непригоден. Класть теплое на область селезенки нельзя, ибо оно усилит гиперемия; у нашей больной повязка с ватой с целью защитить селезенку от толчков. Для действия на селезенку можно прибегнуть к холоду: класть мешок со льдом, рассчитывая, что действие холода дойдет до селезенки и уменьшит гиперемия ее, но при отнятии холода сосуды расширяются и приток крови в селезенку увеличится. В данном случае к холоду прибегнуть нельзя, опасаясь вызвать понос, плеврит или перитонит. Электричество также употребляется для уменьшения селезенки, но успех сомнителен: было по поводу электричества больше опровержений, чем подтверждений. У нашей больной селезенка громадная, а действие тока ограниченное; притом так как мы опасаемся существования абсцесса, то лучше не прибегать к лечению электричеством, тем более, притом, что у нас остаются еще другие [методы]. Мозлер при tumor'ах селезенки после интермиттента предлагал впрыскивать в паренхиму раствор мышьяка. Опухоль при этом должна иметь плотную консистенцию; 8 дней больному дают хинин, затем на область селезенки кладут мешок со льдом, затем уже при посредстве шприца Праваца впрыскивают в селезенку раствор мышьяка. После операции снова кладется мешок со льдом. Мы не можем раздражать желудок больной, да притом и сам способ лечения опасен, ибо, по словам самого Мозлера, впрыскивание мышьяка может повлечь за собой смерть. Итак, остаются души. Первое время мы воздерживались от употребления душа, ибо пульс больной был слаб и у нее был понос; теперь же мы смеем можем приступить к душам.

План лечения. Скоро должна прийти менструация, перед которой обыкновенно количество крови в печени и селезенке бывает увеличено, потому до наступления менструации будем продолжать давать больной вино и железо и предпишем диету и покой. На время менструации прекратим давать железо, по окончании же снова назначим железо и начнем лечение душами. Для начала будет достаточна сила струи, получаемой при помощи ручного насоса, температура воды между 29 и 30°R.

19 января 1882 года. Железо давали больной в виде

Rp.: Liq. Ferri sesquichlorati gtts xvjjj

Aq. distil. 3vj.

M.D.S.

Теперь больная принимает уже девятую трехунцевую склянку. Силы больной мало-помалу оправились, так что она могла сидеть и ходить по комнате, тогда ей назначены были души, которых сделано семь, начали с 28°R и дошли до 26½°R, души эти больная перенесла хорошо.

Status praesens. Аппетит хорош, жажда умеренная, желудочных и кишечных явлений нет, моча в достаточном количестве, нормальной окраски. Регулы скоро третий срок, как не приходят. Печень несколько увеличена и чувстви-

тельна. Органы дыхания и кровообращения не представляют ничего ненормального, только пульс чаще 80, наполнения порядочного. От поступления больной в клинику до того времени, как в последний раз мы говорили о ней, ее лихорадило очень мало, температура только раз достигла 37,4°С, все же остальное время была ниже, что, как мы тогда упомянули, хотя и не нормально для больной с таким упадком питания, как наша, но не указывает на сильную лихорадку, тем более, что тогда больную не знобило, она не чувствовала жара и не потела. Но потом температура чаще стала подниматься, так что на второй таблице 11 раз была выше 37,5°С и из них 4 раза 38°С. По третьей таблице, отметки на которой начинаются 6 января, несколько раз температура была выше 37,5°С и один раз 38,2°С; были и поты весьма обильные, но они теперь стали меньше. Питание несколько поднялось. Сон хороший, часов 9 в сутки, головокружений, головных болей и болей в руках и ногах нет. Селезенка в продольном размере как будто уменьшилась, в поперечном же стала больше, ибо прежде пальца на 1½ не доходила до пупка, теперь же зашла за него, вместе с тем она стала немного тверже.

Diagnosis. У нашей больной мы диагностировали tumor lienis chronicus, находящийся в связи с интермиттентом. Этот хронический процесс обострился, так что мы упомянули тогда, что у нее, может быть, произошел разрыв селезенки с ограниченным перитонитом. Упомянули также о возможности существования абсцесса, причем эту возможность считали маловероятной, ибо болезненность уменьшилась, да и температура была невысока. Вследствие таких соображений мы и назначили вышеупомянутое лечение, которое оправдало возложенные на него надежды. Но температура стала чаще подниматься, появились поты, чувствительность селезенки стала особенно сильна в одном месте – нет ли в этом указания на абсцесс? Успокаивает обстоятельство, что лихорадка не похожа на септикемическую, поты уменьшились, у нашей больной нет поносов, обыкновенно сопутствующих септикемии. Тем не менее мысль о пробном уколе становится все неотвязчивее. Нельзя надеяться устранить абсцесс восстановлением сил больной, а следует позаботиться о его опорожнении, которое может произойти благополучно, но особенных побуждений к проколу нет, так как нет истощения. Можно опасаться повторения кровавой рвоты, так как селезенка, судя по увеличению печени, зависящему от задержки менструаций, переполнена кровью.

11 февраля [1882 года]. Менструация пришла, и кровавой рвоты, которой мы опасались, не было. Теперь ненормальна только селезенка; в ней мы подозревали существование абсцесса, отрицать его нельзя и теперь, но его исключает пока то обстоятельство, что лихорадка не приняла до сих пор ни септикемического, ни пиемического характера. Мы делали души, электризовали, но успеха от этого не видели. Нужно подумать об уменьшении селезенки другими средствами. Мышьяк не имеет резкого влияния на селезенку, впрыскивание его в рыхлую паренхиму селезенки вызывает сильные припадки вследствие соприкосновения мышьяка со стенками сосудов. Впрочем, может быть, придется прибегнуть и к этому средству. Теперь, в силу того, что гастритических явлений нет никаких, мы решили дать хинин до шума в ушах и потом перейдем к душам с более сильной струей, от которых мы видели успех при лечении опухоли селезенки после последней войны. Хинин будем давать по 10 гран через час 3 раза в день, причем при первых двух приемах по 10 капель tincturae opii simplex; так 2 дня, затем отдых, а потом – 2 дня по 40 гран.

Примечание.

Печатается по рукописи 1884 года (с. 68–88). Озаглавлено Tumor lienis. Status praesens описан 24 ноября 1881 года, о пациентке упоминалось на лекциях 19 января и 11 февраля 1882 года.

Фридрих Мозлер (1831–1911) – немецкий терапевт, профессор (в 1876–1877 гг. – ректор) Университета Грайфсвальда.

Случай 3

Жалобы на боль в правой стороне в области нижних ребер. Status praesens. Девочка 15 лет. Местность хорошая (в Калуге), к купанию непривычна, баня нечаста. Не курит. 2 рюмки портвейна в день – пост[оянно] с год. Кофе не пьет, а чай, какао, воду (много, стаканов 6), теперь меньше. Ела 5 раз в день, но понемногу: завтрак, полдник, обед, ужин, чай с хлебом. Слегка училась (5 часов в день), постов не соблюдала. На воздухе бывала и зимой. NB! Кто не купается в эти годы – непригодно для здоровья.

Объективное исследование. *Органы пищеварения и мочеполовые органы.* Печень увеличена. Верхняя граница несколько выше, а нижняя далеко ниже. (В рукописи имеется рисунок, на котором нижняя граница печени расположена практически горизонтально чуть выше уровня пупка.) Если давим на ребра в области печени, боли нет, стало быть боль не зависит от ребер. Печень подвижна, сращений в плевре нет (не плеврит). Болит прямо печень, да и больная, когда просят указать больное место, кладет руку прямо на печень. Ощупываем твердое тело, напоминающее формую печень, поверхность гладка, неровностей нет, бугров (как при раке) нет. Sulcus нет. Отрицательные явления: желтухи, асциты нет и не было. Источник болей – не желудок, иначе были бы тошноты, рвоты и т.д. Регулы начались год назад, с болью, на ½ года прекратились и появились вновь, в малом количестве продолжают дни 2. Fluor albus нет. Жажда невелика. Аппетит хорош. Еда: ¼ хлеба, ¼ курицы, 2 яйца, 2 стакана бульона, куриные котлеты. Переваривание легко, опорожнение правильно. *Органы дыхания и кровообращения.* Дыхание немного часто. Оно и понятно: боль в печени, живот более наполнен, диафрагма выше, да и лихорадка – заставляют заключить, что это число еще мало. Пульс раньше 90, теперь 75, среднего наполнения. Очень бледна. За год похудения нет, побледнение есть. Прежде поты, теперь малы. Давнишнее лихорадочное состояние (5–6 раз ниже 37,5°C, а все – выше). Лихорадка 38,5°C, иногда моча красна, а иногда – озноб. Жар чаще к вечеру: тогда является склонность лучше полежать. *Нервная система.* Характера спокойного. Сон хорош, лучше, чем был. Плечо болит (только при давлении), в плече боли тоже поменьше. Боль в правом плече, когда давят на самую головку os. humeri, подвижность значительна, но закладывать руку за спину – больно. Все другие отправления, кроме печени, нормальны. В клинике давали йодистый натрий 30 гран в день, после обеда и спустя ½ часа после ужина. От йода – параллельное улучшение всех припадков: температура падала, печень уменьшалась.

Anamnesis. Родители здоровы. Было у матери 6 беременностей: 4 здоровы, 2 выкидыша (не первых). От второго мужа – 2 выкидыша. NB! Все острые лихорадочные болезни производят выкидыш, а в хронических наичаще [выкидыши] приходится на долю сифилиса. В последнем случае обыкновенно так бывает: сначала 2 выкидыша, 3-й плохонький рождается и скоро умирает, то же и 4-й, 5-й, наконец, здоровый; и это относится только к отцу и матери с здоровым организмом, сумевшим передать сифилис. Наша больная родилась крепкой девочкой, первые 2 месяца вскармливалась матерью, а потом кормилицей, у которой на ногах и на шее были рубцы, а на голове – струппя (несомненный сифилис). С тех пор и у девочки появились на голове струппя, которые не проходили до 3 лет. Притом больная стала худеть. Лечение: давали препараты железа. С 5-летнего возраста лечили рыбьим жиром. Больная до 8 лет не представляла признаков здоровья. С 8 лет появилась светобоязнь, стали болеть глаза (ирит и кератит), лечение: йод и железо принимала долго, но в малом количестве. Засим – поносы. 3 года назад (с лета 1883 года) заболела настоящей болезнью. Накушалась ягод, появилась боль под ложечкой, в правом боку и плече, которые скоро прошли; следующей зимой – повторилось. 2 года назад (летом) боли участились и усилились, с января прошлого года увеличилась печень. Давали хинин, салици-

ловый натрий, антипирин, Карлсбад – улучшений не было. Йод не принимала. Слух плох (с 4 лет), зрение ослаблено (доктор Крюков констатировал следы сифилитического кератита и ирита). Зубы не доросли, резцы имеют зубчатость. NB! Триада Гетчинсона: зубчатые зубы, ослабленный слух и зрение – признаки наследственного сифилиса – к нашей больной не подходит.

Диагностика – легка. В другой местности эту больную можно было бы принять за Ierгам в смысле продолжительности страдания. Против туберкулеза говорит увеличение печени. Золотуха? Слово «золотуха» теперь исчезает, но есть нечто, что ни туберкулез, ни сифилис, но особая болезнь, которая должна иметь особое название. Золотуха обнаруживается в детском возрасте: дети пухлые, рыхлые, толще, крупнее, но видно, что опухлость эта нездоровая. Кожа и слизистые склонны к заболеваниям в виде всяких катаров: насморк, [слезятся] глаза, кашель, поносы и т.д. Опухают железы. Если дети вырастают, то становятся наклонны к анемии, туберкулезу; в других случаях дело идет к выздоровлению. Профессор Захарьин признает золотуху только в детском возрасте. Другие относят золотуху к последствиям сифилиса и туберкулеза. Захарьин не согласен. У нашей больной золотухи быть не может, остается, стало быть, сифилис. В status praesens одно страдание указывает на сифилис: боль сосредоточена именно только в кости. Из давня признаком сифилиса служило усиление болей по ночам. Печень равномерно увеличена, сохранила свою форму, плотнее нормальной, гладка, подвижна. Желчные протоки (желтухи нет) и кровеносные сосуды (асциты нет) – здоровы. [Печень] чувствительна, боль усиливается по ночам. Что дело не в желчных камнях, против этого говорит то, что вся печень чувствительна, нет желтухи, печень плотна, и йод не помог бы. Гипертрофия печени: все припадки похожи, за исключением одного – нет желтухи. Эхинококк: обыкновенно располагается по желчным протокам, иногда по лимфатическим сосудам – тогда похоже на данную печень, за исключением – нет водянки, трудно отличить без других данных анамнеза и влияния йодистого натрия. Когда сифилитическое поражение идет дальше, то печень изменяется: становится рубчатой. Ожирение печени: печень нечувствительна и нет лихорадки. У нашей больной может быть амилоид (печень при нем нечувствительна), но присоединенный к сифилису. Рак печени. Против говорят: а) возраст, б) величина печени, в) чувствительность, г) присутствие лихорадки, е) течение – у нашей больной печень поражена уже 2 года, будь это рак, больная давно бы умерла, ф) общий вид.

Прогностика тяжела. Судя по бледности лица, мы заключаем, что кроветворение слабо. Вполне здоровой быть не может, и даже на относительное здоровье рассчитывать нельзя. Бывают улучшения, но ненадолго, ибо должны уступать возвратам, у нашей больной от природы задатки хороши, аппетит, сон, испражнения – хороши. NB! Особенность детского возраста – аппетит не ухудшается при лихорадке.

Лечение. Нельзя ли предотвратить заражение, например, вырезав ulcus durum? Попытки были неудачны. Захарьин не лечит ртутью, когда нет розеола. Ртуть между втираниями можно давать внутрь или под кожу. Что давать: ртуть или йод? В начале лучше ртуть, а в поздних стадиях йод. Некоторые утверждают, что йод помогает, когда раньше применяли ртуть. Наш случай противоречит, ибо больная раньше не употребляла ртути. Манера давать: дают столько (чтобы прошло), да еще полстолька (после).

Француз Фурнье, ученик Рикора, произвел реформу меркуриального лечения, [предложив интермиттирующий прием ртути и йода]. Успех очень резкий. Месяц йод – сразу получается облегчение больного, а затем – ртуть. Спустя месяц или останавливают, или усиливают. Йод, бесспорно, помогает в позднейших стадиях, а также помогает выходению ртути, которая выделяется в продолжение 6–7 лет слюной, почками и печенью. Стоматит происходит от слюны, в которой

выделяется ртуть. От ртути могут происходить страшные дизентерии. Отчего появляется меркуриальная дизентерия, достаточно неизвестно, но это отмечено как факт у хирургов и гинекологов [использующих сулему]. Сулема – лучшее антисептическое средство. Бывает поражение почек от ртути: сифилитические явления улучшаются, но в моче появляется белок. Нет ртути – нет белка.

Самое лучшее лечение летом с горячими ваннами (Пятигорск, Аахен и т.д.). Лечение повторять раз в год.

Терапия нашей больной. В продолжение месяца приняла йод.

Rp.: Kalii jodati ꝑj

Aq. distil. ꝑvj

M.D.S. 4 столовые ложки в день, действие его скоро обнаружилось.

Продолжать до тех пор, пока он оказывает действие (около 1 месяца), после чего следует прекратить, ибо больная привыкнет, после этого отдых, но неполный, будем давать ртуть: сперва втирать скрупул в день, а потом «наладим» по Фурнье недель на 5. Без ртути обойтись нельзя. Как подействует – неизвестно. В день ванной втираний не было. Вина не пила. Принимала 2 раза в день по 15 эфирно-валериановых капель. Десны мазались Tinctura Myrrhae и Tinctura Gallarum (ana), и полоскался рот бертолетовой солью во время втираний. Аппетит тот же, хотя не особый, от йода диспепсических явлений не было, функции кишок правильны. Селезенка – без перемены, моча та же, печеночных болей нет. Глухие боли в области печени исчезли. Объем печени уменьшился. От йода уменьшение шло быстрее (по крайней мере на палец), от втираний – на полпальца. Желтухи не было и нет. Испражнения хороши. Асцит не было и нет. Дыхание стало реже (18–20) – от уменьшения печени. Температура начала падать со дня лечения йодом и через 2 недели упала до нормы. Не потлива, даже при ваннах. Пополнела, менее

бледна, чем при поступлении. Осталась легкая боль в правом плече (периостит) при закладывании правой руки на левое плечо. Печень уменьшилась неравномерно, левая сторона уменьшилась больше (в рукописи есть рисунок).

Сифилис поражает внутренние органы весьма часто. Диагностика ясна, все другие страдания новообразовательного характера быстро ухудшаются от йода. Наша больная расцвела.

Будет успех, но будущность темна. Большой успех от умеренного употребления йода и втираний. Имеет значение печень и ее функция. Успех был, как ни была грозна прогностика вначале. Опыт показывает, чем раньше поражает сифилис, тем труднее вылечить. Чем больше осталось элементов от печени, тем прогноз лучше. Печень уменьшилась, но нет следа атрофии печеночных элементов: [кожа] нормального цвета, моча бледная. Если моча бледна, следует думать об уменьшении мочевого, печеночного и кровяного пигмента. Гуммозные опухоли быстро уменьшаются от йода, следует полагать, что у больной были гуммы. Возврат может случиться, но может быть, что организм справится.

Следует иметь в виду, что больные [привыкают] к лекарствам. Если давать много минеральной воды, могут развиться скорбные явления. Выгоднее давать остановку, а затем повторять. За излечение нашей больной нельзя ручаться. Каков отдых? Месяц-другой пройдет – хорошо, но все-таки следует повторить, в особенности летом, когда можно усилить лечение и пребывать на воздухе, последнее необходимо при специфическом лечении. Но едва ли пройдет так до лета. Ухудшение, впрочем, наступит вряд ли раньше 2 месяцев. Боже избави пропустить [лечение]! [Все возможное] следует употреблять на лечение. Послать ее на Кавказ. Теплые ванны (Пятигорск). Там пригодно: теплый воздух, горячая почва – не может простудиться. Гигиена. Привычка к воздуху. Холодные обтирания, которые действуют и на малокровие.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 147–150 и 167–168). Озаглавлено «Hepar syphilitica». Разбор этой пациентки продолжался 10 и 14 октября, 26 и 27 ноября 1886 года.

Жан Альфред Фурнье (1832–1914) – один из основоположников научной венерологии, с 1869 года читал специальный курс сифилидологии в Парижском университете, в 1876 году создал кафедру кожных и сифилитических болезней. Его книга «Сифилис и брак», упоминаемая на полях рукописи этой лекции, была издана на русском языке в 1882 году.

Филипп Рикор (1800–1889) – французский хирург и венеролог, путем сомнительного с этической точки зрения эксперимента твердо установил, что сифилис и гонорея – разные заболевания.

Tinctura Myrrhae и Tinctura Gallarum – настойки мирры и турецких чернильных орешков, использовались при заболеваниях десен благодаря их противовоспалительным, антисептическим и вяжущим свойствам.

Случай 4

Больной 65 лет, жалуется на слабость, боль в груди и под ложечкой, отрыжки, рвоты, невозможность глотать твердую и жидкую пищу.

Status praesens. Квартира суха, тепла, отхожее место холодное. К купанию непривычен. В баню не ходит несколько лет. Немного потлив. Не курит. Чая, кофе употребляет мало. Ест 2 раза в день. Посты соблюдает. Родился в Могилеве, был сложения крепкого, был здоров до последних 4 лет. Сифилиса не было. Начала изматывать [боль], появились диспепсия и катар, все это постепенно усиливало, 3 месяца назад пища перестала проходить.

Ежедневная еда в клинике: стакан молока, чая, немного бульона (2 ложки), немного судака, 2 яйца всмятку, 1 стакан Зельтерской воды, 2 ложки Марсалы (4 раза по 5 капель). Каннабис ¼ грана, на ночь морфин. Кондуранго не принимает. Все это глотает свободно, маленькими глотками; пища не на долгое время останавливается на уровне мечевидного отростка. Объективное исследование. Органы пищеварения и мочеполовые органы. Тошноты и рвоты после еды в первую неделю не было, а потом появились. В рвоте – свернувшееся молоко. Слюнотечение. На низ через 1–2 дня без клистиров. Экскременты бледноваты. Мочи мало, с запахом ацетона. Живот немного вздут, под ложечкой чувствительность. На

средней линии находим tumores – не в связи с печенью, они чувствительны на ощупь. Органы дыхания и кровообращения. Боли в груди по ребрам и грудине (в подреберьях) – иррадиирующие на обеих сторонах – имеют связь с желудочными болями. Дыхание 24 (учащено), не кашляет, учащение дыхания находится в связи с чувствительностью. Сердце заходит за сосковую линию. Атероматоз артерий, тоны слабые, шумов нет, пульс слаб. NB! Шумы слышать у больного можно при хорошей деятельности сердца. Сильно похудел, тучен не был. По временам лихорадит, зноба не было, пота тоже. Нервная система. Сон 3–4 часа, теперь побольше, болей меньше. Нечастые головокружения, голова слаба.

Распознавание. Далеко [в] правом и ниже [в] лев[ом] подреберье находим опухоль с грецкий орех, в клиническом смысле злокачественную опухоль, она может быть и не в желудке, ибо нет важных признаков – кровавой рвоты. Рак желудка можно признать только тогда, когда опухоль ощущается в области желудка. Опухоль быстро растет. Перитонита нет. Зондирование в данном случае бессмысленно и бесполезно. Бывают сужения пищевода у истеричных, они характеризуются тем, что иногда бывает улучшение. Зондирование всегда вредит. Диагностика может быть поставлена и без зонда. Самой частой причиной сужений бывает рак, реже – сифилис, еще реже – сужения прочих

видов. Зондирование возможно лишь при сужениях, происходящих от рубцов.

Чай теплый и горячий располагает к запорам и употребляется как нервное средство. Общие возбуждающие про-

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 169–171). Разбор этого пациента начат 3 декабря, вторая лекция, дата которой не указана, состоялась не позже 9 декабря.

Неврастения, функциональные расстройства пищеварения

Неврастения – возбужденная слабость.

Плохой покой, бессонница, упавшее настроение духа и т.п. Невралгия, мигрень, болит спинной хребет. Делят неврастению на церебральную и спинальную, но это затемняет дело. Бывают случаи, когда преобладают явления мозговые, а иногда и спинальные. И наоборот, но чаще параллельно. Неврастеники дурно переносят жару. Кто привычен к купанию и купается летом, тот сильнее, и лучше проводит лето. Неврастения с болями (мигрени, спина) и без болей – прогностика хороша. Другая форма неврастении (у женщин) жестче, но менее частая. Бессонница еще сильнее, упадок сил еще значительнее. Присоединяются всякие боли, мигрени, [в] спине, руках, ногах (чаще в голове и спине – irritation spinalis; при давлении последние не усиливаются – центральное происхождение), биение сердца, запоры и т.д. Прогностика хуже, лечение то же. Причины неврастении – тиф, огорчения, угнетенное душевное состояние, сильная умственная и физическая деятельность, вино, карты, женщины, наследственность.

Терапия. Удаление от тяжелых впечатлений. Правильно руководить движением и сном. Неврастеникам и простудливым надо гулять не в сырую и ветреную погоду, а в тихую, ясную и сухую, хотя бы и в мороз. Гулять надо сначала немного, не до усталости, гулять много, но с отдыхом или небольшими прогулками. Такие гуляния приносят неврастенику громадную пользу, но усталость усиливает неврастению. Если неврастенику, привычному к умственной деятельности, совершенно запретить ее, он сделается ипохондриком, станет до мелочей заниматься своим здоровьем. Умственную деятельность надо разрешать, но так же, как гуляние: не сразу много и не до утомления, в особенности не до тяжести в голове (это признак расстройства кровообращения в мозгу, порча мозга). Массаж. Иногда его женщины не переносят: усиливает похотливость. Купание, душ. Душ назначают не сразу, а предварительно дня 3–4 обтирания с водкой, водкой с солью и т.п. Душ при поносе – помеха, усиливает. Мышьяк ([показания:] аппетит плох, запоры, нет болей в кишках и желудке, желудок надежен), в противном случае ляпис. Приемы – обязательно в пилюлях. Прием или перед едой, или после. Пилюля – и глоток воды. Начинать с двух пилюль (½ грана), через 5 дней – три, через 4 – четыре. «Больше 6 недель не даю». Затем передышка и дальше повторение. Бромистые препараты, смесь их очень хорошо действует (10 гран на ночь). Если бромистые препараты нельзя дать вследствие катара желудка, у женщин при сильных *menstrua*, давать каннабис по 10 капель на ночь, особенно когда боли в животе. Бром хорош для людей, сильно работающих головой. Бром тяжел для желудка. Каннабис не такое верное средство, как препараты брома,

изводят тошноту, посему их оставили, а дают вино с водой. Чистое вино возбуждает. Каннабис оказался недостаточным, прибавили морфин. Зельтерская вода [усиливает] тошноту, в ней много газов. Раку йод вредит.

но хорошо действует при болях в желудке. Если каннабис или бромистые препараты не помогают – электричество. Электричество и гальваническое (всего скорее), и индуктивное хорошо действует. Теперь ставят на спину 2 больших электрода, один выше, другой ниже (сильный ток при малых электродах причиняет боль), или электрод в ванну, один электрод в воду, другой – на тело больному. Общая фарадизация: больной становится ногами на электрод, другим электродом врач водит по голове.

От расстройства нервного бывает и расстройство пищеварения. *Dyspepsia nervosa* – усиление (иногда уменьшение) отделения желудочного сока и соляной кислоты. Нервное расстройство пищеварения. Катара в нем нельзя признать, и явления непостоянны. Сон плохой, расстройство пищеварения и т.д. Усиленное отделение желудочного сока – сравнение: огорчение – и слезы. О соляной кислоте как [лечебном] средстве – не употреблять. При *dyspepsia nervosa* боли при давлении на подложечную область нет, она бывает при гиперестезии *nervosa*. Перемена обстановки, отдых, сон, движения не до усталости, купание, диета – все прошло в 2 недели, но может возвратиться, если больной обратится к прежнему образу жизни. Круглая язва и атрофия в России редко встречаются. При раке нет свободной соляной кислоты в желудке, при катаре она уменьшается или совсем исчезает.

Задержка позыва и неврастения – самые частые причины запоров. При запорах и катаре толстых кишок, когда температура не повышена, моча темнее от индола. Для запоров – особ[ое] лечение. Нитрат серебра – превосходное средство против нервов, но запоров не исправляет, а усиливает. Достаточно клистиров – как, ежедневно, или нет, – следует соображаться с пищей и т.д. Холодный душ на живот действителен. Слабительные нельзя применять. Долго нет на низ, а потом поносы – обстоятельство, не требующее лечения против поносов.

Кто сначала страдал запорами, у тех потом послабление будет сменяться поносами. Часто слабило с болью – катар (позыв, ничтожное испражнение, слизистое). Присутствие слизи указывает на катар толстых кишок.

Лечение. Тепло на живот, тепло в комнате: боли меньше. Лучше лечь в постель: скорее отделаешься. Ровное тепло, ноги в тепле. Избегать холодного питья. Лучшее – опиум (5 капель несколько раз в день). *Tinctura opii simplex* – лучшая, капли Иноземцева – сложный препарат, экстракт перечной мяты – вредная примесь, несколько капель, пожалуй, производит приятное чувство теплоты. Местное средство – клистир, жиденький, крахмальный, теплый (28°[R]), небольшой (1 стакан), можно опий прибавить, 8 капель, но осторожно – быстро всасывается! В последнем случае (с опиём) – внутрь ничего. Смотреть на голову. Если клистир этот недостаточен, к клистиру с опиём прибавлять танин (10 гран на клизму).

Примечание.

В своих лекциях Г.А. Захарьин очень много внимания уделял состоянию желудочно-кишечного тракта. В рукописи Ф. Дементьева проблемам неврастении и нервной диспепсии (*dyspepsia nervosa*) посвящены 3 подряд лекции – 16, 17 декабря 1886 года, дата третьей не указана (л. 174–175). Заметки о дифференциальной диагностике и лечении функциональных расстройств пищеварения имеются во многих других местах этой рукописи, для удобства чтения мы приводим их здесь, дополняя текст лекции в соответствующих содержанию этих заметок местах.

Капли Иноземцева – в состав этого средства, использовавшегося при желудочно-кишечных заболеваниях, входили 1 часть настойки рвотного камня (чилибухи), 5 частей экстракта перечной мяты, 20 частей настойки бобровой струи, 120 частей настойки опия, по 240 частей эфирно-валериановой настойки и спиртоэфирной смеси и 480 частей настойки ревеня.

Метод лечения Митчелла

Лечение Митчелла принято очень многими терапевтами, его книга носит название «Как делать кровь и жир?» Обращаясь к большому количеству рожала, кормила, большие хлопоты. За 10 лет иссохла, потеряла аппетит, сок и т.д. Когда кормит ребенка женщина не вполне здоровая, худеет, а иногда дело доходит до головокружений, способ Митчелла дает быстрые результаты и быстро распространяется. Рекомендации со всех сторон. «Метод его, безусловно, хороший». Он запрещает все, что истощает больного (безусловно!), и предписывает полный покой, и телесный, и душевный. Заставляют лечь в постель на 6 недель и отнюдь не делают ни одного движения, в первую неделю не дозволяется даже головы поднять, самой кушанье резать и т.д. Иногда испражняться позволено, ибо испражнения лежа усиливают запор. Умственное занятие. Читать как можно меньше (читать в лежачем положении не пригодно) – пусть слушает, как другой читает.

Обмен веществ способствуется массажем, им же заменяются активные движения (2–3 раза в день, часа 2), ибо без него не было аппетита и сна. Массаж всего тела, начиная с кончиков пальцев до шеи, оставляя нетронутой голову. Нога: сначала кожу, потом сочленения – пассивные движения, чем настойчивее, тем лучше. Есть иногда серьезное препятствие, особенно у женщин: массаж вызывает похоть. Coitus же противопоказан. Явления похоти: сон плох, нервная система возбуждена. Как противиться? 1) женщина должна производить массаж, 2) бедра не массировать, 3) на животе массировать верхнюю и среднюю брюшную

Примечание.

В рукописи Ф. Дементьева метод лечения по Митчеллу излагается дважды: в лекции о катаре желудка 31 октября 1886 года (л. 159, 160, случай 1 в данном издании) и 25 февраля 1887 года (л. 183–184). Эти описания во многом дополняют друг друга, мы приводим объединенный вариант.

Сайлас Уэйр Митчелл (1829–1914) – американский врач, писатель. Захарьин ссылается на его книгу «Fat and blood: and how to make them», изданную в 1877 году.

области (не нижнюю). Иногда так бывает: больная вначале покойна, но к концу, когда она уже поправляется, массаж раздражает – массаж уменьшают. К концу шестой недели – резкая перемена наблюдается: больная проявляет волчий аппетит, полнеет, крепнет, спит и т.д. Голова светлеет. Под влиянием такого лечения появляется страшный, волчий аппетит. Митчелл дает и советы, как кормить во всей строгости: с первого дня вина немного и молоко (кроме него ничего, воду – нельзя, чай – можно) – от 4 чашек до 4 стаканов, и следующие дни тоже. При развитии аппетита он дает много молока. Молоко тем хорошо, что в малом количестве утоляет голод. Через 2–3 дня [появляется] аппетит, а далее – и мясо, и масло, и хлеб, и т.д. По системе Митчелла полагается есть маленькими порциями через каждые 2 часа. К деятельной жизни приучает постепенно.

Все remedia – в сторону. Бромистый натрий может вести к скорбуту. Но железо и мышьяк – другое дело. Когда нет аппетита, мышьяк – лучшее средство. В данном случае ничего не давать, кроме вина и «капель». Во время менструации массаж непригоден. Запор – клистир и массаж живота (не слабительное). Обильная менструация – эрготин (½ грамма в день), горячие спринцевания. Сон – внутренних средств нет. Удалить из среды, уничтожить заботы – поместить в особое помещение. Массаж прямо дает сон. И кроме того – постоянный ток (в виде ли электрической ванны: два здоровенных электрода на спину, один повыше, другой пониже, чем больше электрод, тем больший ток можно пустить) Теплые ванны увеличивают регулы. Ток не близко к голове.

Грудные и заразные болезни**Случай 5**

Больной жалуется на слабость и боль в правом боку.

Status praesens. Больной – студент 22 лет, среднего роста, хорошего телосложения, не худ, окраска кожи несколько бледна. Семь дней как живет в Москве, в третьем этаже каменного дома, в сухой, теплой, хорошо вентилированной и светлой комнате. Столом пользуется в студенческой кухмистерской, чая пьет стакана по 3 два раза в день, водку и пиво – изредка, в умеренных количествах, воды немного. Курит 30 папирос в день. В бане бывает в 3 недели раз, не купается. NB! Всегда следует советовать больным купаться, если нет к тому каких-либо противопоказаний, потому что купание кроме укрепляющего действия на нервы уменьшает предрасположение к простуде. Занимается часов шесть в день, спит достаточно, летом много гуляет, зимой же бывает на воздухе часа два в день; громко разговаривает, читает вслух. NB! При страдании грудных органов всегда нужно спрашивать о работе их.

Органы пищеварения. Язык суховат, покрыт налетом, сильная жажда, глотание безболезненное, живот невелик, гастритических явлений нет, склонен к запорам. *Мочеполовые органы.* Моча идет свободно, без затруднений и болей, кислой реакции, количество ее уменьшено, цвет оранжево-желтый, сахара нет, следы белка, отстой, не имеющий ничего характеристического для лихорадки, содержит мочеислые соли, зерна мочеислого натра и кристаллы мочевой кислоты. Больной потеет. NB! При вопросе о моче надо взять в расчет количество испарины. *Urethritis et epididymitis* прошли бесследно. *Ulcera* и *lues* а не было. В правом боку в области печени болей нет. *Органы дыхания и кровообращения.* Насморка нет, голос чистый, но слабый. Одышки нет, кашель умеренный, но сильнее прежнего – с

мокротой, которая чрезвычайно характеристична: она вязкая, клейкая, тягучая, с трудом выводится, плотно пристает к стенкам сосуда, так что его можно опрокинуть, не вылив содержимого. В ней содержится кровь. Где же нет примеси крови, там она бесцветна, стекловидна, в ней нет форменных элементов. Сердцебиения и кровохаркания нет. Боли в правом боку. Дыхание поверхностно, при попытке сделать глубокий вдох больной морщится, это ему, видимо, трудно, после этой попытки следуют кашлевые толчки. Суставного ревматизма и тифа не было. Была *febris intermittens*. Заметно общее бессилие, нынешнюю ночь спал хорошо, предшествующие – худо.

Anamnesis. Родители здоровы. Кровью никогда не харкал. NB! При болезнях грудных органов всегда следует осведомляться, не харкал ли кровью, не шла ли раньше кровь носом. 2½ года назад имел *pneumoniā cruposā*, которая прошла бесследно, кашля не было. Кроме того, имел [*febris*] *intermittens*, тянувшуюся с октября 1880 по май 1881 года, прошла от больших приемов хинина. Теперешней болезнью заболел следующим образом. 24 сентября утром был здоров, сидел в одной рубашке правым боком к окну. Ночь с 24 на 25-е провел беспокойно: были головные боли, жар, озноб, тошнота, рвота. 25-го легкая боль в правом боку, кашель, сначала сухой, потом с вязкой мокротой, ее немного. 26-го боли в боку, кашель увеличились, жар, пульс 100, правильный по ритму. 27-го поступил с этими явлениями в клинику. Объективное исследование этого дня показало на правой стороне спереди при перкуссии совершенно ясный звук от ключицы до печени, сзади же от нижнего угла лопатки до задней границы печени звук глуше, чем на левой, с характером тимпанического тона; на левой стороне звук нормальный. Аускультация: на левой стороне везику-

лярное дыхание, на правой – сбоку крепитирующие хрипы, неопределенное дыхание, сзади крепитации меньше и слышно бронхиальное дыхание. 28-го больной спал 3 часа, его слабило, носом вытекло $\frac{1}{2}$ столовой ложки крови. Мокроты больше, она менее вязка, крепитации меньше, вместо неопределенного сбоку выслушивается бронхиальное дыхание.

Объективное исследование. Пульс около 80, правильный по ритму, наполнение артерий ниже нормы, то есть слабее нормального. Дыхание поверхностное. При перкуссии груди спереди звук нормальный, сзади же на правой стороне у нижнего угла лопатки звук на протяжении двух или трех плевисметров в поперечнике глуше и выше, чем на левой, сбоку этой разницы почти не заметно. Аускультация: на левой стороне нормальное дыхание. На правой, там, где звук ясен, шум нормальный. В пространстве же глухого звука слышны необильные субкрепитирующие хрипы. Эти хрипы – крупные крепитации – происходят в небольших бронхах, стенки которых, склеиваясь при выдыхании, при вдыхании могут отделяться друг от друга с звучным шумом. Сбоку слышен звук трения плевры. Область глухого звука селезенки увеличена.

Диагностика – легка. Человек был здоров, сидел у окна, ночью появился озноб, затем жар, нынче температура критически упала почти на 3° , затрудненное дыхание, боль в боку, кашель с вязкой, клейкой, кровянистой и трудно отхаркиваемой мокротой, глухой звук при перкуссии, неопределенный шум, крепитирующие хрипы – все это несомненно говорит, что мы имеем здесь одну болезнь, которая локализовалась в легком, и лихорадку нужно отнести к этой болезни. Увеличение селезенки следует приписать бывшему интермиттенту. За острое поражение легкого, а не плевры, говорит здесь то обстоятельство, что при *pleuritis*, хотя и получают глухой звук при перкуссии, тем не менее никогда не бывают слышны хрипы, кроме того, дыхательные шумы или совершенно не слышны, или слышны чрезвычайно слабо. Какая же это болезнь легкого? Не туберкулез ли? У молодого человека, начинающего кашлять кровью, надо иметь это в виду, потому что туберкулез по большей части избирает эти годы, но этому диагнозу противоречат анамнестические данные. Родители, родственники вполне здоровые люди, место хрипов не характерно для туберкулеза и, наоборот, характерно для крупозной пневмонии. Острота случая не говорит за *pneumonia chronica*. Симптомы же крупозной пневмонии ясно выражены.

Исходы и осложнения крупозной пневмонии

Исходы крупозной пневмонии могут быть следующие. Образование абсцесса – это один из редких исходов ее, она теряет тогда свое циклическое течение, кризиса не бывает дней 15–16. Температура повышается, лихорадка очень сильна, пораженный фокус увеличивается. В данном случае всех этих явлений нет. За еще более редкий исход в гангрену также ничего не говорит: нет ни коллапса, ни гнилостной мокроты, и появляется он обыкновенно у людей истощенных. Что же касается перехода крупозной пневмонии в хронический процесс, то наблюдали случаи, когда из острой пневмонии, упорно державшейся, протекала хроническая чахотка. В данном случае, понятно, ничего положительного об этом сказать нельзя. Самый частый исход – разрешение. Мокрота становится обильнее и жиже, в ней встречаются форменные элементы желтоватого цвета, она легко выводится, все явления стихают, температура падает. У нас все явления говорят за разрешение, однако после критического падения температуры 29-го числа утром к вечеру она снова повысилась, значит, возможно предположить какие-нибудь осложнения данной болезни. Какие бывают здесь осложнения? Крупозная пневмония может принять ползучее течение – *pneumonia*

serpens. По большей части пневмония начинается в нижней доле, особенно правого легкого, но процесс, начавшись с нижней доли, иногда может переходить на соседние отделы, причем лихорадка, падая каждый раз при разрешении одного фокуса, возвышается при поражении другого отдела легкого. Таким образом пневмония иногда проходит не только по всему легкому, но перекидывается с одного легкого на другое. Исход этот маловероятен в данном случае: температура поднялась, и никакого другого фокуса при тщательном исследовании не заметно. Кроме того, пневмония может осложниться плевритом. Существование экссудативного плеврита исключает то обстоятельство, что хрипы и другие аускультативные явления слышны чрезвычайно ясно. Что же касается до сухого плеврита, то присутствие его не опасно, он почти всегда сопровождает пневмонию, потому что при воспалении легкого образуются часто неровности на плевре, а иногда даже сращения. Об этом знали уже древние врачи и называли это *pleuropneumonia*. Наконец, *pleuritis exsudativa* может перейти в плеврит с гнойным экссудатом – *pleuritis suppurativa*, тогда бывает упорная лихорадка. Судя по сегодняшнему состоянию больного, хотя это и не невозможно, но также маловероятно. Только с прекращением лихорадки можно исключить возможность присутствия плеврита. Во всяком случае, теперь нельзя исключить из прогностики элемента серьезности.

Pneumonia siccosa имеет циклическое течение подобно тифу, и поэтому ее считают не за местное страдание легкого, а большинство предполагает, что она зависит от заразы и сказывается в поражении легкого подобно тому, как брюшной тиф – в поражении кишок. Если бы заболевание произошло не от особенного возбудителя, то больной получил бы только плеврит. В данном случае простуда играла такую же роль, как при заболевании тифом, – агенты, способствующие более легкому восприятию contagia: сильное душевное волнение, усталость, неосторожная диета, простуда. Эта болезнь представляет опасность ввиду высокой температуры: сердце сокращается чаще, если высокая температура держится долго, оно сокращается чаще и слабее; значительная часть легкого не действует, и под конец сердце может совершенно перестать сокращаться в силу паренхиматозных изменений.

Терапия. *Specificum* против этой болезни нет. Здесь лечение должно быть симптоматическим, как и в тифе, и в других подобных болезнях. При крупозной пневмонии лечение должно быть главным образом направлено против лихорадки, стесненного дыхания и кашля.

Средства. *Каломель*. Хотя это средство в литературе обыкновенно ставится на задний план, тем не менее это одно из лучших жаропонижающих средств, и часто от него не только падает температура, но иногда и совершенно удается прекратить болезнь, хотя, правда, наблюдали случаи, где *pneumonia siccosa* проходила сама собой. Каломель следует давать не иначе, как в первое время болезни, на 3–4-й день, редко на 5-й, никогда на 6–7-й, потому что он сильно ослабляет. Индикации: высокая температура, запор – больного послабит, диафрагма понизится, дыхание будет легче, температура падает – сердцу легче. Контриндикации: понос, отчасти люди истощенные, пьяницы, обессиленные неправильным лечением (слабительными, кровопусканиями, пиявками и т.п.). Его редко следует давать второй раз. Прописывают каломель так:

Rp.: Calomeli sive Hydrarg. chlorat. mite livigatum gr j
Sachari albi gr v.

M.f. pulv. D.t.d. N6. По одному грану каждый час, после шести приемов через каждые 2 часа.

Всего дается 8–10 гран, если больного не слабит, спустя 2 часа после последнего приема, ложку *Ol. ricini*. Поражения рта от ртути никогда не бывает, если от этого назначают полоскание по следующему рецепту:

Rp.: Kalii oxymuriatici ʒij
Aq. distil. ʒvj
M.D.S.

Таким образом дается каломель и при роже, тифе и других горячечных болезнях, когда температура высока, запор, язык обложен, боли под ложечкой.

Хинин. Дается там, где нельзя давать каломеля, если только нет противопоказаний со стороны желудка, при высокой температуре, особенно на 6–7-й день болезни, когда прием каломеля недостаточно понизил температуру, непременно только двое суток спустя после последнего приема каломеля. Хинин назначается в больших приемах, по 20–30 гран в сутки, не боясь признаков хинного отравления: шума в ушах, болей в голове и т.п. Обыкновенно приписывается 10–15 гран на прием, через полчаса или час другой такой же прием. При febris intermittens следует, наоборот, давать малые приемы.

Лечение холодной водой, хотя и практикуется при крупозной пневмонии и переносится довольно сносно больными, тем не менее не производит такого резкого действия, как при тифе. Оно, правда, понижает температуру, но в силу того, что при пневмонии затруднено дыхание и стеснено сердце, лучше прибегать к каломелю и хинину.

Digitalis рекомендован Траубе как хорошо действующее на сердце, отвлекающее кровь из легких и понижающее этим температуру. Но здесь digitalis не имеет того широкого применения, как при болезнях сердца, где он дается при частом пульсе, здесь его следует давать, когда сердце здорово, пульс не слаб и не част. После него бывает небольшой collapsus, не представляющий опасности.

Вератрин употребляется так же, как и digitalis, коллапс, производимый вератрином, однако, более опасен.

Главной индикацией к **кровопусканию** считается расстройство в малом круге кровообращения, при отеках в начале болезни, у крепких больных, когда больной задыхается, отделяемая мокрота пениста, кровяниста. В конце же болезни никогда не следует пускать кровь, а нужно прибегать к мушке, вину и сенеге как отхаркивающему. Банка с насечками предпочтительнее пиявок.

Для разрешения остающегося иногда фокуса нельзя рекомендовать помазывание йодной настойкой, потому что действие йода в данном случае не приносит пользы, а всасываясь в этом виде, он вредит питанию. Гораздо лучше в этих случаях ставить мушку, прописывая ее следующим образом:

Rp.: Vesicatorii ordinarii magnitudine designata consperge pulvere cantharidum et camphora aa
adde marginem ex emplastro addhaesivo.

D.S. мушка,

так как камфора кроме успокоительного действия на половые органы сделает менее болезненным нарывание мушки. Для успокоения грудных болей следует назначить опий,

Примечание.

Запись этой лекции содержится в рукописи 1884 года (с. 7–23, на с. 20 имеется температурный лист).

В рукописи озаглавлено «Pneumonia cruposa».

Вератрин – препарат на основе алкалоидов, получаемых из семян сабадиллы (*Schoenocaulon officinale*), токсичен.

Испанская мушка (*Lytta vesicatoria*) – насекомое, содержит кантаридин, обладающий очень сильным раздражающим действием. С древних времен использовалась в качестве афродизиака.

Сенег (*Polygala senega*) – многолетнее травянистое растение, корень которого используется для изготовления отхаркивающих средств.

Доверов порошок (*Pulvis Doveri*) изобретен в 1734 году английским врачом Томасом Довером. В его состав входят 1 часть опия, 1 часть ипекакуаны, 8 частей сульфата калия (согласно Фармакопее) или молочного сахара; применялся в основном при кашле и поносах.

Случай 6

Главные жалобы. Больная жалуется на одышку и кашель. Условия жизни. Больной 22 года, зиму она проводит в Москве, летом же живет на даче. Помещение занимает в третьем этаже каменного дома, просторное, но сырое, отхожее место холодное. Стол всегда мясной. Последние 5–6 месяцев выпивает ежедневно одну рюмку водки, пьет

как средство, понижающее рефлекс, против кашля также опий в виде доверова порошка, когда хрипы не обильны.

Вино – как поддерживающее деятельность сердца. Обыкновенно назначают портвейн, как самое крепкое из вин, потому что оно содержит до 30%, обыкновенное столовое вино – 8–12%, херес и мадера – до 20%.

Терапия и течение данного случая. До поступления в клинику больного не слабило 2½ суток, дома он, кроме pulv. Doveri и по 4 ложки портвейна в сутки, ничего не получал. В клинике ему также был назначен портвейн. 27-го числа ему был дан каломель и, после того как он не оказал слабительного действия через 3 часа, – ложка касторового масла. Его прослабило 3 раза в достаточном количестве темной, жидкой, неводянистой кашицей, понос остановился затем сам по себе, и не было необходимости прибегать к опию. Кроме того, больной бок был завязан фланелью, причем предварительно он был натерт маслом и хлороформом. Терапия 29 сентября. Больной потеет, но это – индивидуальная особенность, следовательно, против этого незначем предпринимать лечения; точно так же можно переждать и [с] лечением лихорадки ввиду падения температуры, так как одна лихорадочная моча не есть индикация. Главная забота должна быть обращена на лечение кашля, потому что при кашле происходит усиленное раздражение легкого, отчего и бок болит, и дыхание затруднено. Против кашля опий в виде pulv. Doveri по 2 порошка по 5 гран в день. То, что мокрота не будет выделяться, нельзя здесь считать контриндикацией, так как хрипы необильны и на ограниченном пространстве. Умеренная легкая пища и вино.

Status praesens до 30 сентября. Боли в груди уменьшились, больной может вздохнуть вдвое-втрое глубже вчерашнего, кашель невелик, но мучителен, мокроты мало, она жиже, в ней форменные элементы. Больной спал 10 часов.

Терапия. Повышение температуры должно быть приписано перенесению больного в аудиторию и нервному возбуждению ввиду ремиттирующего характера лихорадки – хинин в малой дозе (*Chininum muraticum gr jii* 2 порошка). Для облегчения выведения мокроты сельтерскую или селезскую воду с молоком.

Status praesens 6 ноября. Больного крепит. Грудь в превосходном состоянии, кашля нет, сон хорош, при объективном исследовании на месте, прикрытом углом лопатки, при отведении ее слышны хрипы.

Терапия. Запор пройдет сам собой, больной склонен к запору, делает мало движений, диета однообразна, ему ставят через день клистиры. Понижение температуры ниже нормы в зависимости от питания – против этого вино. Что касается до оставшихся материальных изменений без боли и кашля, то они чаще всего проходят бесследно, если же через 2 дня не будет резкой разницы, то нужно будет поставить мушку. Мушка была поставлена 8 ноября.

горячий кофе и иногда горячую воду вместо чая, который не пьет лет 5. В баню больная ходит раз в 2 месяца, купалась до последнего лета редко, летом же нынешнего года купалась в продолжение месяца, после купания чувствовала себя хуже, чем перед ним. Занимается часов 6 в день вязанием и по хозяйству. Что касается грудных органов, то больная в этом отношении осторожна: не поет, вслух не

читает, изредка только ведет громкие разговоры, на свежем воздухе бывает 3–4 раза в неделю от 1½ до 2 часов. По временам танцует.

Status praesens. *Органы пищеварения и мочеполовые органы* не представляют ничего ненормального. Моча бледная. *Органы дыхания и кровообращения.* Насморка теперь нет, но больная ему подвержена. Свободного дыхания у больной никогда не бывает, в самом лучшем состоянии, которое продолжается ничтожное время, она может взойти без одышки ступеней на 15, дней же, в которые не бывает вовсе кашля, не выдается совсем. Кашель силен, с мокротой, выделяющейся с трудом; этой последней много, небольшая часть ее состоит из слюны, разделяется на 3 слоя, из которых верхний, пенистый, составляет слюна, средний состоит из мокроты слизисто-гноной, богатой форменными элементами, нижний же – прозрачный, стекловидный, легко меняющий место при движении плевательницы, совершенно лишен форменных элементов. Количество мокроты непостоянно, крови в ней теперь нет. Боль в груди ощущается только на правой ключице и под грудной остью, последняя – при кашле. Лихорадки нет. *Нервная система.* Больная спит в полусидячем положении часов 5 в сутки, часто просыпается вследствие приступов кашля. Три года тому назад появились припадки истерии, они повторяются раза 3 в год. В последнее время больная стала раздражительна. Питание упало.

Объективное исследование. Грудная клетка расширена так, что представляет вид бочонка, особенно же увеличен переднезадний диаметр ее, надключичные пространства выполнены, что особенно резко наблюдается при кашле. Шея толста, становится толще при кашле, она немного толще на правой стороне около щитовидной железы, под нижней половиной грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Движения грудной клетки при дыхании весьма ограничены. При перкуссии всюду получается ясный звук, в стороне печени он опускается ниже нормального, диафрагма стоит ниже пальца на 2. При выслушивании всюду слышатся ослабленные дыхательные шумы, а в середине и нижнем отрезке легкого – сухие и влажные хрипы, количество которых увеличивается при кашле. Пульс около 84, хорошо наполненный, толчок сердца не заходит за мамиллярную линию. Область сердечного притупления не уменьшена, она, может быть, даже увеличена, ибо правая граница глухого звука нормальная, влево же глухой звук сердца доходит до соска. При выслушивании у верхушки сердца слышен шум с первым временем, второй тон на легочной артерии усилен, во всех других местах для выслушивания – чистые тоны.

Анемнез. Больная родилась от здоровых родителей. На 3-м году от роду хворала корью, на 8-м году – золотухой, на 10-м перенесла горячку. Регулы пришли на 15-м году. Настоящая болезнь началась на 7-м году простудой, после которой больная начала хрипеть, появилось затрудненное дыхание. Это болезненное состояние в 2 месяца раз ухудшалось: появился кашель, сначала сухой, потом с мокротой в количестве 1½–2 стаканов в сутки, такое состояние продолжалось суток 2, и в продолжение этого обострения выдавались такие промежутки времени, минут в 5, в течение которых у больной появилось крайне затрудненное редкое дыхание, причем концы пальцев рук и губы синели, лицо делалось красным, конечности холодели, и на лбу при попытке вздохнуть выступал пот. Эти приступы крайне затрудненного дыхания быстро наступали и так же быстро исчезали. Со времени появления регул эти обострения появлялись чаще, через 1½–2 недели, и становились все сильнее и сильнее. Кровохарканье было прежде изредка по одному окрашенному в розовый цвет плевку; за последний год раза 4 по несколько плевков. За 4 дня до поступления в клинику было два плевака жилами крови. 6 ноября 1875 года больная поступила в клинику, где диагностиро-

вали catarrhus bronchialis и эмфизему. Терапия состояла в том, что больная вдыхала стуженный воздух и выдыхала в разреженный, пила силезскую воду с молоком и принимала pulv. Doveri. 23 ноября 1875 года больная облегченная вышла из клиники, после чего в течение целого года у нее оставался только небольшой кашель. Но затем снова начали появляться обострения, они постепенно учащались, усиливаясь зимой и ослабевая летом. В нынешнее лето они появлялись раза 3 в месяц, а в сентябре повторялись через каждые 5–7 суток. Последний приступ был 20 октября и продолжался 2 суток. Характер этих обострений болезни качественно остался тот же, только выделение мокроты увеличилось до 4 стаканов в сутки. При начале приступа одышка усиливается, а по окончании на некоторое время уменьшается. Дома больная продолжала лечение воздухом при помощи переносного аппарата и по временам обращалась к силезской воде; так она пила ее за 1½ года до настоящего поступления в клинику и видела успех: кашель был меньше, мокрота выделялась легче. К силезской же воде прибегала больная за 2 недели до поступления в клинику, пила ее по ¼ стакана ежедневно, но, вероятно, вследствие несоблюдения гигиены пользы не было. При объективном исследовании, произведенном при поступлении больной в клинику, найдено было то же, что и при объективном исследовании, которое произвел профессор Захарьин, только при выслушивании сердца шум с первым временем у верхушки не был замечен.

Распознавание. Органы пищеварения и urogenitalia не представляют никаких патологических отклонений, бледная моча свойственна людям с упавшим питанием. Органы дыхания. Бочковидная грудная клетка, чрезмерное увеличение переднезаднего диаметра и малая подвижность при вдыхании и выдыхании, выполненные надключичные пространства, одышка, распространение ясного звука легкого ниже нормы, покрытие легким печени и оттеснение ими вниз диафрагмы – все это указывает на то, что больная страдает эмфиземой. Выполнение надключичных пространств и еще большее выпячивание их при кашле объясняются тем, что больная сильно кашляет, при этом сокращаются гипертрофированные вследствие усиленной работы мышцы груди и брюшного пресса. Мышцы эти, способствующие выдыханию, при кашле своим энергичным сокращением гонят воздух из нижних отделов легкого по бронхам в трахею, и так как гортань иногда бывает опущена, бронхи несвободны, то воздух отсюда устремляется в верхние доли легкого и расширяет их. По существованию хрипов в нижних отрезках легкого и по тому, что больная не может спать лежа, также и по нижнему прозрачному, меняющему место при движении плевательницы слою мокроты, лишенному форменных элементов, мы заключаем, что у больной есть отек легкого. Но кроме отечных хрипов в нижнем отрезке легкого слышатся еще хрипы и в средней его части, в плевательнице есть слой слизисто-гноной мокроты, богатой форменными элементами, которая свойственна бронхиальному катару, для него характерно также и место пребывания хрипов, ибо при воспалительном процессе в паренхиме, особенно в начале его, хрипы слышатся по большей части в верхушке легкого. Но нет ли указания на воспалительный процесс в паренхиме в жилах крови, время от времени появляющихся в мокроте? На этот вопрос должно ответить отрицательно, ибо нет лихорадки, температура не повышена, язык не обложен, аппетит хорош, нет увеличения жажды, нет красной мочи. Слабый дыхательный шум зависит от затрудненного движения воздуха по воздушным путям, от той же причины зависит и малое количество хрипов при вдохе, увеличивающееся при кашле. Итак, в дыхательных органах мы диагностируем эмфизему, отек легких и бронхиальный катар, этот последний по временам обостряется, обострения продолжаются суток двое, характеризуясь усилением кашля

и одышки и увеличением количества мокроты. Но кроме всего этого больная страдает еще припадками бронхиальной астмы нервного происхождения, это именно те иногда во время обострения повторяющиеся приступы крайне затрудненного дыхания, когда у больной выступает на лбу пот; что эти припадки нервного происхождения, указывается их быстрым наступлением и таким же быстрым исчезновением. А что астма бронхиальная, за это говорит то, что дыхание при ней становится редким, последнее обусловливается затрудненным прохождением воздуха вследствие судорожного сокращения бронхов. Итак, эмфизема бесспорная, печень покрыта легким, диафрагма оттеснена книзу. Легкое должно было бы покрыть также более нормального и сердце, а меж тем область сердечного притупления не только не уменьшена, но даже увеличена. Чтобы решить вопрос, отчего это происходит, следовало бы исследовать подвижность краев легкого в предположении, что у больной произошло приращение их вследствие *pleuritis sicca*. Для выполнения этого исследования надо, заставляя больную вдыхать и выдыхать воздух, перкутировать у края легкого, но ввиду того, что больная не жаловалась на боль, характеризующую плеврит, этого исследования сделано не было. У нее нет и перикардита, ибо нет шума трения перикарда. Нет органического порока сердца, ибо шум с первым временем у верхушки, заставляющий предполагать о поражении *valvulae mitralis*, есть функциональный: слышится не всегда с одинаковой ясностью, иногда ослабевает, во временах же исчезает вовсе, да нет и гипертрофии левого желудочка, неминуемо сопровождающей подобный *vitium cordis*, ибо пульс слабо наполнен и толчок сердца не усилен. То обстоятельство, что область сердечного притупления не уменьшена, объясняется гипертрофией правого желудочка. При эмфиземе атрофируется легочная ткань, стенки альвеол уничтожаются, так что альвеолы сливаются, увеличиваются, вместе со стенками альвеол погибают и кровеносные сосуды, заложенные в них; вследствие исчезновения части сосудов легочной ткани правому желудочку нужно употреблять больше усилия, чтобы прогнать кровь по оставшимся кровеносным путям. Отсюда понятна гипертрофия правого сердца, понятны также усиление второго тона в легочной артерии и отек легкого. Вместе с этим вследствие затрудненного протока крови по легкому левое предсердие, а следовательно, и левый желудочек, получают ее в меньшем против нормы количестве – этим объясняется слабое наполнение пульса. Но если гипертрофировано правое сердце, то чем объяснить нормальность правой границы области глухого звука его? Это может зависеть, не говоря уже о весьма часто встречающейся аномалии в строении легкого, еще и от того, что эмфизема более распространена на правой стороне и, следовательно, эмфизематозно расширенное легкое покрыло гипертрофированное правое сердце. За гипертрофию же этого последнего говорит сверх всего уже сказанного еще и то, что нет расстройств в большом круге кровообращения: ноги не отекают, печень не увеличена. Припухлость правой части щитовидной железы зависит, быть может, от прежде бывшего здесь воспаления, скорее же здесь припухлость вследствие затрудненного оттока крови, обусловливаемого эмфиземой. Лихорадки нет. Нервная система. Плохой сон происходит в данном случае от одышки и отека легкого. Питание упало не в сильной степени – худой больную назвать нельзя.

Прогноз. Смерть больной не грозит, но у нее гипертрофия правого желудочка; за гипертрофией следует атрофия, жировое перерождение. Она нажила уже расстройство компенсации в малом круге кровообращения, расстройств в большом круге пока нет, но больная пережила уже лучшую пору жизни, далее, вероятно, дело разрушения пойдет быстрее, особенно при присоединении каких-либо других болезней и огорчений.

Терапия. При поступлении в клинику больная задыхалась, сильно кашляла, в груди слышалась масса влажных хрипов, и мокроты выделялось мало. Пульс был слабый и частый, 96 ударов в минуту, внизу легкого – отечные хрипы. Представлялся вопрос: на что действовать – на сердце или на дыхательные пути? В подобных случаях нужно действовать прежде на дыхательные пути. Если начать действовать на сердце и дать больной вина и *digitalis*, то отек уменьшится, но так как бронхи заложены мокротой, чем затруднено прохождение воздуха, то *digitalis* подействует плохо. У больной преобладали дыхательные явления, скопилась масса мокроты, больная кашляла, но мокроты вывести не могла; тут, кстати сказать, было бы со стороны врача страшной ошибкой дать *pulvis Doveri* или вообще успокоительные – опий, белладонну и т.п. *Pulvis Doveri* дается в том случае, когда хрипы слышатся на небольшом пространстве, а кашель между тем сильный, но когда в груди масса хрипов, то, давши доверов порошок, можно довести больного до безнадёжного состояния. В данном случае мы прибегли к сенеге, которая по своему действию стоит выше ипекакуаны, не производит тошноты, не может повести за собой понос; действие же ее быстро, и потому в случаях спешных она предпочитается ипекакуане. Итак, больной дали сенегу.

Rp.: Infus. Senegae ex зjj – зvj

[М.] D.S. Принимать через час по столовой ложке.

Одновременно вино, так как пульс был слаб. Пульс сделался полнее и реже, между тем как вино у здорового человека учащает пульс. Здесь же явление это объясняется тем, что вследствие действия сенеге, как помогающей выведению мокроты, дыхание сделалось более свободным, вместе с тем облегчилось и кровообращение: правый желудочек получил возможность правильно опорожняться, что повлекло за собой более правильный пульс и уменьшение отека легкого, так что после второй склянки сенеге больная могла спать лежа. Нужно ли давать *digitalis*, который помогает только при гипертрофии? Здесь гипертрофия бесспорная, ибо нет расстройства компенсации в большом круге кровообращения, но надобности в *digitalis* пока не видится, будем продолжать сенегу, если появится опять учащение пульса, то тогда прибегнем к *digitalis*. Это лечение припадочное. Для того же, чтобы вести общее лечение, прежде всего следует обратить внимание на гигиену. Но о гигиене много распространяться не будем, самое лучшее – посылать таких больных на юг, им это приносит гораздо больше пользы, чем чахоточным. Такую перемену климата следует посоветовать и нашей больной, нужно также обратить внимание на то, что помещение в 3-м этаже, притом сырое, весьма вредно действует на здоровье. Купание было со стороны больной безумием. Купание – это тоже лечение холодной водой, оно укрепляет нервную систему и уменьшает предрасположение к простуде. У нашей же больной нервы не требуют лечения, что же касается до простудливости, то здесь надо строго различать предрасположение к простуде от существующей уже налицо простудной болезни. Купание может уменьшить предрасположение, например, к катару бронхов, но если катар бронхов налицо, то купанием его можно только ухудшить. Больной же нашей в высшей степени вредно купание еще и потому, что у нее гипертрофия сердца, от действия же холодной воды сосуды кожи сокращаются, кровь приливает к внутренним органам – этим еще более затрудняется кровообращение. Нет поэтому ничего удивительного в том, что больная шла купаться довольно легко, из купальни возвращалась через силу. Следует запретить танцы и разговоры на свежем воздухе.

Лечение сжатым воздухом введено уже давно. Наилучшим аппаратом считается аппарат Вальденбурга, который усовершенствовал профессор Кремянский. Всего более пользы лечение сжатым воздухом приносит при экссудативном плеврите, когда экссудат всасывается, а легкое

остаётся сжатым. Обыкновенно при плеврите для уменьшения лихорадки назначается хинин, для более успешного всасывания экссудата – банки и мушки, а для расширения легкого – вдыхание сжатого воздуха. Это же лечение практикуется при бронхиальном катаре, при нем бывает обильное отделение слизи, стенки бронхов поражены, сосуды их расширены; для уменьшения отделения слизи нужно сжать сосуды, что и достигается сжатым воздухом. При эмфиземе сжатие сосудов невыгодно, потому при бронхиальном катаре, сопровождаемом эмфиземой, прибегают попеременно то к сжато, то к разреженному, заставляя больного вдыхать сгущенный воздух, а выдыхать разреженный.

Течение. Поступила 27 октября, представляя явления сильной одышки, сильного кашля, не выводя мокроты,

масса хрипов в средней и нижней долях легкого, пульс 96 в минуту. Назначили *infusum senegae* зjj-зvj через 1 час по ложке и 1 ложку вина. Отошла мокрота, хрипов стало меньше, отек значительно уменьшился, больная спала лежа часов 6, тогда как прежде часов 5 в сидячем положении. 29 октября мокрота выводится легко, хотя ее и немного, но средний слой ее, богатый форменными элементами, теперь в 2–3 раза больше, чем прежде. Хрипов влажных и сухих весьма мало; отек легкого исчез совершенно. Сенегу стали давать по ложке через 2 часа. 30 октября сенегу перенесла хорошо, нет ни рвоты, ни поноса, пульс около 74, правильный по ритму, хорошего наполнения; мокроты столько же, как и вчера, выведение ее легко, хрипов меньше, дыхательные шумы ясные.

Примечание.

Запись этой лекции содержится в рукописи 1884 года (с. 51–68). В рукописи озаглавлена «*Catarrhus bronchialis et emphysema*».

Луи Вальденбург (1837–1880) – профессор Берлинского университета, директор клиники Шарите. Значительно усовершенствовал метод лечения сжатым и разреженным воздухом (*Die pneumatische Behandlung der Respirations- und Circulationskrankheiten*, Berlin, 1875). Предложенный им аппарат представлял собой два цилиндра высотой около метра и диаметром около 30 см, нижний, с открытым верхом, частично заполнялся водой, а верхний, без дна, погружался в нижний и при помощи системы грузов мог подниматься и опускаться, соответственно понижая и повышая давление воздуха внутри него. Трубка в крышке верхнего цилиндра присоединялась к маске, закрывающей рот и нос пациента.

Яков Семенович Кремянский (1839–1907) – профессор Харьковского университета. Интересно, что свое сообщение об усовершенствовании аппарата для пневмотерапии профессор Кремянский сделал раньше (10 апреля 1874 года), чем вышла монография Вальденбурга.

Случай 7

Status praesens. Больной 22 года. Павловский Посад. Об-раз жизни: нет постоянного места жительства. Ездит в Украину. Кашляет (бронхит), часто подвергается пыли. NB! В Харькове пыли очень много. Занятия: пакует товар, подвергается разному переменному климату. Баня 1 раз в неделю (жаркая). Мало потлив. Не курит. Пьет много горячего чая, воды не пьет, также вина. Посты соблюдает. Стол 2 раза в неделю. Два месяца отдыхает в Павловск[ом Посаде]. Мать и отец здоровы. Первый сын (первенец). Коклюш был. Наклонность к кашлю. С 10 лет стали появляться одышки по ночам, которые стали учащаться. Летом припадки реже, в холодную, сырую погоду чаще. Лечение – минеральные воды, сжатый воздух, хлоралгидрат, бром (про-ку не было), гигиена. Диета в клинике: 4–5 стаканов чая (не сладкого) – единственное нервное средство у нашего больного (вина пульс не требует), 1 стакан смеси Селезской (Оберзальцбрунн) воды и молока (поровну). Обед и ужин: мясной суп, мясо, котлета, белый хлеб. Дома диспепсии не было.

Объективное исследование. Органы пищеварения и мочеполовые органы. Язык здоров. Печень и селезенка здоро-вы. Почки нечувствительны, моча бледнее нормального. На низ ежедневно 1 раз, достаточно. Болей в животе нет. NB! Запор будет, если есть много хлеба, не выходя на воз-дух. Органы дыхания и кровообращения. Грудь не болит, бывает под ребрами после припадка мышечная боль от усиленных напряжений диафрагмы. Дыхание после кашля чаще, одышки постоянной нет. Боли сердца нет, пульс 72–80, правильный по ритму, наполнения хорошего. [Пер-куторный] звук над грудиной ясный. Кровохарканья нет. Насморки бывают, нос всегда закладывает – и сильно – пе-ред приступами. Сморкается мало, иногда заложит весьма сильно – ничего не идет. Отделяемое слизистое (муцин), форменных элементов мало (иначе отделяемое было бы желтое). Глотать не больно. Не отхаркивает. Голос доволь-но чист (всегда такой). Кашель небольшой, больше утром, в сутки отхаркивает 1–2 плевка зеленоватой мокроты. Бацилл не найдено, а также специфических элементов. NB! Куршмановы спирали и кристаллы Шарко–Лейдена состоят, по-видимому, из белкового вещества и находятся в мокроте катаральной, соединенной с астмой, но иногда кристаллы находятся в мокроте катаральной без астмы. Су-

хие свистящие хрипы на обеих сторонах, и сзади, и спереди (преимущественно спереди) – бронхит. Гортань нормаль-на (судим по голосу). В задней носовой полости опухлость *bursae pharyngealis* (хронический катар носовой полости). Гиперплазия нижней стороны левой раковины, там же полипозные разрастания, они нечувствительны, некро-точивы и не вызывали никаких рефлексов. Не лихорадит, температура 36–37°C. Нервная система. Сон хороший, если нет припадков. Не весел. Головных болей, головокружений нет. Анестезий, судорог нет, рефлексы существуют. Выно-слив, много думает о своей болезни.

Припадок был в воскресенье, 28 ноября, средний. Силь-ных припадков не было с год. В субботу к вечеру больной нехорошо [себя] почувствовал: насморк, завалило дыха-ние, зноба не чувствовал, жар был, во рту не сохло, жажды не было, аппетит меньше. Ночью выступил небольшой пот – несомненно, лихорадочное состояние. Часов в 5 утра было все хуже. Всю ночь напролет не спал. В 9 [часов утра] началось. Днем спал сидя (не лежа), нагнувшись вперед. В груди хрипело и свистело. Редкое дыхание. Кашля, мо-кроты во время припадка нет. Но после в течение 2 часов вышло мокроты рюмки две, мокрота беловатая. В воскре-сенье жара, зноба и пота не было, ел мало. В 10 часов в вос-кресенье опять прихватило, но легче, мог спать и пройти (в субботу пройти не мог), по окончании вышло тоже не-много мокроты. В воскресенье принял 2 порошка морфина. В понедельник днем чувствовал [себя] хорошо, и вечером ничего не было. Спал очень хорошо.

Распознавание. Сэ рассматривает астму как функцио-нальное расстройство продолговатого мозга – изменение возбудимости. Прежде полагали, что астма может быть при здоровых легких и зависит от спазма бронх[иальных] жел[ез], теперь это оставлено. Смотрели как на чисто нерв-ный припадок, и действительно, иногда припадок про-исходит у совершенно здоровых людей: не кашляет, хотя при подробном расспросе оказалось, что он [кашель] есть, и выделение [мокроты] очень мало. Характер: дыхание резкое, выдыхание затруднено. Диафрагма стоит низко. Главную роль играет диафрагма. На нос прежде обращали мало внимания, иногда все здорово, а кашель происходит от болезни носа и т.д. Иногда астма бывает только при страданиях носа. Разного вида бывают астмы: об одной [бронхиальной] сказано. *Asthma laryngea* – спазм глотки.

Больной сидит и вдруг хватается за глотку, произносит звук. Бывает при катаре, у нервных. Случается, среди разговора дыхание прерывается. Межреберные промежутки и под ложечкой сильно втянуто. При бронхиальной астме разговор не прерывается, под ложечкой выпячено. *Asthma cardiale* (тахикардия в чистом виде). Не бывает более в груди, нередко сначала чувствуется биение сердца, но нередко сразу удушье, в дыхании ничего ненормального, пульс 200. Сердечная астма очень редко бывает без пороков сердца. Астма при уремических явлениях. Сэ все эти астмы называют псевдоастма. *Dyspnoë* – одышка, *asthma* – [удушье].

Прогностика. Зависит от чего? Грозные признаки – продолжительность, катары и привычка к удушьям. NB! Нервные астмы иногда легко проходят при перемене места. Хорошо то, что не были изведаны [1 слово неразборчиво] средства: например, гигиена совсем игнорировалась.

Терапия припадков. Бром – главная индикация, сон плохой, беспорядок в половой сфере. У нашего больного лучше хлоралгидрат.

Rp.: *Chlorali hydratis* ʒj

Aquae distillatae ʒv

Mucilago gummi arabici ʒj

M.D.S. Столовая ложка pro dosi.

Слизь прибавляется потому, что хлоралгидрат сам по себе жжет. NB! С хлоралгидратом осторожно – действует на сердце. Кокаин (5%) – может быть, что, действуя на нас, мы предотвращаем припадок. Морфин. Кокаин приятнее морфина. Прием морфина ¼ грана в порошок. К морфину прибегают после того, как кокаин не действует.

Гигиена. Запрет на бани, теплое питье. Осторожность разговора на воздухе, зимой – особенно: молчать на воздухе. Лечение катара носа, бр[онхов] и т.д. Эмс хорош и Оберзальцбрунн (без молока, ибо они так действуют сильнее). NB! Нашему больному идет Оберзальцбрунн с молоком – тош, 1 стакан утром, 1 – на ночь. Одновременно лечение

сжатым воздухом, вдыхание его (по одному цилиндру 2 раза в день, тяжесть 6 фунтов, температура 15°C). Нос прополаскивать раствором соли, соды (с прибавкой буры), карболовой кислоты. Острое страдание сразу вылечивается, хроническое – нет, посему при употреблении вод – перемержка.

От сенегги мокрота выделялась и кашель был силен, от ипекакуаны мокроты больше, кашель легче. Неделью или 10 дней давать – дурная манера: больной привыкает, и кроме того расстраивается пищеварение. Астму можно смешать с усилением бронхита. Кашля нет, мало мокроты, быстрота наступления – припадок астмы. При менструации астма учащается. Радикальное лечение – лечение носа (удаление полипов).

Лечение бронхита. 1. Отхаркивающие и, если чуть дело наступает грозно, – мушки (целительное средство!). Отек легкого – сенегга, Эмс, Зальцбрунн. Для чахоточного с кровохарканьем Эмс вреден. Беда для сердца от Эмса: он быстро всасывается, переполняется венозная система. Больным с отеком, с расстройством пищеварения [в качестве] слабительных Мариенбад (подогретый). 2. Вещества бальзамические (опыт показал, что они влияют на катар): перуанский бальзам, *Oleum terebenthinae*. Когда мокрота обильна, нельзя давать воды. Тут бальзамические средства полезны и в виде вдыханий, и внутрь (в каплях). Одни переносят ингаляции, другие – нет. 3. Лечение сжатым воздухом. Аппарат Вальденбурга употребляется при: а) бронхите; б) эмфиземе; в) плевритическом экссудате (в особенности). При эмфиземе – выдыхание в разряженный воздух. Факт – не спорный успех. Гораздо лучше переносят вдыхание сжатого воздуха, чем выдыхание в разряженный. При болезнях сердца аппарат Вальденбурга не применяется, особенно при кровохарканье, затрудняет течение крови. 4. Летом свежий воздух, зимой – местность, где меньше пыли и дыма.

Примечание.

Эта лекция содержится в рукописи Ф. Дементьева (л. 172–174). Не озаглавлена. Дата первой лекции не указана, другая лекция с разбором этого пациента состоялась 9 декабря 1886 года. В текст включены заметки, относящиеся к разбираемой теме из других мест рукописи Ф. Дементьева.

Жермен Сэ (*Germain Sée*, 1818–1896) – французский клиницист, его воззрения, упомянутые Захарьиным, изложены в книге «*Du diagnostic et du traitement des maladies du coeur*» (1878), которая впоследствии неоднократно переиздавалась.

Случай 8

[Больной] 20 лет, [жалуется на] боль в области печени и лихорадку, боль беспокоит по ночам. Аппетит не нарушен. При чахотке характерная боль – колотье в боку (прежде называли плеврит, теперь неврит, который очень част при сифилисе, чахотке, отравлении алкоголем). Место более сбоку внизу. У сифилитиков под ключицей то поколет, то пожмет. Или лихорадит, или нет. Порядочная одышка, кашель ничтожный, мокроты нет, кровохарканья не было. Тупой звук под ключицей, ослабленный дыхательный шум, но хрипов нет. Лихорадит, когда выезжает. От цитмановского декокта слабит (сулема в нем есть, сассапариль варится со ртутью). Одновременно с декоктом принимал йод – в неделю сыпь прошла, только твердит: «Мне хорошо». И боли в груди пропали, и тупой звук начал исчезать, и через 6 недель все прошло, впавшая грудь опять стала выпукла – это чистый случай сифилиса легкого. Не лихорадит, не харкает кровью, хрипов нет – вот отличие от чахотки. Хрипов нет, но тупой звук на огромном пространстве. Осложнение может быть, часто сифилис осложняется чахоткой. Часто бывает: доподлинный сифилитик харкает кровью, «давал» йодоформ (в пилюлях), йодистый калий и одно время заметно было поправление. Через 1 год ухудшение, а далее – обыкновенная чахотка. Попробуйте йод и ртуть дать чахоточным и увидите ухудшение.

Осложненные формы для прогностики плохи, простые – хороши.

Сифилис сердца хорошо излечивается, но сифилис печени и нервов – нет. Если удастся вовремя захватить – на время улучшение, но часто возвраты сводят больных в могилу.

Сифилис в сочетании с эхинококком встречаются. Печень при сифилисе увеличена, чувствительна, изменена в форме (обезображена). Цирроз (не сифилитический) – печень мала, есть водянка. Эхинококк однокамерный и многокамерный, на ощупь, как при сифилисе, течет с желтухой, хотя иногда желтухи не бывает, когда эхинококк развивается не по желчным путям, а по лимфатическим. Испражнения хорошо окрашены – есть запас желчных ходов.

Терапия. Ртуть или йод. Без ртути нет прочного излечения сифилиса. Вначале, если раньше не лечился ртутью, дают ртуть. Но и йод действует сам по себе в позднейших стадиях и действует хорошо (скоро), а посему лучше сначала йод. Месяц йод, месяц ртуть.

Чаще всего заражение [туберкулезом] происходит с воздухом. Через воздух также сап, актиномикоз. Сифилис – через кровь. Этим процессам свойственно производить гнездо хрипов, чем меньше, тем резче. Часто по лихорадке, упадку сил узнаем чахотку. Чахотка идет разными путями: с позвонков, с желез и т.д., с органа на орган или путем крови. Односторонние влажные хрипы, особенно вверх, также верно указывают на поражение легкого, как и тупой звук (хотя бывают и исключения). В похожей форме может представиться сап и актиномикоз (гриб в виде звезды), последним заражаются от рогатого скота и прежде всего

в полости рта при гнилом зубе, далее болезнь распространяется по шее. Плеврит, а в конце – кишечник. Отыскали причину заражения коров – от колючего ячменя. Актиномикоз обыкновенно выражается нарывом на шее, под челюстью, плевритом. Нет плеврита – нет актиномикоза. От сапа быстро умирают.

Сифилис легких. У взрослых описан только интерстициальный процесс. Вирхов описал сифилис легких как интерстициальную пневмонию, цирроз легких. NB! Простой цирроз печени in toto уменьшает, а сифилитический цирроз – беспорядочно, и так и сак, рубцы, полосы. На легких то же самое – рубцы и полосы соединительной ткани, где последствия пошире, там сидят гуммы. В бронхах и трахее могут быть сифилитические язвы (как на глотке, в гортани). Глухие боли под ключицами, звук тут поглуше, впали подключичные пространства. Ни кашля, ни мокроты, ни лихорадки не было; от специфического лечения – лучше, пространства впавшие опять поднялись – случай чистейшего сифилиса легких. Но в громадном большинстве случаев – осложнения: бронхит, туберкулез. От ртути легче,

но туберкулез оставался, и больной умирал от чахотки. Мыслимы каверны гуммозного распада. Клиническая картина туберкулеза и сифилиса легких – [похожи, как] 2 капли воды. Бациллы. Иногда их не находишь, но это еще не исключает бацилл, ибо иногда долго не находишь – до времени.

Терапия симптоматическая. Опиум не есть хорошее снотворное средство, но кто пивал его – для того хорошее средство. Амилоид почек – нечего делать. Мокрота залегает – хрипов больше, мокроты меньше – ипеакауана. Минеральные щелочные воды при поносе противопоказаны. От вдыхания скипидара понос поменьше, но он требует хороших почек (скипидар и капай – кровавая моча), но ведь при вдыхании мало входит скипидара. Ртуть при сифилисе, осложненном туберкулезом, иногда дает плачевные результаты, а иногда такие, что можно стоять за специфическое лечение. Ртуть и йод чахоточных ухудшают, но если сифилис есть при туберкулезе, то ртуть и йод пригодны и для туберкулезных. Улучшение сифилитика было, но улучшения туберкулезника – нет. Во всяком случае ртуть пригодна в этих случаях. (Захарьин назначает втирания по зj в день.)

Примечание.

Эта лекция в рукописи Ф. Дементьева записана фрагментарно (л. 180–183). Разбор этого больного проводился 4, 6, 18 и 24 февраля 1887 года. Случай не озаглавлен. Речь идет о пациенте с сифилитическим поражением легкого и, возможно, печени, вероятно, в сочетании с туберкулезом.

Цитманов отвар (*Decoctum Sarasaparillae*) – препарат на основе смилакса, или сарсапарилля, содержащий сулему. Это растение было завезено в Европу колонизаторами Центральной и Южной Америки в первой половине XVI века и использовалось для лечения застарелых форм сифилиса.

Рудольф Людвиг Карл Вирхов (1821–1902) – выдающийся немецкий ученый, политический деятель, основатель клеточной патологии. Во время своей зарубежной командировки в 1857 году Г.А. Захарьин посещал демонстративный курс патологической анатомии Вирхова. Подробное описание патологической анатомии сифилиса, в том числе легких, содержится во второй части лекций, изданных под названием «*Die Krankhaften Geschwulste*», увидевшей свет в 1864–1865 годах.

Лечение чахотки

Прямых средств против туберкулеза пока нет. Надо дать возможность перенести болезнь, дать силы больному, следить за правильностью всех функций, поправить питание, заботиться о чистоте воздуха. Желудок: если есть диспепсия или катар – Оберзальцбрунн (для желудка и отхаркивающее), кондуранго, Magist[erium] bismuthi. Запоры (усиливают кровохарканье): клистиры, если же они не действуют – слабительные. Если поносы от туберкулезных язв – свинец, ляпис, обычные поносы – обычными средствами. В почках бывает легкая колика от сгущения мочи вследствие потов – тоже Оберзальцбрунн. Сердце: держать пульс на норме. Дигиталис редко приходится давать при гипертрофиях сердца. Пульс част от лихорадки – хинин, слаб – вино, оно и для питания хорошо (молоко с коньяком), молоко, чтобы не вызвать кровохарканья. Боли в груди (плевритические): тепло (фланель), шпанская мушка. Кровохарканье: при запоре – слабительное, при геморрое – 2–3 пиявки к копчику, Infusum Secalis cornuti. Сухой кашель: доверов порошок, опиум. Против ларингита наркот[ические средства], вдыхания, смазывания. Если много мокроты, а кашель слабый от слабости больного – ипеакауана, сенега. Против лихорадки – хинин (10–15 гран в день), если хинин не помогает (что бывает редко) – салициловый натрий (он располагает к поту), антипирин (он вызывает коллапс – туберкулезным его давать в крайнем случае). Против пота, если он изнурителен, – атропин.

Rp.: Atropini sulfatis gr ¼

Succi Liquiritiae q.s. ut f. pil №25

D.S. По 1 пилюле на ночь.

Иногда по 2, 2–3 дня дают, пот остановится – прекратить; обтирание кожи водой со спиртом – чистота, освежает (в баню ходить – воздух тяжел, теплые ванны ослабляют больного). Если не лихорадит, или даже если немного лихорадит, обтирание смесью ¾ стакана спирта и 1½ стакана воды теплой, кому хорошо утром, кому – на ночь, но не надо копать с обтиранием, чтобы не простудиться, но и

не надо торопиться (все успеет в ½ минуты). Затем обтереться мохнатой простыней.

Чахоточным нужно поправить питание, только при этом чахотка может надолго остановиться или даже пройти. Уточняющие способы лечения. Рыбий жир и кумыс. Рыбий жир помогает больным не лихорадящим (при сильной лихорадке он не переносится). Поправление бывает значительное. Рыбий жир добывается из печени, следовательно, в нем есть составные части желчи, которые способствуют всасыванию жиров (неочищенный жир лучше переносится желудком, чем очищенный: в нем оседают составные части желчи). Рыбий жир давать в холодное время года – с сентября по май, летом он не переносится. Начинают по 2 чайные ложки в день, дня 2–3 (для приучения), затем по 2 десертные ложки, наконец, по 2 столовые ложки, редко по 3, если кто хорошо переносит. Пить можно во всякое время дня натошак или после еды. Запивать хорошо вином или водкой, если кто ее пьет.

Кумыс надо пить в степи между Самарой и Оренбургом. Дает сильный сон – до 12 часов. Пить 14–15 стаканов, даже до 40–50, что обременяет сердце, поэтому старикам не пить кумыс. Он лучше всего действует на больных из Северо-Западной России (вероятно, по разности климата). Если представить Россию в виде квадрата, надо ее разделить диагональю от Бессарабии к северо-востоку, в центре России эта диагональ пройдет через Пензу. В местности слева от этой диагонали (северо-запад) климат Западной Европы: много дождей, много лесов, глинистая почва, которая не пропускает воду, ветры преимущественно юго-западные. Вправо от диагонали (юго-восток) климат сухой, дожди редко, ветры восточные, лесов нет, голые степи, лето жаркое, зима суровая. В северо-западных местностях климат влажнее, лето прохладнее, зима теплее. Москва находится в северо-западных условиях. Лето в степях между Самарой и Оренбургом сухое, жаркое, хорошее, мало ветров, воздух чист, мало пыли, ибо мало поселений, боры. Эта местность летом, что Мадейра зимой. Кумыс лучше усваивается же-

лудком, чем молоко: сахар перешел в молочную и угольную кислоту, казеин в более растворенном состоянии, есть и спирт. Пить надо средний кумыс, то есть кисловатый, как лимонад, а не самый кислый, татарский, где есть и уксусная кислота. Вообще надо пить такой кумыс, который нравится, он лучше и усваивается. Утром лучше пить чашку чая или кофе без молока, затем днем кумыс 4 раза по $\frac{1}{4}$ стакана, затем 4 раза по $\frac{1}{2}$ стакана, затем 4 раза по целому стакану, по 2–3–4 стакана. Часть в обед, но при кумысе есть много не хочется. Диета, как и при минеральных водах: не есть соленого, кислого, сырого, не пить молоко – он с молоком бродит в желудке. В холодную погоду не пить кумыс. Кумыс гонит много мочи и пота, поэтому купаться при кумысе нельзя. От кумыса и свежего воздуха бывает отличный сон, 12–14 часов. Кумыс особенно хорош для людей на дороге к чахотке: молодая женщина, хворающая, кашляющая после родов, молодой человек, не поправляющийся после тифа, городской житель-неврастеник. Помогает вообще молочное лечение в деревне, особенно молоко с коньяком, но молока больше 6 стаканов в день не выпьешь, а кумыс пьют по 16 стаканов. Коньяк в иных дурно действует: тяжела голова, у чахоточных иногда бывает кровохарканье. Кумыс можно делать из коровьего молока. Кефир помогает, но не так, как кумыс, но его можно употреблять зимой и летом, если нельзя ехать на кумыс. Надо посылать больных подальше от Самары, этот город очень пыльный, надо посылать в степь, где меньше народу. В Богдановке, например, теперь очень много народу. Надо рассылать больных по селам, можно жить и в избе или у помещика. Мучнистые продукты. Озимь, паренная с молоком, толкнок, мука хороши тем, кто [их] переносит, а не переносит рыбий жир или молоко. Принудительное лечение, если больной не хочет есть, но ему сказать, чтобы он сильнее поел насильно, и желудок его не переваривает, но это не всегда бывает.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 185–187).

В селе Богдановка (в настоящее время расположенного на территории Кинельского района Самарской области) в 1854 году была открыта первая в мире кумысолечебница.

Давос – курорт в Швейцарии. Захарьин немного ошибается: Давос расположен в долине реки Ландвассер, относящейся к бассейну Рейна, река Инн, приток Дуная, берет свое начало южнее.

Случай 9

Лекция 30 сентября 1883 года. 12-й день болезни.

Больной доставлен в клинику в бессознательном состоянии.

Условия и образ жизни. Больному 20 лет. По профессии слесарь. Живет в Москве на Моховой улице в подвальном этаже каменного дома. Помещение сырое. Местность эта тоже сырая – русло бывшей здесь реки. В баню ходит редко. Чай пьет много, стаканов по 20 в день. Вина пьет тоже много, раз в неделю приходится напиваться, особенно много пил в последнее время. Ест дважды в день – стол рабочего человека. Курит много, папирос до 30 в день. Работает много.

Больной полтора года тому назад был болен в продолжение 2 месяцев, в это время у него были лихорадка и бессонница, вероятнее всего, что это был брюшной тиф. 18 сентября, в воскресенье, он был сильно пьян и пролежал часа 2 в луже, на другой день, 19 сентября, у него явился зноб, потом жар и бессознательное состояние, несильный зноб повторился во вторник, 20 сентября. Понедельник, вторник и среду перемогался, а в четверг слег в постель. С ним в этот день был буйный бред, и он вскакивал с кровати. Ему давали хинин. 25 сентября больной начал кашлять и буйный бред продолжался до 29-го числа, затем бред сменился дремотой и забытием.

Status praesens 30 сентября. На вопросы о здоровье больной отвечал, что чувствует себя хорошо, только болит горло. При ответах, которые он дает очень толково, он смотрит очень внимательно, причем окружающим заметно, что выражение лица больного приняло менее тупое выражение,

Климатическое лечение бугорчатки. Климатические станции – северный берег Женевского озера (защищен горами), северный берег Средиземного моря (Ривьера), от Генуи на запад, к Франции, защищен с севера горами – Апеннинскими и приморскими Альпами: Ницца, Сан-Ремо, Ментона. Также Каир, Мадейра. Особенно блестящих условий не получается. Почва должна быть твердая, гранитная, ровное тепло (не жарко и не холодно), меньше ветров, меньше влаги. Мадейра имеет влажный климат, хороша, как думают, для больных с сухим кашлем. Каир – сухой климат – хорош для людей с обильной, легко разлагающейся мокротой. Чахоточным нужен чистый воздух, без пыли, без бактерий. Англичане (в Индии) первые начали лечить больных вообще и чахоточных в частности в предгорьях Гималаев. Затем такое лечение пошло и в Европе. В горах чистый воздух без бактерий. Бациллы есть корень чахотки. Бактерий нет в степях (у нас за Самарой), в степи мало людей. Одним словом, чахоточному нужен воздух без бактерий, возможность бывать на свежем воздухе и не простудиться (теплый климат без ветра и сырости). Давос – местечко в Швейцарии в долине, лежащей высоко у верховьев Инна, климат не очень чистый. С августа ездят на санях и, несмотря на это, туда больше посылают, чем в Ниццу. Там все покрыто снегом, снег покрывает всех бактерий; там много солнца, ибо Давос лежит выше облаков, на высоте 5000 футов. Больше солнца, чем в Ницце и Ментоне. Солнце дезинфицирует своим светом и согревает воздух, можно гулять на воздухе всю зиму в теплом пальто, а не в шубе. Воздух очень сух, тихо. Теперь в Давосе стало много народу. Дома лечиться климатически можно зимой в лесах хвойных. Частый лес не пропускает ветра, почва покрыта снегом, воздух в лесах зимой сух, только солнца мало. Чахоточный при 10 градусах мороза может смело гулять, всего-то надо гулять часа 2–3, можно сидеть или кататься, не все сидеть. Нужна чистота воздуха и в комнатах (простые вертушки много помогают).

чем было 28-го числа, когда больной был доставлен в клинику. При исследовании полости рта мы замечаем, что язык слегка дрожит от слабости, что часто бывает у тифозных больных, и покрыт тонкой бурой коркой. Полость рта чиста, на щеках и зубах слизи нет, мы замечаем легкую ангину – язычок и дуги красны, язычок несколько увеличен. Тошноты, рвоты нет. Чувствительность в подложечной области нормальна. Живот вздут умеренно. До болезни больной не страдал ни запорами, ни поносами. С 25 по 28 сентября испражнений не было, и потому 28-го числа поставили клистир, после которого больного прослабило хорошо. Вчера, 29-го числа, его без промывательного жидко прослабило. Кислого питья и холодной воды ему не давали, так что это мы можем исключить из причины поноса, и, вероятно, что он явился следствием обтирания больного холодной водой. Мочится больной хорошо, количество мочи умеренное. При поступлении он мочился только один раз, да это и понятно: он был в забытии. В моче нет ни белка, ни сахара (признак добрый). Моча красноватая. Селезенка при перкуссии оказывается увеличенной, но она не болезненна. Дыхание его поверхностно и учащено. На сердцебиение больной не жалуется. Насморка нет. Голос опавший, слабый, при поступлении говорил ясно и звонко. NB! Нужно различать слабый голос от ослабления голосовых мышц и голос, охрипший при катаре. Кашель большой, но мокроты немного, она была все дни. Больной хотя и с трудом, но откашливает мокроту и не глотает. Мокрота слизистозной. При перкуссии груди ничего ненормального не замечается. При аускультации

слышно умеренное количество сухих и влажных хрипов под лопаткой и над ней. Дыхательный шум везде нормальный. Толчок сердца на нормальном месте, и равно и сердечная тупость в нормальных границах. Пульс 90, правилен по ритму, наполнение артерий порядочное, довольно близкое к среднему. В среду, 28-го числа, температура понизилась; это понижение температуры нужно объяснить тем, что больного прослабило. Вчера утром у больного появилась испарина. Сознание у него сегодня лучше, чем было до сих пор; бред не стал больше, забытые теперь меньше, и сегодняшнюю ночь больной спал около 3 часов.

Распознавание. Вчера утром у больного появилась сыпь на правом предплечье, понятию, от давления не исчезает; сыпь эта мелкая и ровная. При брюшном тифе сыпь то появится, то исчезнет; при сыпном тифе раз появилась, она остается до конца болезни, только к концу болезни пятна делаются синеватыми, темными. Это обстоятельство уже дает нам право предполагать, что мы имеем дело с сыпным тифом. Но есть и другие данные, говорящие в пользу последнего: больной захворал 19-го числа, в понедельник, а в среду, 21-го числа, уже появился буйный бред, а к нам в клинику его привезли на 10-й день уже в забытии, в которое он впал еще накануне. Это характерно для сыпного тифа. При брюшном тифе все нервные явления развиваются гораздо медленнее. Кроме того, для брюшного тифа характерны боль в области слепой кишки и понос, а у нашего больного, напротив, запор. Наконец, в пользу сыпного тифа говорит еще одно весьма важное обстоятельство: из анамнеза видно, что больной год тому назад страдал какой-то острой лихорадочной болезнью, которую по всем признакам нужно принять за брюшной тиф. А раз перенесший брюшной тиф разве только в исключительных редких случаях вновь подвергается этому же заболеванию, да и притом никак не через год после перенесения первой болезни, а гораздо позже.

Прогноз. Случай наш относится к числу серьезных. А ранее его нужно было отнести к числу опасных, но теперь опасность миновала.

Терапия до сегодняшнего дня. Больной принимает в сутки: 2 стакана чая, 5 стаканов воды ввиду сильной жажды, 5 ложек портвейна, бульона до сих пор не принимал. NB! Когда больной привык к чаю, вину и другим возбуждающим средствам, то ему нельзя отказывать в этом во время болезни, и я даже рекомендую вам, если вы будете врачами в больницах, где чаю не полагается, прописывать его больным, привыкшим к нему, как лекарство. 28-го числа дали больному мускуса 1 гран, а вчера дали 2 приема по 2 грана; обтирали больного губкой, смоченной холодной водой, но не сразу всего, а по частям, и после этого вытирали сухим полотенцем. Теперь терапия будет состоять в том, что дадим больному поесть бульона, будем давать больному чай и воды комнатной температуры, причем во избежание поноса воды ему будем давать в меньшем против прежнего количестве, и взамен того прибавим ему чая, кроме того, подвяжем ему фланелью живот. Для поддержания наполнения пульса будем продолжать вино, а против нервных явлений – бессонницы и бреда – мускус. Больной приходит в себя. Против лихорадки хинина давать нельзя, ибо если его давать, то нужно давать в больших приемах – гран 15–20, а это может вызвать понос, что нам нежелательно. Холодное обтирание тоже нужно на время оставить, так как и это может вызвать понос, да к тому же и температура у больного теперь не слишком высока.

Лекция 4 октября.

Перемены, происшедшие с больным с 30 сентября по сегодняшнее число, следующие: язык дрожит меньше, боли под ложечкой и тошноты нет, с 30 сентября на 1 октября больного прослабило 3 раза полужидкими, наполовину оформленными испражнениями, за все 3 раза вышло около $\frac{3}{4}$ стакана. 1, 2 и 3-го числа испражнений не было, поэто-

му вечером 3-го числа был поставлен клистир, выделилось около стакана жидких испражнений. Селезенка все еще несколько увеличена, но не выходит из-под края ребер. Мочится мало, моча мало окрашена, белка нет. Больной теперь может сделать глубокий вдох и при этом не закашляется. Кашляет он теперь больше потому, что сознание стало лучше. Кровотечений из носа не было, а мокрота окрашена кровью, отхаркивание легко. Толчок сердца и тоны нормальны. Ясный звук легкого везде, где ему следует быть, есть влажные хрипы в небольшом количестве и сухие на задней стороне. Голос все еще охрипший. Температура упала вследствие того, что больного сильно прослабило. После прослабления у лихорадочных больных всегда бывает временное падение температуры, в то же время и нервные явления улучшаются. Ни потов, ни знобов не было. День больной бодрствует, ночью спит. Сыпь стала бледнеть, область распространения ее не увеличивается. Пульс правилен, частота нормальная, хорошего наполнения. Мочи 1200–1600 см³. Нервные явления улучшились. Сегодня 16-е сутки с начала болезни. Случай этот теперь менее серьезен, чем 30 сентября, и о характере болезни можно теперь дать заключение сравнительно благоприятное – дело, видимо, идет к концу. Ранний поворот к выздоровлению подтверждает нашу диагностику: при брюшном тифе явления держались бы дольше.

Терапия. Мы будем продолжать давать больному воду, ибо он просит пить, но не холодную, чтобы не вызвать поноса, да притом нам нужно считаться и с ангиной. Притом воду мы будем давать глотками, ибо жажда, по всей вероятности, обусловливается известным катаральным состоянием *faucium* [больного горла, лат.], станет больной пить целыми стаканами за раз, и он только переполнит желудок, а раздражения глотки не уничтожит. Чай, как уже сказано, в силу привычки больного к нему, давать нужно непременно. С привычками больного всегда врачу необходимо соотноситься. Мы даже дозволили бы больному курить, если бы он пожелал этого, но лихорадочные больные по большей части чувствуют отвращение к табаку. Относительно питания больного нужно сказать следующее: при лихорадке меньше выделяется желудочного сока, поэтому обременять желудок обильным количеством пищи не следует, ибо в противном случае могут вызваться дурные последствия. Кормить больного нужно, но не насильно; если больной крепкий, болезнь тянется недолго и больной есть не хочет, то пищи можно не давать. У нашего больного были поносы, поэтому обтирания мы отменили, а назначили больному тепло на живот, но при этом нужно следить, чтобы не было запоров, в случае появления последнего, как уже говорено раньше, прекрасное средство – клистиры. Наконец, по-прежнему будем давать вино в количестве шести ложек в день, это для поднятия деятельности сердца.

У тифозных больных часто, даже обыкновенно, бывает катар бронхов; бронхит есть и у нашего больного, на что указывают сухие хрипы и частое дыхание. Иногда бывают и гипостазы в легком. Признаком гипостаза являются тупой звук при перкуссии нижней доли легкого и влажные хрипы. У нашего больного сильно развитого гипостаза нет. Что же нам делать с влажными хрипами, которые имеются у нашего больного, хотя и в небольшом количестве? Мы привели нашего больного в сознание с помощью холодных обтираний и мускуса, и вследствие этого он с кашлем выводит достаточное количество мокроты. Прибегать к специально отхаркивающим средствам нет надобности. Еще одно замечание: больному нужно чистить рот и полоскать горло бертолетовой солью, потому что от скопления слизи может образовываться *parotitis*.

Лекция 5 октября.

Состояние больного улучшается: появился аппетит, но температура с 38,8°C вчера вечером поднялась сегодня до 39,2°C, это можно объяснить тем, что у больного утром был сильный кашель. Затем у него появились чувствитель-

ные места в области глотки и parotitis, но опухоли нет. Хрипы, как и вчера, в небольшом количестве влажные и сзади сухие хрипы; дыхание 26–28, так что у больного, по всей вероятности, только bronchitis, ибо если бы был гипостаз, то у него был бы тупой звук в нижней части легкого, и дыхание было бы чаще. Бронхопневмонии тоже, вероятно, нет, но утверждать наверно нельзя, ибо она постукиванием определяется только тогда, когда существуют значительные пораженные фокусы. Спрашивается: дать ли больному ипекакуану? Нет, не дадим, потому что больной и так отхаркивается хорошо, хрипов влажных мало, кроме того, ипекакуана вызывает тошноту и отбивает аппетит. Кашель у больного вчера был и до такой степени силен, что у больного разболелось горло, если бы мы дали ипекакуану, то кашель был бы еще больше. Отхаркивающее дается только тогда, когда больной при существующих хрипах не может откашляться.

Angina при тифе вещь обыкновенная, laryngitis catarrhalis бывает реже, иногда бывают и круп, и дифтерит, довольно часто бывает perichondritis laryngea, причем поражается кольцевидный хрящ. Это осложнение довольно опасное, ибо может вызвать стеноз гортани. У нашего больного angina столь незначительна, что не требует особого лечения, только нужно соблюдать чистоту, для этого следует делать полоскания, не давать слишком горячего или холодного питья и держать горло в тепле. Голос у больного до сих пор еще остается охрипшим, angina почти прошла, laryngitis catarrhalis, можно предположить, тоже скоро пройдет. Для более точной диагностики происхождения этого изменения голоса можно сделать ларингоскопию, ибо больной уже в сознании. Но теперь нужно решить вопрос: не унять ли у больного кашель, чтобы уменьшить раздражение гортани, не дать ли ему доверова порошка? На этот вопрос следует ответить отрицательно: pulvis Doveri будет, во-первых, крепить больного, а во-вторых, в случае прекращения кашля нужно побавиться и гипостаза легкого. Можно дать ему щелочные воды, но притом так, чтобы не произвести поноса. Кашель у нашего больного бывает сильнее всего по утрам, поэтому мы дадим ему завтра утром Эмс, только теплый и глотками. Временные повышения температуры у больного можно объяснить, как уже сказано, кашлем и случайным совпадением момента измерения температуры с ее повышением. Нервные явления совершенно утихли – и это самое главное, и поэтому мы теперь не станем настойчиво добиваться ее понижения ни холодными обтираниями, ни хинином во избежание поноса.

Лекция 6 октября.

Ларингоскопическое исследование, произведенное доктором Беляевым, показало, что существует поражение гортани, свойственное тифозным, а именно: катар гортани, изъязвления преимущественно задней стенки (что зависит от того, что больной постоянно лежит) и экскорации на истинных голосовых связках. Беляев советует пульверизировать горло, но этого нельзя предпринять ввиду слабости больного. Поэтому мы будем продолжать питье тепловатой эмской воды глотками, что приятно больному и успокаивает кашель. Сегодня представляет больной следующие изменения: внизу сзади в правом легком появилось несколько больше против прежнего влажных хрипов. В мокроте найдены слизистые и гнойные клетки, микрококков и эластических волокон не найдено. Под ушной сережкой маленькая припухлость, которая представляет скорее скопление гноя, чем гиперплазированную лимфатическую железу. Относительно лихорадки нужно отметить следующее: с 15-го дня болезни после падения температура до сегодняшнего дня снова начинает подниматься таким образом: 3-го числа температура 38,6°C, 4-го – 38,8°C, 5-го – 39,5°C. Это поднятие температуры, тогда как прекращение нервных явлений ясно указывает на конец первого периода

тифа, собственно, заставляет предположить какие-либо осложнения. К благоприятному прогнозу снова присоединяется элемент серьезности. Первый период как сыпного, так и брюшного тифа имеет резко ограниченный срок, а осложнения ни в какие рамки не укладываются. У больного теперь можно предположить бронхопневмонию, для нее имеются некоторые основания: в гортани есть некроз известных участков слизистой оболочки, кусочки омертвевшей ткани могли попасть в бронхи и дать результатом бронхопневмонию.

Терапия. Теперь для понижения температуры нужно дать больному хинин, ибо температура довольно высока, приближается к 40°C, почему мы теперь решаемся употребить хинин, а не обтирание, трудно сказать, но в практике установилось такое правило: в первом периоде (собственно тиф) для понижения температуры выгоднее делать обтирания, а в последующем периоде (осложнения) лучше давать хинин. Мы дадим 10 гран хинина в капсулах, чтобы не раздражать гортань, и прибавим еще к нему 5 капель tincturae opii simplicis, отчасти чтобы предупредить понос, отчасти же для уменьшения кашля – поуспокоить несколько гортань.

Лекция 7 октября.

Лечение тифа и вообще горячечных болезней.

Метод лечения, которого мы держимся при всех острых горячечных болезнях (то есть острых инфекционных), одинаков. Ни вообще для горячечных болезней, ни в частности для тифа нет специфического лекарства, как это бывает в некоторых других болезнях: йод и ртуть в сифилисе, хинин в intermittens, салициловый натрий в ревматизме. Лечение наше в горячечных болезнях не есть, однако, экспективное, а скорее симптоматическое, которого мы и должны держаться как единственного в данных случаях возможного. Врач не имеет права сидеть сложа руки возле тифозного больного. Мы имеем средства понизить температуру, предупредить отек мозга, легких. Эти средства, правда, не останавливают течение болезни, но они все-таки облегчают припадки и тем самым дают возможность больному легче переносить болезненный процесс. Все сказанное относится только к лечению первого периода, то есть когда еще действует яд, а не к лечению тех болезней, которые следуют за тифом и зависят от того, как прошел тиф.

Что касается до помещения, то чистота воздуха должна быть безусловна. Поить больного необходимо, кормить также, если только не вызываются гастритические припадки. Дают обыкновенно бульон, белый хлеб. Молоко многими больными не переносится. Затем необходимо ежедневное наблюдение за отправлением всех органов. Что касается желудка – назначаются клистиры через одни или двое суток из воды комнатной температуры (при необходимости понизить температуру воды или прибавляют к ней соли) в размере 1–2–3 стаканов. Слабительные назначают только в первую неделю, и то, если больной не склонен к поносу и крепкого телосложения. Показание к слабительным: живот сильно вздут, лицо гиперемировано, на низ нет четырех-пяти дней. Слабительные: каломель, касторовое масло, ревень с алоэ. После каломеля температура обыкновенно понижается, метеоризм исчезает, дыхание становится легче. Каломель несомненно понижает температуру, но он имеет свои показания и данный невопад может вызвать ухудшение. (Существует два важных показания для каломеля: а) в первые дни при крупозной пневмонии и роже и б) при болезнях желчных путей без изменения строения печени.) Мочу следует выпускать (катетером). Следует переворачивать больного с боку на бок через известные промежутки времени во избежание гипостазов; если гипостазы уже образовались, то помимо переворачивания следует поддерживать деятельность сердца – давать вино, эфир, валериану, – а местно употребить сухие банки, муш-

ки. Количество внутренних средств определяется пульсом, а количество вина, кроме пульса, – привычкой. При явлениях гиперемии мозга – пиявки (при этом следует обращать внимание на пульс и питание больного). Лучше всего приставлять пиявки к носу, так как здесь для того же действия надо их меньше, 2–4. К концу болезни, когда у больного вместо бреда является сонливость, когда пульс падает, когда, следовательно, являются грозные симптомы отека мозга, – тут ставят на затылок мушку, а в случае надобности и другую. Для восстановления мозговой деятельности дается мускус, отвлекающие на тело – горчичники (последние не следует передерживать во избежание омертвления кожи, что у таких больных при холодных конечностях приходится наблюдать). Повышенная температура и расстроенная мозговая деятельность – вот важнейшие припадки тифа, против которых нам нужно особенно бороться. Каломель верно понижает температуру, но он приложим только в первое время при запоре; другое средство, понижающее температуру, – это вода в виде обтирания, ванны. Кровоизвлечения, которые считаем пригодными при тифе, употребляются очень редко сравнительно с тем, как это делали прежде. Пиявки я ставлю две, а иногда и четыре. Не следует ставить за раз много пиявок, если понадобится, то лучше поставить раза два по две пиявки, чем за раз четыре.

Лечение водой. Уже лет 20 как вошло в ход лечение тифа холодной водой; тифозные больные хорошо переносят это лечение, и обыкновенно сознание у больных, лечимых холодной водой, бывает лучше. Надеялись, понижая температуру, умерить и нервные явления и предупредить появление таких осложнений, как бронхопневмония, поражение почек и т.п. Либермейстер довел это учение до крайности, но терапия эта не имеет теперь общего распространения. Лечение горячечных болезней холодной водой теперь понимают так, что добиваются только понижения температуры, а тем самым ослабления припадков: жар ниже, тогда и пульс лучше, сознание лучше. Понижения температуры должно добиваться не только к концу болезни, но и сначала и настойчиво. Действительно, ванной удастся понизить температуру на $\frac{1}{2}$ суток, а иногда и на целые сутки. Что тиф при таком лечении протекает лучше – это бесспорно, но понижением температуры мы только ослабляем припадки, но несколько не влияем на продолжительность болезни.

Теперь твердо установилось мнение, что причиной тифа являются низшие организмы – микробы. Микробы эти вызывают лихорадку, но вряд ли верно мнение, что лихорадка или микробы вызывают нервные явления, так как мы знаем, что при *febris recurrens* и при высокой температуре нервные явления ничтожны. Есть серьезное основание предполагать, что лихорадка есть орудие организма для защиты от микробов. Подтверждение этому мы видим при *febris recurrens*: высокий приступ лихорадки – и после этого ни одной спириллы в крови нет. Далее заметим, что при настойчивом лечении тифа холодной водой бывают, как уже упомянуто, рецидивы тифа. Таким образом, понижение температуры ваннами представляет благоприятные условия для развития микробов. Стало быть, рассматривая вопрос с чисто теоретической точки зрения, уже приходится отказываться от упорной борьбы с лихорадкой путем настойчивого применения холодной воды. Практика подтверждает это мнение, она настойчиво указывает на острое лечение водой: больного при таком лечении тормозят, поворачивают, он теряет силы, даже является опасность со стороны сердца, анемия наружных покровов вызывает гиперемии внутренних органов, от чего может последовать паралич легких, желудка, расстройство кишок – кровотечения и понос – все это служит предупреждением против настойчивого лечения холодной водой. Из сказанного понятно, почему нашему больному не делались ванны, к тому же и понос служит противопоказанием к этому.

Я всегда стараюсь понизить температуру, но как? При этом я держусь следующего: если случай несильный, температура не переходит за 40°C и все держится немного ниже, то я употребляю обтирание водой или водой с уксусом, губкой провожу один, два, три раза по известной части тела, которую осушаю потом только прикладыванием полотенца, но никак не тру полотенцем, никогда не обтираю все тело сразу, чтобы больного не прозносило, а обтираю последовательно, одну часть за другой; это во всех тифах безусловно. Но если температура выше 40°C , то необходимо употребить более сильные меры – ванны. Впрочем, если у больного температура и 39°C , но он ее переносит с трудом, то и тут не ограничиваюсь обтираниями и прибегаю к ваннам. На голову при тифе кладу всегда холод. Ванну начинаю с 26°R и постепенно понижаю до 20 – 18 – 16°R . Долго ли делать и сколько раз в сутки, это зависит от того, как переносит больной. Если у больного пульс слаб, то хотя ванну начинаю и с 26°R , но даю перед ванной вина. Отчего я часто ограничиваюсь обтираниями и не делаю ванн? Я убедился, что если тиф слаб, то больные переносят его хорошо и без ванн, особенно если у больного ненадежно сердце, то такой больной может не перенести и самой ванны. При ваннах сильнее, чем при обтирании, помимо понижения температуры происходит изменение в распределении крови в организме, поэтому всегда нужно взвесить пользу ванн с тем вредом, который она приносит сердцу в то время, когда поверхность тела охлаждается. Если у больного сверх тифа есть какие-либо хронические недуги (например, болезни почек, легких), то тут ванны прямо противопоказуются. Было время, когда я употреблял ванны при тифах гораздо чаще, но в них я не нахожу такого решительного действия, и притом в частной практике они не применимы и если будут употребляться дурно, то еще могут навредить, поэтому я и употребляю их только в тех случаях, как сказано выше. Иногда при сильной красноте лица приходится употреблять примочки или пузырь со льдом на голову. При лечении холодной водой мы отнимаем у организма огромное количество тепла, отчего происходит новое образование тепла, вследствие этого – увеличение аппетита, что вовсе нежелательно. Иногда больных приходится не охлаждать, а наоборот, согревать. Так я приведу вам случай из своей практики. Пригласили меня к больной, у которой вслед за тифом развилась *mania*, больная говорила без устали, мысли гнались у нее одна за другой, она бредила при температуре 39°C , между тем как руки, ноги, грудь у нее были холодны, я тотчас велел завернуть ее в мокрую простыню и накрыть двумя теплыми одеялами, больная после этого прекрасно заснула. Если температуру понизить нужно, а ванн назначать нельзя, то употребляют хинин. Хинин 10 – 30 гран до двух приемов в день бесспорно понижает температуру, но не более, чем на полсутки. Бурное его действие – расстройство желудка, понос; если дать только 10 гран, то хинин и не подействует на температуру. Если есть противопоказание для ванн, то я даю всегда хинин, даю не часто, ибо, чем реже он назначается, тем действительнее. Бывают случаи, где приходится назначать ванны и хинин. За салициловую кислоту или салициловый натрий вряд ли кто станет стоять благодаря его дурному действию на желудок, притом салициловый натрий может действовать на температуру только в больших приемах. Холодная вода хороша для больных при гипостазах без кашля. Хорошо также она действует на голову, возбуждая нервные центры. В тифе больные перестают спать, они находятся в дремоте и бредят; если больной начал ночью спать, а днем бодрствует, то это уже признак хороший. Если больной находится в бессознательном состоянии, то нужно исследовать все органы. Если у больного сильные запоры, то нужно поставить клистир – больного прослабит, дыхание сделается свободнее, температура ниже, пульс повысится, нервные явления улучшатся. Если голова горяча, лицо красное, то нужно лед на голову, а то и две пиявки к носу; если голова не горяча, лицо бледно, то нужно дать вино, согреть больного; если больной в бреду, у него сопорозное состояние, то в первое время

хорош мускус. На пульс хорошо действует вино. Камфора не годится, так как бред не уменьшает и только действует на пульс. Бромистый калий дается не прямо против тифозного состояния, он дается при меланхолическом, при истерическом бреде. Иногда же к концу тифа, когда больной в поту, дремлет, хотя и перестал бредить, можно поставить мушку на затылок. Если при буйном бреде вино, даваемое в известных дозах, не даст результата, можно дать опий.

Больной перенес хинин, шума в ушах не было, язык чист, выпивает больной по $\frac{1}{2}$ стакана Эмса, 6 ложек вина, 5 капель *tincturae opii*, 5 стаканов воды и хлеба, сколько может откусить за два раза. Вчера больному Эмса не дали, так как он принимал хинин. Нынче сутки, как не было на низ. Мочи 1160 см³. Живот не вздут, на боль в груди не жалуются, дыхание 28–29, а во время сна 22, пульс 80–83, правильный, хорошего наполнения. Кашель стал меньше, голос плох, как и был. Хрипов влажных на правой стороне стало больше, кроме того появились и на левой, разницы при перкуссии нет. Гипостаз на обеих сторонах в равной мере; быть может, звук на обеих сторонах глуше нормального в одинаковой степени и поэтому мы разницы не получаем.

Итак, до 4-го числа температура понижалась до 38,8°C, это, бесспорно, кончился первый период, это был уже 16-й день болезни. Нервные явления, бред, сопор и т.д. – прямой результат действия тифозного яда – исчезли. 5, 6 октября и сегодня сознание хорошо, а лихорадка повысилась. Первая лихорадка не внушала опасения, а эта, напротив, смущает нас и ее надо лечить. Нынче утром температура снова упала с 40 до 38,8°C. За ухом у больного вчера появилась опухоль, но больной говорит, что это у него вещь обыкновенная. Второй период у нашего больного не идет к выздоровлению. У больного в гортани язвенный процесс с наклонностью к нагноению, к некрозу; это обстоятельство заставляет подозревать у больного возможность бронхопневмонии; больной в сомнительном состоянии, случай – серьезный. Что же значит, что вчера вечером температура 40°C, а сегодня 38,8°C? Несомненно, что подействовал хинин, но хинин не единственная причина, может быть, сам характер лихорадки таков, хотя он решительно ничего не дает для прогноза. Теперь является вопрос: чем лечить больного? Дадим еще хинин, если лихорадка усилится, то я буду рад, что дал хинин, а если лихорадки не будет, то хинин все-таки укрепит больного. Если температура не достигнет 40°C, то мы затем дадим больному отдохнуть. Как бы больной хорошо ни переносил хинин, но, во-первых, организм привыкает к нему, требует больших доз, а во-вторых, нельзя же безнаказанно эксплуатировать желудок и нервную систему. Если действие хинина будет ничтожно, то нужно будет прибавить его. Не дать ли больному опия? Ответ должен быть отрицательный: у больного появились хрипы на левой стороне, больной перестанет кашлять и может задохнуться. Эмс против кашля будем продолжать.

Лекция 11 октября.

Status praesens. Горло болит меньше. Дыхание больного стадо реже, глотание свободнее, кашель меньше. В голосе перемен нет. В мокроте форменных элементов стало меньше. Катар гортани по-старому, но истинные голосовые связки, по словам доктора Беляева, стали подвижнее. Пролежня нет. При перкуссии получаются отрицательные результаты. Аускультация указывает на небольшое увеличение количества сухих хрипов, причем и область распространения их увеличилась. Лихорадка еще держится, хотя нервных явлений нет. Тем не менее, по ходу температуры заметно, что хинин оказал свое действие. Пульс среднего наполнения. Затем нужно отметить следующее: у больного из заднего прохода вместе с испражнениями появилась кровь в виде кофейной гущи, отделение весьма вонючее, всего вышло около двух стаканов.

Diagnosis. Отчего появилось это кровотечение? Оно свойственно брюшному тифу, а не пятнистому. Иногда такое кровотечение зависит от хинина, но вряд ли мы

можем приписать ему одному это обстоятельство. Нет ли у больного цирроза печени? Есть некоторые обстоятельства, позволяющие сделать такое предположение: селезенка больного до сих пор не уменьшилась до нормы, да к тому же наш больной rotator, так что есть некоторое основание думать, что цирроз печени вместе с хинином служит причиной появившегося кровотечения. Что касается до лихорадки, то ее трудно объяснить: первый период тифа бесспорно прошел, в гортани явления улучшаются, катар бронхов и отек легкого уменьшаются, на это указывают увеличивающиеся хрипы на обеих сторонах, дыхание реже и кашель меньше, так что с этой стороны нельзя объяснить лихорадки.

Prognosis больного серьезен, приближается опасность со стороны упадка сил.

Терапия. Лечение против лихорадки теперь не назначим никакого, так как средства противолихорадочные противопоказаны кровотечением из *gesti*. Для остановки этого кровотечения самое лучшее средство – опий. Холодная вода и ванны усиливают перистальтику кишок, хинин вместе с опиумом производит путаницу, резорцин и киприн – средства новые, еще не вполне известные, и поэтому с этим лечением лучше погодить. Эмс оставим в прежнем количестве – $\frac{1}{2}$ стакана, что больной хорошо переносит, а прибавлять не будем по причине кровотечения. Кроме того, теперь ввиду возвратившегося к больному сознания можно исполнить совет доктора Беляева, а именно назначить пульверизацию гортани эмской водой. Затем, что касается до питания больного, то будем кормить его манной кашей, которую больной переносит лучше, чем суп, да притом больной и не хочет супа. Вино оставим в прежнем количестве.

Лекция 18 октября.

Status praesens. По словам больного, горло стало значительно лучше, глотает хорошо. Аппетит лучше. Язык несколько толстоват. Было кишечное кровотечение, причем при помощи клистира вышло несколько меньше $\frac{1}{2}$ стакана оформленных экскрементов, окрашенных несколько темнее нормального. Без клистиров на низ не было. Сон сегодня был плох, несмотря даже на данный ему опий. Abscessus около уха вскрыт. Лихорадка остается. Пульс 100, относительно сердца все нормально. Дыхательные пути. Кашель силен, мокрота в прежнем количестве, но теперь стало меньше слюны и больше форменных элементов, стала сливаться, что указывает на то, что мокрота чисто гнойная. Крови в ней меньше. Врач должен отличать следующие виды мокроты: слизистую – в высшей степени клейкую, иногда окрашенную (например, при *pneumonia*), слизь представляет под микроскопом прозрачные мелкие клеточки, от действия уксусной кислоты происходит свертывание муцина; если в мокроте много форменных элементов, то такая мокрота есть слизисто-гнойная; если мокрота потеряла слизь, то она сливается и делается тогда чисто гнойной. Слизистая мокрота бывает без распада тканей, гнойная – при распаде тканей, при их разрушении.

Объективное исследование гортани показало, что опухоль ее стала меньше и язвочки выравниваются. Ниже голосовой щели все нормально. Глухого звука в стороне легких нет. Сухие хрипы на левой стороне исчезли, на правой уменьшились, влажные еще держатся. Дыхание бронхиальное. Лихорадка сильна, и это нас беспокоит, тем более что теперь она приняла особо напряженный характер. Сегодня 30-й день болезни. С 10 до 16-го дня болезни температура постепенно падала и больной пришел в себя, затем до 20-го дня она снова стала возвышаться, но сохраняла нормальный тип, то есть вечером выше, а утром ниже, а со времени кишечного кровотечения температура вновь поднялась и приняла извращенный характер, так называемый *typus inversus*, то есть утром очень высока, вечером ниже,

доходит почти до нормы, по утрам даже бывали знобы, предшествующие повышению температуры, были и поты.

Диагностика. В виду перечисленных явлений первый период тифа бесспорно прошел, и наступил второй период, и, может быть, у больного в легких появились бугорки, что очень часто случается после тифа, хотя с положительностью этого сказать нельзя, ибо бацилл в мокроте не найдено, но тип лихорадки таков, какой бывает при злых формах чахотки, такой *typus inversus* очень часто бывает при острой легочной бугорчатке. С другой стороны, местных подозрительных явлений, указывающих на бугорчатку, нет, состояние гортани и легкого стало гораздо лучше, только мокрота стала хуже, и голос не улучшается. Эта непараллельность между явлениями и дает нам повод предполагать существование бугорчатки. Meningitis мы исключаем потому, что сознание у больного полное. Peritonitis тоже не можем предполагать, ибо нет болей в животе. При бугорчатке же нервная система в полном порядке и не соответствует лихорадке. Только сон больного плох, бред же бывает очень редко. Бывают сильный кашель и одышка, а в легком как будто ничего нет, ибо бугорки образуют маленькие фокусы, которые открыть перкуссией невозможно. Бацилл встретить мудрено: они появляются при медленно развивающемся поражении легкого – при хронической пневмонии (бронхопневмонии), а при страданиях острой милиарной бугорчаткой больные редко доживают до появления бацилл. Да и вообще относительно бацилл нужно сказать, что при настоящих способах исследования этот диагностический признак весьма ненадежен: только если мы находим в мокроте бактерии, то можем с положительностью заключить о поражении легкого, если же мы их не находим, то это никак не может служить признаком отсутствия поражения легочной ткани. Наружный гнойный абсцесс отчасти указывает на существование гнойного фокуса в легких. Итак, мы с положительностью не можем сказать, есть у больного острая милиарная бугорчатка или нет. *Typus inversus* лихорадки встречается и во втором периоде тифа.

Прогноз. Ввиду отсутствия положительной диагностики тоже не может быть поставлен и остается прежним.

Терапия. Против предполагаемой болезни мы не принимаем никакой терапии, будем кормить больного,

всего лучше молоком, сколько он в состоянии его переносить, затем вино. Против лихорадки дадим хинин, только не в порошке, ибо больной может задохнуться, а в растворе: Chin. muriat. 3β, aq. distil. 3jjj, вместе с бульоном, очень хорошо также принимать его с черным кофе, так как при этом нет столь неприятного вкуса. Chininum sulfuricum лучше всасывается от прибавления кислоты до кислой реакции, но chininum muriaticum лучше переносится. Для дыхательных путей лечение то же.

Лекция 21 октября.

Итак, бесспорно, что больной не прямо стал выздоравливать, но у него появилась лихорадка с извращенным характером, но tuberculosis мы окончательно признать не можем, поэтому решили давать больному хинин, что особенно хорошо во втором периоде тифа, и давали его таким образом: 17-го числа, когда лихорадка была очень высока, 40°C, дали 10 гран в облатках, шума в ушах не было; хотя в облатках хинин плохо растворяется, но долго давать подкисленный хинин нельзя, потому что можно вызвать понос; 18-го числа дали 15 гран за раз в растворе вместе с бульоном; 19-го числа повторный такой же прием, так что больной в трое суток принял 40 гран хинина. При этом у больного одна особенность, а именно отсутствие шума в ушах. Пота тоже не было, и это очень хорошо, температура упала, больной свежее и крепче, чем был. Съел 1/2 часть курицы, 3 ломтика белого хлеба, стакан молока и чашку манной каши. Поноса нет, и живот не вздут. Дыхание хорошо, кашель стал меньше, мокроты меньше, хотя она все еще сливается, но гноя меньше. Хрипов столько же, сколько 18-го числа. Если будет лихорадка, то опять прибегнем к хинину.

Лекция 25 октября.

Status praesens. Температура высоко не поднималась. После 40 гран хинина *typus inversus* перешел в нормальный тип. Знобов и потов нет, кушает хорошо, желудочных явлений нет. От пульверизации селезкой водой голос стал лучше. Кашель пропал и мокроты нет. Перкуссия ничего ненормального не открывает. При аускультации на правой стороне под лопаткой немного влажных и сухих хрипов. Продолжает пить вино, количество пищи увеличено.

Примечание.

Печатается по рукописи 1884 года (с. 117–148). Озаглавлено «Сыпной тиф – Typhus exanthematicus». Разбор пациента проводился 30 сентября, 4, 5, 6, 7, 11, 18 и 21 октября 1883 года.

Карл фон Либбермейстер (1813–1901) – популярный немецкий терапевт, известен работами по патофизиологии лихорадки и ее лечению, в том числе с помощью гидротерапии. Установил взаимосвязь между температурой тела и частотой сердечных сокращений (правило Либбермейстера).

Случай 10

Лекция 3 октября [1886 года].

Жалобы: общая слабость, тяжесть в голове, кашель.

Status praesens: студент (4-й курс) 24 лет. Помещение неудовлетворительное. К купанию непривычен. Баню посещает нечасто. Не потлив. Не курит. Вина и водки не пьет. Натощак – чай. До 15 лет жил в Минске, затем в Киеве и Москве. Семья здоровая, хвори никакой не запомнит. В четверг, 25 сентября, продуло. В пятницу лишился аппетита. К вечеру – жар (температура 40°C), зноба не помнит. До сегодня – лихорадочное состояние. В четверг, 2 октября, утром – пот. В понедельник, 29 сентября, дано касторовое масло, во вторник – каломель (9 гран), после чего 3 раза послабило. В клинику поступил 2 октября.

Язык суховат, слегка беловат. Пища: 1 стакан бульона, 2 стакана чая, вина – неполная ложка. 15 капель валерианы.

Объективное исследование. Живот не болит, при давлении чувствительности нет. Обыкновенная лихорадочная моча: прозрачная, красная с отселем слизи. Дыхание частое, 44, пульс 110 утром, 128 – вечером, правильный, слабый. Со стороны сердца и легких – нормально. Глотать

было больно, теперь легче (легкий фарингит). На груди, животе, спине и меньше на конечностях – roseolae. Бреда нет. Голова болит вся. Лицо красно. Носовое кровотечение в виде небольшого количества жилок. Селезенка увеличена. На голову клали пузырь со льдом 5 раз по часу – получалось облегчение. Боли всюду на точках, на которых лежит.

Diagnosis. Сыпной тиф. Тиф сыпной и брюшной – две совершенно разные болезни. Слово «тиф» неверно, оно, собственно, значит stupor – одурение, что бывает при многих болезнях. Данные не говорят в пользу F. recurrens так как: а) сыпь весьма обильная, ясная, расщепленная в виде roseola, характерна для [сыпного] тифа; при febris recurrens, сыпи не бывает за очень редким исключением; б) течение: как поднялась температура? Течение правильно (все около 40°C), при recurrens оно неправильно; в) поты; г) упадок сил, сознание бывает то подавлено, то нет. При recurrens сознание полно и даже возбуждение: больной охает, мечется, жалуется, а наш больной апатичен, отвечает медленно и т.д. Бессонница свойственна и тому и другому, бреда при тифе может и не быть. Легкая жаба – спутница всех

заразных болезней. Со стороны органов указаний в пользу того и другого нет. Разве живот крепит, что при тифе чаще встречается вследствие атонии мышц кишок, свойственной всем мышцам организма. Против брюшного тифа говорят отсутствие болей в области слепой кишки. Течение данной болезни – умеренное.

Prognosis – febris recurrens очень редко оканчивается смертью, а при тифе – бывает. [Предсказание] серьезное. Учащение дыхания не зависит ни от сердца, ни от легких, а от нервов или крови.

Лечение. Учащенный пульс у нашего больного зависит от высокой температуры, поэтому ясно, что может замедлить его. Digitalis дается при гипертрофии сердца; на здоровое сердце не действует. Когда больной потеет, холодную простынь нельзя употреблять. Больному назначено: не очень жидкий чай, кофе (без сливок или молока) – вместо вина для урегулирования сердечной деятельности. Если все явления пойдут так же, как шли до сей поры, вмешательство излишне.

8 октября.

Лечение сыпного тифа. Рекомендуются возможно удобное положение, соответственное ложе, не тратить больному сил, заставлять лежать. Следует удалять возбуждение нервной системы: прямой яркий свет не должен падать в глаза больному, хотя комната должна быть светла, иначе тифики бывают очень говорливы. В комнате, само собой, должен быть свежий воздух, некоторые предметы должны быть подвергнуты обеззараживанию. Поить и питать как следует. В основном относительно питья, ибо иногда больной испросит, но жадно глотает, когда подносят ему питье. Прежде давали кислое питье. Лучше всего – простая вода. При склонности к поносу лучше давать не воду, а чай.

Для тифа нет специфического средства, каким служит салициловый натрий для острого ревматизма и хинин для малярии. Посему применяем симптоматическое лечение, которое состоит в том, что мы стараемся, чтобы отправления совершались в порядке ближе к норме.

Желудок обыкновенно составляет последнюю заботу, ему работы почти нет. Кишки. При сыпном тифе обыкновенно бывает запор, объясняемый атонией кишок, слабой работой мышц. Живот вздут, отчего кровообращение затруднено, в голове крови больше, самоотравление. Против запоров следует употреблять клистир (со слабительным осторожно), а лучше поднять нервно-мышечную силу, для чего применяют ванны (лечение холодной водой), лед на живот. Иногда лед на живот вызывает испражнения, когда клистир не подействовал, особенно у тучных особ. При сыпном тифе бывает и понос, как с ним быть? Можно давать опий – 5–10 капель *pro dosi*. (*Tinctura opii simplicis* – лучший вид опийных препаратов), [но] *narcotica* лучше по возможности избегать при сыпном тифе, дают еще танин и свинец. Опиум [дают] при брюшном тифе. Печень при том и другом тифе не дает повода к [терапии]. Селезенка также не требует особенных средств, ибо что действует против температуры, то и на селезенку. Если ощущается болезненность в области селезенки, то прикладывают тепло на это место. Почки. Временная альбуминурия не дает особенных показаний для терапии. Мочевой пузырь следует опорожнять при скоплении в нем мочи. Живот вздут при сыпном тифе, боли нигде нет. NB! При брюшном тифе боль ощущается от давления в илеоцекальной области (обычно больные не жалуются на эту боль), урчание в животе. При брюшном тифе живот следует держать в тепле, мазать теплым прованским или деревенским маслом, а иногда при поносе – ставить горчичник. Сердце поддерживают вином, камфорой, мускусом, валерианой. Если больной привычен к вину – давать смело, если нет – с оглядкой. Вино действует на психические центры, которые у тификов и без этого возбуждены. Дыхательные органы. Переворачивают с боку на бок больного. Ипекакуану Заха-

рын не дает. Рот, глотка. Катар почти всегда бывает. Иногда бывает дифтеритический (понимая анатомически, не клинически) налет. Главное – следить за чистотой полости рта. Полоскать (а если больной не может – мазать) содой (сода лучшее средство при всех катарах) или следующим раствором: на фунт 2% раствора борной кислоты драхма соды. Нервные явления, бред и т.п. Нервная система может быть затронута переполнением кишок, мочевого пузыря, тогда следует опорожнить их. Красное горячее лицо, красные щеки, больной говорлив, бредит, если воспоследует носовое кровотечение, [наступает] облегчение припадков, если нет – ставят пиявки к носу или лед на голову. Реже [бывают] случаи анемии: лицо бледно, холодно; приходится ставить мушку, но обыкновенно (к концу близко), когда сердце слабо, образуются гипостазы, отеки (легкого, нередко мозга, головного и спинного), спячка, вялость, разбудить больного трудно – признак отека мозга, вот тут-то мушка необходима, превосходное средство! Если она не действует, то дают средства, влияющие прямо на нервную систему: мускус, камфора, холодное обливание. Камфору профессор Захарьин дает неохотно, лучше мускус (дать 1 гран – через некоторое время другой человек!). Сначала дают малые приемы. Если после грана хорошо, продолжают по грану, если проку нет – по 2 грана до тех пор, пока не осмыслится лицо. Сколько давать? Да чтобы поддерживать в опасный период нервную систему: «Больному лучше – жду, опять стал апатичен – опять даю». Сюда же относится и вода не как жаропонижающее. Известно, что одинаковая температура успокаивает нервную систему, а перемежающаяся – возбуждает. На этом основании рекомендуют душ. Самое удобное, конечно, простое обливание водой. Приспособление – кувшин с водой. Температура воды – комнатная. Льем с высоты на 1 вершок, чем выше лить, тем выше и возбуждение, уши при этом затыкают. А бывают такие случаи: возбуждение (особенно у нервных, истеричных субъектов), говорит, говорит – и доходит до полного истощения: то была горячая, теперь конечности холодны, а живот и спина горячи. Сейчас же следует согреть. Согревающий компресс (тряпье с водой, клеенка, фланель) на все тело, а внутрь бромистый натрий – при таком действии приходилось видеть резкий эффект.

Жаропонижающее лечение. Нередко наблюдается полная параллель между повышением температуры и прочими явлениями (часто, но не всегда, существует много исключений). Средства, понижающие температуру, не всегда уничтожают припадки: нет параллели: есть некоторое понижение нервных явлений, но далеко не такое, как падение температуры. Жаропонижающее не есть специфическое лечение. Существует два главных средства для понижения температуры: холодная вода и антипирин. Употребляют и салициловый натрий, и хинин тоже. Дигиталис непригоден. Относительно холодной воды, Либерmeister впал в крайность. Неупотребление холодной воды (при тифе тоже) – крайность. [При какой температуре назначают ванны?] Следует руководствоваться нервными явлениями. При удовлетворительности нервной системы [к ваннам прибегают], когда температура достигает 41°C. При неудовлетворительности, апатичном состоянии, – когда 39°C. Как часто? Два раза в день, 4–5. Прежде или после ванны дать вино, эфирно-валериановые капли. Противопоказания: возраст (старость), неудовлетворительное состояние сердца и сосудов (атеросклероз, пороки), ибо в ванной кровообращение совершается не совсем свободно. Только ванна (без завертываний): температура обыкновенно 24°R, потом понижают. В ванне держат мин 10–15–30, причем не спускают глаз с больного.

Завертывания в холодную простыню, смоченную холодной водой. Холодная вода применяется на живот при запорах (иногда), лед – на голову. Обтирания мокрой губкой. Температура воды – комнатная или чуть выше. К ней

полезно прибавлять уксус или винный спирт. Вытирают, не обнажая всего тела, а постепенно: 2–3–4 раза в день. Проводят раз-другой губкой, а затем сушат полотенцем (не трут, а легко прикладывают). Чего достигаем? Чистоты, улучшения, лицо становится веселее. Уксус и спирт полезны тем, что, испаряясь, понижают температуру.

Из аптечных средств существуют антипирин, салициловый натрий (большинство против него), хинин (огромные дозы 20–40 гран *pro dosi* до шума в ушах, нужды). Прием антипирина меньше: 10–15–30 гран, причем бывают иногда тошноты, рвоты, действие на сердце (бывали случаи коллапса), поэтому надо осведомляться о сердце, не дают антипирин, если оно не надежно. Часто употребляют двойное лечение – холодной водой и антипирином – двойная выгода. Хинин при тифе дают в последний период, антипирин – не дают, ибо сердце у тификов в последнем периоде очень слабо.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 144–147, 156). Озаглавлено «*Typhus exant[h]ematicus*». Разбор этого больного проводился 3, 8 и 28 октября 1886 года.

Случай 11

[Жалобы на слабость, боль в руках и ногах].

Status praesens. Больной 19 лет. Восьмой год постоянно живет в Москве, в каменном доме (не в подвале). Сортир холодный. Последние годы не купается. Раз в 2 недели ходит в баню, моется жарко. Потлив. Не курит. Выпивает 6 стаканов чая. Водки почти не пьет. Посты соблюдает. Обед и ужин. Женат. Слесарь. Сон 8 часов (с 10 до 6). Работает перед огнем и в случае нужды выходит на холод. Бывали простуды: боли в суставах ног и рук, по зимам, скоро проходящие в 2–3 дня без лихорадки.

Anamnesis. В первые сутки (воскресенье) вырвало, ночью раз послабило (без повода). Начались лихорадка и боль в руках и ногах. В понедельник (20 октября) вечером поступил в клинику, [было назначено] тепло на живот (фланель), 2 ложки вина и эфирно-валериановые капли (15).

Объективное исследование. Органы пищеварения и мочеполовые органы. Язык немного сух и бел, слоя эпителия больше. Последнее имеет значение, ибо больной не курит, у курильщиков слой эпителия и без того толст. Причины частых поносов, по-видимому, в холодном отхожем месте, ибо в клинике слабило 1 раз. Живот не вздут. В области эпигастрия – боль при давлении (послабее в области печени и селезенки). NB! При возвратной горячке чувствительность печени и селезенки весьма увеличена. Селезенка увеличена. Экскременты хорошо окрашены. Желтухи нет. Мочи 900 см³, слегка красноватой. Органы дыхания и кровообращения. Дыхание 31 (несколько учащено). Кашель (обычно не кашляет). Сухость в глотке. Насморк. Кашель может быть и при насморке, причем могут быть рефлекторные явления: астма и т.п. Фарингит – неизбежный спутник инфекционных страданий. Пульс 110, правилен, хорошо наполнен (несколько учащен, оно и понятно – при высокой температуре). Нервная система. Ночью был небольшой бред. Сознание – совершенно ясное. Голова кружится (не болит), когда встанет или сядет. Когда лежит на спине – боль в ней. Когда руку подержит – не больно. Долго сжимать руку больно. NB! При инфекционных болезнях бывают боли в пояснице, большей частью от почек.

Диагностика может основываться лишь на бесспорных признаках. Очевидно – инфекционная болезнь: температура 40°C, а местных страданий нет.

Что за болезнь у нашего больного? Нет местных признаков. Нет сыпи (что еще ничего не доказывает, ибо болезнь течет еще только третий день). На оспу не похоже: нет жестоких болей в пояснице (дело идет лишь о начальных стадиях болезни). Нет признаков кори: глаза не слезятся. Пожалуй, похоже на скарлатину, да против говорят явления

28 октября.

25 октября (понедельник) было всего хуже. Сыпь стала бледнее, но нервные явления ухудшились: бред, вскакивал с постели, срывал одеяло. Лицо красное, налитое, глаза красные. Крови носом не было. Параллельно пульс хуже: слабый, но правильный, до 120 ударов. Понос (давали танин 6 ложек по ½ грана в день). 28 октября (вторник) – клистир. Получили стакан оформленных испражнений. Живот вздувается. Мочеиспускание непроизвольное, белка нет. Дыхание 26. Пульс 104. Сон. Лицо бледное. Лечение: танин, вино и капли. Против температуры ничего не предпринималось, так как холодная вода и антипирин усиливают понос. Лед на голову – быстрое влияние на нервную систему.

Предсказание при тифе хорошо можно дать спустя 3–4 дня после падения температуры. У нашего больного его дать нельзя, ибо может наступить второй приступ возвратной горячки.

в надчревной области. Остаются тиф сыпной (против то, что температура быстро поднялась, да и нервная система противоречит – следа нет тифозной апатии), брюшной (против – болезненные явления в эпигастриальной области). Остается febris recurrens. Спирилл нет, но могут найтись. Да и врач (Яблоновский) говорит, что из дома Губонина (на Сретенке) приходят только с возвратной горячкой, а больной там и живет, да к тому же и врач по части заразных болезней почище профессора, пожалуй, будет.

Прогностика. Захарьин смертельных случаев от *f. recurrens* не видел. Течение благополучно при хороших условиях.

Лечение. Болезнь сама оканчивается. Со стороны врача нужно стараться, чтобы функции отправлялись правильно: не было бы поносов, запоров и т.д. А посему лечение должно быть симптоматическим. Обстановка – известная, питье – чай, воды не давать, ибо и без нее понос, а чай есть теплое питье, да к тому же слегка вяжущее, да и как *pervinum* не без пользы (а тем более для нашего больного, который не курит и водки не пьет). Что кушать? Лучше держать желудок в покое, опасений быть не может, ибо вследствие кратковременности опасности за истощение нет. Против поноса – марсала (крепкое вино удерживает понос). Опия при заразных болезнях следует избегать, в особенности в случаях, когда затронута нервная система. Опий можно дать при усилении поноса, в особенности при *f. recurrens*. Против чувствительности живота – тепло на живот и деревянное масло. Сердце следует поддерживать. Против болей в руках, ногах и во всем теле ничего не поделаешь, если желательнее успокоить их, то следует понизить температуру. Лечить температуру или нет? Можно и не лечить при хороших условиях и деятельном лечении. Боли пропорциональны температуре. Иногда боли бывают в сочленениях, отчего возможно смешать с острым сочленовым ревматизмом. Если нужно понизить температуру, то для этого употребляют холодную воду и антипирин. NB! Хинин не дается при *f. recurrens*, тем более, желудок противопоказует. Каломель при оной болезни не дают. Если бы при *f. recurrens* была желтуха (отчего раньше и была описана особая форма – желчный тифоид), то каломель можно было бы дать. Антипирин можно дать *per os* и *per anum*, последнее, когда рвота от него поднимается (15 гран на клизму – прекрасно действует).

Несколько дней назад появилась обильная сыпь, что заставило сбавить самоуверенности и признать смешанную форму *f. recurrens* и *typhus exanthematicus*. Легкий понос продолжается: в понедельник 1 раз, во вторник 1 раз, в среду 2 раза. Пища и питье: 4 ложки вина. Танин (6 ложек по ½ грана), 4 стакана чая. Эфирно-валериановые капли 4 раза по 20. Тепло с живота не снимается. Воды не дают. Молока тоже.

Status praesens. Бредит. Язык сохнет. Понос после хинина улучшился. Моча стала краснее. Мочится 6 раз в сутки. Селезенка без изменений. Чувствительность в подложечной области уменьшилась. Дыхание 30 (частое). Против фарингита полоскание Kalii oxymuriatici (3j на 3vj) и ложка соды. Сон хуже. Головокружение. Зноба, пота не было. Сыпь в виде розеол (большая часть) и петехий (местами, особенно на локтевом сгибе левой руки). Спириллы опять не найдены.

За тиф говорят отсутствие пота, розеола, состояние нервной системы (вялый разговор, покойное состояние нервной системы, апатичное лицо, сильный бред). NB! И при возвратном горячке бывает roseola, но не так обильно. Против брюшного тифа говорят: 1) отсутствие болей в животе, несмотря на понос; 2) обильная сыпь; 3) отсутствие

пота и состояние температуры (быстрый подъем до 41°C); 4) нервные явления. NB! Смешанные формы заразных болезней бывают, так что две болезни идут совместно или одна за другой. Только оспа ходит в одиночку.

Прогностика. Для этой смешанной формы – одна и та же.

И в терапии не может быть затруднений. При отсутствии специфического средства лечение симптоматическое. Против температуры ничего не надо предпринимать ввиду поноса (который сильно истощает больного), ибо понос может увеличиться как от холодной воды, так и от антипирина. Если же понос уменьшится или прекратится, то можно прибегнуть к жаропонижающим средствам, из которых скорее применяем холодную воду, которая при этом благополучно действует и на нервную систему. От запора нервные явления ухудшаются.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 152–154). Озаглавлено «Febris recurrens». Разбор больного проводился 21 и 24 октября 1886 года.

Ревматизм и приобретенные пороки сердца

Случай 12

Жалобы больного: боль в руках, плечах.

Status praesens. Больному 36 лет. Помещение (в Доброй Слободке) сыро. NB! Добрая Слободка, Харитоньевский переулочек считаются одной из самых дурных местностей Москвы. Сырое место, долго не высыхает. Чистые пруды выкопаны для стока жидкостей, и сколько ни стараются улучшить сток – не удастся. В упомянутом помещении живет 9 месяцев. В месте, где занимается, у окна дует. Потлив. В день выкуривает 20 сигарет. Чаю пьет немного, не горячий; за обедом пьет водку. Обед – один, чай без хлеба. Занятие письменное; на воздухе бывает около часу. Язык сохнет. Есть некоторая жажда, большой нет, утоляет чаем, пивом (не водой).

Объективное исследование. *Органы пищеварения и мочеполовые органы.* Аппетит изменен: теперь ест $\frac{1}{4}$ фунта хлеба, 1 стакан бульона, $\frac{1}{4}$ курицы – в половину против обыкновенного. Легко переваривает. Диспепсических явлений нет. 4 ложки вина (Марсала). Раньше под ложечкой ощущалась только тяжесть. Моча красна сильно, была мутновата с песковидным осадком. Удельный вес 1050 (значительный, чему едва можно доверять, урмометры часто портятся). Белка, крови нет. NB! Моча характерна, обыкновенная при остром ревматизме. Моча на кровяную похожа; отчего густа? Потечет. Мало пьет. *Органы дыхания и кровообращения.* Учащение пульса ничтожное – добрый знак. Наполнение артерий хорошее – силы есть. Обыкновенно не лихорадит. 4 года назад перенес брюшной тиф. Температура 38,9°C. NB! Жар больной редко отметит, зноб заметит, лихорадочное состояние узнается, если больной говорит: «мочи нет, слабость, хочется лечь». *Нервная система.* Сон 6 часов; обыкновенно – 3 часа (при бол[ях]) NB! Влияние опия. Potator'ы хорошо переносят опий в больших дозах. Больной принимал от $\frac{1}{4}$ до 2 гран, спал 6 часов. Боли больше – сна меньше. Болела голова, обыкновенно головной боли нет. Боль строго ограничена в суставе. NB! Большое умение определить источник боли. В данном случае могут болеть: кожа, мышцы, надкостница, нервы, центры в головном и спинном мозгу. В спине болей, неволокности нет. В руках боль есть. Голову вперед нагнуть больно – поражены сочленения шейных позвонков. Касательно спины неизвестно: больной слегка приподнимается и боли может не ощущать. Маленькая боль в коленях, правом тазобедренном суставе. Сочленение кисти слегка опухло. Боль даже при покойном положении.

Anamnesis. 5 лет юношей жил на Кавказе (в Тифлисе). В южных областях России распространена малярия, которая в сильной степени выражается бредом, потерей сознания, высокой температурой (40–41°C) – возможно спутать

с брюшным тифом, что и произошло с нашим больным. С 24 лет [живет] в Москве, тогда же страдал ревматизмом. Поражены были плечи, руки, ноги. Болезнь длилась долго. Лечили йодом, согревающими компрессами. С тех пор стал потный. В упомянутом помещении живет 9 месяцев. 3 года назад страдал скрбутом. 2 недели назад захворал настоящей болезнью. Ложась спать, почувствовал неловкость в плечах, наутро заболели руки, затем ноги (а руки освободились), теперь руки (а ноги почти освободились).

Распознавание. Острый сочленовый ревматизм, потому что при [этих данных] нет ни одной болезни, которая подходила бы к [нашему больному]. Есть, впрочем, два случая: первый (только у женщин) – пиэмия, в пuerперильном периоде поражаются сочленения, но нет такой правильности, потрясающие знобы, температура 41°C, через 12 часов 37°C, коллапс; второй – острая бугорчатка (милиарная, просяная), хотя чаще всего поражаются легкие и мозговые оболочки, но бывают случаи, когда поражены сочленения. Против – боль правильно меняет место.

Прогноз хороший (серьезный).

Терапия. В старину Tartarus emeticus (понижает температуру), опиум и ванны – средство хорошее, но каково сажать больных, которым не двинуть ни рукой, ни ногой! Болезненно. Каломель, хинин, салициловый натрий, а в последнее время – антипирин – хорошо понижает температуру при всякой болезни, кроме того, имеет специфическое влияние на острый сочленовый ревматизм, но действие его не столь верно, как у салицилового натрия. NB! Антипирин открыт 2 года назад. Дают салициловый натрий – не помогает, дают затем антипирин – помогает (иногда такие случаи бывают). Антипирин слабее салицилового натрия. Иногда и салициловый натрий не помогает, но в большинстве случаев помогает.

Принимают салициловый натрий в щелочной воде (Захарьин – в Виши) в силу того, что: а) ревматизму подвержены подагрики; б) красная моча бывает в то же время сильно кислой реакции. Принимают до шума в ушах (Захарьин), как и хинин при малярии. NB! Кто не дает до шума в ушах, тот не умеет лечить, тому непростительно! Хорошо действуют военные врачи на окраинах. Они говорят, что «понекому давать, значит, казну в убыток вводить». Обыкновенный прием 10 гран pro dosi – в одной рюмке Виши через каждые 2 часа. Если небольшое действие сказалось – другой прием, третий – и конец. Если желудок переносит – давайте при повторении еще сильнее: каждые 2 часа по 2 порошка (20 гран). Надо, чтобы хорошо зашумело в ушах (на сутки, обыкновенно на $\frac{1}{2}$ суток), если на 15 минут –

толку мало. Принимают через 1 час после еды, после хорошей еды – через 2 часа. Салициловый натрий располагает к поносу. Если больной не спит, расположен к поносу, дать можно и опий. Следует давать отдых. Явления интоксикации. Больному легче – бросить, хуже – повторить и т.д. до 2–3 раз. Не робеть, не бросать, не окончив. Шум в ушах ровный – прекратить (достаточно).

Больному легче, боли везде исчезли, исключая левого плеча. Дано ему 130 гран салицилового натрия в продолжение 16 часов, 3 раза по 10, далее – по 20 гран. Шум в ушах начался после приема 110 гран, на время даже совсем оглох, после чего больному был дан отдых. Если бы теперь совершенно прекратить прием салицилового натрия, то приступ ревматизма опять повторился бы, поэтому после некоторого отдыха мы продолжаем давать. Правило: сколько можно давать салицилового натрия, не повреждая внутренние органы, столько должно давать. Температура больного 37,4°C (собственно, норма, но норма для цветущего здоровьем, для нашего больного высоковата: для него эта температура почти лихорадочная). Осторожности ради первые приемы можно дать в уменьшенной дозе: как примет желудок (рвота?). Во время приема салицилового натрия вино увеличено было на 1 ложку (5 ложек), и кроме того давали эфирно-валериановые капли до 2 раз в день (во время приема 130 гран – по 15 капель). NB! Потливость – при приеме салицилового натрия, при приеме хинина этого не бывает. В плече еще чувствуется неловкость, назначена мазь из ихтиола.

Rp.: Ichtioli ʒβ

Vaselini ʒj

M. f. ung. D.S.

Ихтиоловую мазь рекомендовал года 1½ назад в Гамбурге господин Унна. Добывается из остатков ископаемых рыб, «рыбье масло» пахнет ихтиолом. Быстрота распространения пахнет рекламой.

Сон теперь хороший и без приема морфина, аппетит – как в здоровом состоянии. Большой хил, очень хил. Из числа прежних средств: каломель, опий и т.д. – ни одно непригодно. Лечение тех, кто выпивает, отличается от лечения трезвых. Больной пил – была индикация на сердце, ему не прекращали давать вино при болезни. Обыкновенно, вино дают при лихорадке. Общее правило: все отправления держать в порядке. При слабости сердечной деятельности больному давали вина: пульс должен быть средний.

При сочленовом ревматизме часто поражается сердце: перикард и эндокард. По последним исследованиям, эндокардит вызывается различными микробами, наичаще *Streptococcus pyogenus* (микроб, находимый в гною), даже в *endocarditis verrucosa* найдены микробы, хотя и в незначительном количестве. В возникновении эндокардита имеет значение травма. Опыты: вводили в кровь микробы – эндокардита не было, ранили чем-то эндокард и вводили микробы – эндокардит налицо. На сем основании вино [не] следует давать при ревматизме (последний, несомненно, инфекционная болезнь), ибо чем сильнее сокращается сердце (а от вина это бывает), тем больше условий травмы. И вино дается при ревматизме осторожнее, чем при других инфекционных болезнях.

Предосторожности от простуды (ревматизм – болезнь рецидивирующая), не следует охлаждать ревматика – держать в тепле. Покой.

Вспомогательные средства. Вытирание кожи водкой и мазью из ихтиола. Иногда ставят пиявку (редко), мушки (в форме браслета на сочленения, в форме почек – на плечи).

Чаще и действенное ванны, электричество, массаж – прежде и лучше всего. Мазь из ихтиола – тот же массаж.

Простуда играет роль в возникновении ревматизма. В возврате – несомненно. Потлив – во избежание простуды натираться вином. Можно вино с солью: ложка соли на стакан вина. Вытирают варежкой, на которую льют вина, или сначала губкой, потом – фланелью.

Слово «ревматизм» происходит от слова *реѣ* – течь. Сначала под этим именем разумелись такие болезни, которые начинаются в одном месте организма, но представляется, что боли переходят по телу. Для некоторых болезней усвоено слово «катар» (от *катѡ реѣ* – теку вниз), сделавшееся анатомическим понятием, – известное поражение слизистой оболочки, более высокая степень – круп, самая высокая – дифтерит. Засим слово «ревматизм» стали употреблять для наружных страданий, соединенных с болью и зависящих от простуды. В публике за ревматизм часто сходят сифилис и подагра. Слово «ревматизм» следует оставить для данной болезни – острый сочленовый ревматизм. Часто болезнь происходит от простуды, тогда называй «простудное страдание», но может произойти и не от простуды. Микробы пока не найдены. При сопровождающем ревматизм эндокардите найдены микробы, но вопрос: специфичны ли они и для ревматизма? Но, по-видимому, эти микробы не одно и то же, ибо они найдены и при эндокардите, не сопровождаемом ревматизмом. Причина ревматизма неизвестна. Вероятно, микробы. В некоторых случаях болезнь не проходит, но переходит в хроническую форму. Что тут? Осталось заразное вещество? И сколько его осталось? Всякая острая инфекционная болезнь оставляет следы: после скарлатины – нефрит, после тифа – запоры, неврозы, перихондриты и т.п. Часто бывают возвраты с подъемами температуры, это значит, заразное начало еще тут, если возвраты без повышения температуры – заразный элемент выдохся, а остались лишь следы его, подобно нефриту после скарлатины.

Салициловый натрий имеет массу действий: на мигрень, сахарный диабет и т.п. Кроме того, утоляет боли в тех частях, которые служат для движения (кости, нервы, мышцы), даже сифилитические боли уступают салициловому натрию, хотя не излечиваются им. Всего резче его действие обнаруживается при болях в сочленениях, а также при миозитах, невритах, периоститах, но резче всего, конечно, при ревматизме. Разница в приемах. Как *specificum* – большие дозы до шума в ушах. Иначе дают для уменьшения болей: 20–30–40 гран в день. Руководство: боли – пока не уймутся. Раз дали – не болит, 2 дали – не болит, и перестали. Не подряд даем, а с перемежкой 3 часа. За час перед едой, а если салициловый натрий дается с водами, то часа 2 спустя после еды.

Местные средства: массаж, карболка (3%), ихтиол (и помогает, и нет). Мушка, когда ее приходится ставить на ограниченное место: например, при болях одного сочленения, и на подручном месте: на палец мушку ставить нельзя. Карболка (3–4%, смотря по тому, как выносит больной) употребляется и в виде компресса или под кожу (на последнее Захарьин соглашается лишь после безуспешного применения остальных средств). Массаж и карболка хороши, когда особенно сильна боль. Нельзя осуждать на неподвижность, когда боль незначительна, – всему мера! Вымыть нужно, а потом раздражить, от омовения и кожа у некоторых потлива бывает. Чем зябче больной, тем сильнее тереть. К спирту можно соли подбавить или воды. Бывает при ревматизме и терапия другого рода: грязи Сакские, около Керчи, и Иначские, около Астрахани.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 141–143, 151–152). Озаглавлено «*R[h]eumatismus articularis acutus*». Разбор этого больного проводился 27 и 30 сентября и 17 октября 1886 года.

Tartarus emeticus – рвотный камень – комплексное соединение оксида сурьмы и виннокислого калия, использовался как рвотное и отхаркивающее средство.

... собственно, норма – Захарьин считал нормальной температуру тела до 37,5°C.

Пауль Герзон Унна (1850–1929) – немецкий дерматолог, автор свыше 500 печатных работ.

Случай 13

Больная жалуется на сердцебиение, кровохарканье и одышку, которая усиливается при движении и при принятии горизонтального положения, так что больная принуждена спать сидя.

Status praesens. Больная 18 лет, худая, хотя руки и ноги не в сильном состоянии истощения, тем не менее упадок питания весьма заметен. Условия жизни неблагоприятны, мало пользуется воздухом, жидкости вводит в себя чрезвычайно много: дома от 12–15 стаканов, в клинике до 10 чашек.

Органы пищеварения. Аппетит неплох, гастритических явлений нет, опорожнение кишечника правильно. *Мочеполовые органы.* Количество мочи варьирует между 700–2900 см³, она ненормально бледна, с зеленоватым оттенком. Сахара и белка нет. Регулы пошли с 14 лет, ходят правильно, продолжаются 5 дней, причем в первый день ощущается незначительная боль в области uteri. Белей нет. *Органы дыхания и кровообращения.* У больной постоянная одышка, которая по временам усиливается: настает частое дыхание до 60–70 раз в минуту, пульс достигает 100–130 ударов в минуту, слышатся хрипы на расстоянии, иногда поднимается кашель, причем отхаркиваемая мокрота пенистая, окрашена кровью и не содержит форменных элементов. Припадок длится на такой высоте часа 3, количество мокроты за это время достигает 2½ плевательницы, совершенно же успокаивается больная часов через 10. В день припадка температура повышается, постоянной же лихорадки нет. Больную беспокоит сердцебиение. *Нервная система.* Сон плох, прерывист. Больная впечатлительна, подвержена истероформным явлениям. Слух после тифа, бывшего около трех лет назад, ухудшился. На головную боль, как вне, так и во время припадка, не жалуется.

Анамнез. Больная до 7 лет была здорова. В 7 лет болела, по всем вероятностям, тифом. На 10-м году страдала коклюшем, на 15-м – несомненным тифом. На 16-м году впервые после испуга с больной сделался припадок, сопровождаемый учащенным дыханием и кровохарканьем, и с тех пор она стала жаловаться на сердцебиение и одышку. Припадки эти стали повторяться все чаще и чаще, как от душевных волнений, так и без видимых причин. Зимой, особенно при выходе на свежий воздух, они усиливались. В последние 4 месяца припадки, сопровождаемые кровохарканьем, повторялись еженедельно, особенной же частоты и силы (2 раза в неделю) достигли они в последние 2 недели до поступления в клинику. Зимой прошлого года у больной появились боли по направлению передней поверхности большеберцовых костей, которые усиливались по ночам и прошли от употребления йодистого калия. В это же время у нее были летучие боли в плечевых и лучезапястных сочленениях, кроме того, больная лечилась от расширения костей носа.

Объективное исследование. *Органы живота.* Верхняя граница тупого звука печени выше, чем в нормальном состоянии. *Органы дыхания.* При перкуссии получается всюду ясный звук; при аускультации дыхательные шумы на правой стороне несколько слабее, чем на левой. Хрипов нет. *Органы кровообращения.* Увеличение переднезаднего диаметра груди указывает на ее эмфизематозное строение. Толчок сердца усилен и не заходит за маммилярную линию. Перкуссия: область глухого звука сердца увеличена во всех направлениях, особенно резко на правой стороне, где она заходит за правый край грудины. На нижней стороне грудины звук тупой, на верхней же – ясный. При выслушивании: у верхушки сердца слышен шум с первым временем, особенно сильно слышимый у места толчка, слабее у основания. Тон же, наоборот, слаб у верхушки и очень силен у основания. Второй тон легочной артерии усилен. Пульс правильный, ритмичный, слабого наполнения, чаще нормального. Шейные вены не расширены, и пульсация их незаметна.

Диагноз этого случая сложен. Здесь строго нужно разграничить два расстройства: одно, зависящее от поражения сердца, и другое, с ним общего ничего не имеющее и стоящее в прямой зависимости от нервного расстройства больной, потому что только при комбинации нервной болезни с сердечной, осложненной вдобавок сифилисом, могло произойти такое сильное расстройство. Производя диагностику по органам, находим следующее: желудок и кишечный канал не представляют никаких расстройств. В данном случае – это привилегия молодости. Цвет мочи характеристичен для людей анемичных с упавшим питанием. Что до ее количества, то в нем сказываются два расстройства. Уменьшение его (700–800 см³) стоит в зависимости от болезни сердца, после принятия digitalis оно увеличилось. Но совершенно другой ряд расстройств выражается в увеличении количества мочи, далеко переходящем норму (2500–2900 см³). Оно зависит от усиленной жажды больной, которая стоит в тесном соотношении с расстройством ее нервной системы. Например, всякий раз, когда она плохо спит, у нее увеличивается жажда и пропорционально этому – количество мочи. То же бывает и в день припадка. Это явление нередкое и очень часто наблюдается при diabetes insipidus, патогенез которого допускает существование первичного нервного расстройства. Таким образом, мы должны диагностировать у нашей больной diabetes insipidus, o diabetes mellitus не может быть здесь и речи, так как сахара в моче нет. В половой сфере расстройств нет, регулы в первый раз теперь только запоздали. Увеличение глухого звука в стороне печени следует приписать умеренной гиперемии ее, зависящей от болезни сердца. С плевритическим экссудатом смешать это невозможно, так как дыхательные шумы слышны везде ясно. Увеличение переднезаднего диаметра груди дает нам право предположить эмфизему, которая сказывается в коротком, но глубоком дыхании, хотя последнее зависит также от нервного расстройства больной. Перкуссия легкого ничего ненормального не представляет, при выслушивании же дыхательные шумы на правой стороне слабее, чем на левой. От чего это? На это нельзя подыскать удовлетворительного ответа. Не от того ли, что печень увеличена и правое легкое не может свободно расширяться? Но печень не так велика. Не сжато ли легкое аневризмой? Но тогда аневризмой надавливало бы и на oesophagus и было бы затруднено глотание, кроме того, она бы не могла лежать навзничь, хотя это положение и для дыхания неудобно. На основании того, что больная харкает кровью, можно предположить инфаркт, но это не подтверждается перкуссией, хотя совершенно отрицать его существование также нельзя. Не поражено ли легкое сифилисом? Сифилис обыкновенно поражает легкое отдельными фокусами, здесь же ослабленные дыхательные шумы по всему легкому, для того же, чтобы наверное предположить интерстициальное поражение сифилисом, мы имеем слишком мало данных. У больной железы даже не припухли, может быть, и да, но может быть, и нет. Вернее же всего, что у больной был бронхиальный катар, после которого произошел ателектаз, в силу чего легкое не может так расширяться.

Diagnosis сердца. Увеличение глухого звука сердца дает нам право заключить о болезни его, потому что это увеличение нельзя приписать водянке перикарда, так как при последней толчок сердца слышался бы слабо или был бы совсем не слышен, то же было бы и с другими аускультативными явлениями. У нашей же больной, наоборот, чрезвычайно ясно слышен шум первым временем у верхушки, который слабее прослушивается у основания. А тон же, наоборот, слабее у верхушки и гораздо сильнее у основания. Выслушивая же на середине между верхушкой и основанием сердца, мы слышим тон не так ясно, как у основания, и шум не так ясно, как у верхушки. Тон, выслушиваемый нами, безусловно, диастолический и, следовательно, шум,

предшествующий этому тону, – систолический. В верхушке сердца выслушиваются тоны левого венозного отверстия и, следовательно, шумы его, из чего мы заключаем, что шум, который мы слышим, происходит от органического порока *valvulae mitralis*. Что это не простой динамический шум, явствует из того, что здесь присущи материальные изменения: гипертрофия правого желудочка, застой в легких. Подтверждение этому находим и в том, что она харкает кровью и что во время припадков появляется отек легкого. Увеличение правого желудочка происходит из того, что во время систолы левого желудочка вгоняется часть крови обратно в левое предсердие, которое в силу этого находится под усиленным давлением. Из предсердия это усиленное давление переходит на легочные вены и как следствие – на правый желудочек, который и гипертрофируется. За гипертрофию, а не атрофию говорит в данном случае то, что у нашей больной расстройство компенсации ограничивается только малым кругом кровообращения, да и то только во время припадков. Другие симптомы также подтверждают эту диагностику: у больной сердцебиение, одышка, дыхание от 30–40 раз в минуту в обыкновенном состоянии (по временам же бывающее учащение дыхания не зависит от болезни сердца, как мы увидим ниже), пульс наполнения ниже нормального, несколько учащен, но правильный по ритму, по временам кашель.

Что же касается до характера поражения – сужение это или недостаточность, – то разрешение этого вопроса не имеет существенного значения как для прогностики, так и для терапии, разве только что при стенозе не так долго живут, как при недостаточности. Симптомы и физические явления почти одинаковы, разница только в том, что при стенозе обыкновенно бывает аритмия, и при пальпации замечается явление, известное под именем кошачьего мурлыканья (*fremissement cataire*). Затем по теории при выслушивании должен быть слышен диастолический шум, обуславливается это тем, что кровь, проходя через *ostium venosum*, которое при стенозе от сращения клапанов принимает вид воронки, образует круговороты, производящие шум, на деле же чисто диастолического шума не бывает. Всех этих явлений у нашей больной нет, аритмия у нее не появляется даже во время припадков, когда пульс доходит до 130 ударов в минуту. С очень большой вероятностью, наоборот, у нее можно диагностировать недостаточность, основываясь на усилении толчка сердца, систолическом шуме у верхушки и усилении второго тона у основания.

Этиология сердечной болезни в данном случае темна, у больной не было суставного ревматизма, как от тифа, так и от сифилиса же эта болезнь не могла возникнуть. Сифилис поражает мышечную ткань сердца, но никогда не поражает его клапанов.

Diagnosis lues'a. У нашей больной был бесспорный сифилис, на это указывают как боли, бывшие в прошлом году по направлению большеберцовых костей, прошедшие от йодистого калия, так и то, что больная лечилась от расширения костей носа; и то и другое – излюбленные места сифилитического периостита. Утолщение этих костей осталось и поныне. Гораздо труднее решить вопрос, какой сифилис у больной – наследственный или приобретенный, хотя это и не имеет значения для терапии, равно как и для прогностики. Прежде для отличия одной формы от другой брали в расчет время обнаружения сифилиса со дня рождения, но вскоре убедились в несостоятельности этого критерия, потому что сначала срок появления сифилиса ограничивался неделями, затем месяцами и даже годами, но были примеры, что наследственный сифилис обнаруживался на 15-м году жизни. Между ними есть различие в форме и чрезвычайно малое – в течении. Один из характеристичных признаков, по мнению Гётчирсона, составляет поражение зубов при наследственном сифилисе, а именно: резцы недоразвиваются в длину и в ширину; это явление встречается то в верхней, то

в нижней челюсти. Признак же этот сам по себе недостаточен. Так, если у известного индивидуума замечается подобное явление, то можно заключить о присутствии сифилиса, хотя бы отсутствию этого признака нельзя заключить и об отсутствии сифилиса. У нашей больной зубы правильные, из расспросов матери ничего не выявляется: больная – предпоследний ребенок, последний умер от золотухи, выкидышей не было, следовательно, ничего не говорит за наследственный сифилис, можно выстроить предположение, что она заразилась. Но решение этого вопроса и не представляется важным, гораздо важнее – есть ли у нее сифилис в настоящее время? И на этот вопрос с достоверностью ответить нельзя, но с громадной вероятностью можно отвечать, что он есть, потому что больная радикально не лечилась, притом непродолжительное лечение йодистым калием не гарантирует от возвратов. Меркурий лучше задерживает развитие сифилиса.

Нервная система нашей больной не в порядке: у нее истерия. Истерия относится к общим неврозам, то есть к нервным болезням без осязательных материальных изменений, к общим, то есть распространенным по всему организму. Что до ее признаков, то нет такого невропатического симптома, который бы не мог встречаться при истерии. Ей сопутствуют всевозможные параличи, трофические расстройства, спазмы, судороги, анестезии, эпилепсии и т.п. Истерия может повлечь за собой и материальные изменения, например, *remphigus*, ожирение сердца, паралич. Самым же верным симптомом считается припадок, ему предшествует обыкновенно безотчетная тоска, грусть, часто вовсе без причины, стесненное, но частое дыхание, плач. Если истеричный субъект делает попытку пройтись в это время, то он падает, не теряя сознания, и с ним начинаются конвульсии, доходящие иногда до эпилепсии. Прежде, основываясь на том, что истерия почти исключительно встречается у женщин со времени развития половой зрелости до периода угасания половых отправлений и в большинстве случаев сопровождается расстройствами в половой сфере, думали поставить эту болезнь в зависимость от заболеваний половых органов женщины, но то, что эта болезнь встречается у мужчин и у девушек вследствие огорчений, умственного труда, тяжелой болезни и т.д., доказало несостоятельность этой теории. Наша больная истерична и страдает при этом кровохарканьем, если последнее принять за признак расстройства компенсации, то это будет грубая ошибка, потому что у нее материальные расстройства наступают с быстротой нервного припадков и затем проходят бесследно, что чрезвычайно характерно для истерии, и несомненно, что отек и кровохарканье должны быть поставлены в зависимость от ее истерического состояния. Кроме этого, другой характерный признак истерии присущ нашей больной – это впечатлительность, им даже нередко пользуются для подтверждения предположения об истеричности индивидуума, потому что стоит только пристально поглядеть на такого человека, как с ним может сделаться припадок. У нашей больной, понятно, нет необходимости производить этот опыт, так как без того уже все присутствующие видели припадок в слабой степени во время лекции: больная внезапно вскрикнула, начала часто дышать, было слышно некоторое хрипение, легкий плач, пульс был учащен, больная оправилась минут через 10. В более сильной степени припадок у нее держится на такой высоте часа 2–3, она извергает отечную мокроту, пенистую, без форменных элементов в количестве 2½ плевательницы. Хрипы слышны на расстоянии, в легких наступает гиперемия, что сказывается кровохарканьем, дышит до 60–65 раз в минуту, пульс достигает 130 ударов в минуту. Успокаивается же больная часов через 10. Есть ли у больной еще и другие явления, свидетельствующие о расстройстве нервной системы, кроме плохого сна, трудно сказать, потому что от перемены образа жизни они могут исчезать, хотя и могут еще появиться. Теперь же ни анестезий, ни параличей нет, то, что

она плохо слышит, должно быть отнесено к последствиям перенесенного ею тифа. Кроме того, у нашей больной постоянная одышка, число дыханий большею частью даже в спокойном состоянии от 30–40 раз. Во время же припадка и до 65. Не надо смешивать одышки – *dyspnoë* с удушьем – *asthma*. *Dyspnoë* есть постоянное явление, *asthma* же появляется только по временам. Бывает сильная одышка, напоминающая удушье, но постоянность же ее говорит против астмы. Впрочем, в иных случаях чрезвычайно трудно отличить одышку от астмы, потому что первая иногда до того усиливается, что переходит в последнюю, так что нельзя найти границы, где кончается первая и начинается вторая. Из всего вышесказанного следует, что у нашей больной постоянное явление частого дыхания (30–40 раз в минуту) есть *dyspnoë*, по временам наступающее учащение (60–65) – *asthma*. Лучше всего различать 3 рода астм: 1) *asthma laryngeale*, 2) *asthma bronchiale* и 3) *asthma cardiale*.

Asthma laryngeale свойственна преимущественно детскому возрасту, хотя может встречаться и у взрослых. Она более известна под именем *laryngismus stridulus*, и сущность ее заключается в спазме мышц, закрывающих гортанную щель. Самый характерный симптом ее – потеря голоса.

Asthma bronchiale, или респираторная, чрезвычайно известна, хотя чистые случаи встречаются редко. Больной, страдающий этого рода астмой, чувствует себя совершенно здоровым вне припадка, во время же его дыхание становится тяжелым и редким, слышимым издали, каждый вздох, видимо, достается больному с большим усилием, он вытягивает его, принужден сидеть, поддавшись всем своим корпусом вперед и опираясь руками в колени; лицо красно, иногда даже багрово-синее. Припадок продолжается час-два, и затем больной чувствует себя совершенно здоровым. Биение пульса во время припадка почти нормальное. Эта астма зависит от спазматического сокращения мышц, суживающих просвет бронхов, что подтверждается слышимыми издали сухими свистящими хрипами.

Asthma cardiale может быть как при здоровом, так и при больном сердце. При здоровом сердце сердечная астма проявляется при чрезмерном напряжении. Так, если, например, вбежать на третий этаж, то появляется сильная одышка, пульс достигает 130–180 ударов в минуту. Против этого вида астм помогает холод на сердце, эфир, вино. При болезнях же сердца *asthma cardiale* особенно часто появляется у стариков при ожирении и атероматозном процессе сердца. Люди, подверженные этой астме, страдают постоянной одышкой; предвестником припадка обыкновенно бывает чувство тошноты, *anxietas precordialis*, сам же припадок характеризуется частым и тяжелым дыханием и сильным учащением пульса (150 и более ударов в минуту), лицо обыкновенно бледно.

У нашей больной обыкновенно истерический припадок начинается тяжелым и частым дыханием (до 65 раз в минуту), пульс же остается нормальным, разве ударов на 10 больше обыкновенного, – это не чисто бронхиальная астма, там дыхание не учащено. Ее вернее назвать респираторной астмой типа истерического, но тот же припадок продолжается иногда, причем появляется учащение пульса до 130 в минуту, у нее кроме того болезнь, постоянное *dyspnoë*, и поэтому нужно тогда диагностировать кардиальную астму. Нельзя допустить, чтобы этот истерический припадок был у нее самостоятелен, потому что тогда бы он не повлек за собой учащение пульса. Что же до материальных расстройств в легком, наступающих с быстротой появления припадка и исчезающих бесследно после него, то они должны быть отнесены к истерии. Резюмируя все вышесказанное, мы должны диагностировать у нее отек нервного происхождения истерической больной с болезнью сердца, ничуть не считая его прямым следствием болезни сердца, постоянное *dyspnoë*, респираторную астму в зависимости от истерии и сердечную астму.

Prognosis нашей больной недурен. Если бы у нее припадки зависели от сердечной болезни, тогда бы ей жить

оставалось, может быть, полгода, но так как они нервного свойства, то она может прожить очень долго. Вне припадка ее положение очень порядочно: одышка, да и то нервная, поправить нервы, и одышка легче станет, а истерия – болезнь, которую можно вылечить, не говоря уже о том, что иногда она проходит сама собой. У нашей же больной она в слабой степени, она дается ей трудно потому, что у нее поражена грудь; если изменятся к лучшему условия жизни, припадков не будет, не будет также харкать кровью, легкое будет в хорошем состоянии, отсюда опять одышка была бы меньше; болезнь сердца, правда, вылечить нельзя, но у нее гипертрофия с чрезвычайно малым расстройством компенсации, с которым долго еще можно жить.

Терапия. Нервное расстройство больной особенно тяжело отражается на дыхании и кровообращении, и от него же в зависимости стоят бессонница и усиленная жажда. Больная поглощает много жидкости, которая если не выделяется *per anum*, то всасывается и должна выделяться мочой, что чрезвычайно тяжело ложится на малый круг кровообращения. Следовательно, терапия главным образом должна быть направлена против существующего нервного расстройства – истерии, потому что, если бы удалить ее, осталась бы одна болезнь сердца, а так как у нашей больной компенсация не сильно расстроена, то больная могла бы еще очень долго жить.

Устранение нервного расстройства в данном случае чрезвычайно трудно, потому что требует изменений условий в образе жизни больной. Таким больным всегда следует советовать уезжать на юг, потому что им следует пользоваться свежим воздухом и делать движения, в нашем же климате пользоваться воздухом представляет то неудобство, что влечет за собой необходимость тепло одеваться, так что больную придется обременять платом, причем движения на воздухе для нее будут затруднены, кроме того, при нашем климате она гораздо более рискует простудиться. Если же уехать на юг для больной представляется невозможным, то бесспорно хорошее помещение, удаление тяжелых нравственных влияний, спокойствие, пользование воздухом часа 2–3 ежедневно будут способствовать и у нас исцелению истерии. Одни же фармацевтические средства без пользования воздухом не принесут никакой пользы. Хотя клиника не отвечает всем вышесказанным условиям, тем не менее больная и здесь чувствует себя гораздо легче: дома у нее в последнее время было на неделе два припадка и оба в сильной степени, здесь же почти за двухмесячный срок их было всего четыре, из которых один только был силен. При нервных болезнях помимо холодной воды, которая здесь непригодна в виду возможности простудить больную, и железа, которое не переносится при болезнях сердца, так как повышает давление крови, употребляются *Argentum nitricum*, *Arsenicum* и *Bromum* – от них можно ждать некоторой пользы, но только временной, потому что если вредные влияния будут действовать, то лекарства вскоре перестанут помогать.

Бром. От него можно ожидать небольшой пользы, он дается при нервных расстройствах без материальных изменений, реже при страданиях с материальными изменениями. Лучшее средство против бессонницы, зависящей от нервного расстройства, уничтожая бессонницу, он тем самым хорошо влияет на нервную систему, не помогает в этих случаях только весьма редко. При бессоннице же, не происходящей от нервного страдания, а стоящей в зависимости от других причин, например, от боли при плеврите, или если она является у человека, привыкшего к спиртным напиткам и вдруг оставившего их употребление, бром не приносит никакой пользы, точно так же и при нервных расстройствах, не сопровождающихся бессонницей. Из периферических нервных расстройств бром помогает при расстройствах в половой сфере: у женщин при дисменорее и при всякой путанице в регулах, например, когда они запаздывают, ходят с болью в стороне матки или вдруг

останавливаются от случайной причины; у мужчин – при чрезмерной похотливости, связанной со слабостью половых органов, когда замечаются частые истощающие поллюции, при чем сон может быть и в хорошем состоянии. Бром обычно прописывается в виде бромистого калия.

Rp.: Kalii bromati ʒj – ʒij

Aq. distil. ʒvj

[M.]D.S. от 10 до 20–60 гран на прием. Если бромистый калий не переносится хорошо желудком, то его можно прописать в бульоне, в пище, потому что при больших дозах он иногда производит понос. Его назначают обыкновенно на ночь, людям же с хорошим желудком, долго не спавшим, можно назначить до ʒj и даже до ʒij, дробя этот прием на 3 или 4 раза, через каждый час. От бромистого калия регулы бывают обыкновенно чрезвычайно обильны, поэтому при первых признаках их появления употребление его следует оставить; если же регулы, показавшись, снова стихают, нужно дать 1 или 2 ложки.

Нитрат серебра назначается главным образом при функциональных расстройствах нервной системы, при кардиалгии и при нервных болезнях с материальными изменениями – *tabes dorsalis*, *sclerosis cerebrospinalis multiplex* и в тех нервных болезнях, где преобладает слабость (неврастения). *Argentum nitricum* прописывается обыкновенно в виде пилюль:

Rp.: Argent. nitric. gr j

succi liquirit. q.s. ut f. pil. №20

D.S. Принимать 2 пилюли в день.

Дозу увеличивают, редко доходя до ¼ грана. При болезнях же центрального происхождения доза увеличивается до 1 грана в день.

Мышьяк дается при невралгиях с упадком питания, за исключением кардиалгий. Так как он легко расстраивает желудок, прописывается в виде *Solutio arsenicalis Fowleri* от 1–4 капель в день.

Для лечения болезней сердца мы обладаем следующими средствами.

Digitalis. Опыт показал, что индикацией к употреблению наперстянки при болезнях сердца служат частота и неправильность пульса, так что если пульс 80, то он эффекта особенного не производит, наоборот, если пульс 110, 120, больной весь опух, отек ног, живота, он задыхается, склянка *digitalis* производит поразительный эффект. Противопоказанием к употреблению составляет частота пульса, зависящая не от болезни сердца, а от других причин, например, лихорадки; при умеренной частоте, впрочем, в подобных случаях еще можно дать его, при значительной же он производит коллапс. *Digitalis* прописывается в виде *digitalinum*, но действие его слишком сильно, как *tinctura digitalis et aqua laurocerasi aa* и как *pulvis digitalis*. Но лучшая форма – это *infusum*, назначается обыкновенно с малых доз (gr ʒj на ʒvj), потому что это единственное верное средство при болезнях сердца, так что необходимо с ним обращаться осторожно, а то больной может к нему привы-

кнуть, и оно не будет производить своего обычного действия, обыкновенный же прием 10 гран на двое суток.

Rp.: Inf. Herbae digitalis gr x parat in ʒvj

M.D.S. Через 2 часа по столовой ложке.

К этому можно прибавить *Sirupi rubi idaei ʒβ*. При очень слабом желудке наперстянка иногда производит рвоту, реже послабление.

К средствам, возбуждающим сердечную деятельность, принадлежат вино, эфир, валериана, арника, камфора, мускус. Мускус и камфора даются при тифе и при общей слабости.

Вино и эфир назначаются при нервной слабости сердца, что дать из этих двух средств, зависит от индивидуальности, если больной привычен к вину, то – вино, в противном же случае – эфирную валериану, главной индикацией к ней служат слабость пульса и плохое наполнение артерий. Хинин также действует на сердце, понижая частоту пульса. *Kalium bromatum*, *Argentum nitricum* и *Arsenicum* действуют на него отдаленным путем через нервную систему.

Если индикации выражены не так ясно, например, бывает, что пульс одновременно и част, и слаб, тогда дается и *digitalis*, и валериана или вино. Вообще:

- при частом и неправильном пульсе дается *digitalis*;
- при неправильном и частом пульсе, не зависящем от болезни сердца, не дается *digitalis*;
- при слабом пульсе дается валериана;
- при слабом и частом – дается *digitalis* и *valeriana*.

Терапия данного случая. Терапия была сложная: при поступлении в клинику пульс у больной был 112, слабый, мочи 100 см³ и индикация явная – частый и слабый пульс, левый желудочек плохо наполнен, потому что кровь при систоле вследствие недостаточности *valvulae mitralis* отливает обратно в предсердие, отсюда плохое наполнение аорты и артерий и малое количество мочи, – больной было назначено *digitalis gr ʒj – ʒvj*, потому что она его прежде не принимала, и *tinctura Valerianae aetherea*. После двух склянок *digitalis* пульс 70, мочи 1500 см³. Ввиду истеричности, плохого сна и запоздания менструаций – бромистый калий. Сон поправился, может спать 6–9 часов, не принимая несколько дней брома, число и интенсивность припадков значительно уменьшились. Терапия во время припадков, который повлек за собой холод конечностей, состояла в согревании тела вином, на икры были поставлены два горчичника. Средством более сильным, состоящим в том, чтобы больная опустила ноги в воду, в которой была разболтана горчица (сосуд этот следует держать закрытым, чтобы больной не дышал этим воздухом), больная не могла пользоваться, так как не могла сидеть. Кроме того, ей были даны внутрь бромистый калий и *tinctura Valerianae aetherea*.

Дальнейшее лечение больной, кроме предписанной гигиены, будет состоять из наперстянки, эфирно-валериановой настойки и бромистого калия по мере надобности. Против истерии – *Argentum nitricum* ввиду наклонности больной к запору. В данном случае нет прямых показаний ни для ляписа, ни для мышьяка.

Примечание.

Печатается по рукописи 1884 года (стр. 23–51). Озаглавлено «*Affectio ostii venosi sinistri*».

Solutio arsenicalis Fowleri – Фуллеров раствор (*Liquor arsenicalis Fowleri*) – 1% водный раствор арсенита калия ($KAsO_2$), предложен в 1786 году английским врачом Томасом Фуллером в качестве общеукрепляющего и тонизирующего средства.

Aqua laurocerasi – лавровишневая вода, получаемая перегонкой свежих листьев Лавровишни лекарственной (*Prunus laurocerasus*) с водой, использовалась как успокаивающее и обезболивающее средство.

Sirupus rubi idaei – малиновый сироп.

Случай 14

Больной поступил в клинику, жалуясь на одышку, сердцебиение, кашель и боль под ложечкой.

Status praesens. Больному 40 лет, официант, 10 лет как оставил военную службу и живет в Москве, в сыром и холодном помещении, стол хорош, пьет много чая, прежде был *abusus spirituosum*, образ жизни чрезвычайно непра-

вильный. Органы пищеварения. Язык влажен, во рту сохнет, пьет мало, аппетит плох, тошнота, изжога, отрыжка, изредка рвота содержимым желудка, не вызываемая кашлем. [У кашляющих при рвоте необходимо спрашивать, чем рвота, – это особенно важно, например, при *phthisis*]. После еды у больного появляется тяжесть и боль под ложечкой и левым ребром, которая держится часа 2–3, кроме того,

он чувствует боль, начинающуюся под пупком и идущую к паху, но не достигающую его. Живот вздут и урчит, после послабления или отрыжки тяжесть и урчание уменьшаются. С месяц у больного запоры, кровь низом не шла. Мочи мало (700–800 см³), цвета оранжево-желтого, насыщенная, частью слизью, частью мочекислыми солями. Печень увеличена, прощупывается и чувствительна. Селезенка нормальна. *Органы дыхания и кровообращения.* В грудной стенке болей нет, голос прерывистый. Больной подвержен насморку, дышит часто (40 раз в минуту) и тяжело, кашляет, мокроту выводит с трудом, ее мало ($\frac{1}{4}$ плевательницы), она отчасти схожа с мокротой при пневмонии, хотя ее больше и она жиже, кроме того, она пенится, в ней нет форменных элементов, встречаются же клейкие массы, слизь, муцин, жилки крови и кровяной пигмент. Сердцебиение бывает только при поднятии тяжестей, ходьбе и душевных волнениях. Температура в первый раз повышена, 37,6°C. *Нервная система.* Головокружения бывают при поднятии тяжестей. Сон плох. Боли в пояснице. Руки болят в сочленениях при перемене погоды. Зрение вдаль лучше, при свете нехорошо читает. Против ветра глаза слезятся.

Объективное исследование. Форма груди эмфизематозная, напоминает собой вдыхание. Область глухого звука печени увеличена. Перкуссия легких, как спереди, так и сзади, дает отрицательные результаты. При выслушивании же слышим влажные хрипы в нижних отрезках обоих легких сзади, спереди же хрипов не слышно. Дыхательные шумы слабее нормального. Толчок сердца явно виден, прощупывается на три поперечных пальца ниже нормального и отклонен влево за мамиллярную линию пальца на два. При ощупывании слышно *fremissement cataire*. Глухой звук при выстукивании на большем протяжении: на грудине звук получается глухой, который распространяется и за грудину правее на один палец, налево же на два пальца в поперечнике и идет вниз до толчка. У верхушки сердца прослушивается два шума, иногда же слышится диастолический тон. У основания же, в месте выслушивания аорты, резче же всего у легочных артерий, слышится два шума. В сонных артериях слышен шум, тона же нет. Наполнение артерий хорошее, пульс прыгающий. Пульс лучевой артерии на правой стороне сильнее, чем на левой.

Anamnesis. 15 лет тому назад промочил ноги, отчего заболели голеностопные сочленения, они были красны, болезненны и опухли, вверх же расстройство не поднималось. Был, значит, острый, а не эмигрирующий ревматизм. 4 года назад у больного впервые появилась одышка, 2 года как страдает сердцебиением. В середине нынешнего лета упал с лестницы, после чего сердцебиение и одышка усилились, поднялся кашель с мокротой и, $1\frac{1}{2}$ недели тому назад, с кровью. Гастритические явления года 4 как усилились, до февраля прошлого года злоупотреблял спиртными напитками, 3 месяца после этого ничего не пил, затем до сентября пил холодное пиво, с сентября же вовсе перестал пить. Все лето страдал поносами, с сентября же – запорами. С лета больной сильно похудел.

Diagnosis. Боль и тяжесть под ложечкой до и после еды, плохой аппетит, отрыжка, изжога, тошнота и запоры указывают на несомненный катар желудка. Нажил себе больной этот катар от тяжелой, хлопотливой жизни, он официант, ведет уже по своему роду занятия чрезвычайно неправильный образ жизни, пивал водку, в последнее время – холодное пиво, кроме того, у него болезнь сердца. Боль, идущая к паху, должна быть отнесена к поражению почки, такая боль бывает, если в почке находится песок или при смещении почек, но ввиду качества мочи это должно быть отнесено к подагрическим явлениям. Характеристическим признаком подагры считаются приступы – жгучая, сверлящая боль в суставах между плюсневой костью и первой фалангой большого пальца. У нашего больного палец не болит, зато ему присущ другой характеристический признак подагры – моча с мочекислыми отстоями. При подагре не

только в теле почки в виде песка, но и в мелких суставах, особенно в суставах ноги и руки, около хрящей, например, в ушных хрящах, встречаются отложения из кристаллизированных мочекислых солей. Подагра всегда сопровождается катаром желудка. Печень чувствительна и выходит из-под края ребер. Это может зависеть от двух причин: или от гиперемии – венозного застоя – как следствия болезни сердца, или от цирроза печени, могущего явиться в силу *abusus'a*. Каким из двух страданий поражена печень, узнать нельзя; при циррозе увеличена обыкновенно селезенка, бывает асцит, у нашего больного этого нет, но цирроз начинается в большинстве случаев с катаров и поносов, а это было у нашего больного, значит, цирроз можно считать вероятным, гиперемия же у него несомненная. Грудь нашего больного на первый взгляд кажется чрезвычайно высокой, но вид мощи ей отчасти придает эмфизема. В этом легко убедиться, заставляя больного делать дыхательные движения, причем у него замечается незначительная разница в изменении грудной клетки, кроме того, дыхательные шумы слышны слабее нормального. Органы, дающие глухой звук при перкуссии, дают его при эмфиземе на меньшем пространстве, то же обстоятельство, что этого в данном случае не замечается, объясняется увеличением этих органов: печень и сердце у нашего больного увеличены. Больной дышит часто и тяжело. голос прерывист, кашляет, выводит характеристичную отечную мокроту – все это заставляет предположить у него отек легких; эту диагностику подтверждает и объективное исследование: при аускультации в нижних отрезках обоих легких слышны сзади обильные влажные хрипы, спереди же хрипов нет. Место хрипов составляет главный диагностический признак. Если бы хрипы слышались в верхнем отрезке, то это указывало бы на верхушечный процесс, в среднем отрезке – бронхиальный катар, в нижнем отрезке – отек легких, в среднем и нижнем отрезках – бронхиальный катар плюс *oedema pulmonum*. Поэтому уже по одному месту хрипов следует исключить бронхиальный катар; нельзя также допустить возможность двухсторонней пневмонии, потому что при ней больной сильнее повышает температуру, а у нашего больного только 37,6°C. Кроме того, при перкуссии легких получается ясный звук. С большой вероятностью, ввиду незначительного повышения температуры и того обстоятельства, что в мокроте встречается кровь, можно допустить существование незначительного геморрагического инфаркта наряду с несомненным отеком легких. Геморрагический инфаркт бывает часто при застоях в малом круге кровообращения, при болезнях левого венозного отверстия и аорты; происходит он от разрыва сосудов, причем кровь изливается в паренхиму легких, образуется тромб, вокруг же него – воспалительный процесс. Значительный инфаркт дает глухой звук, у нашего больного тщательная перкуссия ничего не обнаруживает, так что в силу вышесказанных причин можно допустить существование только незначительного инфаркта. Болезни легочной плевры в силу отсутствия глухого звука и трения ее должны быть исключены.

Увеличение области глухого звука сердца влево за мамиллярную линию и вправо за грудину не говорит в данном случае за экссудат перикарда, так как здесь толчок усилен, а не ослаблен, и шумы прослушиваются не слабо, а сильно, но зависит оно от гипертрофии правого и левого желудочков. Под гипертрофией понимают утолщение стенок и увеличение объема полости желудочка, под расширением же – увеличение объема полости и утончение, атрофию стенок. У нашего больного – гипертрофия, потому что расстройство компенсации у него незначительно, оно ограничивается только малым кругом, и только увеличение печени указывает на начинающееся расстройство в большом круге. От чего же зависит здесь гипертрофия? Толчок сердца усилен, у всех четырех отверстий слышатся два шума – систолический и диастолический, у верхушки

только иногда слышен слабый первый тон, шумы резко слышны у основания, но сильнее всего – в месте выслушивания легочных артерий. Чтобы убедиться, зависит ли этот последний шум от поражения легочного ствола или от аорты, следует выслушать сонные артерии; в данном случае в них тона нет и слышен шум, что составляет верный диагностический признак и указывает на поражение полулунных заслонок аорты. Гипертрофия левого желудочка зависит, следовательно, от того, что во время диастолы он наполняется кровью не только со стороны предсердия, но и со стороны аорты, вследствие чего объем желудочка увеличивается. Откуда же происходят систолические шумы? При стенозе аорты прослушиваются систолические шумы, но этого в данном случае допустить нельзя, так как при стенозе шумы чрезвычайно слабы, и артерии также слабого наполнения, у нас же наоборот; а зависит это здесь от изменений в полулунных заслонках аорты: они жестки, торчат, как хрящики, и не только не закрывают отверстия, но и мешают прохождению крови. Кроме того, в данном случае это может зависеть и от других причин: во-первых, от того, что масса крови, находящаяся в левом желудочке, растягивает венозное кольцо и тем самым образует относительную двустворчатых заслонок и, во-вторых, что процесс эндокардита мог распространиться из аорты на *valvulae mitralis*, что неминуемо должно было повлечь за собой шум с первым временем. В силу же накопления в правом желудочке и затруднения кровообращения в малом круге кольцо прикрепления *valvulae tricuspidalis* может увеличиваться, створки не будут вполне закрывать отверстие, произойдет относительная недостаточность трехстворки, следствием чего являются шум с первым временем и гипертрофия правого желудочка. У больного прыгающий пульс, что также характерно для поражения клапанов аорты, он производит впечатление щелчка, что зависит от отхлывания крови обратно к сердцу. Разница в пульсе лучевой артерии правой и левой руки иногда зависит от того, что ветвь лучевой артерии отходит на тыльную поверхность, но этого в данном случае нет; нет и аномалии выше ее, в чем можно убедиться, идя к центру и выслушивая биение подключичных артерий на правой и на левой стороне; вряд ли это зависит и от атероматозного процесса артерии, где поражается *intima* и вследствие этого биение пульса ощущается слабее; здесь – это следствие бывшего перелома этой руки. Причину болезни сердца нужно искать в ревматизме. Нервная система больного в недурном состоянии, головные боли, проходящие от сна, должны быть признаны за мигрень, боли в пояснице зависят от известного состояния мышц и нервов – неврита и миозита, в сущности это воспаление соединительной ткани, одевающей мышцу и нерв, – неврит-леммы, поэтому вернее называть это состояние «перимиозит» и «периневрит». Питание больного упало.

Прогностика серьезна, потому что кроме расстройства в малом круге кровообращения увеличение печени указывает на начинающееся расстройство в большом.

Терапия. Против катара желудка была прописана диета: куриный суп, причем не позволялось больному съесть много за один раз, чтобы не вызвать чувства тяжести в желудке, по две ложки портвейна и чай; против запора ставились клистиры. Для уменьшения отека легких больному была поставлена мушка под левую лопатку величиной в 1½ игральной карты, так как отхаркивающие не действовали бы, потому что хрипы находятся в нижних отрезках легких, мушка же хорошо действует на внутренние органы. Бывает, что и отек становится меньше, но в данном случае мушка не оказала действия, и поэтому прибегли к кровопусканию.

Кровопускание. Нет времени, где не пускали бы крови, особенно же злоупотреблял этим Бруссе, современник Лаэннека, он всюду видел воспаление и гиперемии и пускал кровь, даже при тифе, вообще французские врачи того времени советовали повторить кровопускание «*супр* *sur*

супр», как говорили они; итальянцы и до сих пор пускают кровь, и там это оказывает менее вредное влияние, потому что, бесспорно, климат и раса имеют при этом большое значение. Но увлечение кровопусканием достигло в конце такой силы, что его употребляли почти что везде и, понятно, приносили этим только вред. Мудров в конце своей карьеры также увлекся этим и носил даже перстень в виде пиявки, на котором было написано «*Nil utilius creavit*» [Ничто не создано более полезным, лат.]. Затем воспоследовала реакция. Дитль, ученик школы Рокитанского, нигилист в терапии, видел преступление в кровопускании, он говорил, что пускающих кровь надо отдавать в руки правосудия. Но и та, и другая стороны грешат против истины. Например, Дитль, как возражение против кровопускания, говорит, что кровопусканием болезнь излечить нельзя, после него остается малокровие, больной же без этого плохо ест. Но эти возражения не вполне справедливы, например, в данном случае, взявши у нашего больного 10 унций [около 300 мл] крови, мы получили следующие результаты: печень перестала быть болезненной, что отразилось и на желудке, который стал лучше переваривать, не говоря уже о том, что отек, уменьшившись, значительно облегчил дыхание больному и улучшил его сон, и все это, несомненно, значительно повлияет на благоприятное течение болезни. Кровь вообще следует пускать только в тех случаях, когда нельзя отделаться более дешевыми для организма средствами. У пьяниц и людей истощенных кровопускание противопоказуется. Главным образом пускают кровь при отеках легких, но не всегда: иногда это спасительное средство, иногда же оно убивает. Например, случай гепатизации одного легкого, кровь отливает к другому, оно отекает, больному трудно дышать, масса хрипов, больной крепкого сложения, его не лихорадит – здесь прилив крови, кровопускание в данном случае принесет громадную пользу. Другое дело, если вы имеете перед собой пневмоника на 8, 9 или 10-й день болезни, пневмония не разрешается, легкое отекает, температура 40°C, пульс слаб – при таких обстоятельствах пустить кровь значило бы рисковать убить больного, произошел бы коллапс, вернее же всего обморок во время кровопускания. Понятно также, что при отеках нервного происхождения, как это было, например, с нашей больной, страдающей *affectio ostii venosi sinistri* [случай 13], кровопускание неуместно. С успехом вообще делают кровопускание в тех случаях, когда мушка и сенега стали бессильны, отек легких грозит подняться и задушить больного. Такие отеки бывают либо при болезнях сердца, либо при воспалении легкого, при отеках, бывающих при последней болезни, пускают кровь в начале заболевания, когда больной еще не ослаблен. Пускают здесь кровь не против самой болезни, а против опасного симптома, потому что сама пневмония проходит благоприятно и без кровопускания, умирают от нее только пьяницы, люди истощенные и принявшие за лечение в конце болезни, а для таких больных кровопускание считается противопоказанным. В силу всего вышесказанного ясно, что в данном случае и спорить нельзя было о необходимости и о выгоде кровопускания. Перечисленные случаи, впрочем, не составляют единственной сферы, где можно пускать кровь. Что до вопроса о повторных кровопусканиях, так как подобные состояния при болезнях сердца могут повторяться, то бесспорно, что пускать кровь нельзя часто, но у людей крепких, когда грозит опасность от отека, и если пищеварение сносно, незначительные кровопускания можно делать раз, даже два раза в год без всякого ущерба для здоровья больного. Кровь обыкновенно берется из *v. basilica*, для опорожнения же печени приставляют обыкновенно пиявки к заднему проходу близ копчиковой кости, то есть опорожняют воротную вену через *v. haemorrhoidalis*.

Digitalis давали больному сначала малый прием 8 гран на – *ʒvj*, потому что его тошнило. Тошнота не составляет еще противопоказания, да притом после кровопускания он

стал хорошо переносить и большой прием (10, 12 и 14 гран на 3vj), редко, впрочем, следует давать больше 14 гран, уже было плохо, если приходится давать 20 гран на двое суток, потому что прием 10 гран pro die может вызвать рвоту, желудок испортится, придется ждать его поправки, кроме того, огромный прием может вызвать коллапс и даже асистолию; давая же небольшие приемы, не расстраивают желудка, digitalis скорее всасывается, ему же свойственно кумулятивное действие, то есть, когда вы даете второй прием, действует еще первый и т.д. С этим средством вообще нужно обращаться осторожно, потому что оно единственное, которое бесспорно помогает при болезнях сердца, и чем чаще давать digitalis, тем более больной будет привыкать к лекарству, и оно будет оказывать меньшее действие. Бывают, впрочем, случаи, что больной найдет свой прием так, что часто один такой прием облегчает больного на целый месяц. В данном случае с чрезвычайной ясностью выступа-

ет действие digitalis: пульс реже, мочи больше, печень менее чувствительна, дышать легче, сон в силу этого поправился. После того, как больной почувствовал значительное облегчение от digitalis, ему ввиду подагрических припадков была назначена щелочь. При болезнях кровообращения не следует давать минеральных вод в большом количестве, поэтому ему была назначена вода Виши-Целестин, содержащая в себе углекислую соду и поваренную соль в большом количестве, так что ее можно вводить в небольшом количестве и достигнуть тех же результатов, как, например, при эмской воде, которую пришлось бы давать в 3 раза больше. Ему было назначено по ¼ стакана 2 раза в день, температура 18–20°R. Ввиду болезни сердца его катар желудка нельзя лечить минеральными водами; лучшее средство – гигиена. Nervina здесь неуместны – больной не жалуется на расстройства нервной системы, спит хорошо, следовательно, бром не подходит, точно так же Argentum nitricum и Arsenicum.

Примечание.

Печатается по рукописи 1884 года (с. 88–105). Озаглавлено «Insuffitientia valvularum aortae».

Франсуа Жозеф Виктор Бруссе (1772–1838) – профессор, член Французской академии наук (с 1832 года).

Рене Теофиль Геоинт Лазннек (1781–1826) – французский врач и анатом, изобретатель аускультации.

Матвей Яковлевич Мудров (1776–1831) – выдающийся врач, профессор Московского университета, основатель русской клинической медицины.

Юзеф Дитль (1804–1878) – австрийский и польский врач, профессор, ректор Ягеллонского университета. Основатель Новой венской школы медицины. Согласно его учению, рациональный подход к терапии заключается в том, что врач не должен препятствовать природе исцелять больного.

Карл фон Рокитанский (1804–1878) – австрийский патологоанатом, профессор, ректор Венского университета. Основатель первой в Европе самостоятельной кафедры патологической анатомии. Его фундаментальное «Руководство по патологической анатомии», в основу которого положены результаты более 20 000 аутопсий, было переведено в том числе и на русский язык (1844–1850 гг.).

Болезни почек

Случай 15

Больная 25 лет, жалуется на головную боль и слабость.

Status praesens. Зимой и лето [проводит] в Москве. Квартир на втором этаже, сырая и холодная. Не купается, баня 1 раз в неделю (жаркая). Не потлива (с тех пор, как заболела), прежде была потлива. Малярией не страдала. Не курит. Чай (4 стакана) – горячий. Кофе, водки не употребляет. 5 лет замужем. 3 беременности благополучны. Работы много. Год назад болели почки. До половины сентября 1885 года была здорова. Значительно спустя после вторых родов [стало отделяться] мало мочи, опухла. После ванн поправилась. 3 месяца назад родила, до родов была вполне здорова. В последней беременности ноги опухали, в двух первых – нет. С 1 декабря появился озноб, с 4 декабря сухость во рту, 10 декабря после бани прозябла, с 11-го меньше мочи, стал увеличиваться отек. Лечение в клинике. [С] 18 января принимала [по] 25 [эфирно-валериановых] капель 4 раза в день, чая 2 стакана (не очень жидкого), кофе – нет, ½ стакана Виши и 1½ стакана простой воды (мало пьет, хочет больше, но ей не дают), 2 стакана бульона, ½ хлеба, ½ фунта мяса.

Органы пищеварения и мочеполовые органы. Тяжесть в животе. Изжога, болей под ложечкой нет. Рвот не было во всю болезнь. Genitalia – норма. Матка здорова. Мочи 800–900 см³, кровяниста, мутна, темна, с огромным количеством белка, цилиндров, есть цилиндры, свойственные нашей болезни, – зернистые и из эпителия. NB! Гиалиновые цилиндры свойственны хроническому процессу; застой, цирроз – тут их нет. Живот вздут, в нем флюктуация, болезненность при давлении на живот в области почек. Органы дыхания и кровообращения. Первый тон не силен, второй очень силен – хороший знак. Толчок слаб. С тех пор, как стала пухнуть, на спине трудно лежать – дышать трудно. Полоса ясного звука под нижним углом лопатки меньше, чем в норме. Отек ног, правая нога чуть-чуть полнее. Перестала потеть. Температура понижена. Нервная система. Сон 3–4 часа. Были головокружения (в начале этой болезни, и лицо бледнело при этом). Болит голова сегодня, голова болела и когда была

здорова, как придется, и не при регулах, без тошноты. Болея левая половина головы, 1 глаз чувствителен к свету – эти два обстоятельства говорят за мигрень, ибо бывали и до болезни. Ноги теперь не болят, а в начале болезни болели. Вдруг прекратила кормление. Грудь очень опала.

Сегодня надо дать слабительное. Даю каломель при остром нефрите, если больной лихорадит. Аутохтонное отравление – показание для слабительных, если есть слабость, то подкожные инъекции. На низ ¼ стакана, после 1 ложки касторового масла 3 раза жидко прослабило, после чего была ослаблена, кружилась голова, через 1–2 часа справилась. NB! После слабительных и кишки опорожнены, и пульс слабее.

Распознавание. Желудочных болей нет. Рвота – от головной боли. За эту болезнь крепит (жесткие испражнения). Печень и селезенка нормальны. Запор не относится к болезни кишечника. Диафрагма стоит не очень высоко. По правой стороне ясный звук почти норма. Если диафрагма заметно поднимается, то границы грудных органов не ясны. У нашей больной резкий переход – отсюда подъем диафрагмы невелик. Задние границы легких не нормальны. Полоса между углом лопатки и нижними ребрами уже. Почему? Транссудат в плевре. Дыхательный шум здесь слаб, хрипов нет. Он везде, где больной страдает отеками, часто этим объясняется одышка. NB! Транссудат не экссудат, тогда был бы плеврит (односторонний). Глухой звук [сердечной тупости] распространяется вправо, толчок на сосковой линии. Отчего? Увеличено сердце или жидкость в полости перикарда? Едва ли последнее, такого большого количества при наших данных быть не может. Отек всего тела, преимущественно подкожного слоя. Нервная система плоха, не спит, эпилептические припадки. Пузырь в порядке, мочится свободно. Малая чувствительность со стороны правой почки (жалоб нет, от давления). Моча показывает, что почки болят. Острый нефрит может повторяться. Был повод признать острый нефрит, во второй раз случившийся. Хронический паренхиматозный нефрит тоже можно признать: мочи мало, белка

много, цилиндров тоже. В большой жирной почке нет крови. Уремия может быть при всех нефритах. На основании сердца опрометчиво признать острый нефрит, ибо увеличена масса сердца (все равно, что увеличено, полость или мышца) и утверждать ничего нельзя, если пульс был силен, то и мышца увеличится. Может быть гипертрофирована мышца, а пульс слаб, и больные при такой гипертрофии могут умереть от расстройства компенсации. Из слабости пульса судить о том, что мышца тонка, опрометчиво, ибо вечером пульс слаб, а сегодня пульс посильнее – надежда! Острый нефрит может пройти, хронический – смерть (при всех условиях). Отчего сердце изменено? От почек? Тогда нефрит хронический. От атероматоза? Нет его у нас. От беременности? Это относится к левому желудочку, а у нашей больной тупой звук направо. Идиопатическая гипертрофия? Может быть. Отчего последняя? Боллингер относит к пиву (наблюдения в Мюнхене), телесная деятельность. Захарьин думает, что у нашей больной от болезни почек. Всякая долго продолжающаяся хроническая болезнь почек вызывает гипертрофию. Некоторые полагают, что 6 недель достаточно, чтобы от болезни почек увеличилось сердце. Итак, у нашей больной хроническое страдание, [которое] началось 1½ года назад, а может быть, и раньше. Какое страдание? Теперь отмечают острый, хронический (паренхиматозный, интерстициальный, амилоидный) нефрит и мн[огочисленные] переходные формы. Голова болит у нефритика хронического, уремические припадки говорят за хронический нефрит (при остром – уремия крайне редкое явление). Запор располагается к припадкам.

Лечение уремии такое, каково при всех болезнях, которые не умеем [лечить] (тиф и пр.): пройти по всем функциям. Против самих припадков хлороформ (теперь оставлен), хлоралгидрат, примочки на голову. Хлоралгидрат действует специфически против судорог. Лицо красно, может случиться и апоплексический удар (у полнокровных), а потому было предложено кровопускание (2 пиявки к носу). Захарьин часто употребляет пиявки. При тифе – обычная терапия, превосходящее значение и на пульс хорошо действует (путем нервов). Далее подключают впрыскивания, арника, валериана.

Прибавилось количество мочи, моча просветляется. Откуда столько мочи? Больная мало пила, ее слабило, рвало. Надо смотреть, не уменьшились ли отеки, – это и есть. Дыхание 22 (прежде 28) указывает на то, что транссудат в плевре уменьшается, и полоса ясного звука под лопатками стала шире. В моче те же тельца и цилиндры. Пульс реже. На зрение не жалуется. Увеличение [количества] мочи указывает, что острый нефрит проходит (при последнем иногда вовсе не бывает мочи). Уремия – сложный процесс, на который влияют многие факторы. Если отеки быстро исчезают, наступают уремические явления. Иногда [судорожные] припадки выдерживают сутки, и больные не умирают. NB! Кровь следует беречь, ибо ее и так много теряется через почки (белок).

Беспокойная ночь, бред, отсутствие аппетита, все органы в порядке. Как быть? Это тоже уремические явления. Что делать? За почки следует драться. Для этого (будет ли острый, хронический [нефрит] или обострение) средство одно: теплые (начиная с 28°[R]) и даже горячие ванны. NB! При остром нефрите с лихорадкой прежде всего «даю» взрослым каломель. От ванны [количество] мочи увеличивается, а белок уменьшается. Теория действия – антагонизм между кожей и почками. Перед ванной можно дать [эфирно-валериановые] «капли» для пульса.

5 дней назад первая ванна, далее ежедневно в 30°[R] минут по 15–20. «Капли» перед ванной, головокружения не чувствуется, мало потеет. После испражнения голова свежее. Терапии собственно нет. Диета 3 стакана жидкого чая, 2 стакана молока, 1 стакан воды (итого 6 стаканов), 1 стакан бульона, ¼ курицы, белый хлеб, 2 яйца, и аппетит не утоляется, еще бы хлеба хотелось. Больная лежит, почти

не ходит, язык не сохнет, желудок в порядке, печень и селезенка тоже. На низ каждый день, сравнительно с едой достаточно и правильно. Менструации еще не было (2 недели спустя после [окончания] кормления). Сторона почек (через живот) болезненна. Живот спал. Мочи 1300–1800–1400–1600–3000–3500 см³. Параллельно этому моча светлеет, белок уменьшается, цилиндров нет. Дыхание 20, спокойное, кашля нет, грудь не болит. Пульс 62–70, правильный, среднего наполнения. Пульс слабый, толчок сильный. Температура ниже 37°С. Головокружения нет, голова слаба, но не болит. На уремию и намеков нет. Следы отека только на пояснице около ягодиц (от лежания). Полоса между тупым звуком и нижним углом лопатки – ладонь. У нашей больной едва можно было положить два пальца, теперь норма. На живот положено тепло. Давление ниже нижнего угла ребер прямо вниз (на почки) болезненно. Больная слаба, но весьма мало потлива, несмотря на ванны (30°[R]). Огромное количество мочи зависит также и от этой причины.

Может быть, болезнь сердца влечет за собой болезнь почек, может быть, наоборот. Здесь вернее последнее, ибо в сердце нет таких страданий (пороков), которые влекли бы [за собой] страдания почек. У нашей больной была анасарка. Бывает белок в моче от застоя, но у нашей больной сердце нормально, а белок – специальный, почечный. У нее нет ни пороков клапанов, ни болезней сосудов и миокардита нет. Если есть страдание сердца, то последующее от почек.

Прогноз плохой. Неизлечима, но может долго прожить (до 10 лет).

Терапия. Горячие ванны вести до тех пор, пока белок не исчезнет. На полное исчезновение рассчитывать нельзя, но надеяться на доведение до минимума можно. Ванны располагают к простуде. Потом – защита кожи: фланелевые куртки и кальсоны (зимой). По временам раздражение кожи – растирания (1 столовая ложка соли на стакан воды). Избегать раздражающей пищи и дальше. Этим больным нельзя давать мясную пищу, белок в особенности, – эта терапия несостоятельна. Делали опыты над яйцами – белка в моче не оказалось. Молоко – обыкновенная пища в этих случаях, вместо питья. Вода, чай мало питательны. Фармация ничего не может дать, хотя в предложениях нет недостатка. Следует поддерживать правильную функцию сердца. Всего чаще дают танин и железо. Захарьин неохотно дает танин (производит запор), не рискует потерей аппетита ради танина. Он охотнее дает железо.

Rp.: Ferri Hydrogenio reducti gr jj

D.S. 2 раза в день во время еды. Во время регул не давать!

Приемы небольшие, при хлорозе доза больше.

Острое воспаление почек. Прежде считалось един[ой] форм[ой]. Может произойти после родов (находится в связи с пуэрперальным периодом), после скарлатины. Боль, мало мочи, лихорадка. Клиницисты понимают одну форму, но вызванную разными причинами. Анатомопатологическая картина различна: 1) гломерулонефрит – поражение клубочков; 2) когда поражены другие части; 3) гнойн[ый]; 4) септич[еская] форм[a] – огромные промежутки между мочевыми каналами выполнены фиброзным экссудатом, межпочечного вещества мало – кое-где. Согласие анатом [ических] и клин[ических данных]: 1) воспаление почек всегда одно, только в иных случаях поражается более соединительная ткань, в других – паренхима; 2) воспаление можно признать при нахождении круглых клеток. Что сначала поражается, эпителий или сосуды[?] Конгейм ставил зависимость от сосудов, но для почек признавал исключение. 2 года спустя Циглер утверждал, что и в почках дело начинается с сосудов. Клинически различают острый нефрит, хроническую малую и большую почку, в каждой форме может быть разнообразие анатомических картин и этиологических моментов. Хр[оническая] большая почка. Эпителий преобладает перед соединительной тканью, почка распадается (велика), иногда бывает жировое перерождение,

иногда пестрая почка (жировое перерождение и геморрагии от разрыва сосудов). Далее эпителий мочевых канальцев спадается, развивается соединительная ткань (вторичная). Отличия от острого нефрита: нет болей и лихорадки, если почка белая – жир в моче, если пестрая – кровь. Сморщенная (малая, зернистая) почка – процесс сложнее. По этиологии едва ли воспаление, ибо едва ли происходит от острого [нефрита] (клинически иногда бывает, но редко). Вторичный вид хронического процесса. Иногда даже острые формы переходят в эту малую почку. Раздражение соединительной ткани и изменение сосудов. Иногда происходит как цирроз. Отчего происходит цирроз, нам достаточно неизвестно. (Подагра, свинец, сифилис, малярия, болезни сосудов.) Как болезни сосудов действуют – понятно, – как при миокардите. Гейбнер впервые описал сифилис сосудов твердой мозговой оболочки – процесс очень похож на атероматоз (утолщение, уменьшение просвета, гибель эпителия, разрастание соединительной ткани). Огромное количество мочи (по ночам много мочатся), иногда больные ни на что не жалуются, только на слабое, мутное зрение, белка мало, но есть (ретицит, альбуминурия), отеков нет, гипертрофия сердца – скрытое течение. Артерии сильно наполнены. Иногда целыми периодами (хотя очень редко) нет белка. Отношение к сердцу – хорошо известно. Порок сердца может быть первично, а [поражение] почки вторично (застой-

ная почка). В моче белок и цилиндры, отек, анатомически – цианотическое затверждение, вены полнокровны, вокруг них склероз. Наоборот, первичная болезнь почек, а вторично гипертрофия желудочка и расстройство компенсации (на практике не всегда можно распознать). При болезнях почек анасарка по всему телу, а при [болезнях] сердца – сначала отек ног. Еще можно распознать дигиталисом. Одна болезнь может вести и к болезни сердца, и к болезни почек – атероматоз артерий. Амилоидоз в тяжелых случаях множественный. Ничего нет определенного в характере болезни. Белок [в моче] и какое-либо тяжелое страдание (туберкулез и пр.). Мочи много, моча светлая, белка много – амилоид (ненадежный признак).

Рак и гидронефроз – опухоль в области почек.

Пиелонефрит (нефрит, исходящий из почечной лоханки) – абсцессы в почках – или камни, или от инородных влияний (осложнение при общей пиемии). Самая частая причина – песок, может быть и простуда. Песок сам по себе располагает к воздействию остальных причин (езда, тряска). Моча стала красна (поражение слизистой оболочки от песка), появилась боль, моча мутная, эпителий, слизь – пиелит, а при пиелонефрите – белок и цилиндры – верный признак поражения почек. Пиелонефрит вполне излечим. Теплые ванны, хинин, Виши и щелочные воды (недели через 3–4 все прошло).

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 141–143, 151–152). Озаглавлено «Хронический интерстициальный нефрит, ведущий к малой почке». Разбор этой пациентки проводился 20, 21, 23, 30 января и 3 февраля 1887 года.

Отто фон Боллингер (1843–1909) немецкий врач, патологоанатом. Большая часть его трудов посвящена вопросам ветеринарии.

Юлиус Фридрих Конгейм (1839–1884) – немецкий патолог, известен классическими работами по учению о воспалении, эмболии. Доказал происхождение клеток воспалительного инфильтрата из лейкоцитов крови. Первое издание его двухтомного труда «Vorlesungen über allgemeine Pathologie» (1877–1880) было переведено на русский язык в 1880 году.

Эрнст Циглер (1849–1905) – швейцарский патолог, работал также в Германии, известен своими работами по теории воспаления, туберкулезу, рахиту. Его учебник по общей патологии и патологической анатомии «Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese» (1882) пользовался большой популярностью и был переведен на русский язык (1883–1886 гг.).

Отто Иоганн Леонхард Гейбнер (1843–1926) – выдающийся немецкий педиатр, один из основоположников современной педиатрии. При его участии открыты кафедры детских болезней, детские клиники в нескольких университетах Германии. Упомянутая Захарьиным работа «Dieluetischen Erkrankungen der Hirnarterien» увидела свет в 1874 году.

Болезни обмена веществ

Случай 16

Больная жалуется на сердцебиение и опухоль шеи.

Условия и образ жизни. Помещение больная занимает теплое, но сырое, стол имеет правильный, пьет много чая, курит мало, купается изредка, причем после купания чувствовала себя лучше, ни сердцебиение, ни одышка не увеличивались; последнее лето не купалась, в баню ходит нечасто. Теперь больная ничем не занимается, прежде служила танцовщицей при театре.

Status praesens. Органы пищеварения и мочеполовые органы. Жажда не беспокоит, аппетит нормальный, желудочных и кишечных расстройств нет; моча бледная, не содержит ни белка, ни сахара, последняя менструация была в мае месяце, болей в животе нет. Органы дыхания и кровообращения. Одышка теперь нет, прежде же появлялась при ходьбе даже по ровному месту, особенно же одышка была сильная после мая месяца. Кашель у больной ничтожный, болей в груди нет. Сердцебиение беспокоит больную гораздо менее, чем при поступлении ее в клинику. Пульс теперь 95–100 раз в минуту. Что касается до температуры, то один раз наблюдалось странное повышение до 38,7°C, обыкновенно же выше 37,5°C не было. Такая температура у больной с упадком питания должна быть отмечена как явление ненормальное. Питание больной упавшее. Нервная система. Сон хороший, часов 7–8 в сутки; головных болей теперь нет, были в мае месяце. Анестезии, пареза, судорог, болей в руках и ногах нет.

Объективное исследование. При ощупывании живота болей нигде нет, печень и селезенка не увеличены и не чувствительны. Органы дыхания и кровообращения. При перкуссии легких результаты всюду отрицательные; при выслушивании в нижних отрезках легких влажные хрипы. Толчок сердца заходит за мамиллярную линию, область тупого звука сердца увеличена, ибо внизу грудины звук глуше, чем вправо от нее; при выслушивании у всех четырех отверстий слышен шум с первым временем, со вторым же не чистый тон. В сонных артериях, где обыкновенно слышится тон, у нашей больной шум, артерии эти сильно пульсируют. При осмотре замечается ничтожное выпучивание глаз, exophthalmus, которое при поступлении больной в клинику было выражено весьма резко. Зрение теперь гораздо лучше в сравнении с тем, как было при поступлении. На шее больной наблюдается опухоль, пульсирующая заметно для глаза, консистенция этой опухоли походит на эластическую подушку, наполненную воздухом, опухоль выражена равномерно на обеих сторонах. В ногах больной мы видим теперь отек.

Anamnesis. Больной 31 год, родилась она в Москве, мать ее умерла в чахотке, брат чрезвычайно нервный. Будучи 7 лет от роду, больная перенесла коклюш. Воспитывалась в театральном училище, где обучалась танцам. До прихода менструаций у больной болела спина, и она была подвержена истерическим припадкам. Здоровье

больной расстроилось особенно на 24-м году, когда она однажды испугалась ночного пожара и к утру заметила увеличение глаз, припухлость шеи и почувствовала сильное сердцебиение. Явления эти увеличились до крайней степени: *exophthalmus* был настолько велик, что веки не закрывались. Но вскоре после начала болезни состояние больной несколько улучшилось, лечилась она в то время электричеством. На 29-м году больная родила, после родов были маточные кровотечения, но 30-м году, в октябре 1880 года, были вторые роды, и после них здоровье снова расстроилось: появилась боль в левой половине живота, регулы три раза были в незначительном количестве и с мая месяца 1881 года прекратились совсем, начались поносы, продолжавшийся до сентября, опухоль в ногах и животе, и снова обнаружили симптомы прежней болезни – *palpitatio cordis*, *struma* et *exophthalmus*. Нынешним летом лечилась гомеопатией. 30 октября больная поступила к нам в клинику, жалуясь на сердцебиение, одышку, опухоль шеи, выпучивание глаз и отек ног. Пульс при поступлении был 104–106, в нижних отрезках легких слышно было значительное количество хрипов. Больной был назначен *digitalis* 8 гран на *3vj* и одновременно, так как пульс был слаб, давали вино. *Digitalis* больная приняла 2 склянки, пульс ее сделался реже, 72 раза в минуту, количество хрипов внизу легкого значительно уменьшилось, отек же ног исчез совершенно. 8 ноября начали давать ляпис, теперь больная кончает 4 гран его. С 10 ноября больную начали электризовать, и до сих пор был 21 сеанс электричества. Состояние больной, как уже было сказано, благодаря вышеприведенному лечению, значительно улучшилось: *exophthalmus*, сердцебиение и биение в шее уменьшились, но теперь снова замечается учащение пульса до 100–104, за неделю же до последнего времени 85–90 и только несколько дней 100 раз; кроме того, теперь снова появился отек ног.

Diagnosis. У больной налицо все признаки базедовой болезни. Болезнь эта встречается и у мужчин, хотя чаще бывает у женщин, и преимущественно у особ нервных. Болезнь чрезвычайно характерна: глаза при ней выпучены, щитовидная железа распухла, сердце бьется сильно и часто, до 140–150 раз в минуту. Кроме того, встречаются еще многие пульсации, так, например, в подложечной области, печени, особенно же сильно пульсируют сонные артерии и щитовидная железа. Эта последняя припухает, что зависит от расширения сосудов, в ней слышны шумы, консистенция ее, как и у нашей больной, напоминает эластическую подушку, наполненную воздухом. При долгом существовании появляется гиперплазия, редко образование пузырей; характеристичным признаком данного случая служит сильное и притом двустороннее развитие. Глаза бывают выпучены так, что не закрываются веками, вследствие этого постоянно слезятся, и слезы, увлажняя глаз, предохраняют его от изъязвления; последнее, хотя и редко, но все-таки бывает; расширения зрачка не бывает. Выпучивание глаз зависит от венозной гиперемии сосудов орбиты и разращения жировой ткани, выстилающей глазницу. Явление это одни объясняют параличом симпатического нерва, от которого зависят расширение сосудов и разращение жировой ткани, ибо в симпатическом нерве кроме сосудодвигательных волокон есть еще и трофические, от паралича которых зависит расстройство питания – отложение жировой ткани. Другие дают иное объяснение: в глазнице, около *fissura orbitalis*, есть гладкие мышцы, которые тянут глаз наружу, им противодействуют прямые мышцы, удерживающие глаз на месте, при раздражении же симпатического нерва гладкие мышцы, по словам одних, берут перевес над прямыми и вследствие этого выпячивают глаз наружу; другие же полагают, что прямые мышцы при *exophthalmus* подвергаются жировому перерождению. Болезнь начинается обыкновенно с сердцебиения, на кото-

рое больные жалуются месяцы, даже целый год, затем уже появляется расстройство в глазах, и, наконец, развивается *struma*. Иногда дело начинается с глаз, потом появляются *struma* и сердцебиение. Все три признака базедовой болезни часто бывают налицо, но в разной степени развития. Развитие иногда бывает весьма быстрое, и так же быстро в редких случаях болезнь проходит. У нашей больной базедова болезнь, развившись внезапно, из острой формы перешла в хроническую. За причину болезни считали хлороз и анемию, но это несправедливо, так как она бывает у особ, не страдающих ни хлорозом, ни анемией. Со времени знаменитого опыта Клода Бернара с перерезкой шейной части симпатического нерва, причем сосуды расширяются, и зрачок глаза суживается, думали поставить все явления базедовой болезни в зависимость от симпатического нерва, и правда в нем находили изменения; но что же в таком случае в нерве – паралич или раздражение? Если предположить паралич, то будет понятно расширение сосудов, но непонятно возбуждение сердечной деятельности, ибо в нерве симпатическом есть волокна моторные, паралич которых должен повлечь упадок ее; нельзя все свести и на раздражение нерва, ибо нельзя в таком случае объяснить явление *strumy*, так при раздражении сосуды сокращаются. Некоторые пытались объяснить параличом, который влечет расширение венечных артерий сердца, вследствие чего и является его усиленная деятельность. Как бы там ни было, но все расстройства относятся к области симпатического нерва. Сопутствующие этой болезни потеря аппетита, тошнота, поносы зависят от симпатического нерва, в котором есть волокна, идущие к гладким мышцам кишечника. У нашей больной были поносы, но они, вероятно, не зависели от главной болезни. Задержание же регул должно быть поставлено в зависимость от нее, ибо оно есть один из характерных признаков базедовой болезни. Температура бывает повышена при этой болезни, больная жалуется на жар, но настоящей лихорадки не бывает, повышение же температуры должно объяснить расширением сосудов кожи. Сон, независимо от других явлений, бывает плохой, головные боли и головокружения находятся в связи с изменением количества крови в голове.

Итак, у нашей больной бесспорно базедова болезнь. Смешать ее можно только с зобом, который иногда бывает также двусторонним, но распространен неравномерно; при зобе бывает и сердцебиение, но не так сильно; характерен также ход болезни: долго существует зоб без изменений в глазу, и если последнее и бывает, то только на одной стороне, притом при зобе зрачок бывает расширен, а при базедовой болезни этого не наблюдается; при одностороннем зобе, кроме того, температура в наружном слуховом проходе понижена. У нашей больной базедова болезнь не чистая, чистой она была лет 8 тому назад, теперь же присоединилась к ней болезнь сердца. На последнее указывают, во-первых, заходящий за мамиллярную линию толчок и распространение глухого звука сердца вправо на большее протяжение, чем то бывает при нормальном сердце. Увеличение глухого звука сердца нельзя приписать болезни перикарда, ибо акустические явления слышны хорошо, нет также указания на порок клапанов сердца, ибо шум с первым временем слышен с одинаковой силой у всех четырех отверстий, да притом он меняется в силе, так что должен быть признан функциональным. У нашей больной болезнь сердца от базедовой болезни, ибо при ней работа сердца усилена, оно бьется раз 120 вместо 70, и так целые годы, вследствие этой-то усиленной деятельности сердце гипертрофируется. У нашей больной размеры сердца увеличены вправо и влево, следовательно, мы должны признать гипертрофию правого и левого желудочков. При долгом существовании базедовой болезни гипертрофированное сердце утомляется, появляется расстройство компенсации. Оно выразилось у нашей больной в малом круге кровообращения отеком

легкого, который мы диагностируем по хрипам в нижних отделах легкого, а в большом – отеком ног. Кроме базедовой болезни мы не можем отыскать никакой другой причины, которая могла бы повлечь за собой гипертрофию сердца, ибо у больной мы не можем признать атеросклероза, да она и слишком еще молода для него, притом не злоупотребляла спиртными напитками, не можем признать также и цирроза почек, ибо нет белка в моче. Итак, мы у больной диагностируем базедову болезнь, гипертрофию сердца без порока клапанов в периоде расстройства компенсации, развившемся в отеке легкого и ног.

Prognosis. При хороших условиях больная может прожить долго, хотя у нее и появилось расстройство компенсации. Базедова болезнь редко проходит совершенно, но довольно часто состояние больного на время улучшается. Обыкновенно же от нее укорачивается жизнь.

Терапия. В прежнее время, когда предполагали, что причиной базедовой болезни служит хлороз и анемия, больным давали железо и хинин и видели в этом лечении успех. Ввиду новейшего взгляда на сущность болезни как на расстройство сосудодвигательных нервов употребляется, главным образом, укрепляющий способ лечения.

Digitalis дается при сердечбиениях, но только в тех случаях, где есть гипертрофия сердца. В этих случаях *digitalis* незаменимое средство, а потому и нашей больной на другой же день поступления в клинику было назначено *infusum digitalis gr. viij на 3vj aquae distillatae*, что сразу показало свое действие: пульс, бывший до поступления в клинику 104–106 ударов в минуту, к настоящему времени дошел до 95.

Как укрепляющее средство при сильной телесной слабости употребляется *Argentum nitricum*. При назначении этого средства нужно справляться об аппетите больного и давать только в том случае, если он хорош. Нашей больной в виду плохого питания на 9-й день поступления ее в клинику назначили *Lapis* по 1 грану в сутки:

Rp.: *Lapis infernalis gr. j*

extr. *Liquiritiae q.s.*

M.D.S.

Железо дается при малокровии как укрепляющее, если опять-таки хорош аппетит, противопоказанием для него служит гипертрофия сердца, так что в нашем случае оно непригодно. Если питание плохо и в то же время нет аппетита,

то употребляется мышьяк. В последнее время при лечении базедовой болезни с успехом употребляют электричество и гидротерапию. Электричество употребляют в виде постоянного тока с целью уменьшить раздражимость симпатических нервов. Один из электродов помещают на верхнем конце груднойно-ключично-сосцевидной мышцы, а другой – на груднойно-ключичном сочленении. Ток употребляется умеренной силы, и сама фарадизация продолжается не долго, так, чтобы не доводить больного до головокружения. Иногда употребляют вместо постоянного тока индуктивный. В этом случае предполагается не раздраженное, а, напротив, угнетенное состояние нервной системы. До сих пор мы применяли электричество у нашей больной постоянным током в течение 10 минут и будем продолжать его во все время пребывания больной в клинике.

Холодная вода должна занять видное место в ряду средств против этой болезни. Благотворное действие ее зависит от влияния на вазомоторные нервы в смысле уменьшения их раздражимости. К сожалению, применение холодной воды возможно только в начале болезни, пока дело еще не дошло до расстройства компенсации сердца, так что у нашей больной это средство неприменимо. В последнее время с целью воздействовать в сказанном смысле на нервные центры предлагают употребление эрготина, атропина и агарицина.

Больная чувствует себя теперь гораздо в лучшем состоянии, чем до поступления к нам в клинику. Сердцебиение гораздо меньше, пульс колеблется от 90 до 80 ударов в минуту, отеки тоже исчезли. Конечно, здесь нужно принять во внимание и то, что больная находится в покойном состоянии, но бесспорно и то, что *digitalis* и электричество принесли свою долю пользы, и поэтому это лечение мы пока оставим без перемен. Сон больной тоже стал покойнее, и общее самочувствие также. Когда больная пожелает выписаться из клиники, то, ввиду неустраимости главных болезненных расстройств, нам останется только предписать ей правильный образ жизни, избегать всего, возбуждающего нервную систему, а главное – как можно более оставаться в покойном состоянии, тогда она еще может прожить достаточно долго и с этой болезнью. Конечно, мы вряд ли можем достигнуть полного исчезновения струмы и экзофтальма, но во всяком случае можно рассчитывать этим путем значительно уменьшить их.

Примечание.

Печатается по рукописи 1884 года (с. 105–117). Озаглавлено «*Morbus Basedowi*».

Клод Бернар (1813–1878) – французский врач, заложил основы учения о гомеостазе, внес большой вклад в развитие экспериментальной патологии. Опыт, упоминаемый Захарьиным, заключался в перерезке симпатического нерва на шее у кролика, после которой на оперированной стороне наблюдались покраснение уха, чем доказывалось наличие симпатической иннервации кровеносных сосудов. Многие его труды были переведены на русский язык.

Агарицин (агарициновая кислота) – вещество, получаемое из Трутовика лекарственного, или Лиственничной губки (*Fomitopsis officinalis*, *Polyporus officinalis*), обладает слабительным и противопотным действием.

Случай 17

Больной жалуется на боли в животе, общую слабость и сильную жажду.

Status praesens. 47 лет, постоянно живет в Тарусе, бывший фельдфебель. Помещение сухое, теплое. 2 года назад купался. Курит (20 папирос в день). [Выпивает] 10 стаканов чая, 8–10 стаканов молока, 8 воды, суп, всего в день 50 стаканов. (На полях: стакан 200 см³.) Кофе не пьет, а также водки. Ест 5 раз в день: завтрак, обед, ужин, хлеб с чаем. Мало ест мяса, много мучнистых веществ: 1 фунт белого хлеба, 3 фунта черного. Сифилиса не было. Женат 20 лет. 4 ребенка живы, последний родился 2 года назад – жив. Занятие: в отставке, на покое, обязательных занятий никаких. На воздухе бывает мало, движений никаких. *Органы пищеварения и мочеполовые органы.* Диспепсия: отрыжка (иногда тухлыми яйцами), изжога, вздутость со стороны желудка. Печень, селезенка нормальны. Моча за двое суток 4000 см³ (дома – 6000 см³), моча очень бледна, удельный вес

1042, белка нет, сахара 8%. Моча идет свободно. Небольшая *impotentia*. NB! Ослабление половой функции – обыкновенное явление при диабете. Болезненна левая почка. Больной для указания болей провел рукой по животу от левой почки до правой. Кишечные боли при урчании, проходят после испражнения. Но боли в области левой почки не уменьшаются ни при урчании, ни после испражнения. Что за боли? От чего зависят? Почечная колика? *Ren mobile*? Реакция мочи кислая (особенность диабета). Мочекислые соли обычно у взрослых, если мочи немного, моча насыщена. У людей нервных и любящих сладкое щавелевокислые камни. Это бывает при большом количестве бледной мочи, они бывают очень остры, трудно излечимы. Первые скоро уступают щелочным водам (Виши). Фосфаты обычно бывают в щелочной моче. Боль 5 лет назад появилась постепенно. Был потлив. NB! При диабете все явления уменьшаются. При теперешнем состоянии мочекислые осадки не могут образоваться, если развились, то гораздо раньше.

Грудные органы нормальны. Отсутствие катаров – особенность диабета. Сердцебиения нет, пульс 88, правилен. Артерии полны, извиты, толчок заходит немного за сосковую линию, а также тупость. Над грудиной ясный звук. Сильно похудел. Лихорадке не подвержен. NB! Инфекционные болезни, неоплазмае неохотно нападают на больных диабетом. Нервная система. Сон хорош, 12 часов в сутки (он был и до болезни). NB! Такой сон поддерживает здоровье, диабетика нередко страдают от бессонницы, пример: сон есть хороший – сахара 2%, его стало 6% – сон испортился. Сонливости днем нет, если бы она была, то это указывало бы на страдание головного мозга. Головокружений, головных болей нет, нет и рефлексив. По ночам судороги и сильный жар в правой подошве. NB! Боли свойственны диабету. Общая слабость. С закрытыми глазами стоит хорошо. Боли усилились после появления диабета. Минеральных вод не пил. Сосуды, особенно вены, сильно наполнены, даже при общем истощении. NB! Явления отравления при диабете – кома, сонливость, спячка и т.п. Кома может начаться незаметно.

Распознавание. Сахар [в моче] 8% – тяжелая форма [сахарного диабета]. Мелитурия к диабету относится так же, как альбуминурия к болезни Брайта. Существует две формы диабета, тяжелая и легкая, в последней сахар пропадает при исключении крахмалистой пищи, при первой уменьшается, но не пропадает. Прогностика разная. Тяжелая форма свойственна всем возрастам, легкая особенно [часто] у тучных, любящих сладенькое, мучное. Причина тяжелой [формы] – действие на нервную систему (ушиб), дурные условия. NB! Особенность диабета – усиленное всасывание. Отсутствие рефлексив не свидетельствует о мозговом страдании, трудно сказать, от чего [это] происходит. Сердце гипертрофировано, отчего? От диабета или атероматоза? Иногда появляющийся шум говорит за атероматоз (аорта неровная, не эластичная). Не будь сахара, отнести следует к атероматозу, но [увеличение сердца] может произойти от большого количества вводимой жидкости. Вероятно, замешаны две эти причины. В позднейших стадиях у диабетика [в моче] может появиться и белок.

Терапия. Вылечить нельзя, но поправить можно. Сначала пробуем диету, несколько дней исключаем углеводы. Совсем нельзя исключить, давать придется сахар, молоко, немного хлеба. Первое средство – щелочные воды: Виши, Эссентуки и Карлсбад (особенно), одного курса недостаточно. Сначала Карлсбад, потом Эссентуки, Виши. Пить всегда позволяют, сахар же строго исключают. Лечение летом: щелочные воды – Карлсбад, Виши, Эссентуки – первый день 1 стакан, второй – 1½, третий – 2 и т.д.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 168–170, 151–152). Озаглавлено «Diabetes mellitus». Первая лекция об этом пациенте прочитана 28 ноября 1886 года, последняя – 3 февраля 1887 года, даты других не указаны.

Случай 18

Подагра в припадках сходна с ревматизмом. Подагра поражает сочленения и кости (независимо от сочленений), в особенности выдающиеся части костей. Угол лодыжки, гребень подвздошной кости – любимые места подагры. Больной обыкновенно крепкого сложения, с богатырским желудком, с хорошими условиями жизни, мало деятельный, любитель хорошей выпивки. Замечено, что подагра сильно распространена в Англии, где любят ростбиф и хорошо выпить. Больные при этом полнеют или обыкновенно бывают полны. Мочиться неловко, жжет, моча красна. Засим резкие явления или в сочленениях, или в виде почечной колики (от скопления мочеислых солей в почках). Или сначала последнее, а потом первое, или наоборот. [Главный] признак – боль большого пальца на ночь. Дело так происходит: заболевает большой палец на ночь, или немного, или сразу (как будто сапог стал жать, на что и жалуются обыкновенно больные).

Опыт говорит за салициловый натрий и опиум. Нашему больному опиум давать нельзя: запор, и голову следует беречь. Обыкновенное средство – салициловый натрий. Прежде салициловый натрий давали без щелочей. NB! Йодистый натрий, бромистый натрий, салициловый натрий в щелочах переносятся хорошо. Салициловый натрий: подагрику не оглушающие [и перемежающие] дозы (день, второй давать, третий – отдых); диабетика не оглушающие и не перемежающиеся дозы – 3–4 недели подряд от 2 до 6 порошков в день (1 порошок 10 гран). Если сердце хорошо, идем дальше, а иначе – день дают, день нет. Нехорошо переносит – остановить, эффекта мало прибавит! Иногда опиум приходится употреблять, но его Захарьин при диабете неохотно дает, ибо диабетика и без этого страдают запорами. Опиум уменьшает жажду, но не сахар.

Усил[енное] движение. Никто не будет говорить, что от этого проходит болезнь, но многие восстали. Захарьин считает риском. Употреблять или нет? «Все же новое средство – риск (двойной), если есть верное старое – ни за что не употребляю новое. В крайнем случае – прислушиваюсь». И вот предложен был массаж и его хорошее действие. Как действует массаж? Обций (Митчелл) – возбуждающе. Лечение диабета массажем. Массаж при диабете у всех больных, кто не может делать активные движения – их массаж заменяет. Влияние на обмен веществ, задержанный при диабете. Очень нередко подагрики получают диабет.

Лечение нашему больному: Эссентуки 4 приема, салициловый натрий 30 гран в день. Пульс слаб – вино (2 рюмки в день – 4 столовые ложки). Одновременно применяем и массаж. 3 дня лишали углевод[истой] пищи. Жажда исчезла, чая пьет 8 стаканов, воды – 1 стакан. Мочи стало меньше, процент сахара тот же. Чувствовал голод и слабость. Здесь случай тяжелый. Одна диета недостаточна. Сначала впечатление на самочувствие хорошее. Больной стал себя чувствовать лучше, сахар уменьшился на 1%. Жажда от салицилового натрия уменьшилась, в дальнейшем течении жажда возвратилась, и сахар также. Далее по прекращении салицилового натрия и возобновлении массажа почувствовал себя лучше.

У диабетиков быстро теряются зубы. Кожа при диабете характеризуется ацетоновым запахом и моча очень кислая (несомненно, что это играет роль в самоотравлении). Исходы диабета – карбункул, туберкулез или кома (аутоинтоксикация). Чем кислее моча, тем более надо бояться развития комы, поэтому лучшее, что может противодействовать (наилучшее!), – введение усиленное щелочей.

подливаем каплю уксусной кислоты и крови – через несколько времени нитка покрывается иглами мочекишечного натрия и аммония.) Скопления в теле могут быть в виде еле заметных точек или в виде больших скоплений, так, что имеет вид опухоли. Течение зависит от жизни больного. От сильных припадков избавиться можно; если лечиться кое-как, то толку не будет. У таких больных замечается склонность к катарам. Больные худеют, хотя живот вздут (от газов), за 35–40 лет лечение – туго поддается.

Диагностика. Моча при подагре красна с красным осадком, походящим на толченый кирпич, похожа на мочу ревматика. У нашего больного моча мутная, бледная (бледнее нормальной), отчего? От Виши она делается бледнее и [из] кислой реакции обращается в слабощелочную. У кого красная моча (она бывает при лихорадочных болезнях и обильных потах) долго продолжается, тот может заболеть подагрой. Пример: есть места на Кавказе, сырые, в которых развита малярия, но там же столь же часто встречаются почечная колика и подагра.

Прогностика. Подагра жизнь укорачивает, но не угрожает ей.

Лечение. Обстановка. Много пить вина вредно, но совсем лишать его вредно, нельзя. Горячий чай пить нельзя – получается склонность к простуде. Какая пища? Прежде кормили не мясом, но углеводистыми веществами, теперь это не считается основательным. Ибо теоретически основать диету нельзя, так как не знаем сущности подагры. Захарьин дает такую пищу, чтобы не было диспепсии. При склон-

ности к изжогам – избегать и запрещать сладкое, мучнистое, жирное (хлеб можно). Еда: мясо, молоко, рыба, яйца. Количество – сколько пригодно.

Против подагры найдено лучшее средство – щелочи. Если больной крепкого сложения, с хорошим желудком, не сифилитик – дают воды (Виши, Ессентуки) недель 6 по 3 стакана в день (в стакане 3vj–3vjj). Опыт показывает, что происходит резкое изменение. NB! Наш больной не цветущего здоровья. Поэтому можно заключить, что если ему давать много щелочной воды, то могут проявиться скорбные явления: опухоль десен, кровотечение из них и т.п. А в 3–4 недели не вылечить, поэтому давать с перемежкой в 2–3 недели, сообразуясь с общим запасом сил.

Со щелочами часто дается салициловый натрий: порошок (10 гран) всыпается в ½ стакана воды, и так 3 порции в день. Спустя 3 дня влияние несомненно обнаружится. Салициловый натрий может производить понос и сердечную аритмию. Случайная неосторожность – боль повторилась и т.д., но в третий раз воды и совсем не помогают.

Упорство ревматизма в склонности к возвратам заключается не в самой болезни, а в поддержке, и наичаще со стороны подагры.

Наружное. При болях в плечах и т.д. мазь, мушки (при подагре Захарьин не рекомендует), компрессы из 3% карболовой кислоты, массаж, электричество. Компрессы делаются так: вода смачивается в кислоте и кладется на больное место часа на 2–3, при этом следует заметить, что некоторые больные совсем почти не переносят карболки.

Примечание.

Печатается по рукописи Ф. Дементьева (л. 150–151). Не озаглавлено. Начало лекции с разбором больного отсутствует. Даты не указаны (между 14 и 17 октября 1886 года).

Заметки из разных лекций

- Боли слева в стороне на нижних ребрах могут зависеть от:
 - 1) сердца при атероматозе;
 - 2) желудка;
 - 3) почечной колики (отдает также в левый пах и ногу);
 - 4) самостоятельная, от поражения ребер, мышц, нервов и кожи.
- Всего чаще angina pectoris бывает от неврита plexus cardiaci. При поражении сердечных нервов (angina, аритмия) табак непременно прекратить.
- При angina pectoris лучшее средство – мушка. При angina pectoris расстройство желудка влечет припадки, отсюда – диета.
- Боль при давлении на межреберья зависит от мышц, а не от нервов. При воспалении нервов совсем нельзя вздохнуть.
- Отличие неврита от невралгии. Неврит – воспаление, значит, боль при давлении по всему тракту нерва. При невралгиях болезненные точки. У нервных больных часто бывают невриты.
- Для людей очень чувствительных – мушка. При умеренных болях (неврит) – тепло (фланель). Йодная настойка плохо помогает и может всасываться, что дурно для человека слабого сложения, чахоточного. Фланель должна быть только на больное место, чтобы последнее скрывалось более окружающими частями – тогда боль уймется. Во избежание повторений невритов избегать простуды.
- У людей полных, если хотим ставить мушки, надо их сначала почистить минеральными водами, иначе будут чирьи, а на спине, пожалуй, и карбункул.
- Plexus brachialis лежит выше ключицы, сбоку гортани. Его надо придавить к позвонкам (его надо исследовать при всех болях в руке, был случай: боль в боку, а болело plexus brachialis).
- Сильная боль в пупке иногда (при исследовании) зависит от давления на аорту, которая окутана нервами.
- Заходящий за сосковую линию толчок может обуславливаться и увеличенным правым желудочком.
- При неощутимом толчке можно слышать его, но последнее дается только опытностью и практикой.
- Особенность перикардиальных шумов – тут так, рядом – иначе (например, шум, а рядом тон). У эндокардиальных шумов этого нет.
- При атероматозе слышится шум систолический, который слышен после сильных движений.
- При артериосклерозе мозговых артерий тяжесть в голове, головокружения; мгновенное онемение одной половины тела и параличи – от тромбоза.
- Границы сердца и печени определяются не там, где начинается безусловно тупой звук, а где он становится несколько глуше. Причина – граница не перпендикулярна к поверхности тела (в рукописи есть рисунок). Верхняя граница сердца не принимается в расчет, ибо она движется с диафрагмой, нижняя тоже, ибо сливается с нижними органами. Важны правая и левая границы – относительно увеличения сердца. Левая отлично определяется толчком, а посему остается одна лишь правая граница. В печени и селезенке берутся во внимание верхняя и нижняя границы. Захарьин не определяет (и не советует определять) границы числом ребер, за исключением случаев, когда нам точные сведения нужны, например, при проколе.
- На правой стороне груди звук более тупой вследствие усиленной деятельности правой конечности.
- Бронхиту свойственны двусторонние хрипы. Хрипы внизу – отек,верху – чахотка, в середине – бронхит: хрипы часто влажные, крупнопузырчатые, частью звонкие (sonores), не свистящие. При хроническом бронхите мокрота плевками. Звонкие (звучащие) хрипы, как бы

в самом ухе, на одной стороне (гнездами) – [поражены] легкие. Если при этом звук глуше – тоже. Но и при ясном звуке, но [наличии] упомянутых хрипов (обильные, гнездами и т.п.) все-таки говорит о поражении легких. При тупом звуке легкие поражены, ткань непроходима для воздуха. Бронхопневмония переходит с бронха на легкие, к этому же относится и введение разной пыли (пневмококиоз).

- Эмфизематозная грудная клетка как бы остановившаяся во время вдыхания грудь. Выпуклость в подложечном пространстве – особенность эмфиземы. Эмфизема при бронхите – увеличение в переднезаднем размере (боочнок). При кашле голосовая щель сужена. Эмфизема может быть не ясно выражена (перк[уторно] и ауск[ультативно]) при поднятии диафрагмы (газы) и увеличении сердца.
- Кашель бывает при раздражении тройничного нерва: щекотание в ухе, насморк, фарингит.
- Настоящий бронхит бывает реже чахотки, чаще бывает ларингит, а еще чаще фарингит.
- Питье утоляет кашель.
- Свежий воздух при плевритическом экссудате – нет лучше результата, нет ни одного случая без успеха. Придавливает сосуды, уменьшает катар, гимнастика груди.
- Мороз и тихо – лучше для больных бронхитом и эмфиземой, дождь и снег вредны, леса – спасение.
- Крайне вредно вдруг бросать «водочку».
- От водки люди об[ычно] жиреют, от вина же могут образовываться песок, камни. Старому подагрику смешно запретить вино, которое поддерживает его сердце.
- Водка вредна, вреднее табака. Виноградное вино цельное, не подмешанное не вредно, особенно у людей, много пребывающих на воздухе. Лиссабонское не такое поддельное, как портвейн.
- Какие вина употреблять? Ввиду фальсификации лучше – очищенную водку, еще лучше – коньяк. Из виноградных вин вследствие той же причины предпочитать русские виноградные вина: Бессарабские, Крымские, Донские, Астраханские, Кавказские и Закавказские – наилучшие последние. Крымское вино вкусно, сладко, но «бьет в голову», дурманит. Если больной пил раньше, лучше не прекращать употребления.

- Умеренные дозы хорошего вина у многих без Эмса помогают пищеварению (многие его не переносят), но правил для его употребления нет, надо индивидуализировать. Вино у малокровных вызывает сон.
- Вино и тревожная жизнь вызывают у нервных людей артериит. При последнем (а также при артериосклерозе) часто бывает миокардит. Тромб – часть сердечной мышцы погибает. Местами – пятнами. Нервные клетки сердца вовлекаются в процесс и перерождаются – растраивается сердцебиение. Бывает неприятное ощущение в сердце, глухая боль в стороне сердца, пульс переменчив, част (до 200), сердечная астма, слаб, аритмичен, *angina pectoris*. Вино скоро не поднимает пульса.
- Молоко плохо переносится тем, кто пил водочку.
- Сильное огорчение ведет к раку (у женщин молочной железы и матки, у мужчин – желудка).
- Сифилис почек – белок не исчезает даже после лечения: общее состояние организма улучшается, но белок не исчезает.
- При амилоиде мочи много, белка много, и она светла. Застойная почка – мочи мало, красна, форменные элементы, бывают белок и гиалиновые цилиндры.
- Альбуминурия бывает при острых лихорадочных процессах, застое крови, острых и хронических страданиях почек, амилоиде (белок есть, цилиндров нет).
- При частых беременностях сердце бывает увеличено, это может проходить.
- Когда дигиталис перестает действовать, отеки уменьшаются уколами (в ногах) – этим жизнь продлится на ½ года, больному становится легко, сердце уменьшается.
- Отек ног у женщин иногда происходит от подвязок.
- Загородная жизнь хороша круглый год; вредные стороны: ветер, пыль, холод, сырость. Леса устраняют ветер.
- В сырую погоду легче простудиться: сырой воздух легче проводит тепло и больше отнимает его от человека.
- Неудобство зданий: колонны перед подъездом (ток воздуха), следует делать двери на юг; холодные лестницы вредны.
- При частой перемене климата и местности дети бывают болезненны и нервны.

Примечание.

Здесь приведены заметки из рукописи Ф. Дементьева, которые не относятся к разбираемому случаю, но все же представляют определенный интерес.

Автор примечаний – А.С. Панферов.

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.07.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.10.2021



OMNIDOCTOR.RU