

**K voprosu o dieiatel'nosti zheludka v techenii zatiazhnykh zabolievanii
pochek : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / Vasiliia Kravkova ;
tsenzorami, po porucheniiu Konferentsii, byli professora V.A. Manassein,
Iu.T. Chudnovskii i priv.-dots. N.P. Vasil'ev.**

Contributors

Kravkov, V. P. 1859-1920.
Maxwell, Theodore, 1847-1914
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

S.-Peterburg : Tip. M.M. Stasiulevicha, 1891.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/q9vfbw4d>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

✓
Koff (Y.) Action of the stomach in chronic renal disease,
(Charts, Tables (Abstr. L, 91, ii. 434) [in Russian], 8vo.
St. P., 1891
диссертациі, оцѣно-
Медицинской Академіи за 1890—1891 учебный годъ.

368 (6)
№ 19.

КЪ ВОПРОСУ
activity of Stomach
ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА
in the course
ВЪ ТЕЧЕНІИ
chronic affections of Kidneys
ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Василія Кравнова.

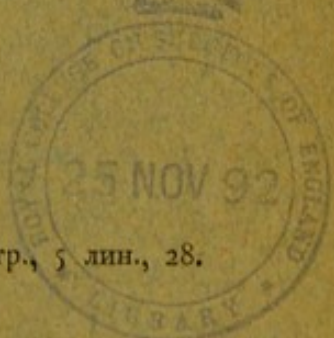
Y. Krawkoff

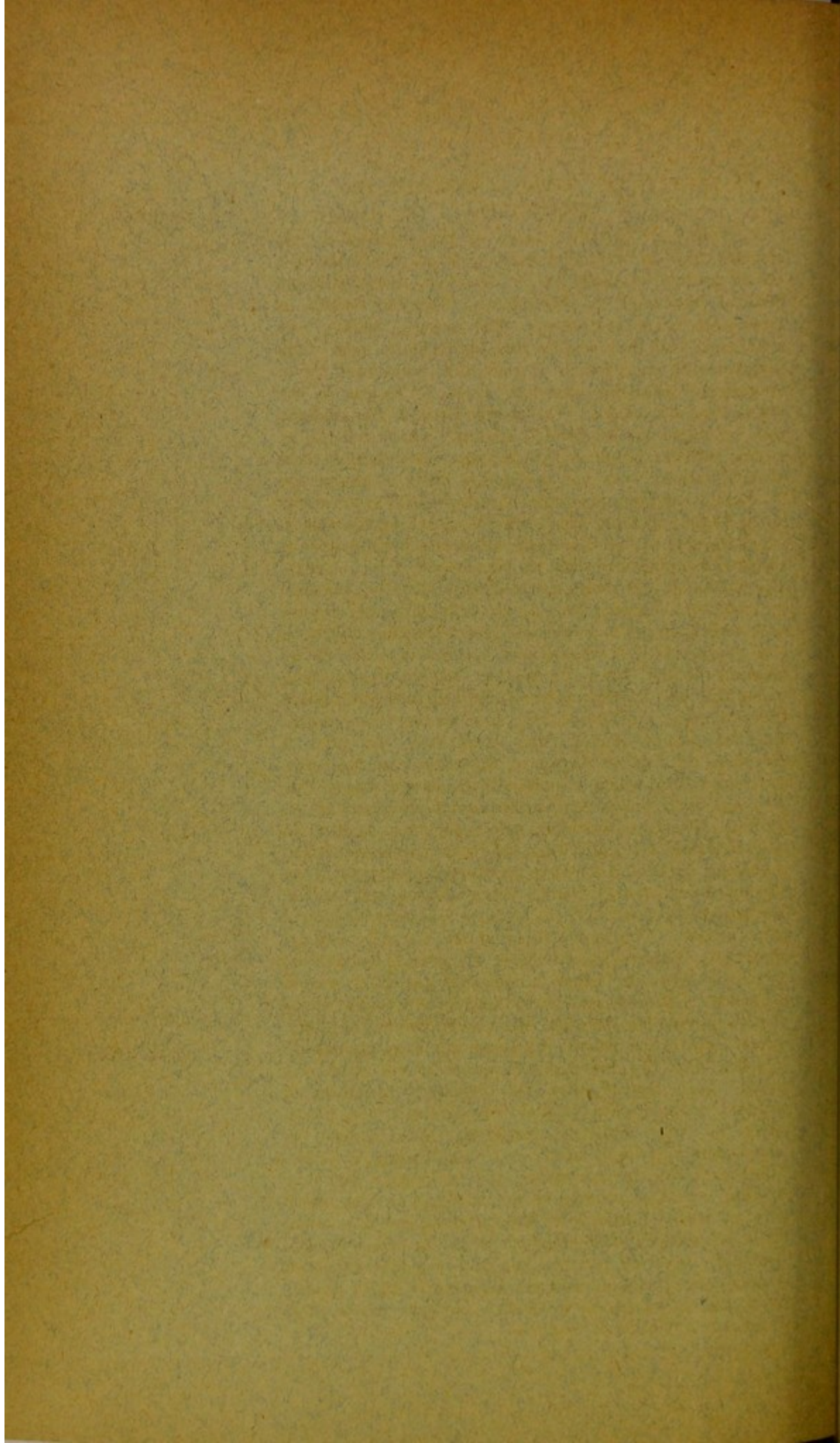
рецензентами, по порученію Конференціи, были профессора:
Манассеинъ, Ю. Т. Чудновскій и прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 5 лин., 28.

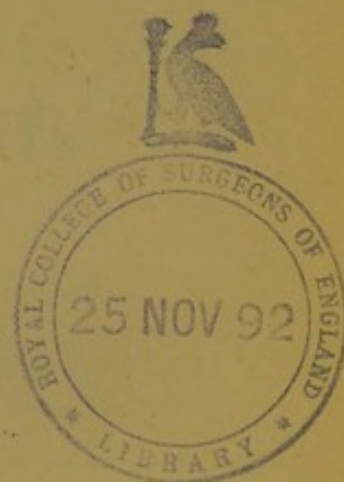
1891.





THE EFFECT OF KIDNEY DISEASE ON THE STOMACH.

THE effect of chronic disease of the kidneys on the stomach and its functional activity forms the topic of a recent graduation thesis by Dr. Kravkoff of the Military Medical Academy, St. Petersburg. Tabular results in twenty-six cases are given. The general acidity was estimated, also that due to free hydrochloric acid. The rapidity with which iodide of potassium introduced by an œsophageal tube was absorbed, so as to appear in the saliva, was also noted. The motor force of the stomach was estimated (1) by Ewald's method, which consists in noting the time which elapses between the administration of salol—which does not decompose until it enters the duodenum—and the appearance of salicylic acid in the urine; (2) by Leube's method, which consists in finding the time in which the stomach empties itself of a certain definite meal by repeated examinations with the œsophageal tube. Lastly, also, the amount of pepsin was estimated by noting the time required by the gastric juice alone, with additional pepsin, with additional hydrochloric acid, and with the addition of both pepsin and hydrochloric acid, to dissolve meat. In the majority of the cases the general acidity was normal, while that due to free hydrochloric acid was diminished. In a few cases the hydrochloric acid acidity was normal, and the general acidity was diminished. In most of the cases the highest degree of digestion was one corresponding to that which Ewald calls the second stage—that is to say, what exists during the second half hour of the process, when the hydrochloric acid is beginning to manifest itself in its free state, and when the lactic acid fermentation is abating. In most of the cases there was a diminution in the amount of the non-organised ferments—pepsine and ptyalin. The absorptive capacity of the stomach was generally found to be normal. The motor force of the stomach was not apparently lessened, except where the patient had become extremely weak, or where a catarrhal condition was in existence. Subacute and chronic attacks of uræmia did not always prevent the secretion of a normal amount of hydrochloric acid in the gastric juice, nor did they necessarily interfere with the due digestive power of the latter. It would thus appear that the digestive functions of patients with chronic Bright's disease need not necessarily be very seriously impaired, and, indeed, in many cases they may be affected very slightly, if at all. These researches are interesting and instructive, but they required constant recourse to the œsophageal tube, which is by no means pleasant for the patients, and may sometimes be fraught with danger; thus, in some of Dr. Kravkoff's cases the first time the tube was introduced an acute attack of uræmia was set up, a result which should make clinical observers somewhat cautious as to such experiments in cases of nephritis.



Изъ Александровской Больницы въ память 19 февраля 1861 г.

Серія диссертаций, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи за 1890—1891 учебный годъ.

№ 19.

КЪ ВОПРОСУ

ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА

ВЪ ТЕЧЕНІИ

ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Василія Кравнова.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:
А. Манассеинъ, Ю. Т. Чудновскій и прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 5 лин., 28.

1891.

Докторскую диссертацию лекаря Василя Павловича Кравкова подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о дѣятельности желудка въ теченіи затажныхъ заболѣваній почекъ“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ, декабря 3-го дня 1890 г.

Ученый Секретарь *Насиловъ*.

Въ силу закона взаимной зависимости составныхъ частей животнаго организма, заболѣваніе каждой изъ нихъ, протекая извѣстный промежутокъ времени, смотря по интенсивности и экстенсивности процесса, вызываетъ послѣдовательно бѣльшую или меньшую группу разстройствъ и въ другихъ частяхъ. Этотъ законъ солидарности тканей особенно рельефно сказывается при затяжныхъ страданіяхъ какого-либо органа, имѣющаго для жизни индивидуума первенствующее значеніе. Для примѣра возьмемъ хоть органическій порокъ сердца, который, будучи вначалѣ чисто мѣстнымъ страданіемъ, съ теченіемъ времени создаетъ для индивидуума цѣлый комплексъ какъ функціональных, такъ и матеріальныхъ разстройствъ въ другихъ органахъ: почкахъ, печени, желудкѣ, и проч. То же самое—*vice versa*—можно сказать и о случаяхъ первичнаго заболѣванія почекъ, печени, легкихъ и т. д., гдѣ при длительности теченія болѣзни обнаруживается та же склонность къ постепенному пораженію всѣхъ остальныхъ органовъ тѣла. Всмотрѣваясь въ клиническую картину подобныхъ патологическихъ процессовъ, мы замѣчаемъ, что нарушенія функцій желудка являются всегда чуть-ли не первыми звеньями въ длинной цѣпи послѣдовательныхъ припадковъ основного первичнаго страданія («вторичныя», «послѣдовательныя», «симптоматическія» диспепсіи

вообще, въ частности—*dyspepsia cardiaca, hepatica, uterina...* авторовъ). Эта чрезвычайная склонность желудка къ послѣдовательнымъ страданіямъ, въ зависимости отъ заболѣванія различныхъ органовъ тѣла, не должна представлять для насъ ничего страннаго, такъ какъ и при условіяхъ нормально-фізіологическаго теченія жизни конкурируетъ огромное число моментовъ, могущихъ одновременно оказывать на актъ желудочнаго пищеваренія такое же вліяніе, какъ на пульсъ, дыханіе и прочія функціи, подтвержденіемъ чему являются факты изъ обыденной жизни, клиническія наблюденія и, наконецъ, спеціальныя въ этомъ направленіи изслѣдованія слѣдующихъ авторовъ: проф. Засѣцкаго ¹⁾, д-ровъ В. Груздева ²⁾ и Шполянскаго ³⁾ (вліяніе на дѣятельность желудка—*потѣнія*), Germain Sée ⁴⁾ и д-ра Вилижанина ⁵⁾ (вліяніе *высокой вѣтшиней температуры*), Kretschy ⁶⁾ и Fleischer'a ⁷⁾ (вліяніе *регуль*), Busch'a ⁸⁾ (одно наблюденіе надъ вліяніемъ *времени сутокъ*, 1858 г.), д-ровъ Буржинскаго ⁹⁾, Раппопорта ¹⁰⁾ и Жданъ-Пушкина ¹¹⁾ (вліяніе *сна и бодрствованія*) и, наконецъ, д-ра Вагнера ¹²⁾ (вліяніе *покоя, движенія, физической работы и сна*). Что касается дѣятельности желудка при различныхъ пато-

¹⁾ Сборникъ работъ изъ кабинета проф. Манассеяна 1879 г.

²⁾ Врачъ 1889 г. № 20.

³⁾ О вліяніи потѣнія на продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ. Диссерт. Спб. 1886.

⁴⁾ Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris. 1881 г.

⁵⁾ Клиническая Газета 1887 г., стр. 300 (опыты надъ животными).

⁶⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XVIII. 1876 г.

⁷⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1882 г. № 7.

⁸⁾ Virchow's Arch. T. XIV.

⁹⁾ Врачъ 1887 г. № 47.

¹⁰⁾ Врачъ 1889 г. №№ 5, 6.

¹¹⁾ Врачъ 1889 г. №№ 6, 7, 8.

¹²⁾ Диссертация. Спб. 1888 г.

логических состояніяхъ организма, то вопросъ этотъ былъ изучаемъ въ слѣдующихъ случаяхъ: у многихъ *инфекціонныхъ больныхъ* какъ съ *лихорадкой*, такъ и безъ нея [проф. Манассеинъ ¹⁾, проф. Засѣцкій ²⁾, Uffelman ³⁾, Velden ⁴⁾, Gluzinsky-Wolfram ⁵⁾, Cahn и Mering ⁶⁾, С. С. Боткинъ ⁷⁾, Kussmaul, Leube, и проч.], въ томъ числѣ—у *чахоточныхъ* [Edinger ⁸⁾, Klemperer ⁹⁾, Rosenthal ¹⁰⁾, Brieger ¹¹⁾, С. Hildebrand ¹²⁾, С. Груздевъ ¹³⁾, F. Schetty ¹⁴⁾, проф. Immermann ¹⁵⁾, W. Jaworski ¹⁶⁾, д-ръ Бернштейнъ ¹⁷⁾ и др.], *при золотухѣ, хлорозѣ, анеміи* [проф. Манассеинъ ¹⁸⁾, Lenhartz ¹⁹⁾, Ritter, Hirsch, Kredel, Openchowski, Frantzen ²⁰⁾, и проч.], *при скорбутѣ* [С. С. Боткинъ ²¹⁾], *при болѣзняхъ дыхательныхъ путей* [Chelmonscki ²²⁾]; *при болѣзняхъ сердца* [Riegel ²³⁾, E. Hüfler ²⁴⁾,

¹⁾ Военно-Медиц. Журн. 1872 г. (опыты надъ животными).

²⁾ Военно-Медиц. Журн. 1879 г.

³⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1877 г. Т. 20.

⁴⁾ Berl. klin. Wochensch. 1877 г. № 42.

⁵⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1888 г. Т. 42.

⁶⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. Т. 39.

⁷⁾ Клиническая Газета 1889 г.

⁸⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. Т. 29.

⁹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1889 г. № 11.

¹⁰⁾ Berlin. klin. Woch. 1888 г.

¹¹⁾ Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 14.

¹²⁾ Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 15.

¹³⁾ Врачъ 1889 г. №№ 15, 16.

¹⁴⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1889 г. Т. 44.

¹⁵⁾ Verh. d. Congr. f. in. Med. VIII Congr. Wiesbad. 1889 г.

¹⁶⁾ Патологія и терапія болѣзней желудка. Перев. 1890 г.

¹⁷⁾ Диссертація. Дерптъ. 1889 г.

¹⁸⁾ Virchow's Arch. Т. 55, стр. 413.

¹⁹⁾ Deutsch. med. Woch. 1890 г. №№ 6, 7.

²⁰⁾ Цитир. по Вагнеру.

²¹⁾ Клиническая Газета 1889 г.

²²⁾ Revue de Med. 1889 г., стр. 610.

²³⁾ Zeitsch. f. kl. Med. 1886 г. Т. 11.

²⁴⁾ Münch. med. Woch. 1889 г. № 33.

А. Adler, R. Stern ¹⁾, Н. Юрманъ ²⁾], при циррозъ печени [Л. Фавицкій ³⁾], у раковыхъ больныхъ [см. обширную литературу, собранную въ спеціальныхъ работахъ Нечаева ⁴⁾, Войновича ⁵⁾ и др.], у некоторыхъ душевно-больныхъ С. V. Noorden ⁶⁾]; наконецъ, въ мартѣ и апрѣлѣ мѣсяцахъ текущаго года появились одна за другой двѣ работы по вопросу объ отправленіи желудка при *diabetes mellitus* [Rosenstein ⁷⁾ и Hans ⁸⁾].

Перечисливъ всѣ факторы, какъ фізіологическіе, такъ въ особенности и патологическіе, вліяніе которыхъ на дѣятельность желудка было до сихъ поръ болѣе или менѣе изучено, мы не можемъ не замѣтить рѣзко бросающагося въ глаза пробѣла въ существованіи хотя какихъ-либо систематическихъ изслѣдованій особенностей желудочнаго пищеваренія у нефритиковъ, несмотря на то, что въ семіотикѣ нефритовъ желудочныя разстройства занимаютъ весьма видное мѣсто и встрѣчаются во всякомъ случаѣ не рѣже, чѣмъ и при другихъ общихъ заболѣваніяхъ, влекущихъ за собой такъ называемыя «послѣдовательныя диспепсіи», съ которыми такъ часто приходится имѣть дѣло клиницисту и практическому врачу, обязаннымъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшить задачу, съ какой формой диспепсіи они имѣютъ дѣло и какая основная болѣзнь ее вызываетъ. Пополнить означенный пробѣлъ въ литературѣ являлось положительной необходимостью, и я охотно взялся, по предложенію

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1889 г. № 49.

²⁾ Клиническая Газета 1889 г.

³⁾ Клиническая Газета 1889 г.

⁴⁾ О діагностическомъ значеніи отсутствія HCl въ желудочномъ сокѣ. Дисс. 1887, г. Спб.

⁵⁾ Дѣятельность желудка, пораженнаго ракомъ. Дисс. 1890 г. Спб.

⁶⁾ Arch. f. Psychologie. 1887 г. Т. XVIII.

⁷⁾ Berl. kl. Woch. 1890 г. № 13.

⁸⁾ Цитир. по Больничной Газетѣ Боткина 1890 г. № 30 и 31.

глубокоуважаемаго приватъ-доцента Н. П. Васильева, выяснить и изучить посильно специфическую дѣятельность желудка въ теченіи разлитого воспаленія почекъ.

Во время уже производства моей работы появилось предварительное сообщеніе д-ра Бернацкаго ¹⁾, опубликовавшаго результаты произведеннаго имъ изслѣдованія желудочнаго пищеваренія у шести нефритиковъ. Сообщенныя имъ данныя, съ одной стороны, настолько скудны, съ другой же, настолько отчасти несогласны съ результатами моихъ изслѣдованій, что дѣлаютъ этотъ вопросъ еще болѣе интереснымъ и нуждающимся еще въ цѣломъ рядѣ дальнѣйшихъ изслѣдованій.

Болѣзнь почекъ, сопровождаясь упадкомъ ихъ функциональной способности въ дѣлѣ удаленія изъ организма ядовитыхъ продуктовъ обмѣна веществъ и жизнедѣятельности бактерій, производитъ рано или поздно довольно стойкія измѣненія состава крови и ослабленіе питанія всѣхъ тканей; въ результатъ получается своеобразная форма нарушенія химической конституціи организма, *геср.*—*дискразія*, ставящая почечно-больныхъ въ то положеніе неустойчиваго равновѣсія, когда они дѣлаются необычайно расположенными къ различнаго рода инфекціоннымъ воспалительнымъ процессамъ. Положеніе нефритика ухудшается еще болѣе, если къ фактору—засоренію крови негодными продуктами, присоединяется еще другой—истощеніе путемъ потери бѣлка вслѣдствіе альбуминурии, самой по себѣ, пожалуй, и не такъ опасной, если бы пополненіе траты было всегда обезпечено путемъ надлежащаго усвоенія вводимыхъ питательныхъ веществъ, что, къ сожалѣнію, бываетъ далеко не часто, такъ какъ ненормальныя пищеварительныя

¹⁾ Centralblatt f. klin. Med. 1890 г. № 15.

функції resр. диспенсії, случаючіся обыкновенно у нефритиковъ, создаютъ тотъ *circulus vitiosus*, который быстрыми шагами приводитъ больныхъ, наконецъ, къ печальной развязкѣ. Въ видахъ разумной общей дієтетики крайне важно знать поэтому патологофізіологическія свойства специфической дѣятельности желудка у нефритиковъ, тѣмъ болѣе, что радикальную причинную терапію нефрита мы не въ силахъ примѣнить и на долю намъ остается лишь лѣченіе различныхъ болѣзненныхъ при немъ состояній, а главное — поддержаніе питанія больного.

Какъ извѣстно, для успѣшной дѣятельности желудочнаго пищеваренія требуется наличность слѣдующихъ условій: 1) выдѣленіе достаточнаго количества и качества сока; 2) надлежащая резорбціонная способность желудка, и 3) достаточная энергія перистальтическихъ изгоняющихъ силъ послѣдняго. Между этими тремя функціями желудка — секреторной, всасывательной и механической — существуетъ тѣсная связь и взаимодѣйствіе: разстройство одной изъ нихъ влечетъ разстройство другой; при тяжелыхъ болѣзненныхъ процессахъ получается нарушеніе всѣхъ упомянутыхъ функцій; но, прежде чѣмъ наступитъ полное ослабленіе дѣятельности желудка, послѣдній еще долгое время бываетъ въ состояніи викарно компенсировать недостатокъ одной функції усиленной работой другой.

Прежде чѣмъ перейду къ изложенію полученныхъ мною данныхъ и вытекающихъ изъ нихъ выводовъ, я сначала долженъ описать методику, которой держался при изслѣдованіи дѣятельности желудка во всѣхъ его фізіологическихъ функціяхъ — секреторной, всасывательной и двигательной.

А) *Изслѣдованіе секреторной функції желудка.* Въ качествѣ пищевого раздражителя для возбужденія отдѣлительной дѣятельности желудка, я почти исклю-

чительно употреблялъ такъ наз. завтракъ Ewald'a ¹⁾. Въ 8—8^{1/2} часовъ утра больному на тощакъ (при условіи нормальной температуры тѣла) давалось ¹/₈ фунта бѣлаго пшеничнаго хлѣба и стаканъ самаго жидкаго теплаго чая безъ сахара. Черезъ часъ послѣ завтрака извлекалось содержимое желудка; за весь часовой промежутокъ до этого извлеченія больной былъ у меня постоянно на глазахъ, сохранялъ покойное сидячее положеніе, не дремалъ и не спалъ. Чтобы не терять лишнихъ нѣсколькихъ дней на приученіе больного къ глотанію зонда и не упустить вслѣдствіе этого иной разъ интереснаго періода болѣзни, я въ широкихъ размѣрахъ практиковалъ смазываніе зѣва 10⁰/₀—20⁰/₀ растворомъ кокаина, что продѣлывалъ за 5 минутъ до введенія зонда. И я, и больной оставались всегда этимъ очень довольны. Послѣ 2—3 сеансовъ со смазываніемъ больной уже смѣло обходился безъ него. Непріятныхъ послѣдствій въ видѣ идіосинкразіи къ кокаину ни разу не наблюдалось. Случаи, когда никоимъ образомъ не удавалось приучить больного покойно глотать зондъ, были весьма рѣдки. Выкачиваніе содержимаго желудка я производилъ зондомъ средней толщины и упругости съ однимъ конечнымъ и двумя боковыми отверстіями; зондъ, при посредствѣ резиновой трубки, сообщался съ обыкновенной Эрленмейеровской колбой, гдѣ черезъ закрывавшую ее пробку проходили двѣ стеклянныя трубки, изъ коихъ одна соединялась съ упомянутой резиновой трубкой, шедшей отъ зонда, другая же, будучи согнута подъ прямымъ угломъ, соединялась съ эластическимъ баллономъ, снабженнымъ клапанами такимъ образомъ, что при попеременномъ его сжатіи воздухъ въ колбѣ разрѣжался и всасывалъ содержимое

¹⁾ Berl. kl. Woch. 1888 г. № 3, 4.

желудка; послѣднее тотчасъ отфильтровывалось (черезъ шведскую бумагу) и фильтратъ изслѣдовался.

Общая кислотность сока опредѣлялась при помощи титрованного $\frac{1}{10}$ нормального раствора ѣдкаго натра; индикаторомъ служилъ насыщенный спиртный растворъ фенолфталеина.

Въ качествѣ *цветовыхъ реактивовъ* на присутствіе свободной HCl я пользовался: 1) бумагой Конго (Congo-roth); 2) метильвіолетомъ (воднымъ 0,25⁰/₀₀ растворомъ), предложеннымъ Velden'омъ и Uffelmann'омъ; 3) тропеолиномъ 00 Merck'a (насыщеннымъ его воднымъ растворомъ), и 4) реактивомъ Dr. A. Günzburg'a (2 ч. флороглюцина + 1 ч. ванилина + 30 ч. абсолютнаго алкоголя¹⁾). Относительно упомянутыхъ реактивовъ можно вообще сказать, что для *чистыхъ* водныхъ растворовъ HCl они необыкновенно чувствительны; такъ, опредѣляя посредствомъ извѣстной крѣпости подобнаго раствора тотъ minimum, при которомъ имѣвшіеся у меня краски давали еще реакцію, я получилъ, что предѣлъ чувствительности для конго около 0,001⁰/₀; при 0,0001⁰/₀ содержаніи HCl окраска совсѣмъ исчезала, тогда какъ для метильвіолета и особенно для тропеолина еще сохранялась; предѣлъ реагированія для реактива Günzburg'a доходилъ до 0,000001⁰/₀ HCl. Но ясность реакціи всѣхъ ихъ значительно уменьшается, если приходится имѣть дѣло не съ чистымъ воднымъ растворомъ HCl, а на примѣръ съ желудочнымъ сокомъ, т.-е. въ присутствіи органическихъ кислотъ, солей, бѣлковъ, и пр., маскирующихъ реакцію. На основаніи своихъ изслѣдованій я на первомъ планѣ по чувствительности ставлю реактивъ Günzburg'a, а на второмъ — тропеолинъ, затѣмъ уже метильвіолетъ и конго.

Количественное опредѣленіе HCl произведено частью

¹⁾ Centralbl. f. kl. Med. 1887 г. № 40.

по *Sjöqvist'y* (98 анализ.) ¹⁾, частью по *Bourget* (157 анал.) ²⁾, двумя способами, изъ которыхъ у насъ въ русской литературѣ первый былъ подробно разобранъ и провѣренъ д-ромъ М. Блюменау ³⁾, а второй—д-ромъ Кіановскимъ ⁴⁾. Излагать процедуру анализовъ я считаю излишнимъ и позволю себѣ сослаться прямо на подлинныя описанія упомянутыхъ авторовъ. Всѣхъ анализовъ количественнаго опредѣленія мною было продѣлано болѣе 255, но многіе изъ нихъ по различнымъ случайностямъ пришлось исключить. Большую часть анализовъ, какъ видно, я произвелъ по способу *Bourget*, такъ какъ, по моему, онъ и болѣе простъ, и болѣе объективенъ, чѣмъ способъ *Sjöqvist'a*.

Опредѣленіе молочной кислоты (и ея солей) производилось способомъ, уже давно признаннымъ пригоднымъ для практическихъ цѣлей, реактивомъ *Uffelmann'a*, приготовлявшимся всегда *ex tempore* (20 к. с. дистил. воды + 3 капли карболовой кислоты + 3 капли полутора-хлористаго желѣза). Къ реактиву по каплямъ приливался или прямо профильтрованный сокъ, или же водный растворъ эфирной вытяжки изъ него, увлекавшей только молочную кислоту. По интенсивности окраски заключалось приблизительно и о количествѣ этой кислоты.

Изслѣдованіе бѣлковыхъ продуктовъ пищеваренія. Въ пробирку наливалось 2—3 к. с. сока и кипяченіемъ приблизительно опредѣлялось количество свертывающагося бѣлка (альбумина); о количествѣ же синтонина судилось по интенсивности мути, получавшейся при нейтрализаціи. Свернувшійся при кипяченія бѣлокъ—отфильтровывался, и фильтратъ, будучи подкисленъ

¹⁾ Zeitsch. f. physiolog. Chemie 1889 г. Т. XIII.

²⁾ Archive de médecine experim. et d'an. path. 1889. Т. I.

³⁾ Врачъ, 1889 г. № 9 и 10.

⁴⁾ Врачъ, 1890 г. № 16.

1 каплей уксусной кислоты и затѣмъ разбавленъ равнымъ количествомъ насыщеннаго воднаго раствора NaCl, давалъ реакцію на парапептонъ (=геміальбумозу Кюне), въ присутствіи котораго получалась большая или меньшая муть въ пробиркѣ. Давши отстояться этой мути, содержимое пробирки я затѣмъ выливалъ на фильтръ и фильтратъ изслѣдовался на пептоны при помощи біуретовой реакціи: 1—2 капли 1⁰/₀ раствора мѣднаго купороса + 2—4 капли 10⁰/₀ раствора ѣдкаго натра (пурпуровокрасная окраска). Последнюю порцію, которая изслѣдовалась на пептонъ, я затѣмъ утилизировалъ и для опредѣленія присутствія сахара прибавленіемъ еще нѣсколькихъ капель ѣдкаго натра и послѣдующимъ подогреваніемъ (Троммеровская реакція).

Для меня, такимъ образомъ, было достаточно 2—3 куб. с. сока, чтобы продѣлать реакціи на свертывающійся бѣлокъ, парапептонъ, пептонъ и сахаръ.

Изслѣдованіе крахмала и его дериватовъ производится на основаніи реакціи ихъ съ іодомъ; приливая по каплямъ въ пробирку съ испытуемой жидкостью—Lugol'евского раствора (0,1 іода + 0,2 іодистаго калия + 200 дестил. воды), мы, въ случаѣ присутствія въ ней всѣхъ продуктовъ превращенія крахмала, получаемъ сначала пурпуровокрасное окрашиваніе (=эритродекстринъ), затѣмъ послѣдовательно: обезцвѣчиваніе (=ахроодекстринъ и сахаръ) и синее (=крахмалъ) или фіолетовое (=смѣсь). Способность давать реакцію съ іодомъ у декстриновъ больше, чѣмъ у крахмала, такъ, что іодистый крахмалъ долженъ получаться уже послѣ того какъ всѣ декстрины насытятся іодомъ; если, на примѣръ, сразу появляется синее окрашиваніе, то это значитъ, что декстриновъ нѣтъ, а имѣется лишь одинъ крахмалъ; при отсутствіи всѣхъ декстриновъ и крахмала получается прямо желтая окраска. Объ опредѣленіи сахара я только что упомянулъ выше.

Я долженъ еще оговориться, что, въ виду близкаго по реакціямъ сходства мальтозы и декстрозы, у меня для каждаго отдѣльно случая не было помѣчено, зависѣла ли реакція Троммера и насколько, отъ того или другого конечнаго продукта превращенія крахмала. Поэтому, буду употреблять общее названіе „сахаръ“, не претендуя, такимъ образомъ, на точную дифференцировку мальтозы и декстрозы.

Изъ ферментовъ желудочнаго сока изслѣдованію подлежали сычугъ и пепсинъ.

Сычужный ферментъ=сычугъ. Существованіе его теперь признается большинствомъ физиологовъ и химиковъ; на счетъ его имѣются классическія изслѣдованія Hammarsten'a ¹⁾ который первый научно установилъ доктрину сычужной ферментаціи; по этому вопросу затѣмъ появилась масса работъ, какъ-то A. Schmidt'a, Kapeller'a, Soxlett'a ²⁾ и друг. Особенно много потрудились надъ разработкой этого вопроса за послѣднее время Johnson, Boas, Klemperer ³⁾, C. Rosenthal ⁴⁾, H. Leo ⁵⁾, Ванъ-Путеренъ ⁶⁾, П. Вальтеръ ⁷⁾. Labferment или сырообразующій ферментъ—это такое вещество въ желудкѣ, въ присутствіи котораго желудочный сокъ, будучи смѣшанъ съ молокомъ, при амфотерной или нейтральной реакціи, производитъ свертываніе=Labcasein=сыръ=сычужную творожину. Этотъ казеинъ, свернувшійся подъ вліяніемъ сычуга, рѣзко

¹⁾ Jahresb. f. Thierchemie. 1872 г. II.

” ” ” 1874 г. IV.

” ” ” 1877 г. VII.

²⁾ Руков. къ физиологii, изд. Германа, пер. Щербакова.

³⁾ Zeitsch. f. klin. Med. 1888 г. T. 14.

⁴⁾ Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 45.

⁵⁾ Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 49.

⁶⁾ Матеріалы для физиол. жел. пищев. въ первые два мѣсяца жизни. Дисс. 1889 г.

⁷⁾ Врачъ, 1890 г. № 1—5.

отличается отъ обыкновеннаго казеина, получающагося подъ вліяніемъ кислотъ („Säurecasein“ = кислотная творожина), во-1-хъ, своей компактностью и связностью, во-2-хъ, значительно меньшей способностью растворенія въ щелочахъ и кислотахъ, въ-3-хъ, тѣмъ, что какъ бы тщательно ни промывался водой, онъ всегда, въ противоположность кислотной творожинѣ, при сжиганіи даетъ зольныя части, содержащія фосфаты земель; послѣднія соли составляютъ не только необходимый ингредиентъ сыра, но являются и необходимымъ факторомъ самаго сырного створаживанія въ томъ смыслѣ, что „превращенный дѣйствіемъ фермента казеинъ въ присутствіи земель принимаетъ форму сыра“. Наконецъ, въ числѣ главныхъ отличій этихъ двухъ свернувшихся казеиновъ есть и то, что 4) сыворотка изъ-подъ Labcasein'a обладаетъ ферментативнымъ дѣйствіемъ, сыворотка же изъ подъ Säurecasein'a—нѣтъ. Boas и Klemperer признаютъ, что слизистая оболочка нормальнаго человѣческаго желудка выдѣляетъ прямо не Labferment, а зимогенъ этого фермента (Labzymogen, labenzym), т. е., сычужное начало, для перехода котораго въ ферментъ необходимо присутствіе свободной HCl или достаточнаго количества молочной кислоты. Другіе отрицаютъ присутствіе этого „предварительнаго сычужнаго фермента“, какъ, напр., Rosenthal, С. С. Боткинъ ¹⁾. У меня, какъ будетъ видно ниже, получались результаты, отчасти не подтверждающіе теоріи Boas'a, а именно: при ничтожной кислотности сока (см. III и IV группу случаевъ) свертокъ, хотя и медленно, но получался; между тѣмъ три раза, (см. IV гр. сл.) констатировался только Labzymogen. Для доказательства присутствія Labferment'a я поступалъ такъ: бралъ въ пробирку профильтрованнаго желудочнаго сока въ количествѣ 2 куб. с., нейтрализовалъ его, затѣмъ

¹⁾ Клинич. Газета, 1889 г. № 28.

приливалъ сюда 10 куб. с. предварительно нейтрализованнаго сырого молока и все это ставилъ въ термостатъ при 30—40° Ц.; черезъ нѣсколько минутъ, въ случаѣ присутствія фермента, получался компактный желеобразный свертокъ, съ трудомъ выливавшійся изъ пробирки. Подъ вліяніемъ Labferment'a сырое молоко въ 10 разъ скорѣе свертывается, чѣмъ кипяченое. Для доказательства Labzymogen'a предварительно разрушаютъ ферментъ: или а) нагрѣвая сокъ выше 70° Ц., или же б) нейтрализуя сокъ до ясной щелочной реакціи; затѣмъ, какъ выше, берутъ двѣ пробы: 2 к. с. сока (гдѣ ферментъ разрушенъ) + 10 куб. с. нейтральнаго молока; въ пробу № 1 прибавляютъ 2 к. с. 5% раствора хлористаго кальція, проба же № 2 оставляется такъ. Въ случаѣ присутствія зимогена изъ пробы № 1 при t° 35—40 скоро выдѣляется казеинъ; въ пробѣ же № 2 даже въ теченіе нѣсколькихъ часовъ свертыванія не получается. Въ своихъ случаяхъ (3), при неполученіи Labcasein'a въ теченіе 2 часовъ, мнѣ понятно не было надобности продѣлывать манипуляціи, примѣняемыя для разрушенія Labferment'a и, для обнаруженія Labzymogen'a, я или въ ту же пробную порцію, или же въ новую прямо прибавлялъ 2 к. с. 5% раствора хлористаго кальція; свертокъ получался черезъ 1/2—1 часъ. По скорости створаживанія молока можно было приблизительно судить о количествѣ или энергіи Labferment'a.

Опредѣленіе пепсина производилось путемъ искусственнаго пищеваренія по отношенію къ бѣлковому кружку. Изъ крутого бѣлка куринаго яйца при помощи двойного ножа и пробойника дѣлались кружки всегда одинаковой величины (1 миллим. толщиной и 8 мил. въ діаметрѣ), сохранявшіеся затѣмъ въ глицеринѣ и заготовлявшіеся не болѣе, какъ на 2 недѣли; предъ употребленіемъ въ дѣло они тщательно промывались въ водѣ; потомъ брались 4 пробирки, въ каж-

дую изъ нихъ наливалось по 5 куб. с. сока и опускалось туда по одному бѣлковому кружку; въ порцію № 2 прибавлялся пепсинъ (5—6 гранъ), въ порцію № 3—2 капли acid. muriat. dil., въ порцію № 4—и то, и другое; всѣ пробирки съ сокомъ ставились въ термостатъ при 35—38° Ц. и, по времени растворенія бѣлка въ каждой, заключалось о недостаткѣ той или другой составной части желудочнаго сока и о пептической силѣ послѣдняго. Кружокъ при нормальныхъ условіяхъ для своего растворенія въ чистомъ желудочномъ сокѣ требуетъ приблизительно 1 часъ времени.

По чисто внѣшнимъ причинамъ время растворенія кружка я отмѣчалъ черезъ 15-ти-минутные промежутки (1—1¹/₄—1¹/₂ часа и т. д.) и болѣе сутокъ за перевариваніемъ его я не слѣдилъ. Изъ циркулирующихъ въ продажѣ препаратовъ пепсина я выбралъ *percinum russicum*, какъ препаратъ наилучшій, согласно изслѣдованій д-ра Липскаго, дѣлавшаго объ этомъ докладъ на I съѣздѣ русскихъ врачей.

В) *Всасывательная функція желудка* опредѣлялась по времени появленія въ слюнѣ принятаго внутрь іодистаго калия. Этотъ способъ опредѣленія былъ впервые затронутъ Penzold'омъ и Faber'омъ ¹⁾, опредѣлившими время появленія для здоровыхъ субъектовъ=10—15 минутъ. Затѣмъ этимъ вопросомъ занимались Sticker ²⁾, Zweifel ³⁾ (изъ клин. Eichhorst'a), J. Wolff ⁴⁾, Ewald ⁵⁾, Boas; изъ соотечественниковъ—Засѣцкій, Тумасъ, Исаковъ. Къ полному соглашенію на счетъ времени появленія JK въ слюнѣ здоровыхъ индивидуумовъ до сихъ поръ еще окончательно не пришли.

¹⁾ Berl. kl. Woch. 1882 г. № 21.

²⁾ Berl. kl. Woch. 1885 г. № 35, 36.

³⁾ Deutch. Arch. f. kl. Med. 1886 г. № 39.

⁴⁾ Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 6, H. II.

⁵⁾ О способахъ изслѣдов. жел. и его содерж. Перев. Блюменау.

Большинство ставитъ крайній предѣлъ=15 минутъ; но имѣются, на примѣръ, такія мнѣнія, какъ J. Wolff'a, который срокъ всасыванія ЖК ставитъ въ болѣе широкія границы и не видитъ ничего патологическаго въ появленіи въ слюнѣ ЖК даже черезъ 1—1¹/₂ часа. По всасыванію іода заключать о всасывательной функціи вообще—я думаю надо осторожно, а потому въ рубрикахъ таблицъ я помѣтилъ: „всасывательная способность для ЖК“. На тощакъ, какъ извѣстно, всасываніе совершается скорѣе, чѣмъ при наполненномъ желудкѣ. Своимъ больнымъ я обыкновенно давалъ на тощакъ желатинозную капсулю съ 10 гран. ЖК, которая ими проглатывалась, будучи тщательно снаружи вытертой. Затѣмъ, каждыя 3—4 минуты бралась ихъ слюна на высушенную крахмальную бумажку, на которую наносилась капля разведенной азотной кислоты; время отъ принятія до появленія красноватой окраски на бумажкѣ показывало энергію всасыванія. Я сдѣлалъ такихъ опредѣленій числомъ 74. Числа, полученные мной, колеблются между 7—20 минутами (см. ниже).

С) *Определение механической силы желудка.* Изъ всѣхъ предложенныхъ способовъ изслѣдованія ея я выбралъ два—1) способъ Ewald'a-Sievers'a ¹⁾, и 2) способъ Leube-Riegel'я ²⁾. Ewald основываетъ свой способъ на томъ принципѣ, что salol, представляя соединеніе фенола съ салициловой кислотой, попавши изъ кислой среды желудка въ щелочную среду duodeni, подъ вліяніемъ панкреатическаго сока тотчасъ же разлагается и немедленно всасывается, обуславливая появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты, которая съ нѣсколькими каплями lig. ferri sesquichl. даетъ фіолетовую окраску. По времени появленія салицилуровой кислоты въ мочѣ, Ewald судить о времени

¹⁾ О способахъ изсл. жел. сока и его содерж. Перев. Блюм.

²⁾ О распознаваніи и леченіи бб. жел. Riegel'я. Перев. 1888 г.

поступленія салолъ изъ желудка въ кишки и говорить, что при нормѣ, послѣ принятія 1 грм. салолъ, реакція въ мочѣ должна появиться черезъ 40 и maximum 75 минутъ. Примѣняя салолъ для клиническихъ цѣлей, Ewald руководствовался изслѣдованіями Nencky, Sahli и Lepine'a, утверждавшими неизмѣняемость салолъ въ кислой средѣ желудочнаго содержимаго. Но діагностическая роль этого средства должна была быть ослаблена появившейся работой д-ра Родзаевского ¹⁾, доказавшаго, что разложеніе салолъ возможно не только по протяженію всего желудочно-кишечнаго тракта, но даже въ другихъ тканяхъ, несмотря на кислую реакцію, и что въ этомъ разложеніи видную роль играютъ бродильные процессы.

Къ такимъ же въ общемъ результатамъ пришелъ почти одновременно М. Lesnik ²⁾. Неудовлетворительность способа Ewald'a затѣмъ была доказана Brunner'омъ ³⁾, Huber'омъ ⁴⁾, Decker'омъ ⁵⁾; послѣдніе двое рекомендуютъ для опредѣленія двигательной недостаточности желудка руководствоваться скорѣе продолжительностью реакціи въ мочѣ, считая за норму 26 часовъ. Несмотря на такія данныя, умалѣющія значеніе салоловой пробы, я все-таки, въ виду ея общераспространенности, сдѣлалъ 62 опредѣленія по этому способу, давая спустя часъ послѣ обѣда больнымъ 10 гранъ означеннаго препарата. Сожалѣю, что мнѣ не пришлось зарегистрировать еще продолжительность реакціи въ мочѣ на салицилутовую кислоту; я думаю,

¹⁾ Врачъ, 1888 г. № 8—9. Предварит. сообщеніе „по поводу способа Ewald'a и Sievers'a“.

Его же докладъ на III съѣздѣ русскихъ врачей 1889 г. „О разложеніи нѣкоторыхъ соединеній салициловой группы въ организмъ“.

²⁾ Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmac. T. XXIV.

³⁾ Deutsch. med. Woch. 1889 г. № 7.

⁴⁾ Münch. med. Woch. 1889 г. № 19.

⁵⁾ Berl. klin. Woch. 1889 г. № 45.

что это было бы не безынтересно въ отношеніи вопроса о выдѣленіи салолъ больными почками, по аналогіи съ другими лѣкарственными веществами, на выдѣленіе которыхъ мочей нефритиковъ было уже обращено вниманіе авторовъ; укажу хоть на работу *Θ. Гейслера* ¹⁾.

Изслѣдованій моторной дѣятельности желудка по способу *Leube* мною сдѣлано 46 разъ.

Въ обѣдъ больному назначалось: тарелка супа, одна котлета (32—40 золотниковъ мяса) и $\frac{1}{2}$ фунта бѣлаго хлѣба. Послѣ обѣда больной ничего не ѣлъ и не пилъ въ теченіе $6\frac{1}{2}$ —7 часовъ; по истеченіи этого срока выполаскивался желудокъ и опредѣлялось, содержитъ ли онъ остатки пищи или нѣтъ.

Теперь перейду къ разбору имѣвшагося у меня патологическаго матеріала. Наблюденія мои обнимаютъ 26 случаевъ; всѣ больные — мужчины, большею частію изъ бѣднаго чернорабочаго класса; по возрастамъ располагаются слѣдующимъ образомъ:

18	лѣтъ	. . . . .	1	человѣкъ.
20	"	. . . . .	1	"
21	"	. . . . .	1	"
27	"	. . . . .	2	"
29	"	. . . . .	1	"
30	"	. . . . .	1	"
32	"	. . . . .	1	"
33	"	. . . . .	1	"
34	"	. . . . .	2	"
35	"	. . . . .	1	"
36	"	. . . . .	1	"
39	"	. . . . .	2	"
41	"	. . . . .	5	"
42	"	. . . . .	1	"
43	"	. . . . .	1	"
44	"	. . . . .	1	"

¹⁾ „Къ вопросу о выдѣленіи іода почками“. Дисс. 1888 г.

Его же: „Скорости выдѣленія іодистаго калия мочей, какъ діагностич. призна. нѣкот. формъ нефрита“. Врачъ, 1888 г. № 26, 27.

49 лѣтъ	. . . . .	1	человѣкъ.
50 "	. . . . .	1	"
56 "	. . . . .	1	"

Весь этотъ контингентъ больныхъ представлялъ клиническую картину *диффузнаго* болѣе или менѣе хроническаго воспаленія почекъ съ преобладаніемъ измѣненій то паренхиматозныхъ (наприм. № 5, 7), то интерстиціальныхъ (наприм. № 20, 24, 25) ¹⁾. Большинство поступало съ сильно выраженными припадками разстроенной компенсаціи почекъ, а часто и сердца, — съ отеками, замѣчавшимися у нихъ уже не въ первый разъ; въ случаяхъ же, гдѣ больные замѣчали отеки лишь въ пер-

¹⁾ Со временъ знаменитаго британскаго врача Rich. Bright'a (1827 г.), который первый доказалъ и точно формулировалъ внутреннюю связь между водянкой, альбуминурией и поражениемъ почекъ, литература по выясненію характера и сущности происходящихъ при этомъ измѣненій въ почкахъ, разрослась до солидныхъ размѣровъ, представляя и до сихъ поръ довольно запутанную исторію самыхъ противоположныхъ взглядовъ. Въ результатъ многочисленныхъ изслѣдованій получился все-таки тотъ несомнѣнный фактъ, что почки во всѣхъ случаяхъ ихъ воспаленія могутъ представлять самую разнообразную патолого-анатомическую картину и между двумя крайними основными типами—такъ-называемой большой бѣлой почкой и сморщенной зернистой—имѣющими опредѣленную и клиническую физиономію,—существуетъ цѣлый рядъ промежуточныхъ формъ, характеризующихся соотвѣтственной пестротой ихъ клиническаго теченія. Невольно долженъ былъ возникнуть вопросъ, являются-ли различныя анатомическія измѣненія при Брайтовой болѣзни какъ самостоятельные, не имѣющіе между собой ничего общаго, строго разграниченныя другъ отъ друга процессы, или же эти измѣненія не представляютъ ничего исключительнаго, а суть лишь различныя послѣдовательныя стадіи одного и того же процесса. Во взглядахъ на этотъ предметъ изслѣдователи дѣлятся на два лагеря: унитаристовъ и дуалистовъ. Первые (Rayer, Frerichs, Reinhard, Leyden, Bamberger, Dieulafoi, Aufrecht, Weigert, Rosenstein, Senator и проч.) исповѣдуютъ доктрину патологическаго единства почечнаго воспаленія, вторые же (Samuel Wilks, Buhl, Bartels, Johnson и проч.) видятъ въ большой бѣлой почкѣ и малой зернистой—процессы *sui generis*, не переходящіе другъ въ друга, представляющіе различную анато-

вый разъ, можно было — частью изъ анамнеза, частью изъ данныхъ объективнаго изслѣдованія — убѣдиться въ затяжномъ характерѣ почечнаго процесса, который раньше протекалъ или совершенно для больныхъ скрытно, или же заявлялъ себя различными припадками то головной боли, то сердцебіенія, то желудочно-кишечныхъ расстройствъ и т. д. Клиническіе симптомы уреміи наблюдались — острые, подострые и хроническіе, въ формахъ: то мозговой, то легочной, то желудочно-кишечной; чаще же всего — въ формѣ подострой и хронической діарреи, при отсутствіи субъективныхъ расстройствъ со стороны желудка. У большинства нефритиковъ (около 20-ти) какъ общія явленія, такъ и самочувствіе обнаруживали склонность къ прогрессивному улучшенію, такъ что бывшія вначалѣ сильно выраженными водяночныя явленія постепенно падали; въ соотвѣтствіи съ этимъ убывалъ вѣсъ больного, діурезъ повышался, количество бѣлка въ мочѣ (опредѣлялось по Esbach'y) уменьшалось, діарейныя явленія ослабѣвали и больной наконецъ выписывался хорошо окрѣпшимъ и поправившимся безъ отековъ, съ нормальнымъ стуломъ и т. д., представляя часто лишь одинъ патологическій симптомъ — альбуминурию. Остальные случаи — въ противоположность означеннымъ — протекали сравнительно монотонно: улучшение было не рѣзкое или же никакого.

Случаевъ, гдѣ въ анамнезѣ значился *abusus in Vaccho*, было девять.

Случаевъ смерти одинъ.

Съ осложненіями: глистами 1 сл. (№ 5).

мическую подкладку и даже различную этиологию. Въ послѣднее время большинство придерживается унитарной теоріи, кладя въ основу воспаленія почекъ комбинированное съ неодинаковой интенсивностью пораженіе всѣхъ элементовъ органа — какъ паренхиматозныхъ, такъ и интерстиціальныхъ (*Nephritis diffusa*).

Примѣч. автора.

меркуріальн. стоматитомъ 1 сл. (№ 13).

Случаевъ съ одновременнымъ существованіемъ:

хроническаго эндокардита 2 (№ 1, 10).

цирроза печени 1 (№ 7).

каріознаго процесса костей плюсны 1 (№ 25).

артеріосклероза 1 (№ 6).

Выкачиваніе желудочнаго содержимаго дѣлалось или каждый день, или же черезъ одинъ и нѣсколько дней.

Діетой больнымъ служила смѣшанная пища.

Вліяніе медикаментовъ на желудокъ было исключено и послѣдніе давались, по мѣрѣ надобности, лишь въ дни, когда извлеченія сока не дѣлалось.

Изслѣдованію специфической дѣятельности желудка были предпосылаемы обычныя физическіе методы его изслѣдованія (постукиваніе, ощупываніе, раздуваніе его шипучей смѣсью и проч.) и, лишь въ случаѣ отрицательныхъ результатовъ съ этой стороны, больной подвергался анализамъ.

Полученныя мною результаты изслѣдованія функціи желудка у нефритиковъ представляются весьма неоднобразными: вмѣстѣ со случаями нормальной функціи имѣются и такіе, гдѣ послѣдняя или немного или рѣзко ослаблена. Чтобы лучше ориентироваться, я нашелъ возможнымъ полученныя данныя подвести подъ четыре группы случаевъ, кладя въ основу дѣленія количественное содержаніе HCl въ сокъ и пептическую силу послѣдняго.

I группа. Случаи (4), гдѣ количество свободной HCl достигало обыкновенно нормальныхъ цифръ ¹⁾ и бѣлковый кружокъ растворялся черезъ $\frac{3}{4}$ —2 часа. Цвѣтотыя реакціи на присутствіе HCl—рѣзки. Молочная кислота—постоянно. Всѣ виды бѣлка—начиная

¹⁾ Принимая за норму количества HCl при завтракѣ Ewald'a = 0,1%—0,2%.

отъ альбумина, кончая пептономъ. Присутствіе крахмала и всѣхъ его продуктовъ превращенія—до сахара включительно. Labferment—всегда. Всасывательная и двигательная функціи желудка нормальны. Прибавленіе пепсина часто ускоряетъ искусственное пищевареніе, прибавленіе же *acidi muriati diluti*—часто замедляетъ его.

Общая кислотность = $0,16^{\circ}/_{\circ}$ — $0,34^{\circ}/_{\circ}$
(одинъ разъ = $0,08^{\circ}/_{\circ}$).

Количество HCl = $0,059^{\circ}/_{\circ}$ — $0,17^{\circ}/_{\circ}$
(одинъ разъ = $0,009^{\circ}/_{\circ}$).

См. исторіи болѣзней и табл. №№ 1, 2, 5, 6.

II группа. Случай (15), гдѣ количество свободной HCl было обыкновенно уменьшено, достигая иногда субнормальной цифры. Перевариваніе бѣлковаго кружка совершалось черезъ $1\frac{1}{4}$ —10 часовъ. Цвѣтовые реакціи на присутствіе HCl получались постоянно въ различной степени интенсивности—отъ рѣзкой до слабой. Молочная кислота была постоянно. Всѣ виды бѣлка—отъ альбумина до пептона. Присутствіе крахмала и всѣхъ его дериватовъ—до сахара. Labferment—всегда. Всасывательная функція желудка нормальна. Двигательная въ трехъ случаяхъ (№ 7, 9, 19) ослаблена. Прибавленіе пепсина—часто, а прибавленіе *acidi muriat. dil.* постоянно—ускоряли искусственное пищевареніе.

Общая кислотность = $0,087^{\circ}/_{\circ}$ — $0,35^{\circ}/_{\circ}$.

Количество HCl = $0,011^{\circ}/_{\circ}$ — $0,091^{\circ}/_{\circ}$.

См. истор. бол. и табл. №№ 3, 4, 7, 8, 9... по 19.

III группа. Случай (3), гдѣ при значительномъ уменьшеніи HCl желудочный сокъ все-таки иногда въ состояніи былъ собственными силами переварить бѣлковый кружокъ черезъ 4—24 часа. Цвѣтовые реакціи на присутствіе HCl были выражены слабо, часто совсѣмъ отсутствовали. Молочная кислота—постоянно. Всѣ виды бѣлка отъ альбумина до пептона;

послѣдній иногда въ видѣ слѣдовъ. Процессъ сахарофицированія—въ стадіи декстриновъ (ахроо-, эритро-) и сахара; иногда—растворенный крахмалъ. Labferment—всегда, но энергія его ослаблена. Всасывательная и двигательная функціи желудка нормальны. Недостатокъ болѣе HCl, чѣмъ пепсина.

Общая кислотность = 0,01% — 0,14%.

Количество HCl = 0,002% — 0,029%.

См. истор. бол. и табл. №№ 20, 21, 22.

IV группа. Случай (4), гдѣ пищеварительная сила сока до того ослаблена, что бѣлковый кружокъ не обнаруживалъ никакихъ признаковъ растворенія даже по истеченіи сутокъ. Присутствіе свободной (?) HCl большею частью могло быть доказано лишь количественнымъ опредѣленіемъ, а не обычными качественными цвѣтовыми реакціями. Молочная кислота открывалась постоянно. Пептонъ часто или отсутствовалъ или обнаруживался въ видѣ слѣдовъ. Процессъ сахарофицированія—въ стадіи ахроодекстрина и сахара. Labferment открывался не всегда; энергія его ослаблена; въ трехъ случаяхъ лишь Labzymogen. Всасывательная функція желудка ослаблена лишь у 2-хъ (№ 24, 25), и то *сравнительно*. Механическая сила—у всѣхъ ослаблена. Прибавленіе HCl и особенно HCl + pepsin рѣзко улучшаетъ искусственное пищевареніе.

Общая кислотность = 0,014% — 0,09%.

HCl = 0,002% — 0,008%.

См. истор. бол. и табл. №№ 23, 24, 25, 26.

Общій признакъ, какъ видно, для всѣхъ группъ слѣдующій: 1) кислая реакція сока, 2) присутствіе въ большемъ или меньшемъ количествѣ молочной кислоты, 3) постоянное нахожденіе ахроодекстрина и сахара, и 4) вѣроятный недостатокъ пепсина (судя по тому, что прибавленіе послѣдняго почти всегда ускоряло искусственное пищевареніе и, въ худшемъ случаѣ никогда его не тормозило).

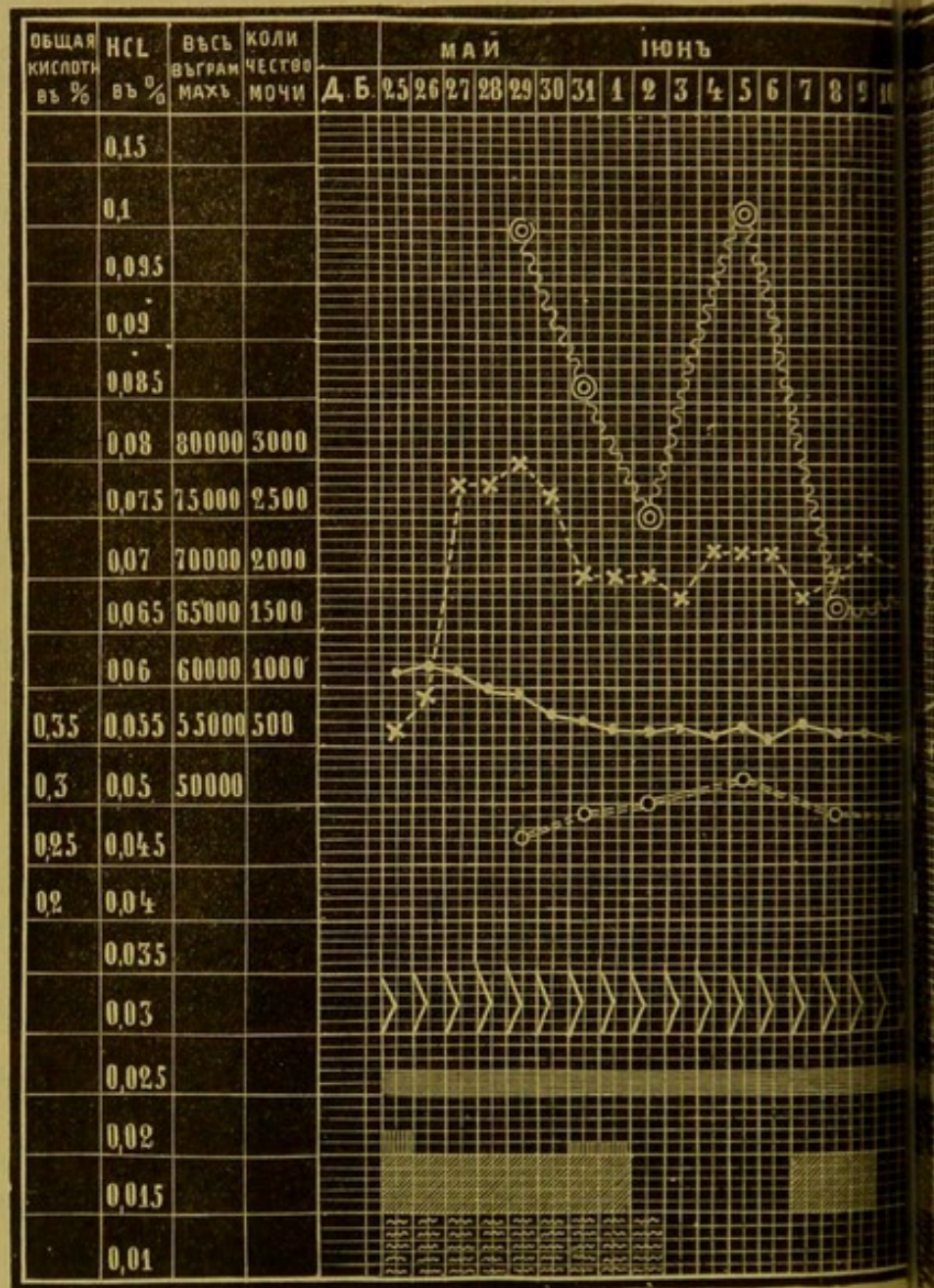
Полученное непостоянство и разнообразіе количественнаго содержанія HCl во всѣхъ наблюденныхъ мною случаяхъ сказывается и въ каждомъ отдѣльномъ изъ нихъ, у одного и того же индивидуума за время теченія его болѣзни. При внимательномъ разсматриваніи исторій болѣзни нельзя не замѣтить, что колебаніе HCl у каждаго отдѣльнаго индивидуума имѣетъ извѣстную законосообразность и находится въ соотношеніи съ нѣкоторыми клиническими симптомами. Какъ правило можно высказать, что съ улучшеніемъ общихъ явленій и самочувствія больного, съ подъемомъ его силъ— количество HCl послѣдовательно повышается и пищеварительная сила сока увеличивается. Это особенно наглядно можно наблюдать на случаяхъ, гдѣ процессъ прогрессивнаго—изо дня въ день—улучшенія въ состояніи организма выраженъ наиболѣе рельефно; здѣсь, какъ видно изъ синоптическихъ таблицъ, кривая HCl идетъ *crescendo* и, въ отечный періодъ, всегда параллельно съ кривой діуреза, достигающаго къ окончанію отековъ своего аспе; по исчезновеніи же водяночныхъ явленій, когда діурезъ или остается приблизительно *in statu quo*, или понижается, кривая HCl или продолжаетъ все подниматься, или же идетъ, какъ и ранѣе, въ параллель съ діурезомъ, иногда вмѣстѣ съ нимъ даже понижаясь, при несомнѣнномъ улучшеніи объективныхъ и субъективныхъ явленій больного. Что эту параллель въ первоначальномъ наростаніи HCl и діуреза можно отчасти разсматривать не какъ два случайные эпифеномена, сопутствующие лишь другъ друга, но и какъ явленія, вѣроятно, находящіяся между собой въ болѣе тѣсной зависимости, о томъ рѣчь будетъ ниже. Въ случаяхъ, гдѣ клиническая картина болѣзни то улучшалась, то ухудшалась, или же теченіе послѣдней было монотонное, тамъ и кривая HCl или волнообразно колебалась, или же совсѣмъ не представляла хотя бы мало-мальски видимой правильности.

gen acid ?

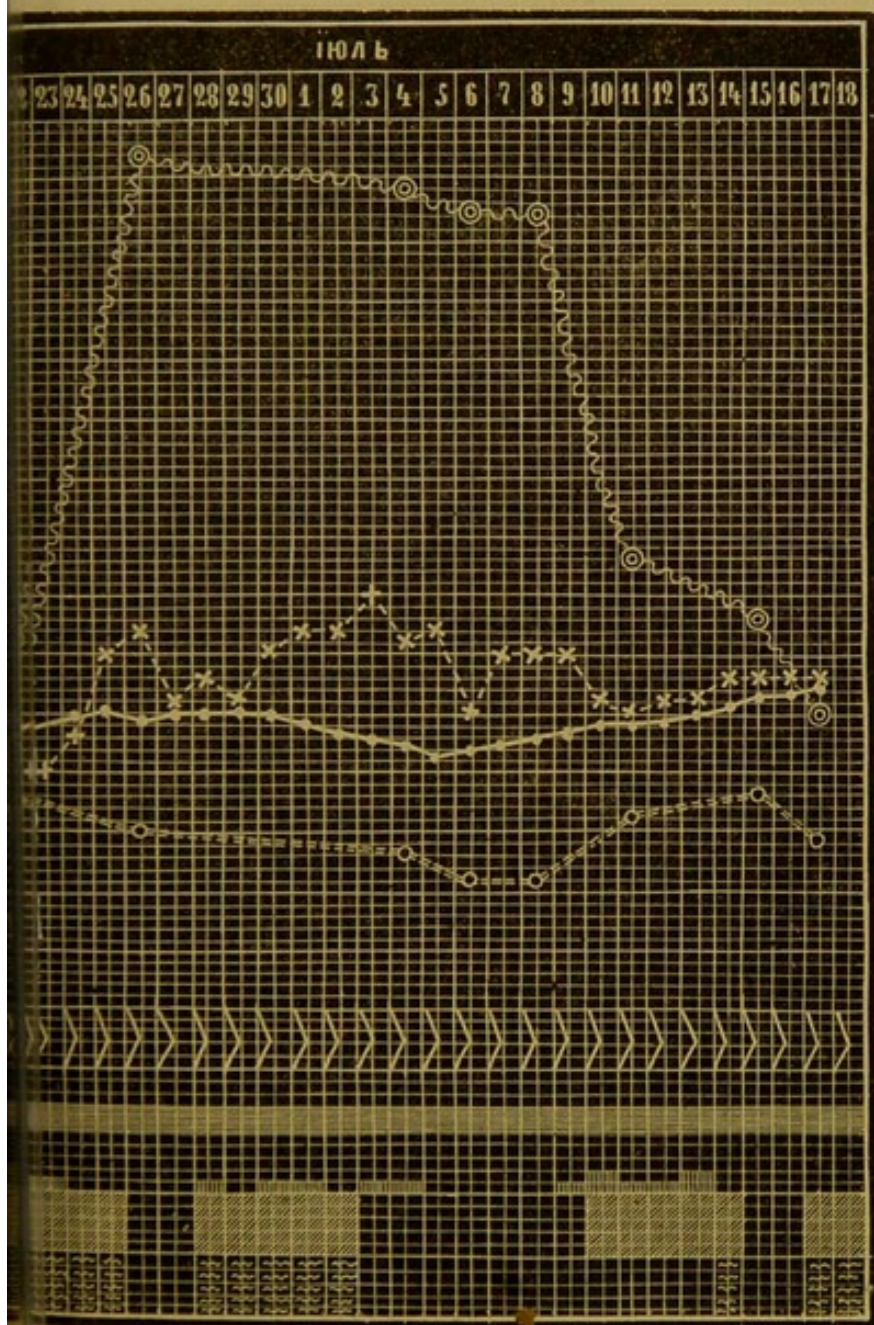
HCl acid ?

wt

wine



ОВЪ.



see over

Все случаи, гдѣ мнѣ удалось примѣтить известную правильность колебаній HCl, я условлюсь называть *типическими*. Такихъ типическихъ случаевъ существуетъ у меня—14-ть; распредѣляются они по установленнымъ группамъ такъ:

I группа имѣетъ—	2 случая (№№ 1 и 2).
II » »	11 случаевъ (№№ 3, 4, 8, 10—13, 15—18).
III » »	1 случай (№ 21).
IV » »	ни одного случая.

Для наиболѣе типическихъ случаевъ я прилагаю діаграммы.

УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ.

<i>Gen acid?</i>	==○==○==○==	общая кислотность сока.
	~○~○~○~	HCl.
<i>w!</i>	—●—●—●—●—●—	вѣсъ тѣла.
<i>Diuresis</i>	—x—x—x—x—	діурезъ.
<i>albumin</i>	■	бѣлокъ въ мочѣ.
<i>diarrhoea</i>	■	поносъ.
<i>ascites</i>	≡	асцитъ.
<i>anaemia</i>	■	аназарка.
<i>hepatic enlargement</i> ▷		увеличенная печень.

ИСТОРИИ БОЛѢЗНЕЙ.

№ 1 (см. табл. и діагрм. № 1). Александръ Семеновъ, крестьянинъ, портной, 30 лѣтъ. Съ 22-го мая по 18-е іюля. *Nephritis chronica diffusa. Stenosis ostii venosi sinistri. Asthma cardiacaemicum.*

Анамнезъ. Будучи 12-лѣтнимъ мальчикомъ перенесъ острый сочленовный ревматизмъ; до 25—26 лѣтнаго возраста чувствовалъ себя здоровымъ и лишь за послѣдніе четыре года сталъ прихварывать: начали періодически являться одышка, кашель,

сердцебиение и отеки всего тела; иногда—боли в области поясницы и кровотечение горлом; к вечеру случались познабливания, кончавшиеся жаром и потом. Лечился обыкновенно амбулаторно; лишь в прошлом году вынужден был лечь в больницу. Никогда не пьянствовал.

Субъективные симптомы. Постоянная одышка, доходящая временами до удушья, сердцебиение и небольшой кашель. Аппетит хороший.

Объективное исследование. Телосложение средняго; мускулатура развита умеренно; подкожный жирный слой развит скудно. Общие покровы и слизистые оболочки бледны. Отек ног и лица. Сердечная область представляет выпячивание („*voussure*“). Со стороны легких; небольшое сравнительно ослабление звучности перкуторнаго тона под левой ключицей; распространенные всюду свистящие и среднепузырчатые влажные хрипы. Область сердечной тупости: сверху—3-е ребро, справа переходит немного левую стермальную линию, слева—на 2—2½ поп. пальца заходит кнаружи от *lin. mamil. sin.* Толчек сердца распространенный, сотрясательный, ощутим и видим в 4, 5 и 6-м межреберьях кнутри и пальца на 2—3 кнаружи от соска. Рабочая деятельность сердца усилена; ритм сокращений—правильный; временами ощущается *frémissement cataire*. У верхушки выслушивается предсистолический шум, оканчивающийся акцентированным первым тоном, за которым следует 2-й слабый тон; по направлению к основанию сердца шум постепенно исчезает и 1-й тон становится слабее, за то диастолические тоны усиливаются и являются, особенно у легочной артерии, резко акцентированными—звонкаго характера. Пульс=80—84, небольшой, правильный, равномерный. Дыхание=32—40. Печень перкуторно выдается пальца на два из подреберья, при пальпации болезненна. Селезенка не увеличена. Асцит, пальца на три не доходящий до пупка. Стул 2—3 раза в сутки кашицевидный. Моча=700 к. с., уд. в.=1018; реакции кислой; цвет светложелтый; содержит бѣлокъ (1 грм. в сутки). В осадкѣ подъ микроскопомъ найдены зернистые, галиновые и отчасти эпителиальные цилиндры. Температура тела нормальная; мокрота в скудномъ количествѣ, слизистая, стекловидная.

Течение болезни. Состояние все время было безлихорадочное. Стул от 2 до 3 разъ консистенции нормальной; редко 5 разъ и кашицевидный. Мочи=500 к. с.—3000 к. с., уд. в.=1018—1010; постоянно содержался бѣлокъ, котораго вначалѣ выдѣлялось 1—1,5 грм., подъ конецъ—до 3,75 грм. в сутки.

Обыкновенно днем больной мочился сравнительно редко, чаще всего ночью. Пульсъ=68—100, почти постоянно правильный. Дыханіе=32—40. Со стороны печени явленія оставались безъ перемѣны. Асцитъ и водяночныя явленія то исчезали, то обнаруживались. Хрипы, бывшіе вначалѣ распространенными, подъ конецъ стали болѣе рѣдкими. Явленія со стороны сердца оставались тѣ же. Симптомовъ гастрическаго разстройства (тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги и проч.) не наблюдалось. Видъ больного всегда былъ страдальческій; больной постоянно чувствовалъ свое сердце. Выдающимся субъективнымъ симптомомъ была жалоба на постоянную одышку, усиливающуюся въ лежачемъ положеніи больного. Часто покойный сонъ больного нарушался приступами удушья, являвшимися преимущественно по ночамъ и сопровождавшимися сердцебиеніемъ и кашлемъ то сухимъ, то съ кровянистой мокротой; иногда чувствовалъ при этомъ боль въ области сердца. Въ зависимости отъ астматическихъ явленій самочувствіе больного то улучшалось, то ухудшалось. Иногда больной жаловался на боли въ поясницѣ, усиливавшіяся при хожденіи. Вѣсъ колебался между 55500 грм. и 62000 грм., вначалѣ=61000 грм. подъ конецъ=62000 грм. Выписался больной безъ всякаго улучшенія.

Лѣченіе. Послѣнно назначались—препараты опиѣ, *digitalis adonis vernalis*, *t-ra Convallaria majalis* + *t-ra valerianae*, бромистые препараты; глина, кислородъ; теплыя ванны.

NB. 15-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,26‰—0,33‰; $HCl=0,059\%$ —0,17‰, кривая общей кислотности сока почти постоянно въ обратномъ отношеніи съ кривой HCl ; кривая HCl обыкновенно совпадаетъ съ кривой діуреза, достигая своего minimum въ дни, когда больной чувствовалъ себя особенно плохо (послѣ бессонныхъ ночей вслѣдствіе приступовъ удушья).

№ 2 (см. табл. и діагрм. № 2). Артамонъ Грудивинъ, отставной солдатъ, по профессіи городской, 41 года. Съ 16 іюля по 8 августа. *Nephritis chronica diffusa*. *Uraemia acuta*.

Анамнезъ. Дней пять назадъ прозябъ на посту, появились отеки конечностей, туловища и лица. Со времени поступленія въ военную службу постоянно былъ „слабъ животомъ“, часто являлись поносы. Съ послѣдней турецкой компаніи ежегодно разъ или два страдаетъ приступами лихорадки, продолжающимися дня 2—3 и сопровождающимися сильной головной болью и рвотой. Лѣтъ семь назадъ болѣлъ правый бокъ (вѣроятно—*pleuritis*, см. ниже). Года три назадъ впервые замѣтилъ общую отечность покрововъ и припухлость живота; эти явленія

скоро исчезли и вплоть до послѣдняго времени онъ ихъ не замѣчалъ. *Abusum spirituosum* отрицаетъ: пилъ понемногу и изрѣдка.

Субъективные симптомы. Кашель и одышка, усиливающаяся при положеніи больного на лѣвомъ боку. Жалобъ на правый бокъ никакихъ. Аппетитъ довольно хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Субъектъ хорошо сложенный и довольно упитанный. Пульсъ=48, правильный, полный, твердый. Дыханіе=20. Артеріи не склеротичны. Температура нормальная. Довольно рѣзко выраженный отекъ ногъ, половыхъ органовъ и туловища. Со стороны легкихъ: на протяженіи болѣе ладони подъ правой лопаткой и по правой аксиллярной линіи снизу имѣется относительное притупленіе перкуторнаго тона; здѣсь же *fremitus pectoralis* и везикулярное дыханіе ослаблены. Кое-гдѣ свисты. Область сердечной тупости справа — почти до мѣдианной линіи, слѣва нѣсколько заходитъ за сосковую линію кнаружи. Толчекъ сердца прощупывается не рѣзко въ 5-мъ межреберьѣ по *lin. mamil. sin.* и внутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; у аорты на діастолѣ акцентъ. Животъ большой; покровы его напряжены. Асцитъ почти до пупка. Печень слегка болѣзненна и пальца на 1½ выдается изъ подреберья. Селезенка не представляется увеличенной. Стулъ жидковатый и немного учащенный. Моча=600 к. с., уд. в.=1020, реакція кислая; до 3% бѣлка. При микроскопированіи осадка встрѣчается масса гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ примѣсью бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ=80500 грм.

Теченіе болѣзни. Дня черезъ три увеличеніе печени уже не констатировалось. До 23-го іюля: состояніе было безлихорадочное, стулъ 2—4 раза въ сутки, жидковатый; количество мочи постепенно увеличилось до 3000 куб. с., уд. в.=1004, водяночныя явленія замѣтно уменьшались; вѣсъ падалъ; кашель почти уничтожился. Съ вечера 22-го числа общее недомоганіе и головная боль. 23-го числа—головная боль усилилась, появились—апогехія, тошнота, рвота и полный амаврозъ; временами помраченіе сознанія и галлюцинаціи; къ вечеру температура=39°. 24-го числа: утр. температура=38, вечер.=39,2. Явленія тѣ же. Моча=700 к. с., уд. в.=1020. Съ 25-го числа температура стала нормальной, наступило значительное улучшеніе; мочи=1800 к. с., уд. в.=1007. 26-го числа: чувствуетъ себя довольно удовлетворительно, аппетитъ хорошій, небольшая лишь головная боль, видитъ хорошо; стулъ какъ и раньше; мочи=1800 к. с., уд. в.=1009, бѣлка 1 грм. Явленія асцита исчезли. Ясное везикулярное дыханіе,

кашля нѣтъ. Съ 27-го числа исчезла головная боль и пошло быстрое поправленіе. Къ 1-му августа исчезла аназарка. Количество мочи колебалось 2800—4600 к. с., вѣсъ постепенно падалъ. Стулъ послѣ приступа уремій—постоянно былъ нормальный. 8-го августа выписался, самочувствіе прекрасное; вѣсъ=67500 грам., бѣлка въ мочѣ—1 грм. Уменьшеніе звучности перкуторнаго тона на правой половинѣ груди осталось по прежнему.

Лѣченіе. Сначала отъ кашля—*morphii muriatci* gr. $\frac{1}{6}$ + *iprecasuanh.* gr. $\frac{1}{2}$, 1—2 порошка къ ночи. Во время приступа уремій подъ кожу *morphii muriatci* gr. $\frac{1}{4}$ раза 2—3 въ день. Затѣмъ періодическія теплыя ванны.

NB. 11-ть анализовъ сока; способъ Bourget. Общая кислотность=0,08‰—0,26‰; HCl=0,009‰—0,17‰. Вѣсъ и водяночныя явленія постепенно падаютъ до 1-го августа, послѣ чего—съ исчезновеніемъ послѣднихъ—вѣсъ остается *in statu quo*. Кривая діуреза въ обратномъ отношеніи съ кривой вѣса и въ прямомъ отношеніи къ кривой HCl и общей кислотности сока. Рѣзкое паденіе общей кислотности и количества HCl въ день припадковъ острой уремій (23-го іюля); съ окончаніемъ припадковъ уремій, съ улучшеніемъ общей клинической картины какъ общая кислотность сока, такъ и количество HCl рѣзко повышаются (26 іюля).

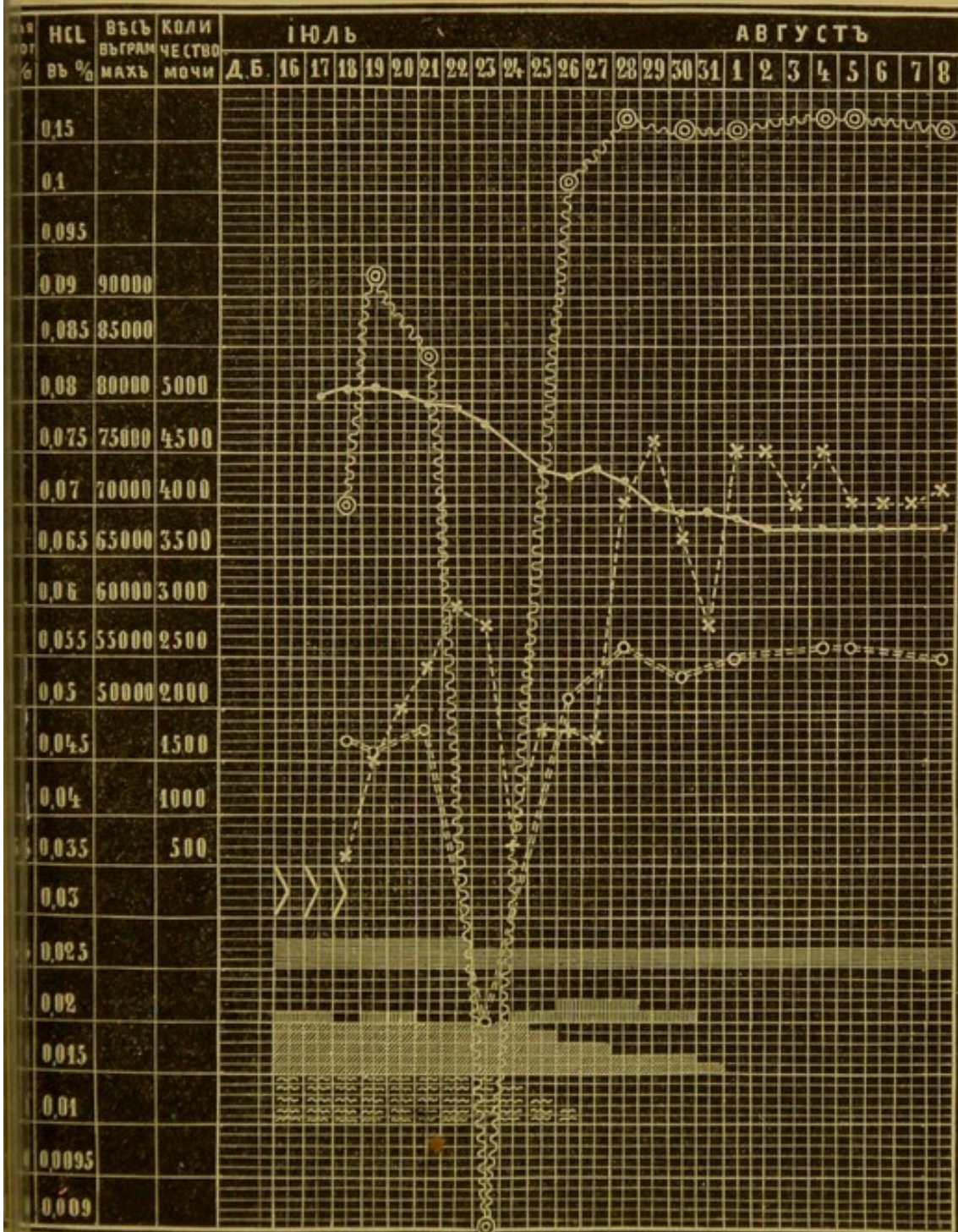
№ 3 (см. табл. и діагрм. № 3). Никодимъ Кондратовичъ, крестьянинъ, чернорабочій, 18 лѣтъ. Съ 26 мая по 11 іюня. *Nephritis diffusa chronica*.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ замѣтилъ опухоль всего тѣла; передаетъ, что отекалъ и раньше; часто побаливала поясница и голова. Лишь за послѣднее время позволялъ себѣ недолго по пьянствовать съ товарищами; до этого водкой никогда не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы. Одышка и небольшой кашель. Аппетитъ удовлетворительный, отсутствіе желудочныхъ припадковъ—тошноты, отрыжки, изжоги и проч.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный и упитанный юноша; слизистыя оболочки розовы. Небольшая отечность стопъ и голеней, еще меньшая—бедеръ и лица. Температура нормальная. Пульсъ=80, довольно напряженный, полный, правильный. Дыханіе=20. Легкія здоровы, лишь кое-гдѣ попадаются свисты. Абсолютная тупость сердца слѣва немного заходитъ кнаружи отъ соска, справа же доходитъ до *lin. sternalis dextra*. Работа бурная; толчокъ разлитой, сотрясательный, въ 5-мъ и отчасти 6-мъ межреберьяхъ кнутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный, тоны чисты и отличаются особенной

№ 2. Артамонъ Грудининъ.



звонкостью; діастоліческій тонъ у аорты акцентированъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцитъ не замѣтно. Стулъ жидкій, 3 раза въ сутки. Количество мочи=1600 к. с., свѣтложелтаго цвѣта, у. в.=1006, кислой реакціи, содержитъ до 0,6 грм. бѣлка. Въ полѣ микроскопа—зернистые и гіалиновые цилиндры съ примѣсью бѣлыхъ, отчасти красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ=61000 грм.

Течение болѣзни. Температура все время нормальная, кромѣ вечера 28-го мая (38,2°). Водяночныя явленія постепенно къ 4 іюня исчезли. Стулъ жидковатый 2—4 раза; изрѣдка появлялась рѣзь въ животѣ; иногда по утрамъ головная боль. Моча=1500—3200 к. с., уд. в.=1006—1013. Подъ конецъ альбуминурія немного уменьшилась. Выписался изъ больницы, прекрасно себя чувствуя, при вѣсѣ=55000 грм.

Лѣчение. Періодическія теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Bourget; совпаденіе въ общемъ кривой діуреза съ кривой HCl. Общая кислотность=0,3°/о—0,35°/о; HCl=0,055°/о—0,09°/о.

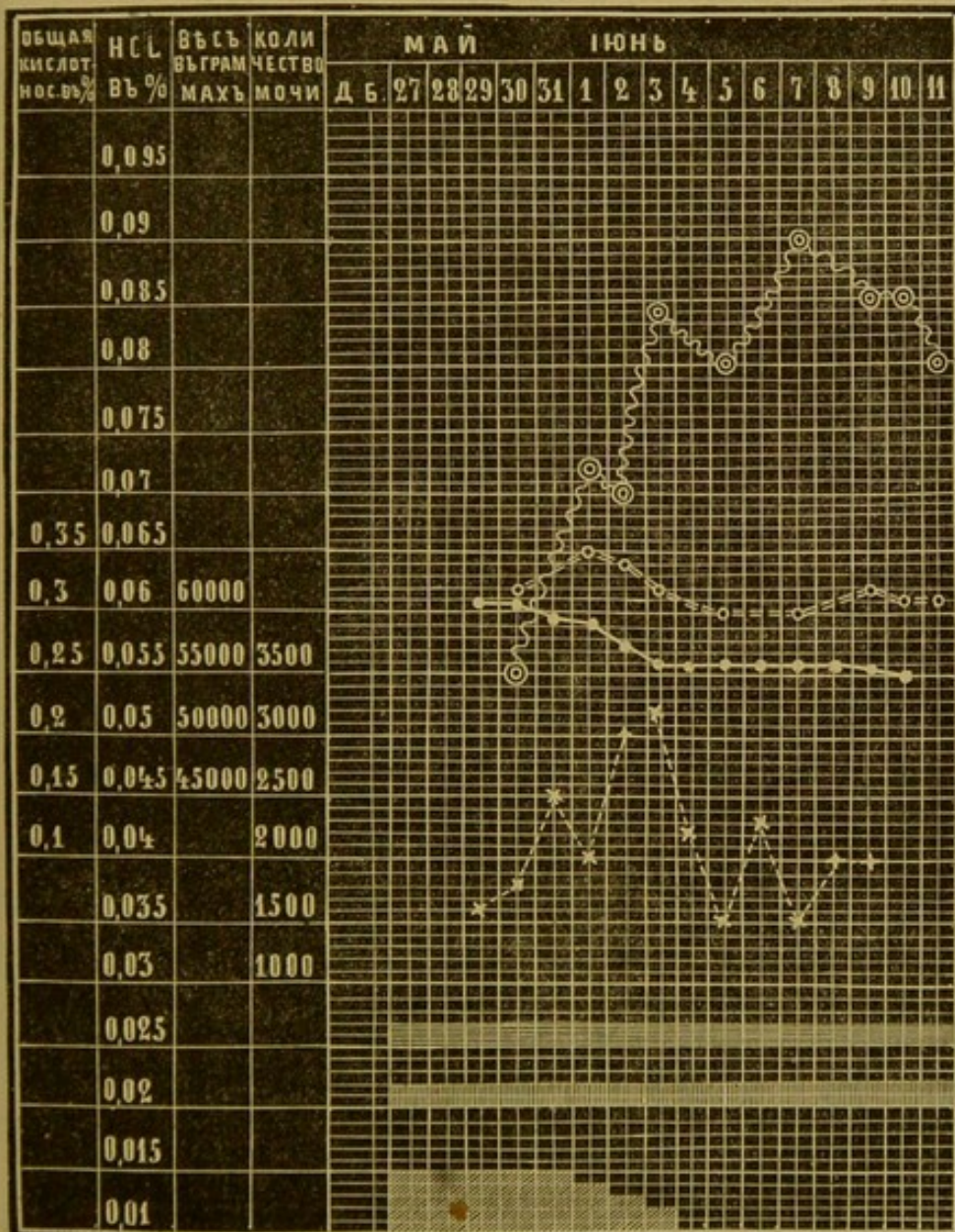
№ 4 (см. табл. и діаграм. № 4) Ефимъ Калыгинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 29 лѣтъ. Съ 25-го іюня по 27-е іюля. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Недѣли три какъ замѣтилъ, что сталъ весь опухать; причины указать не можетъ. Раньше, говоритъ, ничего подобнаго съ нимъ не случалось. Три года назадъ болѣлъ въ течение четырехъ мѣсяцевъ поносомъ. Водкой не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы сводятся лишь къ жалобѣ на существующіе отеки; кашля, одышки, головной боли и проч. не чувствуетъ. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный субъектъ; восковой свѣтъ общихъ покрововъ; слизистыя оболочки блѣдны. Сильная общая аназарка. Температура нормальная. Пульсъ=64, небольшой, правильный. Дыханіе=20. Въ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ. Сердце: область абсолютной тупости пальца на 1½ заходитъ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Толчокъ не сильный, прощупывается кнутри и нѣсколько кнаружи отъ соска, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный. Тоны чисты и отчетливы; діастоліческіе изъ нихъ *adbasim cordis*—акцентированы, щелкающіе. Животъ большой. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцитъ пальца на 1½—2 заходитъ выше пупковой линіи. Стулъ за сутки 5—6 разъ, жидкій. Моча свѣтложелтаго цвѣта; количество=2700 к. с., уд. в.=1007, кислой реакціи, содержитъ бѣлокъ—до 4 грм. въ сутки. Масса зернистыхъ и гіалиновыхъ

№ 3. Никодимъ Кондратовичъ.



цилиндровъ; попадаютъ также бѣлые и красные кровяные шарики. Вѣсъ=74000 грм.

Течение болѣзни все время было безлихорадочное при хорошемъ самочувствіи больного. До 10-го іюля замѣчалось прогрессивное паденіе вѣса тѣла и водяночныхъ явленій; послѣ этого отеки и асцитъ исчезли; вѣсъ же, понизившись до 56000 грм., сталъ понемногу и постепенно повышаться до 58500 грм. что всецѣло зависѣло отъ улучшенія питанія больного и отъ прекратившихся поносовъ. Мочи выдѣлялось отъ 2100 к. с., до 5000 к. с., уд. в.=1005—1009. Maximum діуреза приходилось на первую половину болѣзни. Количество бѣлка въ мочѣ постоянно=4—5 грм. въ сутки; приблизительно со середины болѣзни моча въ теченіе двухъ недѣль имѣла легкую кровянистую окраску. Какъ мочеиспусканіе, такъ и существовавшіе до 17-го іюля поносы, бывали чаще ночью, чѣмъ днемъ. Со стороны сердца констатировались иногда перебои, не заявлявшіе себя, впрочемъ, никакими субъективными припадками. Выписался при отличномъ самочувствіи.

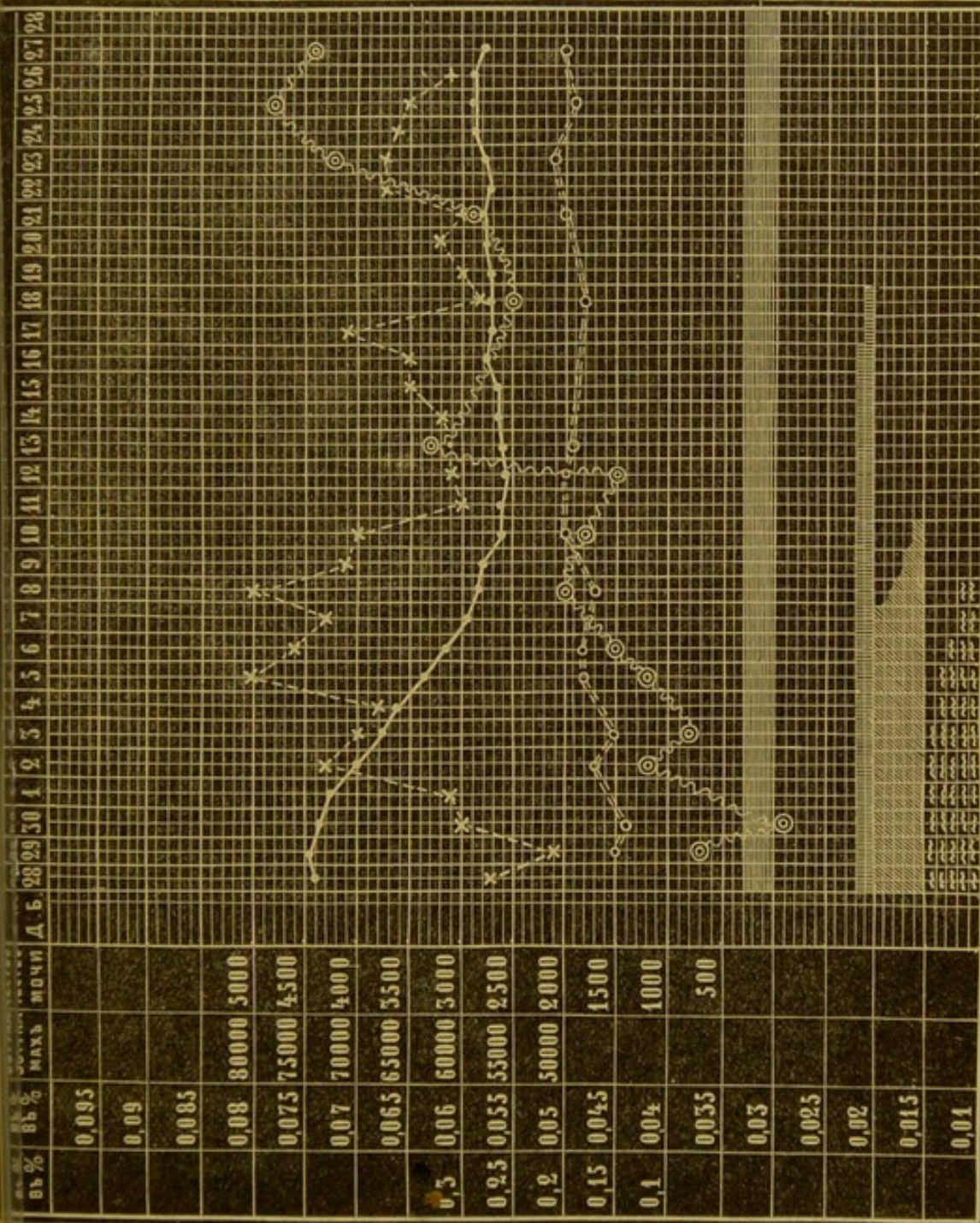
Лѣченіе отъ 13-го до 17-го іюля послѣ фды: *pepsini+acid. mur. diluti*. Теплыя ванны.

NB. 15-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,14‰—0,21‰; HCl=0,029‰—0,078‰; весьма демонстративная картина въ соотношеніи кривыхъ. Послѣ употребленія внутрь *pepsini+acidi muriat. dilut.*—наступило регулированіе стула.

№ 5 (см. табл. № 5). Аѳанасій Антоновъ, крестьянинъ чернорабочій, 33-хъ лѣтъ. Съ 7-го мая по 14-е іюля. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Передъ Рождествомъ прошлаго года сильно прозябъ въ лѣсу; появились: общее недомоганіе, знобъ, жаръ, кашель, кровянистая мокрота и колотье въ области лѣвой лопатки. Пролежалъ отъ этой болѣзни (*pneumonia stoicrosa?*) въ своей деревнѣ около мѣсяца. Послѣ новаго года, уже оправившись, сталъ замѣчать на тѣлѣ отеки и по временамъ чувствовать боли въ области поясницы. Съ Пасхи общая водянка сдѣлалась упорнѣй и интенсивнѣй, тѣмъ не менѣе больной перемогался и до послѣдняго времени продолжалъ свои работы. Спиртными напитками никогда не злоупотреблялъ. 13-ть лѣтъ назадъ перенесъ тифъ. Увѣряетъ, что больше нигде ничѣмъ не хворалъ.

Субъективные симптомы. Небольшой кашель, довольно сильная одышка, головная боль, плохой аппетитъ, тошнота — вре-



менами, ощущение шума и закладывания въ ушахъ; чувство напряженія въ области почекъ.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый плотный мужчина съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Общая аназарка, интенсивнѣе всего—на ногахъ ниже колѣнъ, захватывающая затѣмъ бедра, половые органы, туловище, лицо и руки. Слизистыя оболочки—розовы. Въ легкихъ—небольшое сравнительно уменьшеніе звучности перкуторнаго тона въ области лѣвой лопатки; разбросанные кое-гдѣ свисты и средне-пузырчатые хрипы. Область сердечной тупости справа нѣсколько заходитъ за лѣвую парастернальную линію, слѣва же — на одинъ поперечный палецъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ сердца слабо прощупывается въ 5-мъ, частью въ 6-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ лѣваго соска. Ритмъ правильный. Тоны чисты; небольшой акцентъ на діастолѣ у легочной артерій.

Пульсъ = 72—80, небольшой, правильный и равномерный. Дыханіе = 18—20. Животъ большой, отвислый; покровы на немъ не напряжены. Печень пальца на два выходитъ изъ подреберья, немного болѣзненна. Селезенка не увеличена. Скопленіе жидкости въ полости живота—почти до пупка. По всему тѣлу—расчесы. Температура тѣла субнормальная. Отправленія кишечника—3—5 разъ въ сутки, жидковаты. Количество мочи за сутки=600—800 куб. с., уд. в.=1022—1023, кислой реакціи, грязнокофейнаго цвѣта, содержитъ массу бѣлка (до 15‰). При микроскопированіи осадка: масса эпителиальныхъ, гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и цилиндрондовъ съ примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Теченіе болѣзни. До 14-го мая температура временами, преимущественно къ вечеру, повышалось до 37,7—38,9°, что сопровождалось ощущеніемъ познабливанія и жара; иногда—потѣль. Всѣ остальные дни состояніе больного было безлихорадочное. Самочувствіе и объективныя явленія то улучшались, то ухудшались. Стулъ большею частью былъ кашицевидный раза два въ сутки, рѣже—водянистый и до 5 разъ въ сутки. Моча—всегда болѣе или менѣе бураго цвѣта; количество ея колебалось между 600—1600 куб. с., уд. в. = 1017—1025; въ осадкѣ всегда цилиндры и бѣлые кровяные шарики. Количество бѣлка къ концу уменьшилось до 6—7 грм. въ сутки. Съ 19-го мая—увеличеніе печени не констатировалось. Съ 30-го мая исчезли явленія асцита. Около этого времени обнаружено было присутствіе въ кишечникѣ ленточной глисты (*botrioccephalus latus*); назначено было специфическое леченіе, продолжав-

шеюся дней 6 — 7, пока не была выведена головка паразита. Въ дальнѣйшемъ теченіи водяночныя явленія постепенно, хотя и медленно, уменьшались. Повторное изслѣдованіе кала на глисты давало отрицательный результатъ. По временамъ появлялись—головная боль, уменьшеніе аппетита и ощущение закладыванія и шума въ ушахъ. Вѣсъ больного вначалѣ=69000 грм., къ концу=63000 грм.

Выписанъ былъ больной немного поправившимся.

Дня черезъ 2 — 3 снова явился въ больницу съ сильно выраженной водянкой, головной болью, потерей аппетита, одышкой и пр. Былъ отправленъ въ клинику проф. Манассеина.

Леченіе. Первые дни—при повышеніи температуры—Salol gr X, 3 раза; съ 1-го по 5-е іюня—Extr. Filicis Maris, Rhiz. Eil. Maris, Ol. Ricini. Время отъ времени—infus. adonis vernalis + Liq. kali acetic.; теплыя ванны, рѣдко—паровыя.

NB. 17 анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,27% — 0,34%; HCl = 0,11% — 0,16%; нефритъ преимущественно—паренхиматозный; припадки хронической уреміи; поправление медленное и не рѣзкое; изгнаніе ленточной глисты, хотя клинически и сказалось нѣкоторымъ улучшеніемъ самочувствія больного, но осталось безъ видимаго вліянія на теченіе основнаго процесса и функцію желудка; часто плохой аппетитъ—при нормальномъ содержаніи HCl въ желудкѣ. Общая кислотность желудочнаго сока, водяночныя явленія, вѣсъ больного, альбуминурия — по нисходящей кривой; въ кривой HCl—ничего характернаго.

№ 6 (см. табл. № 6). Мордхель Привольскій, еврей, отставной солдатъ, портной, 56 лѣтъ. Съ 24-го апрѣля по 12-е мая. Nephritis chronica diffusa, arteriosclerosis.

Авамнезъ. Дней десять назадъ сталъ замѣчать опуханіе лица, рукъ и ногъ, а также уменьшеніе количества выводимой мочи. Передъ этимъ недѣли за 2—3 по всему тѣлу появилась сыпь экзематознаго характера. Раньше—увѣряетъ—никакихъ особенныхъ болѣзней не было, кромѣ давно существовавшаго дней 14-ть колотья въ лѣвомъ боку. Abusum in Baccho—отрицаетъ.

Субъективные симптомы. Жалуется лишь на отеки и сыпь. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Средняго тѣлосложенія, посредственнаго питанія; небольшой отекъ ногъ и лица. На рукахъ, ногахъ, кое-гдѣ на туловищѣ—имѣется сыпь частью фурункулезнаго, частью—экзематознаго характера. Въ легкихъ—рѣдкіе свисты и хрипы. Область сердечной тупости въ предѣлахъ

нормы; толчокъ сердца слабый, въ 5-мъ межреберьѣ по *lin. mamil. sin.* и кнутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ у аорты—акцентъ.

Пульсъ довольно наполненный, правильный, = 72 въ мин. Дыханіе = 16 — 20. Артеріосклерозъ. Печень и селезенка не увеличены. Давленіе на подреберья безболѣзненно. Небольшой асцитъ. Стулъ правильный. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, содержитъ бѣлокъ ($\frac{3}{4}\%$); при микроскопированіи осадка попадаютъ зернистые цилиндры и бѣлые кровяные шарики. Температура нормальная.

Теченіе болѣзни. Все время самочувствіе больного было прекрасное, состояніе безлихорадочное, стулъ правильный. Къ 29 апрѣля исчезла аназарка; съ 1-го мая уже не констатировалось асцита; къ 6-му мая исчезла сыпь на тѣлѣ. Мочи было 1000—2100 к. с.; уд. в. = 1009—1015; количество бѣлка вначалѣ доходившее до $1\frac{1}{2}$ грм. въ сутки, подъ конецъ уменьшилось до $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ грм. Въсѣ вначалѣ = 54500, подъ конецъ = 51500 грм.

Леченіе. Періодическія теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a; общая кислотность = 0,23%—0,28%; HCl = 0,12%—0,14%.

№ 7 (см. табл. № 7). Павелъ Маракинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 50 лѣтъ. Съ 24 мая по 17 іюля.

Nephritis chronica parenchymatosa; cirrhosis hepatis. Uraemia.

Анамнезъ. Въ первыхъ числахъ апрѣля этого года появились—познабливаніе, головная боль, кашель, одышка, вмѣстѣ съ этимъ—общая отечность покрововъ и припуханіе живота. Раньше—говорить—никогда не отекалъ. 15-ть лѣтъ назадъ былъ болѣвъ тифомъ. Позволялъ себѣ прежде *abusum in Baccho*. Субъективные симптомы. Жалоба на головную боль, кашель, одышку, ослабленный аппетитъ и по временамъ тошноту.

Объективное изслѣдованіе. Рослый, хорошо сложенный и упитанный мужчина. Сильно выраженная общая аназарка,—рѣзче всего на ногахъ и половыхъ частяхъ. Температура нормальная. Пульсъ небольшой, не совсѣмъ правильный, = 84—100 въ минуту; дыханіе = 24. Со стороны легкихъ: притупленіе перкуторнаго тона подъ нижнимъ угломъ правой лопатки, по *lin. axillaris et mamilaris dextra* начиная съ 5-го ребра; въ мѣстахъ притупленія—ослабленіе вибраціи и везикулярнаго дыханія. Всюду слышатся свисты. Область сердечной тупости нѣсколько увеличена въ обоихъ размѣрахъ; толчекъ разлитой, ощущается по *lin. mamil. sin.* и кнутри отъ нея, въ 5-мъ частью въ 6-мъ межреберьѣ. Изрѣдка—перебои. Тоны чисты; сильный акцентъ на діастолѣ у легочной артеріи и аорты. Животъ вздутъ, по-

кровы его напряжены. Асцитъ — до пунка. Опреѣлить нижне края печени и селезенки не удастся. Стулъ задержанъ. Моча кровянистая; количество=500—800 куб. с., уд. в.=1015, реакція кислая, содержитъ до 7—8 грм. бѣлка. Въ мочевомъ осадкѣ при микроскопированіи обнаруживаются зернистые и гіалиновые цилиндры съ массой бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Теченіе болѣзни—крайне монотонное. Вѣсъ колебался между 82000—и 81500 грм. Бывшій вначалѣ запоръ смѣнился скоро поносомъ—3—6 разъ въ сутки. Водяночныя явленія и количество бѣлка въ мочѣ все время были *in statu quo*. Моча постоянно была кровянистой, количество ея=500—1600 к. с., уд. в.=1010—1018. Къ вышеозначеннымъ субъективнымъ симптомамъ временами присоединялись боль и чувство напряженія въ поясничной области. Съ 1-го по 8-е іюля у больного температура стояла повышенной вслѣдствіе присоединившагося рожистаго воспаленія на лѣвомъ бедрѣ. Съ 12-го іюля общая клиническая картина рѣзко ухудшилась, появился амаврозъ; съ 15-го впалъ въ безпамятство и 17-го умеръ отъ уреміи.

Протоколъ вскрытія (№ 663 журн.). Въ полости живота до 10 фунтовъ слегка мутнаго трансудата. Печень мала; поверхность, равно какъ и разрѣзы крупнозернисты; ткань плотна, малокровна, сѣровато-желтаго цвѣта. Въ желчномъ пузырьѣ—до унціи свѣтлослизистой желчи. Селезенка уменьшена; капсула ея толста съ сѣрыми плотными бляшками на поверхности; ткань въ высокой степени дрябла, свѣтло-краснаго цвѣта. Почки почти нормальнаго объема; капсула снимается мѣстами съ поврежденіемъ корковаго слоя; послѣдній утолщенъ особенно въ Бертиніевыхъ столбахъ, равномерно блѣдножелтаго цвѣта, нѣсколько дряблъ. Слизистая лоханокъ сѣраго цвѣта и плотна. Въ мочевомъ пузырьѣ—до стакана мутной окрашенной кровью мочи. По слизистой толстой и тонкихъ кишекъ мѣстами кровоизліянія въ видѣ точекъ и пятенъ темно-краснаго цвѣта; *processus vermicularis* значительно увеличенъ, стѣнки его утолщены, полость растянута зернистымъ кашицеобразнымъ сѣробѣлымъ содержимымъ. Сердце: $11\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$, жира умѣренное количество, мускулатура малокровна, глинистаго вида, дрябла, клапаны безъ измѣненій. Въ полости обѣихъ плевръ до 3-хъ фунтовъ въ каждой свѣтлаго трансудата. Оба легкихъ спаслись; всюду проходимы; ткань слегка отечна, въ нижнихъ доляхъ кожиста. Слизистая желудка сѣраго цвѣта, слегка бородавчатаго вида.

Леченіе. При сильномъ кашлѣ—морфій; затѣмъ временами—

adonis vernalis + Liq. Kali acetici, tra Convallaria majalis; теплыя ванны.

Nb. 14-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,22% — 0,33%; HCl = 0,052% — 0,091%; хроническая уремия, подъ конецъ обострившаяся и повлекшая летальный исходъ больного. Двигательная функція желудка ослаблена.

№ 8 (см. табл. № 8). Евдокимъ Раковъ, крестьянинъ, чернорабочій, 41 года. Съ 20 мая по 4 июня.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Дня четыре какъ почувствовалъ кашель, одышку и уменьшеніе аппетита; моча стала выдѣляться въ меньшемъ количествѣ и появился общій отекъ тѣла. Водяночныхъ явленій раньше никогда не замѣчалъ. 5-ть лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ, гдѣ въ теченіе недѣли лѣчился отъ какой-то сыпи по тѣлу, при которой будто бы лезли волосы на головѣ. 2 года назадъ лѣчился въ больницѣ отъ ожога спины. Сифилисъ отрицаетъ. Водкой не злоупотреблялъ. Жена и дѣти здоровы.

Субъективные симптомы. Кашель и одышка; послѣдняя усиливается при горизонтальномъ положеніи больного. Аппетитъ удовлетворительный. Желудочные припадки отсутствуют.

Объективное изслѣдованіе. Хорошаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Слизистыя оболочки не блѣдны. Температура нормальная. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Значительный отекъ стопъ и голеней, незначительный — туловища и бедеръ. Пульсъ довольно наполненный, твердый, трудно сжимаемый, правильный, въ минуту = 44 — 52 раза. Дыханіе = 24. Артеріи прощупываются въ пульсовой волны. Въ легкихъ: небольшое заглушеніе звучности подъ лѣвой ключицей, сравнительное ослабленіе везикулярнаго дыханія подъ лопатками и разбросанныя всюду свисты. Сердце: абсолютная тупость сверху съ 3-го ребра, слѣва — на 1—1½ поп. пальца заходитъ кнаружи за *lin. mamil. sin.* Толчекъ — разлитой, ощущается въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный, тоны чисты; на діастолѣ у аорты — акцентъ. Печень на 2 поп. пальца выдается изъ подреберья, при пальпации и перкуссии болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Ясныхъ признаковъ асцита не имѣется. Стулъ жидковатый, 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1200 куб. с., уд. в. = 1009, кислой реакціи, содержитъ бѣлокъ (до ½ грм.). При микроскопированіи осадка — зернистые и гѣлиновые цилиндры. Вѣсъ тѣла = 61000 грм.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Отечныя явленія постепенно уменьшались; съ 1-го июня лишь къ вечеру замѣчалось не-

большое припухание у лодышек. Пульсъ къ концу сдѣлался болѣе частымъ, дыханіе болѣе рѣдкимъ. Съ 27-го мая—лишь ничтожный кашель по ночамъ; съ 2-го іюня—исчезли свисты. Сердечный толчекъ становился сильнѣе и сильнѣе. Съ 24-го мая нельзя было констатировать увеличенной и болѣзненной печени. Стулъ все время жидковатый, 2—4 раза. Количество мочи потомъ поднялось до 3000 к. с., уд. в. = 1009 — 1006; количество содержавагося въ ней бѣлка постепенно уменьшалось и съ 29-го мая присутствіе его уже не обнаруживалось. Въсь постепенно упалъ до 53000 грм. Въ параллель съ физическими явленіями улучшалось и самочувствіе больного. Выписался—поправившимся.

Леченіе. Сначала по временамъ—отъ кашля—*morfium* или *pulv. Doveri*. Периодическія теплыя ванны.

Nb. 8-мъ анализъ сока; способъ *Bourget*; общая кислотность = 0,13‰—0,2‰; *HCl* = 0,017‰—0,08‰; нефритъ преимущественно интерстиціального характера. Кривая общей кислотности и *HCl* до 28 мая постепенно спускалась, а затѣмъ—вплоть до конца шла *crescendo*.

№ 9 (см. табл. № 9). Василій Дѣтковъ, запасной рядовой, чернорабочій, 35 лѣтъ. Съ 23 апрѣля по 6 іюня.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Недѣли двѣ назадъ почувствовалъ общее недомоганіе, головную боль, познабливаніе, жаръ, одышку, кашель, потерю аппетита, тошноту; появились поносы, временами рвота; моча сдѣлалась красною; вмѣстѣ съ этимъ явились по всему тѣлу отеки, которыхъ раньше никогда не замѣчалъ. Будучи на военной службѣ, страдалъ въ теченіе мѣсяца поносомъ и для поправленія здоровья былъ уволенъ въ годичный отпускъ домой. Водкой—увѣряетъ—никогда не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы: одышка, головная боль, потеря аппетита, тошнота. Объективное изслѣдованіе. Средняго роста; тѣлосложеніе посредственное; общіе покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Температура нормальная. Пульсъ=80, средняго наполненія, правильный. Дыханіе=18—20. Незначительный отекъ ногъ ниже колѣнъ. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Кое-гдѣ попадаетъ фурункулезная сыпь. Въ легкихъ кромѣ рѣдкихъ свистовъ—ничего особеннаго. Сердце: область абсолютной тупости справа доходитъ почти до правой парастернальной линіи, слѣва нѣсколько захватываетъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* толчекъ прощупывается въ 5-мъ и отчасти 6-мъ межреберьяхъ внутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ сокращеній правильный; тоны чисты; акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень немного увеличена и при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена.

Внизу живота — какъ будто флюктуация. Водянистыя испражнения на низъ разъ 4—8 и болѣе въ сутки; моча съ кровянистымъ отдѣлкомъ, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1005, кислой реакціи, содержитъ ничтожное количество бѣлка; кровяные, гіалиновые и эпителиальные цилиндры, а также—форменные элементы крови.

Течение болѣзни — безлихорадочное. Отеки за все время выражались слабо и являлись лишь періодически, нося летучій характеръ, быстро показываясь и исчезая (*oedema fugax*). Къ 4-му мая вельзя было констатировать ни асцита, ни увеличенной печени. Испражнения первое время иногда имѣли видъ грязнокофейной гущи; послѣ 16-го мая сдѣлались болѣе рѣдкими, менѣе водянистыми, съ нормальной желчной окраской. Больной часто испытывалъ рѣзь въ животѣ, головную боль, ослабленіе аппетита, тошноту. Мочи выдѣлялось отъ 300 до 3500 к. с., уд. в. = 1010 — 1004; къ концу діурезъ повысился. Съ 16-го мая исчезла кровянистая окраска мочи; съ 23-го же числа исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Вѣсъ больного постепенно повышался и колебался отъ 55000 грм. до 60000 грм. Выписался немного поправившимся.

Лечение. Препараты опія и морфія; *pepsini + acid mur diluti*. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 10-ть анализовъ сока; способъ *Sjöquist'a*. Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность = 0,16% — 0,24³%; *HCl* = 0,024% — 0,071%.

№ 10 (см. табл. № 10). Иванъ Петровъ, мѣщанинъ, чернорабочій (молотобоецъ), 39 лѣтъ. Съ 15 іюня по 15 іюля.

Nephritis chronica diffusa. Stenosis ostii venosi sin. et insufficientia vv. mitralis. Arteriosclerosis.

Анамнезъ. Лѣтъ уже пять какъ періодически стали появляться отеки конечностей, лица и туловища, а также припуханіе живота; при этомъ часто испытывалъ боли въ области поясицы. Лѣтъ 12 назадъ лежалъ въ больницѣ, гдѣ втеченіе 2½ мѣсяцевъ лѣчился отъ остраго сочленовнаго ревматизма. Раньше позволялъ *abusum in Baccho*.

Субъективные симптомы. Кашель, сердцебіеніе и сильная одышка, почти не позволяющая больному лежать. Аппетитъ удовлетворительный.

Объективное изслѣдованіе. Ослабленный, тщедушный субъектъ. Общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Подкожный жирный слой и мускулатура развиты скудно. Выраженіе лица страдальческое, выражающее мучительную тоску. Небольшая отечность лица и ногъ ниже колѣнъ. Температура нормальная. Пульсъ = 88—100, малый, неравномѣрный и непра-

вильный. Дыханіе = 30—36. Со стороны легких: небольшое уменьшеніе звучности перкуторнаго тона подъ лѣвой лопаткой и лѣвой аксиллярной линіи, начиная съ 6-го ребра; *fremitus pectoralis*—не измѣненъ; дыханіе въ означенныхъ мѣстахъ болѣе жесткое, а подъ лопаткой—рѣдкіе глухіе субкрепитирующие хрипы. Всюду свисты и влажные среднепузырчатые хрипы. Сердце: граница абсолютной тупости сверху 3-е ребро, справа переходитъ нѣсколько лѣвую стернальную линію, слѣва же доходитъ до передней лѣвой аксиллярной линіи. Толчокъ разлитой, усиленный, ощущается въ 4—5—6 межреберьяхъ кнутри и пальца на 2—2½ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Сильные перебои сердца. Легкое *frémissement cataire*. Ad apicem и слабѣе—sub scrobiculo cordis—шумъ, частію предшествующій первому тону, частію же продолжающійся всю короткую паузу послѣ него. Въ весьма слабой степени шумъ выслушивается также послѣ 1-го тона у аорты и сонной артерій. Сильный акцентъ на діастолѣ у легочной артерій. Печень пальца на два выдается изъ подреберья при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Животъ умеренно вздутъ. Асцитъ, пальца на три недоходящій до пупка. Стулъ правильный. Моча мутножелтоватаго цвѣта, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, кислой реакціи, содержитъ ¼ грм. бѣлка; при микроскопированіи осадка: масса бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и разбросанные по полю зрѣнія—зернистые цилиндры. Мокрота скудная, слизистаго характера. Вѣсъ = 55500 грм. Теченіе болѣзни. Состояніе все время—безлихорадочное, стулъ почти постоянно—правильный. Самочувствіе больного быстро стало улучшаться вмѣстѣ съ общими явленіями. Къ 27 іюня въ легкихъ не констатировалось уже ничего патологическаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ, вскорѣ же исчезнувшихъ. Къ этому времени уничтожились кашель, одышка; больной свободно могъ лежать, спать покойно; дыханіе стало болѣе рѣдкимъ = 24—16. отеки и асцитъ, постепенно уменьшаясь, исчезли:—первые къ 28 Іюня, послѣдній же—немного позже. Съ 3—4 іюля нельзя уже было констатировать увеличенія и болѣзненности печени. Пульсъ = 68—100 постоянно былъ малымъ, неравномѣрнымъ и неправильнымъ. Существовавшіе въ первые дни субъективные припадки со стороны сердца (біеніе, ощущеніе тяжести въ его области) послѣ 2-го Іюля уже не проявлялись, хотя объективныя явленія въ сердцѣ оставались тѣже, мѣняясь лишь въ томъ отношеніи, что 1-й токъ ad apicem иногда выслушивался акцентированнымъ. Симптомовъ со стороны желудка никакихъ не наблюдалось. Аппетитъ всегда удовлетворительный. Первые дни періодически ощущались боли въ области пояс-

ницы. Вѣсъ=56500—51500, падалъ по мѣрѣ уменьшенія водяночныхъ явленій, съ исчезновеніемъ которыхъ колебался приблизительно на одной высотѣ. Кривая діуреза съ 1000 куб. с. постепенно поднялась до 3400 куб. с., уд. в.=1014—1006; количество бѣлка въ мочѣ все уменьшалось, подъ конецъ обнаруживались лишь слѣды. Выписался больноу поправившимся, отлично себя чувствуя. Объективныя явленія со стороны сердца остались безъ перемѣнъ.

Лечение. Назначались посмѣнно бромистые препараты, *digitalis*, *adonis vernalis*, *t-ra Convallaria majalis*; *t-ra Valerian. aether.* Иногда—теплыя ванны.

NB. 12-ть анализовъ сока: способъ Bourget. Общая кислотность = 0,12‰ — 0,19‰; HCl = 0,038‰ — 0,055‰. Водянка, вѣсъ тѣла, альбуминурия—постепенно падаютъ: въ обратномъ отношеніи съ ними: діурезъ, общая кислотность и количество HCl сока.

№ 11 (См. табл. № 11). Василій Быстровъ, отставной солдатъ, чернорабочій. 34 лѣтъ. Съ 8 Мая до 9 Іюня. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Семь дней назадъ почувствовалъ общее недомоганіе, начавшееся познабливаніемъ, затѣмъ появились отеки и одышка. Говоритъ, что опухалъ весь, еще будучи 9-ти-лѣтнимъ мальчикомъ. Въ прошломъ году страдалъ вередями по всему тѣлу, слѣды чего сохранились въ видѣ небольшихъ звѣздчатыхъ рубцовъ. Сифилисъ отрицаетъ. Водкой не злоупотреблялъ. Имѣетъ жену и четырехъ дѣтей: всѣ совершенно здоровы.

Субъективные симптомы. Одышка, особенно при движеніи; ничтожный кашель; аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Атлетическаго сложенія субъектъ, хорошо упитанный. Слизистыя оболочки розовы. Железы лимфатическія на тѣлѣ не увеличены. Сильно выраженная общая авазарка, болѣе на ногахъ и половыхъ органахъ. Температура нормальна. Пульсъ = 53—60, умѣренно наполненный, правильный. Дыханіе — 16. Вл. легкихъ: притупленіе перкуторнаго тока подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи снизу; *fremitus pectoralis* и везикулярное дыханіе въ этихъ мѣстахъ—ослаблены; распространенные всюду *ronchi sibilantes et sonores*. Сердце: плоскость абсолютной тупости не увеличена; толчокъ прощупывается слабо; тоны чисты; акцентъ на діастолѣ у аорты. Ритмъ сокращеній правильный. Печень и селезенка не увеличены. Видимыхъ признаковъ асцита не существуетъ. Стулъ правильный. Моча свѣтложел-

таго цвѣта, количество = 1200 куб. с., уд. в. = 1020, реакція кислая, до $3\frac{1}{2}$ —4 грам. бѣлка. Подъ микроскопомъ—зернистые и гіалиновые цилиндры вмѣстѣ съ бѣлыми, частью красными кровяными шариками. Вѣсъ—94500 грм.

Теченіе болѣзни безлихорадочное. До 13-го числа стулъ временами былъ жидковатъ, до 2-хъ разъ въ сутки. Около этого времени въ легкихъ всюду выслушивалось уже ясное везикулярное дыханіе. 2-го Іюня подъ лѣвой лопаткой и подъ лѣвой аксиллярной внизу констатировалось лишь ничтожное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона; вибрація не была ослаблена; много раньше этого исчезли хрипы. Водяночныя явленія замѣтно изо дня въ день уменьшались; 21-го Мая была лишь небольшая отечность голеней и тыла стопъ, появлявшаяся потомъ иногда лишь къ вечеру. Количество мочи колебалось между 1200—4300 куб. с., уд. в. = 1020—1004; maximum діуреза—къ концу отековъ, когда моча принимала немного кровянистый оттѣнокъ. Бѣлка мочевого вначалѣ иногда было до 6 грм., подъ конецъ—около 1 грм. въ сутки. Вѣсъ уменьшался въ параллель съ отеками. Пульсъ подъ конецъ сталъ болѣе полнымъ, твердымъ; на ряду съ этимъ замѣтнѣе стали выступать явленія гипертрофіи сердца: область тупости слѣва почти на 1 поп. палець заходила кнаружи отъ сосковой линіи; толчокъ ощущался сильнѣе—по *lin. mamill. sin.* и кнутри отъ нея, въ 5-мъ, отчасти въ 6-мъ межреберьѣ; діастолическіе тоны у основанія сердца были звякающаго характера. Выписался при вѣсѣ=75000 грм.,—поправившимся.

Леченіе. Теплыя ванны.

NB. 11-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,17‰—0,25‰; HCl = 0,04‰—0,072‰. По мѣрѣ уменьшенія отековъ, кривая HCl постепенно нарастаетъ, обнаруживая наклонность къ повышенію и тогда, когда водянка исчезла и вѣсъ достигъ своего обычнаго *statum in quo ante*. Въ параллель съ HCl идетъ и общая кислотность.

№ 12 (См. табл. № 12). Иванъ Михайлинъ, крестьянинъ, извозчикъ, 34 лѣтъ. Съ 10-го по 25-е іюля *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Съ недѣлю назадъ появились—головная боль, боли въ животѣ и поносъ; около этого же времени сталъ замѣчать припуханіе ногъ. Причинъ указать не можетъ. Пять лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ съ общимъ отекомъ тѣла и тѣми же припадками со стороны пищеварительнаго тракта. *Abusum spirituosum* отрицаетъ.

Субъективные симптомы. Головная боль, рѣзъ въ животѣ, плохой аппетитъ; тошноты и отрыжки не существуетъ.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый мужчина, посредственно упитанный. Отекъ лица, конечностей и туловища. Температура нормальная. Пульсъ=48—52, полный, напряженный, правильный. Дыханіе—18—20. Артеріи не склеротичны. Легкія: небольшое сравнительно притупленіе подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи снизу; незначительное ослабленіе въ этихъ мѣстахъ везикулярнаго дыханія; кое-гдѣ выслушиваются свисты и среднепузырчатые хрипы. Сердце: границы абсолютной тупости справа до срединной линіи, слѣва же на 1—1½ поп. пальца заходитъ кнаружи отъ сосковой линіи. Толчокъ нѣсколько разлитой, рѣзче всего прощупывается въ 5-мъ межребрьѣ по *lin. mamil. sin.* и кнутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты, отчетливы; на діастолѣ у аорты акцентъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Скопленія жидкости въ полости живота не констатируется. Стулъ жидкій и учащенный до 5—8 разъ въ сутки. Моча свѣтложелтой окраски, количество—1200 куб. с., уд. в.—1008, кислой реакціи, содержитъ немного болѣе 1 грм. бѣлка. Въ осадкѣ подъ микроскопомъ замѣчается много зернистыхъ и гіалиновыхъ цилиндровъ съ примѣсью бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ—71500.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Отечныя явленія къ 21-му числу исчезли. Къ 14—15-му числу исчезли боли въ животѣ. Стулъ все время былъ жидковатый, подъ конецъ сталъ немного рѣже (4—5 разъ). Количество бѣлка въ мочѣ колебалось около 1—2 грм. Вѣсъ падалъ въ параллель съ отеками, подъ конецъ=63500 грм. Кривая діуреза все время шла *сгес-сendo*; количество мочи колебалось между 1000—3800 куб. с., уд. в.=1017—1005. Самочувствіе прогрессивно улучшалось. Послѣ 15-ти дневнаго пребыванія въ больницѣ—былъ переведенъ въ клинику проф. Манассенна.

Леченіе. До 14-го числа—*morfii muriat + Aq. amygd. amar.* Потомъ лишь періодическія теплыя ванны.

Nb. 8-мъ анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,11‰—0,16‰; HCl=0,038‰—0,06‰. Наглядная кривая постепеннаго нарастанія діуреза въ параллель съ увеличеніемъ общей кислотности и количества HCl сока.

№ 13. (См. табл. № 13). Яковъ Папунинъ, запасной рядовой, штукатуръ, 32 лѣтъ. Съ 14-го апрѣля по 21-е мая.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Дней 6—7 какъ появились—головная боль, ка-

шель и одышка; вмѣстѣ съ этимъ замѣтилъ припуханіе всего тѣла; моча сдѣлалась красной. Увѣряетъ, что отековъ раньше никогда не замѣчалъ. Причину теперешнихъ припадковъ приписываетъ простудѣ; какъ-то послѣ признался, что незадолго до поступленія сюда въ больницу, подгулявши съ своими товарищами, пилъ водку съ керосиномъ. Лѣтъ 10-ть назадъ лежалъ въ военномъ лазаретѣ съ лѣвостороннимъ плевритомъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, головная боль; иногда ощущаетъ, что рябитъ въ глазахъ. Аппетитъ хорошій; тошноты и рвоты не существуетъ.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный рослый мужчина; слизистыя оболочки хорошо окрашены. Пульсъ = 60 — 64, умеренно наполненный, правильный и равномерный. Дыханіе = 18 — 24. Артеріи не склеротичны. Температура нормальна; общая, интенсивно выраженная аназарка, болѣе всего — на ногахъ и половыхъ частяхъ. Въ легкихъ: подъ обѣими лопатками небольшое ослабленіе везикулярнаго дыханія; всюду свисты. Сердце: плоскость абсолютной тупости видимо не увеличена; толчекъ ощущивается книзу и кнутри отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; на діастолѣ у аорты — акцентъ. Печень и селезенка увеличенія не представляютъ; давленіе на подреберье безболѣзненно. Ясныхъ признаковъ асцита не имѣется. Стулъ правильный. Моча съ кровянистымъ отѣнкомъ, количество = 600 куб. с., уд. в. = 1015, реакція кислая, содержаніе бѣлка до 20 грм. При микроскопированіи осадка: масса эпителиальныхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ форменными элементами крови. Вѣсъ = 89500 грм.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Субъективныхъ припадковъ почечнаго страданія все время не замѣчалось. Пульсъ = 60 — 80. Дыханіе 16 — 24. Къ 24 апрѣля уничтожился кашель. Толчокъ сердца иногда бывалъ болѣе разлитымъ; ощущивался по *lin. mamill. sin.* и кнутри отъ нея, отчасти — въ 6-мъ межреберьѣ. Аппетитъ большею частію былъ хорошій, временами — уменьшался, появлялась тошнота и головная боль. Съ 19-го апрѣля стали являться жидковатые и учащенные (3 — 6 разъ) испраженія на низъ, которыя съ 9-го мая сдѣлались рѣже, послѣ же 14 — 16-го мая стулъ совсѣмъ урегулировался. Съ 21-го апрѣля — небольшое разрыхленіе и кровоточивость десенъ, *foetor ex ore*, что продолжалось до 1 мая. Моча постоянно содержала кровь, принимая иногда цвѣтъ мясныхъ помой; подъ конецъ кровянистая окраска сдѣлалась менѣе выраженной. Количество бѣлка въ мочѣ постепенно уменьшалось и къ концу дошло до 3 грм. въ сутки. Водяночныя явленія и вѣсъ представляли — постепенное паденіе. Диурезъ послѣдовательно увеличивался отъ 600 до 5500

куб. с., достигнувши своего асма къ 5—6-му маю, послѣ чего немного понизился и колебался между 2700—4500 куб. с., уд. в. = 1015—1005. Выписался немного поправившимся, при вѣсѣ = 67000 грм., съ небольшими отеками голеней и стопъ.

Лечение. Въ теченіе 20 и 21 апрѣля принято 12 грм. каломеля *in dosis refractis*. Послѣ: *pulv effervescens*, полосканіе рта *koli chlor. + acid. tannic. in solut.* Съ 14 по 17 мая внутрь *persini + acid. muriat. dilut.* Періодическія теплыя ванны.

Nb. 12-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Общая кислотность = 0,16‰—0,21‰; HCl = 0,033‰—0,06‰. Довольно рельефное совпаденіе кривой діуреза съ кривой HCl. Послѣ употребленія *acidi muriat. dilut. + persini* наступило регулированіе стула.

№ 14 (см. табл. № 14). Константинъ Задворный, крестьянинъ, чернорабочій, 42 лѣтъ. Съ 1-го мая по 14-е мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Дней 5-ть какъ замѣтилъ отекъ ногъ. Уже лѣтъ 15-ть страдаетъ періодически являющимися отеками всего тѣла, сопровождающимися одышкой, кашлемъ, а часто болями въ поясничной области. Разъ пять лежалъ въ больницѣ; увѣряетъ, что никогда не пьянствовалъ.

Субъективные симптомы. Одышка, кашель. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Субъектъ крѣпкаго тѣлосложенія: мускулатура и подкожный жирный слой развиты хорошо. Рѣзкій отекъ ногъ до *plica inguinalis*. Температура нормальная. Пульсъ = 60, средняго наполненія, правильный. Дыханіе = 20. Въ легкихъ—всюду разбросаны свисты. Скудная слизистая мокрота. Сердце: плоскостъ абсолютной тупости, справа доходитъ до срединной линіи, слѣва же—повидимому не переходитъ *lin. mamil. sin.* Толчекъ распространенный,—кнутри отъ соска, въ 4—5 межреберьяхъ, интенсивнѣе всего ощущается у подложечки. Ритмъ правильный, 1-й тонъ *ad arisem* не совсѣмъ чистъ; акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень на 2 поперечныхъ пальца выдается изъ подреберья, болѣзненна при давленіи. Селезенка не увеличена; небольшой асцитъ. Стулъ жидкій, 3 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1300 куб. с., уд. в. = 1008, реакція кислая, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые частію эпителиальныя цилиндры. Вѣсъ = 68000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 8 мая отечныя явленія исчезли. Пульсъ подъ конецъ сталъ полнѣе, дыханіе рѣже и глубже. Кашель скоро значительно уменьшился и не беспокоилъ больного; рѣдкіе свисты держались все время. Дѣятельность сердца постепенно усиливалась, тоны становились болѣе чистыми и от-

четливыми. Печень съ 7-го числа уже не прощупывалась. Асцитъ исчезъ къ 4-му числу. Стулъ все время 3—4 раза, жидковатый. Желудочныхъ припадковъ—не наблюдалось. Моча постоянно содержала около 2 грм. бѣлка; количество ея=1300—2000 куб. с., уд. в.=1005—1018. Съ уничтоженіемъ отековъ вѣсъ палъ до 65500 грм., послѣ чего колебался между 68000 и 67000 грм. 14-го числа былъ переведенъ въ клинику проф. Манассеяна.

Леченіе. Первое время pulv. Doveri. gr. V №1 на ночь.— Теплыя ванны.

Nb. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a; общая кислотность=0,22‰—0,25‰; HCl=0,045‰—0,053‰.

№ 15 (см. табл. № 15). Яковъ Шавыгинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 44 лѣтъ. Съ 19-го апрѣля по 12 мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. 2 недѣли назадъ какъ почувствовалъ познабливаніе, головную боль, одышку, кашель, ослабленіе зрѣнія и аппетита; вмѣстѣ съ этимъ появился отекъ всего тѣла. Передастъ, что и раньше иногда припухали лицо и ноги. Водкой не злоупотреблялъ. Никакихъ особенныхъ болѣзней не запомнить, лишь въ прошломъ году лечился въ больницѣ отъ поврежденія ребра.

Субъективные симптомы. Одышка, небольшой кашель, головная боль, видѣніе предметовъ какъ бы сквозь туманъ.

Объективное изслѣдованіе. Средняго роста, порядочнаго питанія. Значительный отекъ ногъ и половыхъ органовъ, слабѣе выраженный на туловищѣ, рукахъ и лицѣ. Температура нормальная. Пульсъ=80, довольно полный, твердый, правильный. Дыханіе=20. Артеріи не склеротичны. Въ легкихъ кромѣ жесткаго дыханія—ничего особеннаго. Сердце: граница абсолютной тупости слѣва—на 1 поп. палецъ заходитъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ разлитой, въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ у аорты—рѣзкій акцентъ. Животъ умеренно вздутъ, стѣнки его напряжены. Печень пальца на 1½—2 выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцита видимо нѣтъ. Стулъ правильный. Моча темножелтаго цвѣта, количество=400 к. с., уд. в.=1013, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые, эпителиальные цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови. Вѣсъ=72000 грм. Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Водяночныя явленія постепенно уменьшались, къ концу существовали лишь на тыльной поверхности стопъ и на нижнихъ третяхъ голеней. Съ 27-го апрѣля нельзя уже было констатировать увеличенія

печени. Съ 23-го апрѣля появились жидкія испражненія на низъ 2—4 раза въ сутки, продолжавшіяся до 5-го мая. Кривая діуреза вплоть до конца послѣдовательно поднималась съ 400 к. с., до 3500 куб. с.; уд. в. = 1013—1008. Альбуминурія замѣтнымъ образомъ не уменьшилась. Къ концу моча приобрѣла кровянистый оттѣнокъ. Что касается до субъективныхъ явленій больного, то къ изложеннымъ выше симптомамъ, существовавшимъ преимущественно въ 1-ю половину болѣзни, присоединялась иногда тошнота. Аппетитъ оставался постоянно болѣе или менѣе хорошимъ. Выписался поправившимся при вѣсѣ = 59000 грм.

Леченіе. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl идетъ crescendo съ кривой діуреза. Общая кислотность = 0,17% — 0,2%; HCl = 0,017% — 0,048%.

№ 16 (см. табл. № 16). Томасъ Посибъ, отставной солдатъ, поденщикъ, 49 лѣтъ. Съ 29 марта по 23 мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ почувствовалъ общее недомоганіе, головную боль, познабливаніе и жаръ; явился кашель; моча сдѣлалась красной и стала выдѣляться въ меньшемъ количествѣ. Одновременно началъ замѣчать отеки по всему тѣлу и увеличеніе живота. Не помнитъ, чтобы и раньше отекалъ. Въ 77 и 76 годахъ страдалъ перемежными лихорадками. Водки никогда не пилъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, головная боль, отсутствіе сна и аппетита; временами — тошнота и шумъ въ ушахъ.

Объективное изслѣдованіе. Среднягороста, хорошаго сложения. Слизистыя оболочки — блѣдноваты. Значительно выраженная общая аназарка. Температура — 38°. Пульсъ небольшой, умѣренно наполненный, правильный — 84. Дыханіе — 24. Артеріи нѣсколько склеротичны. Со стороны легкихъ: относительное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона внизу по *lin. axillaris dextra* и подъ правой лопаткой; разсѣянные *ronchi sonores et sibilantes*; сзади подъ лопатками — среднепузырчатые хрипы. Сердце: область абсолютной тупости сверху съ 3-го межреберья, справа на 1 поперечный палецъ заходитъ за *lin. sternalis sinistra*. Толчка не замѣтно; тоны глухи, но чисты. Ритмъ правильный. Печень пальца на 2—3 выдается изъ подреберья, болѣзненна при давленіи. Селезенка съ 8-го ребра не прощупывается. Асцитъ на 1 попер. палецъ выше пупка; покровы живота напряжены. Стулъ жидкій, раза 4 въ сутки. Моча кровянистая, количе-

ство = 250 куб. с., уд. в. = 1018, кислой реакціи, содержитъ до 5 грм. бѣлка; зернистые, гіалиновые цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови.

Теченіе болѣзни. Температура все время была нормальная кромѣ дня поступленія (38°) и 31-го марта (37,8°). Водяночныя явленія постепенно уменьшались; къ 4-му мая исчезли отеки, показываясь потомъ лишь слегка и изрѣдка (*oedema fugax*). Асцитъ исчезъ къ 16—17 мая. 1-го мая уже не констатировалось увеличенія печени. Сердечная дѣятельность, а съ нею и пульсъ послѣдовательно поднимались. Подъ конецъ — рѣзкій акцентъ на діастолѣ у аорты. Въ мѣстахъ притупленія правой половины груди первое время иногда выслушивались субкрепитирующие и крепитирующие хрипы. Мокрота была скудная, слизистая. Къ 15-му апрѣля кашель почти уничтожился и, если появлялся послѣ, то нисколько не беспокоилъ больного. Стулъ до 18 апрѣля былъ болѣе или менѣе правильнымъ, затѣмъ почти все время жидковатымъ и учащеннымъ (3—5—8 разъ въ сутки). Количество мочи шло *crescendo* отъ 250 до 5000 куб. с.; уд. в. = 1018—1004. Содержаніе крови въ мочѣ подъ конецъ значительно уменьшилось и количество выделяемаго бѣлка равнялось около 3 грм. Вѣсъ постепенно съ 85500 грм. опустился на 63500 грм. 9 и 10-го апрѣля—припадки острой уремii. Выписался поправившимся.

Леченіе. Препараты морфія; съ 20-го по 26-е апрѣля—*colomel in dosis refractis*; съ 3-го до 10-го мая по временамъ—*pepsini + acidi muriat diluti*.

Nb. 11-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl совпадаетъ съ кривой діуреза; кривая же общей кислотности сока болѣе—съ кривой вѣса (= падаетъ); послѣ употребленія внутрь *pepsini + acid muriat. diluti* стулъ становится регулярнѣе. Общая кислотность = 0,21°/о—0,27°/о; HCl = 0,013°/о—0,031°/о.

№ 17 (см. табл. № 17). Ефимъ Сергѣевъ, запасной рядовой, литографъ, 39 лѣтъ. Съ 23 апрѣля по 6-е iюня.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ замѣтилъ общую аназарку и уменьшеніе количества выводимой мочи, что сопровождалось познабливаніемъ, одышкой, кашлемъ, потерей аппетита. Раньше будто бы никогда не отекалъ, но часто испытывалъ боли въ области поясницы, которыя за послѣднія двѣ недѣли усилились. Нѣсколько лѣтъ назадъ перенесъ брюшной тифъ и кровавый поносъ. *Abusus in Baccho.*

Субъективные симптомы. Кашель, одышка. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Прекраснаго тѣлосложенія субъектъ; мускулатура и подкожный жирный слой развиты хорошо. Общіе покровы блѣдны; слизистыя оболочки окрашены удовлетворительно. Значительный отекъ ногъ и половыхъ органовъ, менѣе — туловища, рукъ и лица. Говорить сильнымъ голосомъ. Температура нормальная. Пульсъ = 48—52, довольно наполненный, правильный. Дыханіе = 16—20. Артеріи не склеротичны. Въ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ и небольшого ослабленія везикулярнаго дыханія подъ обѣими лопатками. Сердце: область абсолютной тупости справа — до медиальной линіи, слѣва, повидимому не переходитъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ прощупывается слабо, въ 4, 5 межреберьяхъ внутри отъ соска. Ритмъ правильный. Тоны чисты; на діастолѣ у аорты — акцентъ. Асцитъ, на 1—2 поп. пальца не достигающій до пупка. Печень и селезенка уклоненій отъ нормы не представляютъ. Стулъ правильный. Моча съ кровянистымъ оттенкомъ, количество ея = 800 куб. с., уд. в. — 1010, реакція кислая, содержитъ до 3 грм. бѣлка; мелкозернистые и гіалиновые цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Къ 17-му мая исчезъ асцитъ; съ 23-го мая отеки на тѣлѣ потеряли свой стаціонарный характеръ и появлялись потомъ лишь въ видѣ *oedema fugax*. Съ паденіемъ отековъ плоскость сердечной тупости опредѣлялась яснѣе и слѣва почти на 1—1½ поп. пальца заходили кнаружи за *lin. mamil. sin.*; толчокъ представлялся болѣе разлитымъ и сильнымъ; прощупывался въ 4, 5 и отчасти 6 межреберьяхъ внутри и немного кнаружи отъ соска. Стулъ постоянно правильный, голосъ сильный, кашель ничтожный. Постоянно существовалъ *pruritus cutaneus*. Ночью подъ 16-е мая — ухудшеніе самочувствія, головная боль; на другой день — уменьшенный аппетитъ и тяжесть головы. Съ 23-го мая усилился зудъ въ кожѣ; осиплость голоса и кашель увеличились; 31-го числа вечеромъ — безъ видимыхъ внѣшнихъ причинъ — сильная головная боль, потеря аппетита, тошнота и 2 раза рвота. Моча всегда содержала кровь, количество = 800—3500 куб. с., уд. в. = 1010—1004; бѣлка подъ конецъ было около ½ грм. Вѣсъ постепенно упалъ съ первоначальныхъ 86500 грм. до 71500 грм. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. Временами — *Morfium + ipescacuanha* и бромистые препараты; пульверизація горла. Періодическія теплыя ванны;

Nb. 10-ть анализовъ сока; способъ *Sjoquist'a*. Совпаденіе

въ общемъ кривой HCl съ кривой діуреза. Общая кислотность=0,13‰—0,24‰; HCl=0,012‰—0,028‰.

№ 18 (см. табл. № 18) Григорій Пушкаревъ, крестьянинъ, чернорабочій, 43 лѣтъ.

Съ 22 мая по 20 Іюня. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. 1½—2 недѣли тому назадъ почувствовалъ познabливaніе, потерю аппетита, тошноту, одышку и усиленіе существовавшаго давно кашля; появился поносъ; моча сдѣлалась кровянистою и самъ весь опухъ. Раньше никогда отековъ не замѣчалъ, но часто страдалъ головными болями. Лѣтъ 15 и 25 тому назадъ лежалъ въ больницѣ и лечился „отъ горячки“. Привычный потаторъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, плохой аппетитъ, иногда—небольшая тошнота и головная боль.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый, хорошо сложенный мужчина. Слизистыя оболочки окрашены удовлетворительно. Температура нормальная. Общая аназарка—болѣе выраженная на ногахъ, половыхъ органахъ и туловищѣ. Пульсъ=64, довольно полный, правильный. Дыханіе=24—28. Въ легкихъ: распространенные свисты и среднепузырчатые хрипы; удлинённый выдохъ. Сердце: область абсолютной тупости справа до срединной линіи; толчокъ прощупывается слабо по *lin. mamil. sin.* и кнутри отъ нея, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ, у аорты—акцентъ. Увеличенія печени и селезенки не констатируется. Давленіе на правое подреберье—болѣзненно. Животъ—порядочный. Асцитъ—почти до пупковой линіи. Стулъ жидковатый, 2—3 раза. Моча слегка кровянистой окраски, количество=500 куб. с., уд. в.=1013, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры, а также форменные элементы крови. Вѣсъ=67500 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Водяночныя явленія постепенно уменьшались; къ 13 іюня исчезъ асцитъ; съ 18—19-го числа не замѣчалось уже отековъ на тѣлѣ. Послѣ 9-го іюня лѣвая граница сердечной тупости заходила на 1 поп. палецъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* и толчокъ опредѣлялся болѣе разлитымъ, въ 5 и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и частію кнаружи отъ соска. Явленія въ легкихъ съ іюня мѣсяца значительно улучшились—существовали лишь небольшіе свисты; кашель почти уничтожился и пересталъ беспокоить больного. Бывшіе все время поносы (отъ 3 до 6 разъ) послѣ 14-го числа смѣнились болѣе или менѣе нормальнымъ стуломъ. Количество мочи къ концу повысилось до 3800 куб. с., уд. в.=1004; съ 4-го числа

исчезла кровави́стая окраска мочи, а съ 19-го въ ней обнаруживались лишь слѣды бѣлка. Вѣсъ постепенно палъ до 55000—55500 грм. Выписался больно́й при хороше́мъ само́чувствіи, хорошо окрѣвшимъ и поправившимся.

Лѣченіе. Лишь первые дни противъ сильнаго кашля—*morfium, pulv. Doweri*. Затѣмъ теплыя ванны.

NB. 10-ть анализовъ сока; способъ Bourget. Кривая HCl идетъ въ параллель съ діурезомъ: общая же кислотность сока вмѣстѣ съ вѣсомъ постепенно падаетъ. Общая кислотность=0,19‰—0,26‰; HCl=0,011‰—0,027‰.

№ 19 (см. табл. № 19). Федоръ Ивановъ, крестьянинъ, извозчикъ, 27 лѣтъ. Съ 30 марта по 20 апрѣля. *Nephritis diffusa chronica*.

Анамнезъ. Болѣе полугода, какъ стали временами появляться значительныя отеки по всему тѣлу, вслѣдствіе чего уже третій разъ поступаетъ сюда въ больницу. Никакихъ болѣзней раньше за собой не помнитъ. Водкой не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы. Слабость силъ, сердцебіеніе, одышка, кашель, плохой аппетитъ.

Объективное изслѣдованіе. Слабаго сложенія, плохого питанія; общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Общая аназарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Температура нормальная. Пульсъ трудно сосчитываемый, аритмичный, малый и легкосжимаемый. Дыханіе=44. Грудь плоская. Со стороны легкихъ: въ нижне-заднемъ отдѣлѣ лѣвой половины груди—небольшое притупленіе перкуторнаго тона, ослабленіе *fremitus pectoralis* и субкрепитирующие хрипы. Распространенный бронхитъ. Мокрота пѣнистая, слизистая. Сердце: плоскость абсолютной тупости сверху—съ 3-го ребра, справа—до правой парастерпальной линіи, слѣва немного заходитъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ распространенный, сотрясательный, въ 5-мъ, отчасти 6-мъ межреберьяхъ кнутри и нѣсколько кнаружи отъ соска. Дѣятельность сердца безпорядочная; сильныя перебои. *Ad apicem et sub scrobicul. cordis* послѣ 1-го тона—шумъ, иногда—лишь одинъ протяжный шумъ безъ тона; этотъ шумъ слабо выслушивается и *ad basim*. У аорты, особенно же у легочной артеріи—рѣзкій акцентъ на діастолѣ. *Ad. art. carotis*—глухой первый тонъ и хлопающій, акцентированный второй. Животъ умеренно вздутъ; покровы его напряжены. Асцитъ, пальца на два не доходящій до пупка. Печень пальца на три выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Мочи=

600 куб. с., уд. в. = 1016, кислой реакціи, содержитъ немного бѣлка; зернистые и гениалиновые цилиндры. Вѣсъ = 59000 грм.

Течение болѣзни — безлихорадочное. Къ 10-му апрѣля дѣятельность сердца урегулировалась, ритмъ сталъ правильнымъ; шумы исчезли; область сердечной тупости къ концу уменьшилась и толчокъ ощущивался внутри и книзу отъ соска, — менѣе разлитымъ. Пульсъ = 96—100, небольшой; дыханіе = 28—32. Числа около 13-го нельзя уже было констатировать увеличеніе печени, асцитъ исчезъ, кашель сдѣлался ничтожнымъ. Къ 16—17-му исчезли отеки на тѣлѣ. Небольшое притупленіе и ослабленіе вибраціи на лѣвой сторонѣ груди остались; субкрепитирующихъ же хриновъ не было; выслушивались лишь рѣдкіе *ronchi sonores et sibilantes*. Стулъ все время жидкій, 2—5 разъ въ сутки. Мочи подъ конецъ стало выдѣляться больше — до 3200 куб. с., уд. в. колебался отъ 1016 до 1010; постоянно открывался бѣлокъ; вѣсъ постепенно упалъ до 49500—50000 грм. Выписался поправившимся, хорошо себя чувствуя.

Лечение. До 12-го апрѣля: *adonis vernalis* + *t-ra Convall. majalis* + *t-rae valerian. aetherea*; *Morfii* $gr^{1/6}$ + *p. ipesacuanh* $gr^{1/2}$ № 2—3 въ день. Съ 13-го числа лишь однѣ теплыя ванны.

NB. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность = 0,087% — 0,12%; $HCl = 0,012\% - 0,018\%$.

№ 20 (см. табл. № 20). Григорій Игнатовъ, крестьянинъ, чернорабочій, 41 года. Съ 1-го по 20-е іюня. *Nephritis chronica diffusa*. Анамнезъ. Съ недѣлю какъ появилась опухоль всего тѣла, чего раньше никогда не замѣчалъ; недѣли за двѣ до этого было общее недомоганіе. Лѣтъ семь назадъ, будучи въ деревнѣ, перенесъ какую-то инфекціонную форму болѣзни, продолжавшуюся недѣли три и сопровождавшуюся потерей сознанія. Уже давно существуютъ явленія сердцебиенія, обнаруживающіяся особенными неприятными припадками, на которые бы больной жаловался. Сифилиса не было, *Abusus in Vascho* — нѣтъ.

Субъективные симптомы. Одышка при движеніи; чувство тяжести въ правомъ подреберѣ. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный мужчина съ достаточно развитыми мускулатурой и подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Сильно выраженная общая аназарка — болѣе на ногахъ и половыхъ органахъ, менѣе на туловищѣ, рукахъ и лицѣ. Температура нормальная. Пульсъ = 52—60, напряженный, неправильный. Дыханіе = 18. Легкія здоровы, существуютъ лишь рѣдкіе свисты. Сердце: область абсолютной тупости справа —

до правой парастеральной линии, слѣва—нѣсколько заходитъ кнаружи отъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ не сильный, прощупывается болѣе всего въ 5-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Изрѣдко—перебои. 1-й тонъ *ad apicem*, отчасти *sub scrobicul. cordis*—нечистъ. Рѣзкій акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень пальца на 2—2½ выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ, доходящій почти до пупка. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 800—1000 куб. с. уд. в. = 1008, кислой реакціи, содержитъ ничтожное количество бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры. Вѣсъ = 75500 грм.

Течение болѣзни—безлихорадочное. Въ легкихъ и сердцѣ явленія все время безъ перемѣнъ. Стулъ постоянно жидкій, 2—3—5 разъ въ сутки. Къ 15—16 числу нельзя было констатировать увеличенія печени; около этого времени исчезли отеки и стулъ сталъ рѣже. Моча = 1000—3500 куб. с., уд. в. = 1009—1006; альбуминурия *in statu quo*. Вѣсъ постепенно упалъ до 68500 грм. Выписался поправившимся. Лечение. Теплыя ванны.

NB. 8-мъ анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,1%—0,14%; HCl = 0,008%—0,015%. Нефритъ преимущественно интерстиціального характера.

№ 21 (см. табл. № 21). Григорій Петровъ, крестьянинъ, чеканщикъ, 21 года. Съ 14-го по 22-е мая. *Nephritis chronica diffusa. Uraemia acuta.*

Анамнезъ. 5-ть дней какъ весь опухъ безъ видимыхъ причинъ; ни зноба, ни жара не чувствовалъ; раньше отековъ никогда не замѣчалъ; былъ всегда будто-бы здоровъ и съ водкой не знакомъ.

Субъективные симптомы. Одышка и небольшой кашель.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный, мускулистый, съ достаточно развитымъ подкожнымъ жиромъ, юноша. Температура нормальная. Пульсъ = 64, полный, твердый, правильный. Дыханіе = 20. Общая аназарка, рѣзче всего выраженная на ногахъ. Легкія здоровы. Сердце: область абсолютной тупости сверху—3-е межреберье, справа немного заходитъ за лѣвый край грудины, слѣва же переходитъ лѣвую сосковую линію кнаружи. Толчекъ сотрясательный, разлитой, видимъ и ощутимъ главнымъ образомъ въ 5-мъ межреберьѣ по лѣвой сосковой и кнаружи отъ нея. Ритмъ правильный; тоны отчетливы и чисты; діастолическій у аорты акцентированъ и отличается особенной звонкостью. Асцита нѣтъ. Печень и селезенка не увеличены. Стулъ жидкій, 2—3 раза. Моча свѣтложелтаго

цвѣта, количество=1100 куб. с., уд. в.=1020, кислой реакціи, содержитъ болѣе 3 грм. бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры, а также—бѣлые кровяные шарики. Вѣсъ=71500 грм.

Течение болѣзни. Съ утра 16-го числа появилась сильная головная боль, затѣмъ наступили эпилептоподобные припадки и коматозное состояніе; вечеромъ этого дня температура поднялась до 38°; къ ночи явилось сознаніе. Съ 17-го до 19-го числа—головныя боли, плохой аппетитъ. Съ 20-го общее состояніе и самочувствіе быстро стали улучшаться; къ этому времени исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Къ 21-му исчезли отеки. Въ легкихъ все время—рѣдкіе свисты. Стулъ жидковатый, 3—5 разъ въ сутки. Количество мочи постепенно повышалось отъ 1000 до 2600 куб. с., уд. в.=1020—1007. Вѣсъ подъ конецъ=63000 грм. Черезъ 9-ть дней больной не пожелалъ болѣе оставаться въ больницѣ и былъ выписанъ поправившимся.

Лечение. Во время припадковъ острой уремии—морфій подъ кожу. Періодическія теплыя ванны.

NB. 4 анализа сока; способъ Bourget. Цвѣтовые реакціи на присутствіе свободной HCl давали 18-го и 19-го числа отрицательный результатъ. Кривая общей кислотности сока и HCl идетъ вмѣстѣ съ кривой діуреза — crescendo. Общая кислотность=0,01%0, 14%0; HCl=0,002%0—0,029%0.

№ 22 (см. табл. № 22). Сергій Чикалевъ, крестьянинъ, штукатуръ, 41 года. Съ 17-го мая по 3 іюня. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Лѣтъ уже 6—7 какъ стали періодически являться отеки всего тѣла. 15-ть лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ втеченіе 1½ мѣсяца, гдѣ лечился отъ тифа. Водкой не злоупотреблялъ.

Субъективные припадки. Кашель, одышка. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Средняго тѣлосложенія и питанія; жирный подкожный слой развитъ слабо. Общія покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Голосъ осипшій. Температура нормальна. Пульсъ=76—80, полный, правильный. Дыханіе=36. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Общая аназарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Въ легкихъ кромѣ явленій бронхита—ничего особеннаго. Сердце: плоскость абсолютной тупости немного заходитъ за лѣвую парастервальную линію, а также за лѣвую сосковую—кнаружи. Толчокъ не сильный, прощупывается въ 4 и 5-мъ межреберьѣ, кнутри и немного кнаружи отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты; у основанія сердца, особенно у аорты, діастолическіе тоны хлопающіе. Асцитанѣтъ. Увеличенія печени и селезенки не удается констатиро-

вать; давленіе на правое подреберье—болѣзненно. Стулъ жидкій, 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтло желтаго цвѣта; количество=3000 куб. с., уд. в.=1005, кислой реакціи, содержитъ до 1½ грм. бѣлка; въ осадкѣ—гіалиновые и зернистые цилиндры, а также бѣлые кровяные шарики. Мокрота скудная, слизистая. Вѣсъ=60500 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Отеки держались до 21-го числа; около 25—26 числа исчезли явленія бронхита и голосъ сталъ чистымъ. Стулъ все время жидковатый и учащенный. Количество мочи=1700—3200 куб. с., уд. в.=1008—1005. Съ 28-го числа исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Вѣсъ постепенно опустился до 52000 грм. Выписался поправившимся.

Леченіе. Вначалѣ—pulv. Doweri на ночь.

Потомъ лишь теплыя ванны.

Nb. 6 анализовъ сока; способъ Bourget. Общая кислотность=0,07%—0,1%; HCl=0,006%—0,01%.

№ 23 (см. табл. № 23), Алексѣй Осиповъ, мѣщанинъ, типографъ, 27 лѣтъ.

Съ 30 мая по 18 іюня. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Мѣсяцевъ шесть какъ начали періодически являться отеки всего тѣла, при чемъ часто головная боль и припадки желудочнокишечныхъ расстройствъ: тошнота, рвота, боль въ животѣ, поносъ и т. под. Два раза лежалъ въ больницѣ. Уже 17-тъ лѣтъ страдаетъ геморроемъ, за послѣднее время часто бывали геморроидальныя кровотеченія. Года 3—4 назадъ позволялъ себѣ abusum in Vascho. Сифилиса или какихъ-либо наслѣдственныхъ конституціональных болѣзней—нѣтъ.

Субъективные симптомы. Общая слабость: больной легко утомляется; аппетитъ хорошій; припадковъ со стороны желудка—никакихъ.

Объективное изслѣдованіе. Нѣжнаго тѣлосложенія, плохоупитанный, видъ кахектическій. Общія покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Не сильно выраженная общая аназарка. Температура нормальная. Пульсъ=80, слабый, легко сжимаемый, правильный. Дыханіе=18. Легкія здоровы. Сердце: область абсолютной тупости нормальныхъ размѣровъ. Толчокъ слабо ощущается кнутри и книзу отъ соска, въ 5-мъ межребрьѣ. Ритмъ правильный; тоны чисты; небольшой акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень и селезенка не увеличены; давленіе на правое подреберье слегка болѣзненно. Асцитъ—почти до пупка. У задняго прохода—набухшія геморроидальныя шпшки. Стулъ жидковатый, 2—3 раза. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, количество=2500 куб. с., уд. в.=1006, кислой реакціи, со-

держитъ около 7 грм. бѣлка; зернистые и гліалиновые цилиндры. Вѣсъ = 46000 грм.

Течение болѣзни—безлихорадочное. Къ 9-му числу исчезли отеки, асцитъ къ концу немного уменьшился, стулъ все время жидковатый, 2—5 разъ въ сутки. Количество мочи = 1600—3000 куб. с., уд. в. = 1008—1004, альбуминурия in statu quo. Вѣсъ подъ конецъ = 43500 грм. Пролежавши 20 дней въ больницѣ, былъ, затѣмъ, переведенъ въ клинику профес. Манасеина.

Лечение. Теплыя ванны.

Nb. 9-тъ анализовъ сока; способъ Bourget.

Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность = 0,015‰—0,067‰, HCl = 0,0027‰—0,008‰.

№ 24 (см. табл. 4), Иванъ Карасовъ, крестьянинъ, кровельщикъ, 20 лѣтъ.

Съ 15 марта по 20 апрѣля.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Съ декабря прошлаго года больной безъ видимыхъ причинъ почувствовалъ слабость силъ, одышку, ослабленіе аппетита; появились отеки по всему тѣлу, преимущественно на ногахъ, затѣмъ припухлость живота, поносы; существовавшій уже лѣтъ восемь до того времени кашель усилился. Тогда больной въ первый разъ поступилъ сюда въ больницу, гдѣ пролежалъ дней 20-ть (количество мочи равнялось 800—2000 к. с. уд. в. = 1014—1004 было найдено небольшое количество бѣлка). Теперь поступаетъ въ больницу третій разъ. Волкой не злоупотреблялъ. Никакихъ болѣзней больше за собой не помнить.

Субъективные симптомы. Слабость силъ; глухая ломота въ ногахъ; ощущеніе холода и омертвѣлости въ пальцахъ; уменьшенный аппетитъ; одышка; кашель; по временамъ—рѣзь въ животѣ и головная боль.

Объективное изслѣдованіе. Тщедушный юноша, низкаго роста. Слизистыя оболочки блѣдны. На кожѣ во многихъ мѣстахъ—расчесы. Незначительный отекъ ногъ ниже колѣнъ. Пульсъ = 60, регулярный, слабый. Дыханіе = 16—20. По всей груди жесткое везикулярное дыханіе и распространенные *g-nchi sibilantes et sonores*. Сердце: область абсолютной тупости справа немного заходитъ за *lin. sternalis sin.* Толчокъ довольно разлитой, яснѣе всего ощущивается въ 5-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ у аорты—акцентъ. Печень и селезенка не увеличены. Асцитъ, пальца на два недоходящій до пупка. Стулъ жидкій 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтложелтого

цвѣта, количество = 3200 куб. сан., уд. в. = 1003, кислой реакціи, слѣды бѣлка; цилиндровъ и форменныхъ элементовъ крови не найдено. Вѣсъ = 39000 грм. Течение болѣзни безлихорадочное. У верхушки сердца иногда выслушивался послѣ 1-го тона—шумъ. Въ мочѣ скоро исчезли и слѣды бѣлка; количество ея колебалось между 1700—4000 куб. с., уд. в. = 1009—1003. Отеки на ногахъ то исчезали, то появлялись. Къ концу стулъ сталъ нѣсколько регулярнѣе. Асцитъ, видимо, исчезъ. Кашель существовалъ лишь первое время, преимущественно—по ночамъ; выдѣлялась скудная слизистая мокрота. Аппетитъ почти постоянно былъ хорошій. Вѣсъ въ общемъ немного увеличился и подъ конецъ = 42000 грм. Выписался поправившимся.

Лечение. Вначалѣ отъ кашля: *morfium + ipercacuan.*; затѣмъ иногда—*persini + acidi muriat. dil.*—Теплыя ванны.

Nb. 13-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функція желудка ослаблена. Нефритъ преимущественно интерстиціального характера. Общая кислотность = 0,02‰—0,051‰; HCl = 0,002‰—0,006‰.

№ 25 (см. табл. № 25). Николай Еспировъ, крестьянинъ, шалочникъ, 41 года. Съ 5-го марта по 23 апрѣля.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Въ началѣ декабря прошлаго года появились поносы до 6—8 разъ въ сутки; въ началѣ января этого года обнаружилились по всему тѣлу отеки, которые то усиливались, то уменьшались; вмѣстѣ съ тѣмъ больной сталъ чувствовать одышку и прогрессивный упадокъ силъ. Раньше никогда не отличался цвѣтущимъ здоровьемъ, часто прихварывалъ, перенесъ тифъ, скарлатину; шесть лѣтъ назадъ была желтуха; въ прошломъ году пролежалъ нѣсколько мѣсяцевъ въ больницѣ съ каріознымъ процессомъ на правой стопѣ; былъ на ней ампутированъ 5-й палецъ. Давно существуетъ кашель. Раньше злоупотреблялъ водкой.

Субъективные симптомы. Слабость силъ, одышка и скорая усталость даже послѣ умѣренныхъ физическихъ напряженій; небольшой сухой кашель, иногда—ослабленіе аппетита и тошнота; на лѣвое ухо глухъ; временами—рябитъ въ глазахъ и кружится голова; чувство холода—преимущественно въ ногахъ; частый позывъ на мочу, особенно по ночамъ. Больной заявляетъ еще, что онъ иногда не въ состояніи говорить, такъ какъ «чувствуетъ себя какимъ-то дуракомъ и языкъ у него не ворочается».

Объективное изслѣдованіе. Истощенный кахектическій субъектъ. Общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Подкожный жирный слой атрофированъ; кожа дряблая. Видъ боль-

ного тупой, слабоумный; отвѣчаетъ на вопросы вяло, какъ бы нехотя. Отекъ ногъ почти до паховой складки; небольшая одутловатость лица. Температура нормальная. Пульсъ=84, слабый, легко сжимаемый, правильный. Дыханіе=20. На тыльной поверхности правой стопы имѣется рубецъ, тянущійся отъ наружнаго мыщелка голени вплоть до основанія пальцевъ; на подошвенной поверхности той же стопы соотвѣтственно головкѣ 5-й метатарсальной кости имѣется свищевое отверстіе, изъ котораго выдѣляется сукровичная ослизлая жидкость. Давленіе на сосѣднія части нѣсколько болѣзненно. Форма груди больного паралитическая. Небольшое заглушеніе звучности перкуторнаго тона въ лѣвой надключичной ямкѣ. Всюду—ясное везикулярное дыханіе. Сердце: область абсолютной тупости—сверху 3-е ребро, справа—до срединной линіи, слѣва—не переходитъ сосковой. Толчокъ слабый, подъ соскомъ, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный. Тоны чисты; у легочной артеріи на діафрагмѣ—акцентъ. Печень немного увеличена; давленіе на правое подреберье нѣсколько болѣзненно. Со стороны селезенки—ничего особеннаго. Асцитъ, верхняя граница котораго пальца на два не доходитъ до пупковой линіи. Стулъ жидкій, 2—5 разъ въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество около 1000 к. с., уд. в. 1009; бѣлка не найдено, цилиндровъ—также.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное; только вечеромъ 25-го марта температура повысилась до 39,3, что сопровождалось для больного ощущеніемъ зноба и жара. Количество мочи постепенно дошло до 3500 куб. с., уд. в.=1009—1002; бѣлка все время необнаруживалось. Водяночныя явленія подъ конецъ замѣтно уменьшились и стулъ сталъ регулярнѣе. Въ связи съ этимъ улучшилось и самочувствіе; числа съ 1-го апрѣля исчезла глухота. Вѣсъ съ 49000 грм. упалъ до 45000. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. Антисептическая перевязка правой стопы и теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функція желудка ослаблена. Нефритъ интерстиціального характера. Общая кислотность=0,014‰—0,035‰ HCl=0,004‰—0,007‰.

№ 26 (см. табл. № 26). Иванъ Бухонкинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 36 лѣтъ. Съ 29 апрѣля по 9-е мая. *Nephritis chronica diffusa*.

Анамнезъ. Съ педѣлю какъ появились одышка, сердцебиеніе и общій отекъ покрововъ. Больной уже давно страдаетъ поносами и отекаетъ не въ первый разъ. Потаторъ.

Субъективные симптомы. Одышка, небольшой кашель. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный субъектъ съ достаточнымъ развитіемъ мускулатуры и подкожного жирнаго слоя. Общіе покровы и слизистыя оболочки — блѣдны. Температура нормальная. Общая аназарка, рѣзче всего выраженная на ногахъ. Пульсъ = 64, полный, регулярный. Дыханіе = 18. Артеріи не склеротичны. Со стороны легкихъ — ничтожное ослабленіе перкуторнаго тона и дыханія подъ правой лопаткой; кое-гдѣ — *ronchi sibilantes et sonores*. Мокрота скудная, слизистая. Сердце: границы тупости почти въ предѣлахъ нормы; толчокъ умѣренной силы, прощупывается въ 5-мъ межреберьѣ по *lin. mamill. sin.* и внутри отъ нея; ритмъ правильный, тоны — чисты; на діастолѣ у аорты акцентъ. Увеличенія печени и селезенки не опредѣляется; давленіе на правое подреберье — болѣзненно. Асцитъ, не доходящій на 3 поп. пальца до пупка. Стулъ жидкій, до 6 разъ въ сутки. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, количество = 1100 куб. с., уд. в. = 1016, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые цилиндры. Вѣсъ = 69000 грм.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Къ 7-му числу исчезли отеки на тѣлѣ и асцитъ. Все время продолжался поносъ отъ 3 до 6 разъ въ сутки. Количество мочи = 1000—3000 к. с., уд. в. = 1016—1004; альбуминурия оставалась *in statu quo*. Вѣсъ подъ конецъ = 64000 грм. Аппетитъ былъ постоянно хорошій. Явленій со стороны желудка въ родѣ: болей, отрыжки, тошноты и т. под. не наблюдалось. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. — Теплыя ванны.

NB. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Цвѣтотыя реакціи на присутствіе свободной HCl давали отрицательный результатъ. Общая кислотность = 0,06‰ — 0,09‰; HCl = 0,003‰ — 0,006‰. Двигательная функція желудка ослаблена.

Перехожу къ объясненію изложенныхъ фактовъ, заранѣе оговариваясь, что полученные мною результаты не укладываются въ рамки какой-нибудь одной формулы или теоріи, и что въ наблюденныхъ случаяхъ есть еще много загадочнаго.

Изъ представленныхъ выше данныхъ видно, что рядомъ со случаями вполне нормальнаго отдѣленія HCl (I группа) наблюдаются и такіе, гдѣ количество ея въ большей или меньшей степени уменьшено (II

и III группы), или даже часто совсѣмъ не обнаруживается качествен. реакціями (IV группа). Такимъ образомъ, содержаніе HCl значительно колеблется какъ у различныхъ индивидуумовъ, такъ и у каждого въ отдѣльности. Не всегда легко дать надлежащій масштабъ и точное объясненіе, почему въ сущности у разсмотрѣнныхъ нами нефритиковъ количество отдѣляемой HCl достигаетъ подчасъ огромной разницы. Несомнѣнно, конечно, что въ основѣ такого различія существуетъ извѣстная законность, зависящая отъ цѣлаго комплекса условій, какъ-то: индивидуальности, состоянія различныхъ органовъ; отъ причины, вызвавшей почечное страданіе, отъ силы ея воздѣйствія на организмъ, отъ періода и продолжительности страданія, можетъ быть, даже отъ качества и количества тѣхъ ядовитыхъ веществъ, которыя задерживаются и циркулируютъ въ крови у нефритиковъ, и т. д., и т. д. Всѣ эти факторы, придающіе Брайтовой болѣзни чрезвычайно пестрый колоритъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, а еще болѣе въ клиническомъ, не могутъ не отразиться такимъ же образомъ и на секреторной функціи желудка. Руководствуясь этимъ, хотя бы и общимъ соображеніемъ, мы не будемъ удивлены случаями, кажущимися на первый взглядъ намъ какъ бы парадоксальными въ смыслѣ противорѣчія обыкновенной логикѣ фактовъ. Возьму примѣры. Антоновъ (№ 5) и Быстровъ (№ 11)—два субъекта одного приблизительно возраста, хорошо сложенные, у того и другого хроническій диффузный нефритъ, хотя и не одинаковой давности, но клиническое теченіе его у перваго довольно тяжелое (припадки хронической уремii—головная боль, шумъ въ ушахъ, иногда тошнота и т. д., вдобавокъ: первоначальное осложненіе глистами), тогда какъ у втораго довольно легкое (чувствуетъ себя хорошо, аппетитъ хорошій, стулъ правильный и т. д.). Что же мы видимъ? У субъекта

съ болѣе тяжелой клинической картиной нефрита количественное содержаніе HCl въ сокѣ нормально, у другого же, несмотря на сравнительно легкую картину страданія, содержаніе HCl понижено. Сравнимъ еще того же Быстрова и Семенова (№ 1); послѣдній довольно анемиченъ, съ давнишнимъ страданіемъ почекъ и сердца, одержимъ приступами астмы, и проч. Кажется, что всѣ привилегіи на нормальное содержаніе HCl въ желудочномъ сокѣ—у Быстрова и всѣ видимые шансы на уменьшеніе ея—у Семенова. На дѣлѣ же выходитъ другое. Возьмемъ еще Привольскаго (№ 6): субъектъ 56 лѣтъ, уже съ пониженной жизнедѣятельностью тканей, между тѣмъ пищеварительная сила сока и количественное содержаніе въ немъ HCl сравнительно нормальны. Послѣднее сравненіе: Маракинъ (№ 7) и Игнатовъ (№ 20). Маракинъ—алкоголикъ, съ цирротическимъ страданіемъ печени, съ постоянными припадками подострой уреміи, и пр.; между тѣмъ, пищеварительная дѣятельность сока почти нормальна и количество HCl доходитъ до 0,09%. Но здѣсь интересенъ тотъ фактъ, что субнормальное состояніе секреторной дѣятельности желудка является какъ-бы компенсаціей нарушенной его механической дѣятельности. Приведенныхъ примѣровъ, я думаю, будетъ достаточно, чтобы показать, что въ объясненіи *различнаго содержанія HCl у различныхъ субъектовъ* мы рѣдко можемъ ставить колебанія ея въ видимую зависимость отъ общаго состоянія и самочувствія больного; иное дѣло, если мы прослѣдимъ *колебанія HCl у одного и того же субъекта*; здѣсь эта зависимость дѣлается для насъ болѣе замѣтной и установить, такъ сказать, патологическую норму этихъ колебаній намъ въ послѣднемъ случаѣ удастся легче, чѣмъ въ первомъ, гдѣ попытка наша—приурочить эти индивидуальныя различія въ количественномъ содержаніи HCl къ клинической картинѣ случая—даетъ мало положительныхъ данныхъ.

Можно отмѣтить, все-таки, тотъ фактъ, что всѣ наиболѣе кахектическіе субъекты (№№ 19, 23, 25) представляютъ и наиболѣе тяжелое пораженіе функцій желудка; субъекты же, у которыхъ въ анамнезѣ *abusus in Vaccho*, относятся частью ко II-й группѣ случаевъ (№№ 3, 7, 10, 13, 17, 18), частью къ IV-й (№№ 23, 25, 26). Изъ анализа I-й группы случаевъ вытекаетъ неизбѣжное заключеніе, что въ организмѣ нефритика имѣются какія-то условія, которыя дѣлають иногда возможнымъ существованіе нормальныхъ функцій желудка при довольно тяжелой клинической картинѣ общаго состоянія больного; въ этихъ случаяхъ желудокъ противъ обыкновенія проявляетъ какую-то странную самостоятельность въ томъ смыслѣ, что не раздѣляетъ печальной участи всего организма. Во всякомъ случаѣ, на основаніи полученныхъ данныхъ видно, что у нефритиковъ нормальное содержаніе HCl въ желудочномъ сокѣ является какъ исключеніе и, какъ правило, констатируется ея уменьшеніе. Что играетъ непосредственную роль въ уменьшеніи или даже полномъ отсутствіи выделяемой HCl,—объ этомъ можно строить лишь одни предположенія. Всякій болѣе или менѣе хроническій нефритикъ, даже при отсутствіи обыкновенныхъ клиническихъ припадковъ мочекаменія, есть, строго говоря, и хроническій уремикъ, въ томъ смыслѣ, что въ крови и тканяхъ его организма мало-по-малу задерживаются тѣ ядовитыя начала, которыя при нормальныхъ условіяхъ подлежали бы выдѣленію черезъ почки; эта задержка негодныхъ продуктовъ, послѣдовательно измѣняя составъ крови, какъ морфологически, такъ и химически, въ концѣ-концовъ даетъ намъ ту форму общаго страданія, которая называется дискразіей, худосочіемъ. Конечно, въ одномъ уже этомъ конституціональномъ измѣненіи свойства крови мы имѣемъ условіе, могущее вліять на секрецію сока и его качество. Но надо принять во

вниманіе еще и другіе факторы, какъ-то: состояніе кровообращенія въ желудкѣ; трансудативное пропитываніе его слизистой оболочки; случающіяся нерѣдко выдѣленія на нее изъ крови мочевины и прочихъ продуктовъ, осредняющихъ кислый желудочный сокъ; затѣмъ могутъ быть матеріальныя измѣненія въ слизистой желудка, зависящія или отъ особаго фибрознаго діатеза (*arteriocapillaryfibrosis Sutton'a и Gull'я*), или катарра, вслѣдствіе часто повторяющихся диспепсій, или даже отъ амилоиднаго ея перерожденія. Не надо забывать и вліянія нервной системы; можетъ быть, циркулирующіе въ крови продукты дезассимиляціи, раздражая извѣстные центры, вліяютъ и на отдѣлительную дѣятельность специфическихъ клѣтокъ желудка черезъ секреторные или сосудодвигательные приводы. Наконецъ, надо принять въ расчетъ могущія быть при хроническихъ нефритахъ измѣненія симпатическихъ узловъ и самого *ganglion nodosi nervi vagi* ¹⁾, какъ отдѣлительнаго нерва желудка ²⁾.

Дифференцируя разобранныя причины примѣнительно къ наблюденнымъ мною случаямъ, матеріальныя измѣненія слизистой желудка можно допустить лишь для нѣкоторыхъ изъ нихъ, а именно, для случаевъ подъ №№ 7, 9, 19, 23, 24, 25 и 26, представляющихъ ослабленную механическую дѣятельность желудка и, большею частью, катарральные признаки его. Всѣ эти случаи—атипическіе въ смыслѣ отсутствія за время теченія болѣзни видимой правильности въ колебаніи HCl .

Извѣстно, что матеріаль для отдѣленія HCl въ желудочныхъ железахъ доставляютъ обыкновенно хло-

¹⁾ „Къ патологической гистологіи *gangl. nod. vagi* при крупозной пневмоніи и хроническихъ нефритахъ“. Дисс. 1889. Ижевскій.

²⁾ „Отдѣлительный нервъ желудочныхъ железъ собаки“, сообщ. Павлова и Шумовой - Симановской. Врачъ 1889 г. № 15. Ихъ же: „Иннервація желуд. железъ у собаки“. Врачъ 1890 г. № 41.

риды крови. Относительно сущности возникновенія свободной HCl въ желудочномъ сокѣ существуютъ главнымъ образомъ двѣ теоріи: 1) по Maly, HCl образуется чрезъ диссоціацію хлоридовъ крови однометалльнымъ фосфорнокислымъ натромъ (NaH_2Po_4), отщепляющимъ отъ NaCl минимальныя количества свободной HCl , которая и диффундируетъ въ желудокъ. 2) по другимъ (Сѣченовъ, Ludwig) HCl образуется какъ результатъ дѣятельности самихъ клѣтокъ желудочныхъ железъ.

Я выше упомянулъ, что у cadaго нефритика существуетъ свой *minimum* и *maximum*, въ предѣлахъ которыхъ—иногда съ видимой закономѣрностью—колеблется количественное содержаніе HCl въ сокѣ.

Въ нѣкоторыхъ типическихъ случаяхъ мною было констатировано, что кривая HCl шла *crescendo* въ параллель прогрессивному улучшенію клиническихъ явленій, совпадая всегда въ отечный періодъ съ кривой діуреза. Какъ объяснить себѣ этотъ параллелизмъ въ кривыхъ HCl и діуреза? Нужно ли въ немъ видѣть лишь только сопутствующие другъ друга симптомы общаго улучшенія состоянія, или же между означенными феноменами, быть можетъ, существуютъ и болѣе тѣсныя зависимыя отношенія?

Я полагаю,—не рискуя сдѣлать большой ошибки,—что за періодъ всасыванія отековъ, *resp.* усиленнаго діуреза, процессъ нарастанія HCl въ желудочномъ сокѣ въ замѣтной степени можетъ быть отнесенъ и на счетъ избытка хлоридовъ, который поступаетъ въ кровь изъ трансудатовъ. Свое предположеніе я могу подкрѣпить данными экспериментальной патологии и сошлюсь на опыты Braun'a, Grützner'a и Boas'a ¹⁾, показавшіе, что, при введеніи въ кровь

¹⁾ Dr. Ewald. О распознаваніи и леченіи катарровъ желудка. Перев. со 2 нѣм. изд. Практич. Мед. 1890 г. № 6—7.

раствора NaCl, секреторная дѣятельность желудочныхъ железъ повышается.

Во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ, какъ видно изъ таблицъ, *молочная кислота* въ бѣльшемъ или меньшемъ количествѣ присутствовала постоянно.

Въ настоящее время считается общепризнаннымъ мнѣніе, что молочная кислота не есть продуктъ железъ желудка, а имѣетъ своимъ источникомъ вводимую пищу, причемъ или вводится уже въ первоначально готовомъ видѣ, или же образуется въ желудкѣ потомъ изъ углеводовъ, подъ вліяніемъ специфическихъ микроорганизмовъ. Количество ея въ желудкѣ будетъ тѣмъ больше, чѣмъ обильнѣе вводимый матеріалъ и чѣмъ энергичнѣе будетъ броженіе послѣдняго. На степень же этого броженія вліяетъ тормозящимъ образомъ содержащаяся въ сокѣ HCl, являющаяся въ извѣстномъ смыслѣ регуляторомъ, не дающимъ при нормальныхъ условіяхъ этому броженію переходить опредѣленныхъ границъ. Ewald и Boas на основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій установили для своего пробнаго завтрака въ процессѣ пищеваренія слѣдующія три фазы: 1) первые полчаса, когда HCl является связанной со щелочной пищевой кашицей, это—фаза наибольшаго развитія молочной кислоты и полнаго отсутствія свободной HCl; 2) вторые полчаса, когда HCl начинаетъ появляться въ свободномъ состояніи, и молочно-кислое броженіе затихаетъ и, наконецъ, 3) черезъ часъ—молочная кислота исчезаетъ и появляется лишь одна свободная HCl, достигающая своего maximum==0,2%.

Ставши на точку зрѣнія Ewald'a и Boas'a, всѣ мои случаи, гдѣ черезъ 1—1¼ часа послѣ завтрака обнаруживалась молочная кислота, иногда въ порядочномъ количествѣ, придется считать патологическими.

Что касается общей кислотности сока, то она въ случаяхъ I и II группы рѣдко была понижена; на-

оборотъ, это пониженіе было обычнымъ явленіемъ для случаевъ III и IV группъ.

У одного и того же лица общая кислотность сока колебалась чаще всего въ параллель съ HCl, рѣже—ихъ отношенія были обратными. (см. №№ 1, 5, 16, 18).

При опредѣленіи пепсина путемъ искусственнаго перевариванія бѣлковаго кружка мною уже былъ нотированъ фактъ, проходящій, такъ сказать, красной нитью черезъ всѣ изслѣдованные случаи—это видимый недостатокъ фермента. Я тогда же заподозрилъ—не кроется ли здѣсь причина въ какихъ-либо случайныхъ условіяхъ самаго способа изслѣдованія, и, прежде всего, предположилъ, не задерживается ли пепсинъ на фильтрѣ вмѣстѣ съ пищевой кашицей? Что фильтръ можетъ задерживать нѣкоторыя дѣйствующія составныя части желудочнаго сока, я впоследствии узналъ изъ статьи проф. Jaksch'a ¹⁾, который ссылается на опыты v. Pfungen'a, доказавшаго, что въ нефилътрованномъ сокѣ HCl содержится болѣе, чѣмъ въ филътрованномъ.

Чтобы убѣдиться, я произвелъ нѣсколько повѣрочныхъ опытовъ и, гдѣ мнѣ только позволяло количество сока, тамъ я съ профильтрованными его порціями бралъ еще пробирку съ непрофильтрованнымъ сокомъ; такихъ повѣрочныхъ пробъ у меня около 40. Въ результатѣ получилось, что бѣлковый кружокъ въ непрофильтрованномъ сокѣ рѣдко растворялся ранѣе кружка въ профильтрованномъ, а въ сравненіи съ тѣмъ кружкомъ, куда былъ прибавленъ пепсинъ, обыкновенно позже на 10—15—20 минутъ. Полнаго отсутствія этого фермента никогда не наблюдалось, такъ какъ даже въ случаяхъ IV-й группы („apepsie“) достаточно было прибавить къ соку 1—2 капли соля-

¹⁾ Zeitsch. f. kl. Med. 1890 г. В. XVII. Н. 5.

ной кислоты, чтобы кружокъ растворился черезъ 5—8 часовъ.

Labferment открывался постоянно, представляя лишь ослабленную энергію въ случаяхъ III-й и IV-й группъ, насколько объ этомъ можно было судить по замедленной створаживаемости молока ($1-1\frac{1}{2}$ —2 часа); три раза открывался лишь въ видѣ «предварительнаго фермента» — зимогена (см. № 24 и 25). Результаты эти не даютъ мнѣ права исключительно придерживаться какого-нибудь одного изъ мнѣній, существующихъ на сычужное створаживаніе,—ни Boas'a, ни его противниковъ.

Протеолитическій процессъ. Во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ содержались почти всѣ виды превращенія бѣлковъ: альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ. Въ III-й группѣ случаевъ часто констатировались лишь слѣды пептона, въ IV-й же группѣ иногда и полное его отсутствіе. Какъ правило почти—замѣчалось, что количество парапептоновъ было въ обратномъ отношеніи съ количествомъ пептоновъ. Въ группахъ III-й и IV-й было обнаруживаемо малое содержаніе ацидъ-альбумина.

Амилолитическій процессъ. Какъ извѣстно, неорганизованный ферментъ слюны—птіалинъ, дѣйствуя на крахмалъ, даетъ послѣдовательно слѣдующій главный рядъ превращеній: растворенный крахмалъ, эритродекстринъ, ахроодекстринъ, мальтозу и отчасти декстрозу. Этотъ сахаротворный процессъ лучше всего проявляется въ слабощелочныхъ и нейтральныхъ растворахъ, при томъ не ограничивается лишь полостью рта, а благодаря проглоченной слюнѣ продолжается извѣстное время и въ желудкѣ. Черезъ часъ послѣ пробнаго завтрака крахмалъ при нормальныхъ условіяхъ, по Ewald'y, долженъ быть уже весь превращенъ въ сахаръ или, по крайней мѣрѣ, въ ахроодекстринъ, а слѣдовательно прибавленіе къ профильтрованному со-

держимому желудка Lugol'евского раствора должно давать лишь свѣтложелтую окраску, и разъ въ этомъ случаѣ появляется пурпурово-красная окраска или синяя, то уже это указываетъ на замедленіе процесса сахарофикации. Просматривая наши случаи, находимъ, что рядомъ съ постояннымъ присутствіемъ во всѣхъ группахъ ахроодекстрина и сахара констатируется, кромѣ того, еще присутствіе въ I-й и II-й группахъ—эритродекстрина и раствореннаго крахмала и въ III-й группѣ—эритродекстрина. Эти факты показываютъ, такимъ образомъ, что въ первыхъ трехъ группахъ случаевъ процессъ сахарофикации совершается не въ надлежащей степени, а именно—ослабленъ. Изъ причинъ такого явленія могутъ быть лишь двѣ: или недостаточное содержаніе птіалина въ слюнѣ, или же большое содержаніе кислоты въ желудкѣ.

Velden ¹⁾, изучавшій дѣйствіе слюны въ желудочномъ сокѣ, пришелъ къ заключенію, что птіалинъ не теряетъ своей энергіи въ кисломъ растворѣ, если въ послѣднемъ HCl содержится не болѣе 0,01⁰/₀, молочной же не болѣе 0,1—0,2⁰/₀. Sticker ²⁾ объясняетъ возможность дѣйствія діастатическаго фермента слюны тѣмъ, что послѣдняя въ началѣ пищеваренія, благодаря своей алкоголичности, нейтрализуетъ кислый желудочный сокъ. Проф. L. Rummo и dr. Ferranini ³⁾, изслѣдовавшіе вліяніе кислотъ желудочнаго сока на броженіе, происходящее въ желудкѣ, приводятъ указанія, что прибавленная къ слюнѣ до начала амилолиза HCl въ небольшомъ количествѣ (0,0001⁰/₀) не задерживаетъ этого вида броженія, которое останавливается, если кислоты будетъ больше; молочная кислота задерживаетъ при 0,025⁰/₀ и прекращаетъ при 0,1⁰/₀; прибавленіе HCl послѣ начала амилолиза черезъ часъ начинаетъ задерживать

¹⁾ Dr. Ewald. О способахъ изслѣдов. желудка. Перев.

²⁾ Цитир. по Медич. Обозр. 1889 г.

³⁾ Цитир. по Врачу 1889 г. № 38 и 1890 г. № 11.

при 0,025⁰/₀ — 0,2⁰/₀ и прекращаетъ амилолизъ при 0,3⁰/₀ — 0,5⁰/₀.

Интересныя данныя, разъясняющія намъ отношеніе фермента слюны къ желудочному соку, приводятся въ изслѣдованіяхъ Кравкова Николая ¹⁾ (лабор. Сѣченова), работавшаго съ чистыми неорганизованными ферментами. Констатировавши тотъ фактъ, что для парализаціи діастатическаго фермента слюны достаточно содержанія HCl уже въ количествѣ 0,0002⁰/₀, а органической 0,002⁰/₀, онъ своими опытами далѣе наглядно показалъ, почему этотъ ферментъ, тѣмъ не менѣе, можетъ весьма успѣшно проявлять свое дѣйствіе и при фізіологической кислотности желудочнаго сока; изъ опытовъ его видно, что альбуминъ, глобулинъ и пептоны, связывая кислоты, при діастатическихъ процессахъ играютъ, такъ сказать, роль хранителей діастаза отъ депримирующаго дѣйствія химическихъ агентовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, и роль стимулирующихъ факторовъ процесса сахарификаціи. Даже незначительныя количества бѣлковъ, будучи прибавлены къ ферментному настою до обработки его кислотой, дѣлаютъ настой нечувствительнымъ къ 0,2% HCl; при этомъ обнаруживается, что порядокъ прибавленія бѣлковъ и кислоты имѣетъ огромнѣйшее значеніе, именно—ферментный настой лишь тогда становился нечувствительнымъ къ кислотѣ, когда бѣлковыя вещества прибавлялись раньше прибавленія кислоты; при обратномъ же дѣйствіи результаты выходили тѣ же, что и безъ прибавленія кислоты, т.-е. полная остановка процесса сахарификаціи. Итакъ, благодаря тому, что при желудочномъ пищевареніи бываетъ достаточное количество бѣлка для связыванія кислоты (не въ смыслѣ ацидъ-альбуминизаціи), процессъ ферментаціи продолжается.

¹⁾ Журн. Рус. Химич. Общ.—а 1887 и 1888 гг.

Возвращаясь къ своимъ случаямъ, я, на основаніи опытовъ послѣдняго автора, долженъ допустить, что задержка превращенія крахмала въ сахаръ зависѣла, вѣроятно, главнымъ образомъ отъ ослабленія самого фермента слюны.

Всасывательная функція для ЖК была сравнительно ослаблена лишь у двухъ субъектовъ IV-й группы, у которыхъ первое появленіе въ слюнѣ іода обнаружилось въ среднемъ минутъ черезъ 18.

Двигательная функція желудка, въ смыслѣ возрѣній Ewald'a, уклоненій отъ нормы не представляла; при опредѣленіи же мышечной дѣятельности по способу Leube констатировалось ея ослабленіе: у трехъ субъектовъ II-й группы (№№ 7, 9, 19) и у четырехъ—IV-й группы. (№№ 23, 24, 25, 26). Всѣ эти субъекты преимущественно съ рѣзко выраженнымъ упадкомъ питанія, въ желудочномъ сокѣ которыхъ обнаруживалось часто присутствіе большого количества слизи.

Мнѣ не удалось примѣтить хоть сколько-нибудь замѣтной разницы во всасывательной и двигательной функціяхъ желудка у нефритиковъ въ періодъ отеchnый и внѣотеchnый.

Теперь приведу выдержку изъ предварительнаго сообщенія д-ра Бернацкаго, изслѣдовавшаго желудочное пищевареніе на шести случаяхъ хроническаго и подостраго паренхиматознаго воспаленія почекъ у молодыхъ индивидовъ, не представлявшихъ значительныхъ разстройствъ со стороны органовъ кровообращенія и дыханія, безъ предшествовавшаго у нихъ желудочнаго пораженія и безъ лихорадки. Пищевымъ раздражителемъ у автора служила преимущественно проба съ куринымъ бѣлкомъ. Выводы онъ дѣлаетъ слѣдующіе: 1) количество свободной HCl сильно уменьшено, а въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ, 2) молочная кислота находилась въ незначительномъ количествѣ, 3) общая кислотность сока часто не превышала 0,106%,

4) процессъ пептонизаціи имѣлъ мѣсто болѣе или менѣе всегда, 5) весьма часто обнаруживалось малое содержаніе пепсина, 6) ослабленія двигательной функціи желудка не было никогда. Изъ краткаго сообщенія Бернацкаго, къ сожалѣнію, нельзя узнать, какой именно получался въ его случаяхъ максимумъ пептической силы сока, его кислотности и количественнаго содержанія свободной HCl; во всякомъ разѣ, сравнивая результаты нашихъ изслѣдованій, нельзя не замѣтить, что разница у насъ получилась, строго говоря, болѣе количественная, чѣмъ качественная, такъ какъ приводимыя авторомъ данныя имѣютъ достаточное число аналоговъ въ моихъ случаяхъ III-й и IV-й, отчасти II-й группъ.

Изъ совокупности полученныхъ мною данныхъ вытекаютъ заключенія:

1) Количественное содержаніе свободной HCl въ желудочномъ сокѣ у хроническихъ нефритиковъ чрезвычайно колеблется какъ въ разныхъ случаяхъ, такъ и въ каждомъ въ частности.

2) Колебаніе это у разныхъ лицъ болѣе значительно и связь его съ общей клинической картиной менѣе замѣтна, чѣмъ у одного и того же индивидуума, гдѣ колебаніе сравнительно меньше и отношеніе къ общему состоянію выражено болѣе рельефно.

3) Въ большинствѣ случаевъ количественное содержаніе HCl—понижено, а общая кислотность—нормальна; въ меньшинствѣ—HCl содержится нормально или отсутствуетъ, а общая кислотность—понижена.

4) Въ отношеніи характера желудочнаго содержимаго разгаръ пищеваренія у большинства нефритиковъ можно поставить въ соотвѣтствіе со 2-й фазой пищеварительнаго процесса у здоровыхъ субъектовъ (по схемѣ Ewald'a).

5) Въ большинствѣ случаевъ сказывается довольно замѣтнымъ пониженное содержаніе неорганизованныхъ

ферментовъ—пепсина, птіалина, отчасти labferment'a.

6) Всасывательная функція желудка вообще нормальна.

7) Механическая сила желудка ослаблена лишь у субъектовъ особенно кахектическихъ, или у лицъ съ катарральными признаками его.

8) Подострые и хроническіе припадки уреміи не исключаютъ возможности существованія у нефритиковъ нормальнаго содержанія HCl въ желудочномъ сокѣ и нормальной пищеварительной дѣятельности послѣдняго.

Вопрос о том, является ли это
1) истинным фактом, или нет
2) истинным фактом, или нет
3) истинным фактом, или нет
4) истинным фактом, или нет
5) истинным фактом, или нет
6) истинным фактом, или нет
7) истинным фактом, или нет
8) истинным фактом, или нет
9) истинным фактом, или нет
10) истинным фактом, или нет

ТАБЛИЦА № 1.

Мѣсяць и число.	General acid?	The HCl % количество свободной HCl. acidity	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока perke strength of gastric juice			
				по Еwald'y.	по Leube.	Одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. pepsin
мая 29	0,27	0,104	первое появленіе въ слюну черезъ 8-12" (4 опредѣленія).	stomach empty in first 1-1 1/4 hours	Stomach empty in 6 1/2 hours перезь 6 1/2 часовъ послѣ обѣда же- лудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 3/4 ч.	1 3/4 ч.
июня 2	0,29	0,086				1 3/4	1 1/2	1 1/2	1 1/4
5	0,3	0,075				1 3/4	1 1/2	1 1/2	1 1/4
8	0,32	0,114				1 1/4	1	1 1/2	1 1/2
15	0,29	0,067				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
21	0,28	0,071				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
22	0,32	0,062				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
26	0,33	0,059				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
июля 4	0,3	0,172				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
6	0,28	0,14				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
8	0,26	0,124				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
11	0,26	0,124				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
15	0,31	0,073				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
17	0,33	0,068				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
	0,29	0,06				1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2

ТАБЛИЦА № 2.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
іюля 18	0,17	0,07	первое появленіе въ стулъ 8—12" (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1—1 ¹ / ₄ часа.	черезъ 6 ¹ / ₂ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опре- дѣленія).	1 ¹ / ₂ ч.	1 ¹ / ₄ ч.	1 ч.	1 ч.
19	0,16	0,092				1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₄	—	—
21	0,18	0,084				1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₄	—
23	0,08	0,009				черезъ 24 часа кружокъ еще не растворил- ся.	—	около 8 ч.	—
26	0,21	0,11	первое появленіе въ стулъ 8—12" (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1—1 ¹ / ₄ часа.	черезъ 6 ¹ / ₂ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опре- дѣленія).	1 ¹ / ₄	1 ³ / ₄	2	1 ¹ / ₂
28	0,26	0,17				1	—	2 ¹ / ₂	—
30	0,23	0,16				—	—	—	—
авг. 1	0,25	0,16				1	около 1 ч.	2 ¹ / ₂	2
4	0,26	0,17				—	—	—	—
5	0,26	0,17				около 1 ч.	3 ³ / ₄	2	—
8	0,25	0,16				1 ч.	1	—	—

ТАБЛИЦА № 3.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	около 2 ч.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
мая 30	0,32	0,055	первое появленіе въ слюну черезъ 8—10 минутъ (2 опер.).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опер.).	около 2 ч.	около 2 ч.	1 1/4 ч.	1
іюня 1	0,35	0,072				1 3/4	—	—	—
2	0,34	0,07				2	1 3/4	1	1
3	0,32	0,084				1 1/2	1 1/2	1 1/4	—
5	0,3	0,08				1 1/2	около 1 1/2	1 1/4	1
7	0,3	0,09				1 1/4	—	—	—
9	0,32	0,085				1 1/4	—	1	1
10	0,31	0,085				—	—	—	—
11	0,31	0,08				1 1/4	около 1 1/4	1	1

ТАБЛИЦА № 4.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Маторная сила желудка опредѣляется		Пептическая сила сода			
				по Ewald'y	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. pepsin
іюня 29	0,15	0,037	первое появленіе въ слюнкѣ черезъ 10—12 минутъ (4 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ солици- дуровой кислоты черезъ 1—1½ (3 опредѣленія).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	4 ч. 4¼ 4¼	ОКОЛО 4 ч. 3½ 3½	— — 2 ч.	— — 1¼ ч. 1½
іюля 2	0,14	0,029				3½	3½	2	1¼
іюля 3	0,17	0,042				3¾	—	—	—
іюля 5	0,15	0,038				—	—	—	—
іюля 6	0,18	0,042				—	—	—	—
іюля 8	0,18	0,045				2¼	2	1¼	1¼
іюля 10	0,17	0,05				2¼	2¼	1¼	—
іюля 12	0,2	0,048				3½	ОКОЛО 3-ХЪ 2	1½	—
іюля 13	0,2	0,045				2	2	1½	—
іюля 18	0,19	0,063				2½	—	—	—
іюля 21	0,18	0,055				2¼	2½	1¾	—
іюля 23	0,2	0,059				2¼	1½	1¼	—
іюля 25	0,21	0,072				1½	1½	1¼	1¼
іюля 27	0,19	0,078				1¾	—	—	—
іюля 27	0,2	0,074				1½	—	—	—

ТАБЛИЦА № 5.

ТАБЛИЦА № 5.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность.	Моторная сила желудка опредѣляется.		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Fleube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
мая 15	0,34	0,14	первое появленіе въ слюнкѣ JK конста- тировалось черезъ 7—10" (5 опред.).	Салициловая кислота появилась въ мочѣ черезъ 1—1¼ часа (4 опред.).	Черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда же- лѣзъ былъ нуль (3 опредѣленія).	1½ ч.	1½ ч.	2 ч.	2 ч.
17	0,33	0,12				1¾	1¾	2¼	2
18	0,33	0,12				1½	ОКОЛО 1½	1½	1½
20	0,3	0,16				—	—	—	—
22	0,32	0,11				1½	1½	1½	1½
23	0,3	0,13	Салициловая кислота появилась въ мочѣ черезъ 1—1¼ часа (4 опред.).	Черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда же- лѣзъ былъ нуль (3 опредѣленія).	Салициловая кислота появилась въ мочѣ черезъ 1—1¼ часа (4 опред.).	1½	1	—	—
25	0,32	0,15				1½	1½	2¼	2¼
26	0,33	0,15				1½	1½	—	1¾
29	0,31	0,14				1¾	—	—	—
іюня 7	0,29	0,14				1¾	1¾	1½	—
9	0,3	0,13	первое появленіе въ слюнкѣ JK конста- тировалось черезъ 7—10" (5 опред.).	Салициловая кислота появилась въ мочѣ черезъ 1—1¼ часа (4 опред.).	Черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда же- лѣзъ былъ нуль (3 опредѣленія).	1¾	1	2	2
13	0,29	0,16				1¾	1¾	1½	—
15	0,31	0,14				—	—	—	—
18	0,27	0,13				1½	1½	1½	1½
іюля 3	0,28	0,15				1¾	—	—	—
5	0,29	0,16	первое появленіе въ слюнкѣ JK конста- тировалось черезъ 7—10" (5 опред.).	Салициловая кислота появилась въ мочѣ черезъ 1—1¼ часа (4 опред.).	Черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда же- лѣзъ былъ нуль (3 опредѣленія).	1¾	ОКОЛО 1¾	ОКОЛО 2-хъ	1¾
7	0,27	0,16				1½	ОКОЛО 1¾	1¾	1¾

ТАБЛИЦА № 6.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
апр. 26	0,23	0,13	первое появленіе въ слюнь че- резъ 8—12 минутъ (3 опер.)	первое появленіе въ ночь сани- тарной кислоты черезъ 1 часъ (2 опер.)	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опер.)	1 3/4 ч. около	около 1 1/4	2 1/2	2 1/2
27	0,24	0,13				около 2	1 1/2	3 1/2	3
28	0,24	0,12				1 3/4	1 1/2	2 1/2	3
мая 2	0,28	0,13				1 1/4	1	2 1/4	3
3	0,25	0,13				1 1/2	1 1/2	3	3 1/2
5	0,25	0,12				около 2	—	—	—
7	0,24	0,14				1 1/2	1	3	3
9	0,25	0,14				1 1/2	1	2 1/2	—
10	0,24	0,12				1 3/4	1 1/4	2 1/2	3

ТАБЛИЦА № 7.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сога			
				по Ewald'y.	по Leube.	Одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
іюнь 9 12 13 14 16 17 21 23 24 26 28	0,3	0,082	первое появленіе въ слюнь черезъ 10—12" (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислотн черезъ 1 $\frac{1}{4}$ —1 $\frac{1}{2}$ часа (3 опредѣленія).	черезъ 6 $\frac{1}{2}$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержитъ остатки пищи (2 опредѣленія).	1 $\frac{3}{4}$ ч. 1 $\frac{3}{4}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{4}$ 1 $\frac{1}{4}$ — — 1 $\frac{3}{4}$ ОКОЛО 2 чъ ОКОЛО 2-хъ	1 $\frac{1}{2}$ ч. 1 $\frac{1}{2}$ ОКОЛО 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{4}$ 1 — — — 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{3}{4}$	1 $\frac{1}{2}$ ч. — — 1 $\frac{1}{4}$ — — — — ОКОЛО 1 $\frac{1}{2}$ — — — —	1 $\frac{1}{4}$ ч. — — — 1 $\frac{1}{4}$ — — — — 1 $\frac{1}{2}$ 1 1 — —
іюль 10 12 14	0,29 0,27 0,25 0,31 0,33 0,28 0,27 0,29 0,26 0,31 0,29 0,22 0,24	0,068 0,09 0,079 0,091 0,086 0,064 0,081 0,069 0,052 0,07 0,091 0,074 0,074				1 $\frac{3}{4}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{4}$ 1 $\frac{1}{4}$ — — 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{3}{4}$ 1 $\frac{3}{4}$	1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ ОКОЛО 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{4}$ 1 — — — 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$ 1 $\frac{1}{2}$	— — — 1 $\frac{1}{4}$ — — — — ОКОЛО 1 $\frac{1}{2}$ — — — —	— — — 1 $\frac{1}{4}$ — — — — — — — —

ТАБЛИЦА № 8.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
мая 23	0,15	0,034	первое появленіе въ слюну черезъ 10—12 минутъ (2 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салициловой кислоты че- резъ 1—1½ часа (2 опред.).	черезъ 6½ часовъ послѣ общаго жеванья была пуста (1 опред.).	4 ч.	3½ ч.	—	—
25	0,15	0,029				—	—	—	—
28	0,13	0,017				около 5	4¼	1½	1¼
29	0,16	0,03				4	3½—4	1½	—
31	0,2	0,047				—	—	—	—
юня 1	0,18	0,047				около 3	2¼	1¼	—
2	0,2	0,053				2	1¾	2	1¾
4	0,19	0,03				1½	1¼	2	—

ТАБЛИЦА № 9.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	Одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
*1 июня	6	0,16	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—10 мин. (3 опыта).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1—1 ¹ / ₄ часа (3 опредѣленія).	черезъ 6 ¹ / ₂ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержитъ не- большіе остатки пищи (2 опре- дѣленія).	4 ч. 3 ³ / ₄ 4 ¹ / ₂ 3 ¹ / ₂ 1 ¹ / ₂ 4 ¹ / ₄ 3 ¹ / ₄	3 ¹ / ₂ ч. 3 ¹ / ₂ 4 — 1 ¹ / ₂ ОКОЛО 4	ОКОЛО 2 ч. — 1 ¹ / ₂ 1 ¹ / ₂ — 1 ¹ / ₂ —	1 ч. 1 ¹ / ₂ 1 ¹ / ₄ — — 1 ¹ / ₄ 1 ¹ / ₂ — 1 ¹ / ₄
	7	0,21							
	9	0,21							
	12	0,24							
	21	0,24							
	24	0,2							
	25	0,21							
	28	0,21							
	30	0,24							
	2	0,22							

ТАБЛИЦА № 10.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
июня 19	0,12	0,04	первое появление в крови через 10—12" (3 определения).	первое появление в моче са- низированной кислоты наступило через 1 часа (3 определения).	через 6 1/2 часовъ пость обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опреде- ления).	4	—	1 3/4 ч.	—
22	0,14	0,04				4 1/2	4 1/2 ч.	1 1/2	—
24	0,17	0,038				—	—	—	—
28	0,19	0,038				—	—	—	—
29	0,16	0,044				—	3 1/2	—	1 1/4 ч.
июля 1	0,19	0,046				ОКОЛО 4	—	—	—
3	0,17	0,05				2 1/2	ОКОЛО 2 1/2	—	—
5	0,17	0,05				2 1/3	2	1 1/4	—
7	0,18	0,055				2	2	1	—
8	0,17	0,05				2	2	—	—
13	0,18	0,053				2 1/4	2	1	—
15	0,19	0,053				2	ОКОЛО 2	1	—

ТАБЛИЦА № 11.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	‰ количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Еwald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
мая 11	0,17	0,041	первое появленіе въ слюнь черезъ 10 минутъ и ранѣе немного (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты че- резъ 1 часъ (3 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ носить обѣда желудкакъ быть пустъ (2 опредѣленія).	около 3 ч.	2 3/4 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
13	0,2	0,044				3	2 3/4	1 1/2	—
15	0,2	0,04				2 3/4	2 3/4	—	—
17	0,17	0,048				2 1/2	около 2 1/2	1 1/2	1 1/4
18	0,21	0,048				около 2 3/4	—	1 1/4	—
20	0,25	0,051				2 1/4	2	—	1 1/4
24	0,25	0,049				2 1/4	2	1 1/4	—
26	0,22	0,06				1 3/4	около 1 3/4	1	1
28	0,21	0,058				1 3/4	—	1 1/2	—
іюня 6	0,24	0,072				1 1/2	1 1/2	—	1
8	0,23	0,065				1 3/4—1 1/2	—	1 1/4	1 1/4

ТАБЛИЦА № 12.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ + HCl. pepsin.
іюля 15	0,11	0,04	первое появленіе въ слюну черезъ 10 минутъ (2 опре- дѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салициловой кислоты—че- резъ 1—1 1/4 часа (2 опред.).	не дѣлалось.	2 3/4 — 3 ч.	2 3/4 ч.	1 3/4 ч.	1 1/2 ч.
16	0,13	0,042				3	2 3/4	—	—
17	0,14	0,033				3 1/2	3 1/2	1 1/2	1 1/4
18	0,14	0,049				3	2 3/4	1 1/2	1 1/2
19	0,15	0,046				3	—	—	—
21	0,16	0,056				2	2	1 1/2	—
23	0,16	0,06				2	—	—	—
25	0,15	0,055				2	около 2-хъ	1 1/4	1

ТАБЛИЦА № 13.

Мѣсяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая:		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y	по Leube.	Одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ + HCl. pepsin
апр. 19	0,19	0,033	первое появленіе въ сѣноть черезъ 8—10 мин. (3 опер.).	первое появленіе въ мочѣ са- нигаруровой кислоты черезъ 1—1½ ч. (3 опер.).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опер.).	4 ч.	3¾ ч.	1½ ч.	1 ч.
24	0,16	0,041				3½	3½	1½	1½
25	0,21	0,039				—	—	—	—
27	0,18	0,046				3	2¾	1¼	—
30	0,19	0,04				3¼	ОКОЛО 3¼	1½	1¼
мая 1	0,16	0,051				2	2	—	—
3	0,19	0,042				—	—	—	—
4	0,18	0,06				2	1¾	1½	—
8	0,19	0,05				2	2	1½	1½
11	0,21	0,055				ОКОЛО 2	ОКОЛО 2	1¼	1
13	0,19	0,055				—	—	—	—
21	0,21	0,048				3	ОКОЛО 3	1¼	1

ТАБЛИЦА № 14.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ + HCl. pepsin.
мая 5	0,22	0,049	первое появленіе въ слюну черезъ 10—14 мин. (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ са- нилизированной кислотой черезъ 1 часъ (1 опредѣленіе).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	2 1/4 ч.	2 ч.	1 ч.	1 ч.
8	0,24	0,045				1	1	1	1
11	0,25	0,053				2	2	1	1
13	-	0,05				2 1/4	2 1/4	1 1/4	1
14	0,23	0,05				2	2	1	ОКОЛО 1

ТАБЛИЦА № 15.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
апр. 28	0,17	0,03	первое появленіе въ слюнь че- резъ 8—10 минутъ (3 опред.)	первое появленіе въ мочѣ сали- циловой кислоты черезъ 1— 1 1/4 часа (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ, послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	около 4 ч.	3 1/4 ч.	1 1/2	—
29	0,17	0,017				5 1/2	5	1 1/2	1
мая 2	0,19	0,02				4 1/2	4	1 1/2	—
4	0,18	0,034				3 1/2	—	1 1/2	—
6	0,18	0,04				—	—	—	—
7	0,19	0,04				2 3/4	2 1/4	—	—
9	0,2	0,036				3 1/4	3	—	1
10	0,19	0,048				2 1/4	—	—	—
12	0,2	0,048				2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4

ТАБЛИЦА № 16.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 16	0,26	0,015	первое появленіе въ слюну	первое появленіе въ ночь	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда	6 ч.	около 6 ч.	1 1/2 ч.	1 1/4 ч.
18	0,26	0,014		1 часть (2 опер.)	желокъ былъ пустъ (3 опер.)	6 1/2	6	1 1/2	1 1/2
19	0,27	0,013				5	около 5	1 1/2	1 1/2
28	0,23	0,017				5 1/2	около 5	1 1/2	1 1/2
30	0,24	0,021				—	—	—	—
мая 1	0,23	0,02				4 1/2	около 4 1/2	1 1/4	1
5	0,22	0,024				4 1/2	—	1 1/2	—
8	0,21	0,027				4	4	1 1/4	1
12	0,22	0,031				4	—	1 1/2	—
14	0,22	0,031				4	3 3/4	1 1/4	—
16	0,22	0,03				4	—	—	—

ТАБЛИЦА № 17.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
2 янв	4	0,13	0,017	первое появленіе въ сѣкнѣ черезъ 10—12 мин. (3 опред.).	первое появленіе въ моче са- лицилуровой кислоты черезъ 1 часа (3 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опре- дѣленія).	5 3/4 ч.	—	— 1 1/4 ч.
	6	0,15	0,019				5 3/4	— 1 3/4 ч.	— 1 1/4 ч.
	10	0,15	0,025				4 1/2	— 1 1/2	— 1
	14	0,18	0,028				4 1/2	— 1 1/4	— 1
	16	0,24	0,012				—	— 1 1/4	— 1
	19	0,2	0,015			около 6	—	— 1 1/4	— 1 1/2
	21	0,2	0,021			около 4 3/4	4 1/2	— 1 1/2	— 1 1/2
	23	0,23	0,013			около 8	6 1/2	— 1 1/2	— 1 1/2
	4	0,21	0,02			около 5 1/4	—	— 1 1/4	— 1
	6	0,21	0,024			5	4 1/2	— 1 1/4	— 1

ТАБЛИЦА № 18.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	0,1% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Еwald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
мая 31	0,26	0,011	первое появленіе въ слюнь черезъ 8—10 минутъ (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты че- резъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	около	около 9 ч. 5 1/2	2 ч.	—
юня 3	0,23	0,015				5 3/4	5 1/2	—	—
5	0,24	0,017				5	—	1 3/4	—
7	0,23	0,012				7 1/2	7 1/2	2	1 3/4 ч.
9	0,2	0,012				8	7 1/2	около 2	—
11	0,22	0,018				—	—	—	—
13	0,21	0,02				4 1/4	—	1 1/2	1 1/2
15	0,19	0,027				4	—	—	—
17	0,21	0,019				4 1/4	—	1 1/4	—
19	0,19	0,025				4	—	—	• 1 1/4

ТАБЛИЦА № 19.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цѣловныя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока.			
			контр.	металь-виолетъ.	тропонинъ.	фродолонд-ва-ниинъ.	по Ewald'y.	по Leube.	одног.	+ pepsin.	+ HCl.	+ + pepsin. + HCl.
апр. 13	0,087	0,016	еле	еле	слегка	да	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1—1 1/4 ч. (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ еще сокращаетъ не- большіе остатки пищи (2 раза).	6 3/4 ч. около 9—10	—	2 ч.	—
15	0,1	0,012	нѣтъ	еле	слегка	да			около 9—10	7 ч.	1 3/4	1 1/4 ч.
16	0,094	0,014	нѣтъ	еле	слегка	да			7	—	—	—
18	0,09	0,014	нѣтъ	еле	слегка	да			около 7	6	—	1 1/2
19	0,12	0,018	слегка	слегка	да	да			5	5	1 1/2	—

Т А Б Л И Ц А № 20.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цѣловыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока			
			конго.	метилъ-виолетъ.	тронеоинъ.	флюоролю-ва-ининъ.	по Ewald'y.	по Leube.	около одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
іюня 10	0,11	0,01	еле нѣтъ	еле нѣтъ	слегка	да	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты че- резъ 1—1 1/2 часа (2 опер.).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опер.).	около 10—12 ч.	—	3 ч.	2 ч.
11	0,1	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	около 24 ч.	3	2
12	0,11	0,014	слегка	слегка	да	да			—	—	—	—
14	0,13	0,015	—	—	—	—			5	5	1 1/2	1 1/2
16	0,14	0,015	слегка	слегка	да	да			около 6	5	—	1 1/2
17	0,12	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	—	2 1/2	—
18	0,12	0,01	—	—	—	—			около 12	—	—	1 1/2
19	0,13	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	—	3	—

ТАБЛИЦА № 21.

Мѣсяць и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока.			
				по Еwald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ + HCl. pepsin.
мая 18	0,01	0,002	первое появленіе въ слюнкѣ черезъ 10 мин. (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	не дѣлалось.	черезъ 24 часа кружокъ еще не растворился.	—	6 ч.	2 ч.
19	0,03	0,004				—	—	5	2
21	0,12	0,029				4 1/2	4	2	1
22	0,14	0,027				4	ОКОЛО 4	1 3/4	1

ТАБЛИЦА № 22.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтныя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока			
			контр.	метиль-виолетъ.	трондолинъ.	флюороглукъ-ванилитъ.	по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
мая 24	0,1	0,006	нѣтъ	нѣтъ	еле	слегка	первое появленіе въ мочѣ са-ничауровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудкакъ былъ пустъ (1 опер.).	черезъ 24 ч. кружокъ еще не растворился.	6 ч.	2 1/2 ч.	
27	0,08	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	слегка			—	—	—	—
29	0,09	0,007	—	—	—	—			черезъ 24 ч. кружокъ еще не растворился.	черезъ 24 ч. кружокъ еще не растворился.	6	2
31	0,095	0,01	еле	еле	слегка	да			черезъ 24 ч. кружокъ еще не растворился.	черезъ 24 ч. кружокъ еще не растворился.	—	—
іюня 1	0,07	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	слегка	—	—	—	—	—	
3	0,08	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да	—	—	—	7	1 3/4	

ТАБЛИЦА № 23.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтковыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока			
			конго.	метилъ-виолетъ.	травозеленъ.	флюоролюминъ-ва-нилинъ.	по Ewald'y	по Leube.	о одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
іюня 4	0,015	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1 1/4 часъ (2 опер.).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда жидокъ еще содержатъ остатки пищи (3 опер.).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	7—8 ч.	2 ч.	
5	0,034	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	—	3	
6	0,025	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	—	2 1/4	
8	0,04	0,0027	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 9	—	
10	0,029	0,003	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 9	—	
12	0,06	0,008	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 6	2	
14	0,067	0,007	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	6	—	
16	0,039	0,0045	—	—	—	—			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	—	—	
17	0,025	0,005	—	—	—	—			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 7	2 1/2	

ТАБЛИЦА № 24.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовые реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока			
			контр.	метилъ-виолетъ.	тропеолинъ.	флороглуконъ-ванилинъ.	по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
марта 26	0,02	0,0021	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	первое появленіе въ мочѣ са- лицилуровой кислоты черезъ 1 1/4 часа (3 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ содержитъ еще не- большіе остатки пищи (2 опре- дѣленія).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	6 ч.	2 ч.	
27	0,03	0,0042	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше	около 6	1 3/4	
29	0,024	0,002	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше	—	—	
30	0,038	0,004	—	—	—	—			см. выше	5	1 1/2	
апр. 3	0,042	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	6 1/2	1 1/2	
5	0,031	0,0038	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	около 7	2	
7	0,028	0,0042	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше	6	1 1/2	
9	0,051	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	
10	0,04	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	
11	0,039	0,004	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	
16	0,04	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше	около 6	1 1/2	
17	0,05	0,0039	—	—	—	—			—	около 6 1/2	1 3/4	
18	0,05	0,0048	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	6 1/2	—	

ТАБЛИЦА № 25.

Мѣсяцъ и число.	‰ общей кислотности.	‰ количество свободной HCl.	Цвѣтоты реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сода			
			конго.	метилъ-виолетъ.	тронеоланинъ.	флюороглуконъ-ва-нилинъ.	по Ewald'y	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin
апр. 8	0,021	0,0063	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 1/4—1 1/2 часа (2 опер.).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержитъ остатки пищи (2 опер.).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	7 1/2 ч.	2 ч.	
9	0,021	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	еле			—	—	—	
10	0,031	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо			—	8	2	
12	0,014	0,004	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	8	2 1/2	
14	0,033	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо			—	7	—	
15	0,035	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	7	2	
17	0,02	0,0048	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	7—8	—	
21	0,03	0,007	нѣтъ	нѣтъ	слабо	слабо			—	—	—	
23	0,03	0,007	нѣтъ	нѣтъ	еле	слабо			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 8	—	

ТАБЛИЦА № 26.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
мая 4	0,06	0,004	первое появленіе въ слюну черезъ 10—12" (2 опер.).	первое появленіе въ ночь са- лицилуровой кислоты черезъ 1 1/2 часа (2 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержитъ незна- чительные остатки пищи (1 опер.).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.	около 8 ч.	около 8 ч.	2 1/2—3 ч.
5	0,06	0,003				—	—	—	2
6	0,09	0,004				—	—	7	около 2
8	0,07	0,006				см. выше	—	7	2 1/4
9	0,08	0,006				—	—	около 7	2 1/4

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Къ табл. № 1. Сокъ обыкновенно получался въ достаточномъ количествѣ, прозрачный, безцвѣтный; легко фильтровался. Пищевая кашка хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ и синтонинъ, паранептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Прибавляемый по каплямъ къ фильтрату растворъ Lugol'я давалъ послѣдовательно окраску: пурпуровокрасную, безцвѣтную, желтую и синефіолетовую Labferment +: створаживаніе молока наступало черезъ 10—20' (7 опредѣленій).

Къ табл. № 2. Сокъ прозрачный, безцвѣтный, легко фильтровался. Пищевая кашка хорошо измельчена и переварена (23/vii числа: сокъ опалесцирующій, въ небольшомъ количествѣ и пищевая кашка плохо переварена). Цвѣтотъ реакція на свободную HCl выражены рѣзко (23/vii числа присутствіе ея обнаруживается лишь при помощи трапеолина и флороглюцинъ-ванилина). Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, паранептонъ и пептонъ +. (23/vii числа пептона очень мало). Реакція Троммера +. Окраска отъ раствора Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая (23/vii: безцвѣтная, желтая). Labferment +: молоко створаживалось черезъ 15—30' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 3. Сокъ—опалесцирующій, фильтровался неособенно скоро. Примѣсь слизи. Пищевая кашка хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, паранептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпурово-красная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +. молоко створаживалось черезъ 15—30' (7 опредѣленій).

Къ табл. № 4. Почти во всѣхъ случаяхъ сока получалось достаточное количество; опалесцирующій, желтоватаго оттѣнка, легко фильтровался. Пищевая кашка хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, паранептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я до 12/vii числа: пурпуровокрасная, безцвѣтная и желтая, послѣ 12/vii числа: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая

(или просто фіолетовая). Labferment +: молоко створаживалось черезъ 15—20—30' (7 опредѣленій).

Къ табл. № 5. Сокъ опалесцирующий, по большей части въ достаточномъ количествѣ, фильтровался легко. Пищевая кашка измельчена и переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +: молоко створаживалось черезъ 10—15' (8 опредѣленій).

Къ табл. № 6. Сокъ-свѣтлоопалесцирующаго цвѣта, обыкновенно въ достаточномъ количествѣ, легко фильтровался. Пищевая кашка переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 10—20' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 7. Сокъ почти всегда получался въ достаточномъ количествѣ, прозрачный, слизистый, не легко фильтровавшийся. Кусочки хлѣба измельчены и переварены хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая (или просто фіолетовая). Labferment +: створаживаніе молока черезъ 10—20' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 8. Сокъ—опалесцирующий, легко фильтровался. Кусочки пищи хорошо измельчены въ сплошную клеевидную массу. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (28/v: пурпуров.-красная, безцвѣтная и желтая) Labferment +: створаживаніе молока черезъ 15—30' (7 опредѣленій).

Къ табл. № 9. Сокъ—водянистослизистый, опалесцирующий, фильтровался плохо. Пищевая кашка представляла видъ клеевой массы, равномерно измельченной. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуноокрасная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 10—20' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 10. Сокъ—опалесцирующий, желтоватаго оттѣнка; фильтровался легко. Пищевая кашка измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуров.-красная, безцвѣтная, желтая и фіоле-

товая. Labferment +: свертывание молока—через 10—20' (8 определений).

Къ табл. № 11. Сокъ — опалесцирующий, фильтровался легко. Пищевая каша хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпурово-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (иногда синефиолетовая). Labferment +: свертывание молока — через 15—30' (7 определений).

Къ табл. № 12. Сокъ — опалесцирующий съ желтоватымъ оттенкомъ, фильтровался легко. Каша измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: створаживание молока—через 10—15' (5 определений).

Къ табл. № 13. Сокъ представлялъ видъ мутной бѣловатой жидкости, фильтровался не особенно легко. Каша пищевая измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: створаживание молока — через 15—30' (7 определений).

Къ табл. № 14. Сокъ—опалесцирующий, фильтровался легко. Пищевая каша измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.—красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: свертывание молока—через 15—30' (4 определения).

Къ табл. № 15. Сокъ—опалесцирующий, фильтровался легко. Каша измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (29/iv и 2/v: пурпурово-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживание молока—через 15—30' (6 опред.).

Къ табл. № 16. Сокъ—опалесцирующий, слегка желтоватый; легко фильтровался. Каша хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуров.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофиолетовая. Labferment +: створаживание молока—через 15—30' (9 определений).

Къ табл. № 17. Сокъ прозрачный, фильтровался не особенно легко. Присутствие слизи; каша измельчена хорошо.

Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока, чрезъ 15—30' (8 опредѣленій).

Къ табл. № 18. Сокъ—прозрачный, фильтровался легко кашница хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофіолетовая (5/vi и 9/vi: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 15—30' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 19. Сокъ—прозрачный, тягучій; фильтровался не такъ легко. Присутствіе слизи; кашница измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая (19/iv: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 20—30' (3 опредѣленія). Первое появленіе въ слюнѣ іода—черезъ 10—12' (3 опредѣл.).

Къ табл. № 20. Сокъ—опалесцирующий; фильтровался легко. Кусочки хлѣба переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (послѣдняго обыкновенно слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 30—45' (7 опр.). Первое появленіе въ слюнѣ іода не позже 10' (2 опред.).

Къ табл. № 21. Сокъ—опалесцирующий; фильтровался легко. Пищевая кашница 18/v и 19/v представляла набухшіе кусочки хлѣба безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (послѣдняго 18/v и 19/v—лишь слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (18/v и 19/v: безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживаніе молока черезъ 15—30' (18/v и 19/v—черезъ 45—60').

Къ табл. № 22. Сокъ опалесцирующий съ желтоватымъ оттенкомъ; фильтровался легко. Кашница—безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ парапептонъ и пептонъ (послѣдній—въ видѣ слѣдовъ). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока вступало черезъ 1¹/₂—2 часа (5 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнѣ іода—не позже 10' (2 опр.).

Къ табл. № 23. Сокъ — опалесцирующий съ желтоватымъ оттънкомъ; фильтровался легко. Кусочки пищи — переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (последній въ видѣ слѣдовъ: 4/vi, 8/vi и 17/vi числа). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока — черезъ 1—1½ часа (5 опред.). Первое появленіе въ слюнкѣ іода — не позже 14' (3 опред.).

Къ табл. № 24. Сокъ — опалесцирующий; фильтровался легко. Кашица — изъ набухшихъ кусочковъ хлѣба безъ видимыхъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ + (26/iii, 29/iii, 5/iv, 7/iv, 11/iv, 18/iv числа синтонинъ — лишь въ видѣ слѣдовъ). 29/iii и 11/iv числа пептонъ — отсутствовали, а 26/iii, 5/iv, 7/iv, 16/iv и 18/iv опредѣлялся лишь въ видѣ слѣдовъ. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я; безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока — черезъ ¾—2 часа; въ двухъ случаяхъ получился лишь labzymogen (10 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнкѣ іода — черезъ 15—20' (4 опред.).

Къ табл. № 25. Сокъ — прозрачный; фильтровался не легко. Присутствіе слизи. Кусочки хлѣба — безъ внѣшнихъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ и парапептонъ +. Синтонина и пептона слѣды. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 1—1½ часа; одинъ разъ получился лишь Labzymogen (7 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнкѣ іода — черезъ 17—19' (2 опред.).

Къ табл. № 26. Сокъ — опалесцирующий; фильтровался не особенно легко. Присутствіе слизи. Куски хлѣба — безъ внѣшнихъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (последняго — слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока — черезъ 1¼—1½ часа (4 опред.).

Заканчивая свой трудъ, считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому Николаю Петровичу Васильеву какъ за предложенную мнѣ тѣму, такъ и за совѣты, которыми

я постоянно пользовался, работая въ его больницѣ. Благодарю ближайшихъ помощниковъ главнаго врача больницы: В. П. Доброклонскаго и П. Д. Кувшинскаго— за ихъ всегдашнюю обязательность и любезность.

Дружеское спасибо д-рамъ А. П. Войновичу, П. И. Дроздовскому и И. В. Лившицъ—часто мнѣ помогавшимъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Желательно имѣть возможно большее число точныхъ изслѣдованій желудочнаго сока у людей здоровыхъ при различномъ пробномъ столѣ.

2) Введеніе въ первый разъ желудочнаго зонда нефритикамъ можетъ, повидимому, иногда способствовать проявленію у нихъ припадковъ острой уреміи.

3) Имѣются фактическія основанія къ терапевтическому примѣненію во многихъ случаяхъ почечныхъ заболѣваній препаратовъ пепсина, солодоваго экстракта и соляной кислоты.

4) Поносы у нефритиковъ часто зависятъ отъ желудочныхъ диспепсій.

5) Подострые и хроническіе припадки уреміи не исключаютъ возможности существованія у нефритиковъ нормальнаго содержанія HCl въ желудочномъ сокѣ и нормальной пищеварительной дѣятельности послѣдняго.

6) „Самопроизвольные“ остеоміэлиты не представляютъ единства въ своей этиологіи, а вызываются, вѣроятно, весьма различными видами патогенныхъ микроорганизмовъ.

7) Отрицать активную роль Friedlaender'овскихъ микробовъ въ этиологіи крупозной пневмоніи нельзя.

8) При обсужденіи нозологическаго характера идиопатическихъ бубоновъ маляріи должно быть отведено видное мѣсто.

9) Только подъемъ нравственно-философскаго развитія практическихъ врачей можетъ внести въ среду ихъ существенную дисциплинирующую связь.

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY
JOHN HUTCHINGS
OF THE BOSTON BAR
IN TWO VOLUMES
VOL. II.
BOSTON: PUBLISHED BY
J. B. ALLEN, 1825.

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY
JOHN HUTCHINGS
OF THE BOSTON BAR
IN TWO VOLUMES
VOL. II.
BOSTON: PUBLISHED BY
J. B. ALLEN, 1825.

CURRICULUM VITAE.

Василій Павловичъ Кравковъ, уроженецъ г. Рязани, изъ солдатскихъ дѣтей, родился въ 1859 году. Среднее образованіе получилъ въ Рязанской губернской гимназіи, по окончаніи которой въ 1878 году поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію, гдѣ по окончаніи курса въ 1883 году признанъ былъ лекаремъ. Въ 1884 году опредѣленъ былъ на службу въ г. Оренбургъ въ 159 пѣхотный Гурійскій полкъ. Въ 1888 году прикомандированъ къ Казанскому военному госпиталю; въ этомъ же году при Казанскомъ университетѣ сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Въ 1889 году прикомандированъ съ научною цѣлью къ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

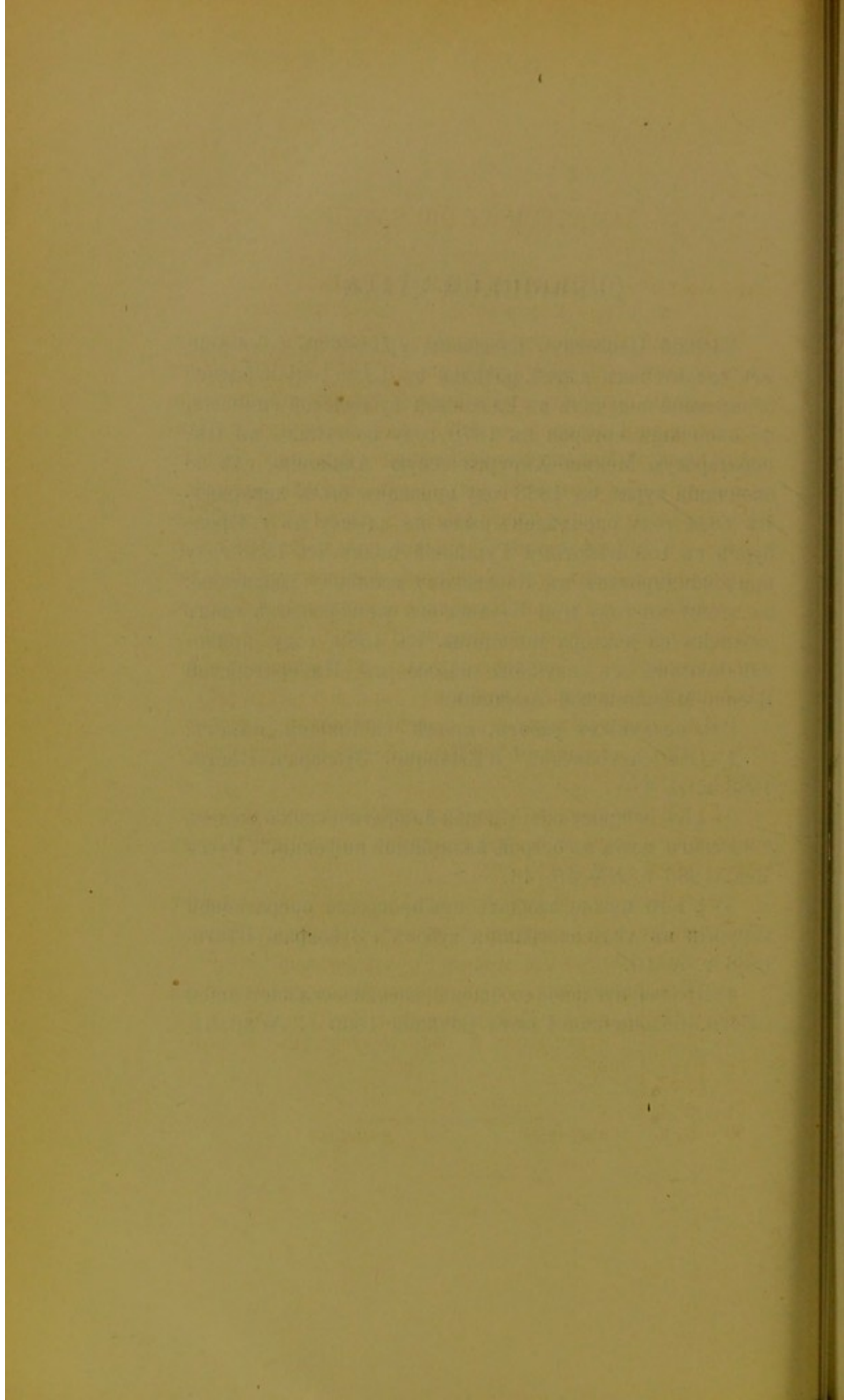
Изъ печатныхъ работъ, кромѣ настоящей, имѣеть:

1) Объ „аттрактивѣ“ d'Estanque. Зубоврач. Вѣстн. 1885 г. № 3.

2) „Къ вопросу объ участіи лимфатическихъ железъ и костнаго мозга въ острой малярійной инфекціи“. Русск. Мед. 1885 г. №№ 45, 46.

3) „Чего нужно ожидать отъ прогресса оперативной хирургіи въ дѣлѣ экстракціи зубовъ“. Зубоврач. Вѣстн. 1886 г. № 10.

4) Предварительное сообщеніе, касающееся настоящей работы. Больничная Газета Боткина 1890 г. № 30, 31.



ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ.

стр.	строка:	напечатано:	должно быть:
16	27 св.	зарегестрировать	зарегистрировать
42	25 "	0,23 ³ / ₁₀	0,23 ⁰ / ₁₀
"	3 сн.	выраженіе лица	выраженіе лица стра-
		страдальческое, выра-	дальческое, представляю-
		жающее и проч.	щее и проч.
48	7 св.	koli chlor	kali chlor.
63	12 "	органовъ;	органовъ,
65	4 "	субъ, екты	субъекты
67	15 "	Въ нѣкоторыхъ ти-	Въ нѣкоторыхъ (типи-
		пическихъ и т.-д.	ческихъ) и т.-д.

ВЪ ТАБЛИЦАХЪ:

№ 1 и 2	маторная сила	моторная сила
№ 3	маторная сила же-	моторная сила жел.,
	лудка, опредѣляемая	опредѣляемая
№ 5 и 4	маторная сила жел.,	моторная сила жел.,
	опредѣляема	опредѣляемая
№№ 1, 2, 5, 7,	минуты изображены	нужно изобразить че-
10, 16, 26	черезъ значекъ "	резъ '

ВЪ ПРИЛОЖЕНІИ:

стр.:	строка:	напечатано:	должно быть:
27	9 св.	створживаніе	створаживаніе
"	16 "	трапеолина	тропеолина
"	9 сн.	labferment +.	labferment +:
28	8 сн.	пурпуноокрасн.	пурпуровокр.
"	2 "	парапентонъ и пен- тонъ	парапентонъ и пеп- тонъ
29	5 св.		
"	13 "		
"	25 "		
"	13 сн.	молочныя	молочная
31	8 "		
30	6 сн.	молочныя	молочная

