

А-77

4816

Х

Изъ Александровской Больницы въ память 19 февраля 1861 г.

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

№ 19.

БІБЛІОТЕ  
Харківського Медичн.  
№ 4816  
Шифр

КЪ ВОПРОСУ

# О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА

ВЪ ТЕЧЕНІИ ПЕРЕВІРКИ  
ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
Василія Кравнова.

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

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

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

1891.

64637

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

# О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА

ВЪ ТЕЧЕНІИ

33

ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІИ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
Василія Кравнова.

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

Имя.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Института
С.-ПЕТЕРБУРГЪ.	

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

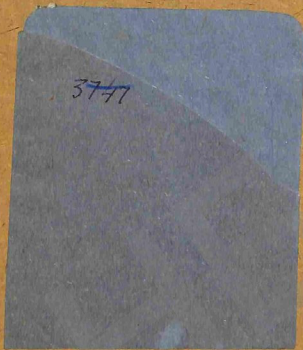
1891.

Перечислено  
1896 г.

2007  
+  
БІБЛІОТЕКА  
Харьківського Медичн. Інстит.  
№ 4816  
Шифр. 244

7-НОЯ 2012

N-3747  
1917



3747

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Василия Павловича Кравкова под заглавием: „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*.

НАУКОВО-МЕДИЦИНСКАЯ

БІБЛІОТЕКА  
Харківського Медичн. Інституту  
№ \_\_\_\_\_  
Шифр \_\_\_\_\_

ПЕРЕВІРЕНО 1986

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 большую или меньшую группу разстройствъ и въ другихъ частяхъ. Этотъ законъ солидарности тканей особенно рельефно сказывается при затажныхъ страданіяхъ какого-либо органа, имѣющаго для жизни индивидуума первенствующее значеніе. Для примѣра возьмемъ хоть органической порокъ сердца, который, будучи вначалѣ чисто мѣстнымъ страданіемъ, съ теченіемъ времени создаетъ для индивидуума цѣлый комплексъ какъ функциональныхъ, такъ и матеріальныхъ разстройствъ въ другихъ органахъ: почкахъ, печени, желудка, 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. Всмотриваясь въ клиническую картину подобныхъ патологическихъ процессовъ, мы замѣчаемъ, что нарушенія функций желудка являются всегда чуть-ли не первыми звеньями въ длинной цѣпи послѣдовательныхъ упадковъ основного первичнаго страданія («вторичныя», «послѣдовательныя», «симптоматическія» диспепсисы КРАВКОВЪ.

Харк. Мед. Інститут  
НАУКОВО-МЕДИЦИНСКАЯ

78910

вообще, въ частности—*dyspepsia cardiaca, hepatica, uterina...* авторовъ). Эта чрезвычайная склонность желудка къ послѣдовательнымъ страданіямъ, въ зависимости отъ заболеванийъ различныхъ органовъ тѣла, не должна представлять для насъ ничего страннаго, такъ какъ и при условіяхъ нормально-физиологическаго 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, клиническаго наблюденія и, наконецъ, спеціальныя въ этомъ направленіи изслѣдованія слѣдующихъ авторовъ: проф. Засѣцкаго <sup>1)</sup>, д-ровъ В. Груздева <sup>2)</sup> и Шполянскаго <sup>3)</sup> (вліяніе на дѣятельность желудка—*потнѣнія*), Germain Sée <sup>4)</sup> и д-ра Вилижанна <sup>5)</sup> (вліяніе *высокой вѣтливой температуры*), Kretschy <sup>6)</sup> и Fleischer'a <sup>7)</sup> (вліяніе *регула*), Busch'a <sup>8)</sup> (одно наблюденіе надъ вліяніемъ *времени сутокъ*, 1858 г.), д-ровъ Вуржянскаго <sup>9)</sup>, Раппопорта <sup>10)</sup> и Жданъ-Пушкина <sup>11)</sup> (вліяніе *сна и бодрствованія*) и, наконецъ, д-ра Вагнера <sup>12)</sup> (вліяніе *покоя, движенія, физической работы и сна*). Что касается дѣятельности желудка при различныхъ пато-

<sup>1)</sup> Сборникъ работъ изъ кабинета проф. Манассеина 1879 г.

<sup>2)</sup> Врачъ 1889 г. № 20.

<sup>3)</sup> О вліяніи потнѣнія на продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ. Диссертац. Спб. 1886.

<sup>4)</sup> Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris. 1881 г.

<sup>5)</sup> Клиническая Газета 1887 г., стр. 300 (опыты надъ животными).

<sup>6)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XVIII. 1876 г.

<sup>7)</sup> Berlin. klin. Wochenschr. 1882 г. № 7.

<sup>8)</sup> Virchow's Arch. T. XIV.

<sup>9)</sup> Врачъ 1887 г. № 47.

<sup>10)</sup> Врачъ 1889 г. №№ 5, 6.

<sup>11)</sup> Врачъ 1889 г. №№ 6, 7, 8.

<sup>12)</sup> Диссертація. Спб. 1888 г.

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

<sup>1)</sup> Военно-Медиц. Журн. 1872 г. (опыты надъ животными).

<sup>2)</sup> Военно-Медиц. Журн. 1879 г.

<sup>3)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1877 г. T. 20.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1877 г. № 42.

<sup>5)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1888 г. T. 42.

<sup>6)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. T. 39.

<sup>7)</sup> Клиническая Газета 1889 г.

<sup>8)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. T. 29.

<sup>9)</sup> Berlin. klin. Wochenschr. 1889 г. № 11.

<sup>10)</sup> Berlin. klin. Woch. 1888 г.

<sup>11)</sup> Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 14.

<sup>12)</sup> Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 15.

<sup>13)</sup> Врачъ 1889 г. №№ 15, 16.

<sup>14)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1889 г. T. 44.

<sup>15)</sup> Verh. d. Congr. f. in. Med. VIII Congr. Wiesbad. 1889 г.

<sup>16)</sup> Патологія и терапія болезней желудка. Перев. 1890 г.

<sup>17)</sup> Диссертація. Дерпт. 1889 г.

<sup>18)</sup> Virchow's Arch. T. 55, стр. 413.

<sup>19)</sup> Deutsch. med. Woch. 1890 г. №№ 6, 7.

<sup>20)</sup> Цитир. по Вагнеру.

<sup>21)</sup> Клиническая Газета 1889 г.

<sup>22)</sup> Revue de Med. 1889 г., стр. 610.

<sup>23)</sup> Zeitsch. f. kl. Med. 1886 г. T. 11.

<sup>24)</sup> Münch. med. Woch. 1889 г. № 33.

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

Перечисливъ всѣ факторы, какъ физиологическіе, такъ въ особенности и патологическіе, влияние 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 диспепсисы», съ которыми такъ часто приходится имѣть дѣло клиницисту и практическому врачу, обязаннымъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшить задачу, съ какой формой диспепсисы они имѣютъ дѣло и какаю основную болѣзнь ее вызываетъ. Пополнить означенный пробѣлъ въ литературѣ являлось положительной необходимостью, и я охотно взялся, по предложенію

<sup>1)</sup> Berl. klin. Woch. 1889 г. № 49.

<sup>2)</sup> Клиническая Газета 1889 г.

<sup>3)</sup> Клиническая Газета 1889 г.

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

<sup>5)</sup> Дѣятельность желудка, пораженнаго ракомъ. Дисс. 1890 г. Спб.

<sup>6)</sup> Arch. f. Psychologie. 1887 г. Т. XVIII.

<sup>7)</sup> Berl. kl. Woch. 1890 г. № 13.

<sup>8)</sup> Цитир. по Большой Газетѣ Восточна 1890 г. № 30 и 31.

глубокоуважаемаго приватъ-доцента Н. П. Васильева, выяснить и изучить посылно специфическую дѣятельность желудка въ теченіи разлитаго воспаления почекъ.

Во время уже производства моей работы появились предварительное сообщеніе д-ра Бернадкаго <sup>1)</sup>, опубликованнаго результаты производнаго имъ изслѣдованія желудочнаго пищеваренія у шести нефритиковъ. Сообщенныя имъ данныя, съ одной стороны, настолько скудныя, съ другой же, настолько отчасти несогласны съ результатами моихъ изслѣдованій, что дѣлаютъ этотъ вопросъ еще болѣе интереснымъ и нуждающимся еще въ дѣломъ рядѣ дальнѣйшихъ изслѣдованій.

Болѣзнь почекъ, сопровождаемая упадкомъ ихъ функциональной способности въ дѣлѣ удаленія изъ организма ядовитыхъ продуктовъ обмѣна веществъ и жизнедѣятельности бактерий, производить рано или поздно довольно стойкія измѣненія состава крови и ослабленіе питанія всѣхъ тканей; въ результатѣ получается своеобразная форма нарушенія химической конституціи организма, *gesp.*—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

<sup>1)</sup> Centralblatt f. klin. Med. 1890 г. № 15.

функцій гесп. диспепсії, случаючіяся обыкновенно у нефритиковъ, создаютъ тотъ *circulus vitiosus*, который быстрыми шагами приводитъ больныхъ, наконецъ, къ печальной развязкѣ. Въ видахъ разумной общей дієтики крайне важно знать поэтому патологофизиологическія 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 взаимодействие: расстройство одной изъ нихъ влечетъ расстройство 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 функціи 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 физиологическихъ функціяхъ — секреторной, всасывательной и двигательной.

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

чительно употреблялъ такъ наз. завтракъ Ewald'a <sup>1)</sup>. Въ 8—8½ часовъ утра больному на тощакъ (при условіи нормальной температуры тѣла) давалось ¼ фунта блага 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 лишніе нѣсколькихъ дней на приученіе больного къ глотанію зонда и не упустить въслѣдствіе этого иной разъ интереснаго періода болѣзни, я въ широкихъ размѣрахъ практиковалъ смазываніе тѣла 10%—20% 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. Неприятныхъ послѣдствій въ видѣ идіосинкразіи къ кокаину ни разу не наблюдалось. Случай, когда никомъ 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 попережномъ его сжатіи воздухъ въ колбѣ разрѣжался и всасывалъ содержимое

<sup>1)</sup> Berl. kl. Woch. 1888 г. № 3, 4.

желудка; последнее тотчас отфильтровывалось (через шведскую бумагу) и фильтрат исследовался.

Общая кислотность сока определялась при помощи титрованного  $\frac{1}{10}$  нормального раствора  $\frac{1}{2}$  грамма натрия; индикатором служил насыщенный спиртный раствор фенолфталеина.

В качестве *индикаторов реактивов* на присутствие свободной HCl я пользовался: 1) бумагой Конго (Congo-roth); 2) метильюлетом (водным 0,25% раствором), предложенным Velden'ом и Uffelmann'ом; 3) тропеолином 00 Merck'a (насыщенным его водным раствором), и 4) реактивом Dr. A. Günzburg'a (2 ч. флороглюцина + 1 ч. ванилина + 30 ч. абсолютного алкоголя'). Относительно упомянутых реактивов можно вообще сказать, что для *чистых* водных растворов HCl они необыкновенно чувствительны; так, определяя посредством известной крепости подобного раствора тот *минимум*, при котором имевшая у меня краски давала еще реакцию, я получил, что предел чувствительности для конго около 0,001%; при 0,0001% содержания HCl окраска совсем исчезала, тогда как для метильюлета и особенно для тропеолина еще сохранялась; предел реагирования для реактива Günzburg'a доходил до 0,000001% HCl. Но ясность реакции всех их значительно уменьшается, если приходится иметь дело не с чистым водным раствором HCl, а например с желудочным соком, т. е. в присутствии органических кислот, солей, бѣлков, и пр., маскирующих реакцию. На основании своих исследований я на первом плане по чувствительности ставлю реактив Günzburg'a, а на втором — тропеолин, затем уже метильюлет и конго.

*Количественное определение HCl* произведено частью

\*) Centralbl. f. kl. Med. 1887 г. № 40.

по Sjöqvist'у (98 анализ.)<sup>1)</sup>, частью по Bourget (157 анализ.)<sup>2)</sup>, двумя способами, из которых у нас в русской литературе первый был подробно разобран и проверен д-ром М. Влюмену<sup>3)</sup>, а второй — д-ром Кіановским<sup>4)</sup>. Излагать процедуру анализа я считаю излишним и позволю себѣ сослаться прямо на подлинныя описанія упомянутых авторов. Всѣх анализов количественнаго опредѣленія мною было проведено болѣе 255, но многіе изъ нихъ по различнымъ случайностямъ пришлось выключить. 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 полугорючистаго 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.

*Исследование бѣлковъ* производилось *титуляционно*. 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 кипяченіи бѣлокъ — отфильтровывался, и фильтратъ, будучи подкисленъ

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. physiolog. Chemie 1889 г. Т. XIII.

<sup>2)</sup> Archive de médecine experim. et d'an. path. 1889. Т. I.

<sup>3)</sup> Врачъ, 1889 г. № 9 и 10.

<sup>4)</sup> Врачъ, 1890 г. № 16.

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

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

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

Я долженъ еще оговориться, что, въ виду близкаго по реакціямъ сходства мальтозы и декстрозы, у меня для каждаго отдѣльнаго случая не было помѣчено, завѣсьла 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 подлежатъ сычужъ и пепсинъ.

*Сычужный ферментъ*—сычужъ. Существованіе его теперь признается большинствомъ физиологовъ и химиковъ; на счетъ его имѣются классическія изслѣдованія Hammarsten'a<sup>1)</sup> который первый научно установилъ доктрину сычужной ферментации; по этому вопросу затѣмъ появилась масса работъ, какъ-то A. Schmidt'a, Kapeller'a, Soxlett'a<sup>2)</sup> и друг. Особенно много потрудились надъ разработкой этого вопроса за послѣднее время Johnson, Boas, Klempere<sup>3)</sup>, C. Rosenthal<sup>4)</sup>, H. Leo<sup>5)</sup>, Ванъ-Путеренъ<sup>6)</sup>, П. Вальтеръ<sup>7)</sup>. 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=Labcasin=сыръ=сычужную творожину. Этотъ казеинъ, свернувшійся подъ влияніемъ сычужа, рѣзко

<sup>1)</sup> Jahresb. f. Therchemie, 1872 г. II.  
 " " " 1874 г. IV.  
 " " " 1877 г. VII.

<sup>2)</sup> Рукон. къ физиології, изд. Германа, пер. Щербакова.

<sup>3)</sup> Zeitsch. f. klin. Med. 1888 г. T. 14.

<sup>4)</sup> Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 45.

<sup>5)</sup> Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 49.

<sup>6)</sup> Матеріалы для физіол. жел. пищев. въ первые два мѣсяца жизни. Дісс. 1889 г.

<sup>7)</sup> Врачъ, 1890 г. № 1—5.



отличается от обыкновенного казеина, получающегося под влиянием кислот („Säurecasein“ = кислотная творожина), во-1-хъ, своей компактностью и связностью, во-2-хъ, значительно меньшей способностью растворения в 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 сырнаго 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. Воас и Klempereg признаютъ, что слизистая оболочка нормальнаго человѣческаго желудка выдѣляетъ прямо не Labferment, а зимогенъ этого фермента (Labzymogen, labenzum), 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, C. S. Воткинъ<sup>1)</sup>. У меня, какъ будетъ видно ниже, получались результаты, отчасти не подтверждающіе теоріи Воас'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

<sup>1)</sup> 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 влияніемъ Labferment'a сырое молоко въ 10 разъ скорѣе свертывается, чѣмъ кипяченое. Для доказательства Labzymogen'a предварительно разрушаютъ ферментъ: или а) нагревая сокъ выше 70° Ц., или же б) нейтразуя 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, применяемыя 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.

Опрежденіе пепсина производилось путемъ искусственнаго пищеваренія по отношенію къ бѣлковому кружку. Изъ круглаго бѣлка куринаго яйца при помощи двойного ножа и пробойника дѣлались кружки всегда одинаковой величины (1 миллім. 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 пенингъ (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 растворения бѣлка въ каждой, заключалось о недостаткѣ той или другой составной части желудочнаго сока и о пептической силѣ послѣдняго. Кружокъ при нормальныхъ условіяхъ для своего растворения въ чистомъ желудочномъ сокѣ требуетъ приблизительно 1 часть времени.

По чисто вѣдѣннымъ причинамъ время растворения кружка я отмѣчалъ черезъ 15-ти-минутные промежутки (1—1¼—1½ часа и т. д.) и болѣе сутокъ за перевариваніемъ его я не слѣдилъ. Изъ циркулирующихъ въ продажѣ препаратовъ пепсина я выбралъ *pepsinum 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 слюбѣ принятаго внутрь юдистаго калия. Этотъ способъ опредѣленія былъ впервые затронуть Penzold'омъ и Faber'омъ<sup>1)</sup>, опредѣлившими время появленія для здоровыхъ субъектовъ—10—15 минутъ. Затѣмъ этимъ вопросомъ занимались Sticker<sup>2)</sup>, Zweifel<sup>3)</sup> (изъ клин. Eichhorst'a), J. Wolff<sup>4)</sup>, Ewald<sup>5)</sup>, Boas; изъ соотечественниковъ—Засѣцкій, Тумасъ, Исаковъ. Къ полному соглашенію на счетъ времени появленія JK въ слюбѣ здоровыхъ индивидуумовъ до сихъ поръ еще окончательно не пришли.

<sup>1)</sup> Berl. kl. Woch. 1882 г. № 21.

<sup>2)</sup> Berl. kl. Woch. 1885 г. № 35, 36.

<sup>3)</sup> Deutch. Arch. f. kl. Med. 1886 г. № 39.

<sup>4)</sup> Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 6, H. II.

<sup>5)</sup> О способахъ изслѣдов. жел. и его содерж. Перев. Блюмау.

Большинство ставить крайній предѣлъ=15 минутъ; но имѣются, напримѣръ, такія мнѣнія, какъ J. Wolff'a, который срокъ всасыванія JK ставить въ болѣе широкія границы и не видитъ ничего патологическаго въ появленіи въ слюбѣ JK даже черезъ 1—1½ часа. По всасыванію юда заключать о всасывательной функціи *вообще*—я думаю надо осторожно, а потому въ рубрикахъ таблицъ я погѣтилъ: „всасывательная способность для JK“. На тошакъ, какъ извѣстно, всасываніе совершается скорѣе, чѣмъ при полномномъ желудкѣ. Своимъ больнымъ и обыкновенно давалъ на тошакъ желатинозную капсулю съ 10 гранъ JK, 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 слѣдилъ такихъ опредѣлений числомъ 74. Числа, полученныя мной, колеблются между 7—20 минутами (см. ниже).

С) *Определеніе механической силы желудка.* Изъ всѣхъ предложенныхъ способовъ изслѣдованія ея я выбралъ два—1) способъ Ewald'a-Sievers'a<sup>1)</sup>, и 2) способъ Leube-Riegel'a<sup>2)</sup>. 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 влияніемъ панкреатическаго сока тотчасъ же разлагается и немедленно всасывается, обуславливая появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты, которая съ нѣсколькими каплями liq. ferri sesquichl. даетъ фиолетовую окраску. По времени появленія салицилуровой кислоты въ мочѣ, Ewald судить о времени

<sup>1)</sup> О способахъ изсл. жел. сока и его содерж. Перев. Блюм.

<sup>2)</sup> О распознаваніи и леченіи об. жел. Riegel'a. Перев. 1888 г.

поступления салаола из желудка в кишки и говорить, что при нормѣ, послѣ принятия 1 грм. салаола, реакція въ мочѣ должна появиться через 40 и максимумъ 75 минутъ. Примѣняя салаолъ для клиническихъ цѣлей, Ewald руководствовался изслѣдованіями Nencky, Sahli и Lepine'a, утверждавшими неизмѣняемость салаола въ кислой средѣ желудочнаго содержимаго. Но діагностическая роль этого средства должна была быть ослаблена появившейся работой д-ра Родзаевскаго <sup>1)</sup>; доказавшаго, что разложение салаола возможно не только по протяженію всего желудочно-кишечнаго тракта, но даже въ другихъ тканяхъ, несмотря на кислую реакцію, и что въ этомъ разложении видную роль играютъ бродильные процессы.

Къ такимъ же въ общемъ результатамъ пришелъ почти одновременно М. Lesnik <sup>2)</sup>. Неудовлетворительность способа Ewald'a затѣмъ была доказана Brunner'омъ <sup>3)</sup>, Huber'омъ <sup>4)</sup>, Decker'омъ <sup>5)</sup>; послѣдніе двое рекомендуютъ для опредѣленія двигательной недостаточности желудка руководствоваться скорѣе продолжительностью реакціи въ мочѣ, считая за норму 26 часовъ. Несмотря на такія данныя, умаляющія значеніе салаоловой 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 салицидуровую кислоту; я думаю,

<sup>1)</sup> 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 извѣстныхъ соединеній салициловой группы въ организмъ“.

<sup>2)</sup> Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmac. T. XXIV.

<sup>3)</sup> Deutsch. med. Woch. 1889 г. № 7.

<sup>4)</sup> Münch. med. Woch. 1889 г. № 19.

<sup>5)</sup> Berl. klin. Woch. 1889 г. № 45.

что это было бы не безынтересно въ отношеніи вопроса о выдѣленіи салаола большими почками, по аналогіи съ другими лѣкарственными веществами, на выдѣленіе которыхъ мочей нефритиковъ было уже обращено вниманіе авторовъ; укажу хоть на работу Э. Гейслера <sup>1)</sup>.

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

Въ обѣдъ больному назначалось: тарелка супа, одна котлета (32—40 золотниковъ мяса) и <sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунта бѣднаго хлѣба. Послѣ обѣда больной ничего не ѣлъ и не пилъ втеченіи 6 <sup>1</sup>/<sub>2</sub>—7 часовъ; по истеченіи этого срока выхоласкивался 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 человекъ.
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 „

<sup>1)</sup> „Къ вопросу о выдѣленіи йода почками“. Дисс. 1888 г.

Его же: „Скорость выдѣленія йодистаго калия мочей, какъ діагностич. призна. некоей формѣ нефрита“. Врачъ, 1888 г. № 26, 27.

ПРАВОВЫЕ.

БІБЛІОТЕКА  
Карпівського Медичного Інституту  
№ 4876

ПЕРЕВІРЕНО 1926

49 лѣтъ . . . . .	1 человекъ.
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)<sup>1)</sup>. Большинство поступало съ сильно выраженными припадками расстроенной 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-

<sup>1)</sup> Со времени знаменитаго британскаго врача Rich. Bright'a (1827 г.), который первый доказалъ и точно сформулировалъ внутреннюю связь между водяной, альбинурией и поражениемъ почекъ, литература по выясненію характера и сущности происходящихъ при этомъ измѣненіяхъ въ почкахъ, разрослась до солидныхъ размѣровъ, представляя и до сихъ поръ довольно запутанную исторію самихъ 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 белой почкой и смертельной зернистой — имѣющимъ опредѣленную и клиническую физиологію, — существуютъ цѣлый рядъ промежуточныхъ формъ, характеризующихся соответственной нестройностью 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 разграниченные 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: униформистовъ и дуалистовъ. Первые (Rayer, Frerichs, Reinhard, Leyden, Bamberger, Dieulafoy, Aufrecht, Weigert, Rosenstein, Senator и проч.) исповѣдуютъ доктрину патологическаго единства почечнаго воспаленія, вторые же (Samuel Wilks, Mahl, Bartels, Johnson и проч.) видятъ въ большой белой почкѣ и белой зернистой — процессъ sui generis, не переходящій другъ въ друга, представляющій различную анато-

мый 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 сердцебиенія, 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, дурезъ повышался, количество бѣлка въ мочѣ (опредѣлялось по Esbach'y) уменьшалось, діарейныя явленія ослабѣвали и большой наконецъ выписывался хорошо окрышнымъ и поправившимся безъ отековъ, съ нормальнымъ стуломъ и т. д., представляя часто лишь одинъ патологическій симптомъ — альбинурию. Остальные случаи — въ противоположность означеннымъ — протекали сравнительно монотонно: улучшеніе было не рѣзкое или же никакого.

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

Случаевъ смерти одинъ.

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

ическую подкладку и даже различную этиологію. Въ послѣднее время большинство придерживается унитарной теоріи, кладя въ основу воспаленія почекъ комбинаціонное 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<sup>4</sup>  
 или каждый день, или же черезъ одинъ и нѣсколько  
 дней.

Діетой больнымъ служила смѣшанная пища.

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

Исслѣдованію специфической дѣятельности желудка  
 были предпосылаемы обычные физическіе методы его  
 исслѣдованія (постукиваніе, ощупываніе, раздуваніе  
 его шпунчей смѣсью и проч.) и, лишь въ случаѣ отри-  
 цательныхъ результатовъ съ этой стороны, больной  
 подвергался анализамъ.

Полученные мною результаты исслѣдованія функ-  
 ции желудка у нефритиковъ представляются весьма  
 неоднобразными: вмѣстѣ съ случаями нормальной  
 функции имѣются и такіе, гдѣ послѣдняя или немного  
 или рѣзко ослаблена. Чтобы лучше ориентироваться,  
 я нашелъ возможнымъ полученные данныя подвести  
 подъ четыре группы случаевъ, кладя въ основу дѣ-  
 ленія количественное содержаніе HCl въ сокѣ и пеп-  
 тическую силу послѣдняго.

*I группа.* Случай (4), гдѣ количество свободной  
 HCl достигало обыкновенно нормальныхъ цифръ<sup>1)</sup> и  
 бѣлковый кружокъ растворялся черезъ  $\frac{3}{4}$ —2 часа.  
 Цвѣтковыя реакціи на присутствіе HCl—рѣзки. Мо-  
 лочная кислота—постоянно. Всѣ виды бѣлка—начиная

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

отъ альбумина, кончая пептономъ. Присутствіе крах-  
 мала и всѣхъ его продуктовъ превращенія—до сахара  
 включительно. Labferment—всегда. Всасывательная и  
 двигательная функціи желудка нормальны. Прибавленіе  
 пепсина часто ускоряетъ искусственное пищевареніе,  
 прибавленіе же acidі muriati diluti—часто замедля-  
 етъ его.

Общая кислотность = 0,16%—0,34%  
 (одинъ разъ = 0,08%).

Количество HCl = 0,059%—0,17%  
 (одинъ разъ = 0,009%).

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. Цвѣтковыя реак-  
 ции на присутствіе HCl получались постоянно въ раз-  
 личной 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. Двига-  
 тельная въ трехъ случаяхъ (№ 7, 9, 19) ослаблена.  
 Прибавленіе пепсина—часто, а прибавленіе acidі muri-  
 at. dil. постоянно—ускоряли искусственное пищева-  
 реніе.

Общая кислотность = 0,087%—0,35%.

Количество HCl = 0,011%—0,091%.

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. Цвѣтковыя  
 реакціи на присутствіе HCl были выражены слабо,  
 часто совсѣмъ отсутствовали. Молочная кислота—  
 постоянно. Всѣ виды бѣлка отъ альбумина до пептона;

последний иногда в виде следов. Процесс сахарофицирования—в стадии декстринов (ахроо-, эритро-) и сахара; иногда—растворенный крахмал. Labferment—всегда, но энергия его ослаблена. Всасывательная и двигательная функции желудка нормальны. Недостаток больше HCl, чем пенсина.

Общая кислотность = 0,01% — 0,14%.

Количество HCl = 0,002% — 0,029%.

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

*IV группа.* Случаи (4), где пищеварительная сила сока до того ослаблена, что бѣлковый кружок не обнаруживал никаких признаков растворения даже по истечении суток. Присутствие свободной (?) HCl в большинстве могло быть доказано лишь количественным определением, а не обычными качественными цветными реакциями. Молочная кислота открывалась постоянно. Пептон часто или отсутствовал или обнаруживался в виде следов. Процесс сахарофицирования—в стадии ахроодекстрина и сахара. Labferment открывался не всегда; энергия его ослаблена; в трех случаях лишь Labzymogen. Всасывательная функция желудка ослаблена лишь у 2-х (№ 24, 25), и то сравнительно. Механическая сила—у всех ослаблена. Прибавление HCl и особенно HCl + pepsin резко улучшает искусственное пищеварение.

Общая кислотность = 0,014% — 0,09%.

HCl = 0,002% — 0,008%.

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

Общий признак, как видно, для всех групп следующий: 1) кислая реакция сока, 2) присутствие в большем или меньшем количестве молочной кислоты, 3) постоянное нахождение ахроодекстрина и сахара, и 4) врожденный недостаток пенина (судя по тому, что прибавление последнего почти всегда ускорило искусственное пищеварение и, в худшем случае никогда его не тормозило).

Полученное непостоянство и разнообразие количественного содержания HCl во всех наблюдаемых мною случаях сказывается и в каждом отдельном из них, у одного и того же индивидуума за время течения его болезни. При внимательном рассмотрении историй болезни нельзя не заметить, что колебание HCl у каждого отдельного индивидуума имеет известную законосообразность и находится в соотношении с некоторыми клиническими симптомами. Как правило можно высказать, что с улучшением общих явлений самочувствия больного, с подъемом его сил—количество HCl последовательно повышается и пищеварительная сила сока увеличивается. Это особенно наглядно можно наблюдать на случаях, где процесс прогрессивного—изо дня в день—улучшения в состоянии организма выразит наиболее рельефно; здесь, как видно из синоптических таблиц, кривая HCl идет crescendo и, в отчетный период, всегда параллельно с кривой диуреза, достигающего к окончанию отеков своего апсге; по исчезновении же водяночных явлений, когда диурез или остается приблизительно in statu quo, или понижается, кривая HCl или продолжает все подниматься, или же идет, как и раньше, в параллель с диурезом, иногда вместе с ним даже понижаясь, при несомненном улучшении объективных и субъективных явлений больного. Что эту параллель в первоначальном нарастании HCl и диуреза можно отчасти рассматривать не как два случайные эпифеномена, сопутствующие лишь друг друга, но и как явления, втройно, находящиеся между собой в более тесной зависимости, о том речь будет ниже. В случаях, где клиническая картина болезни то улучшалась, то ухудшалась, или же течение последней было монотонное, там и кривая HCl или волнообразно колебалась, или же совсем не представляла хотя бы мало-мальски видимой правильности.



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

I группа имѣеть—	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 диаграммы.

УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ.

—○—○—○—○— обшая кислотность сока.

⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙ НС.

—●—●—●—●— всѣ тѣла.

—×—×—×—×— диурезъ.

■ бѣлокъ въ мочѣ.

■ поносъ.

⊃ асцитъ.

■ аназарка.

▷ увеличенная печень.

ИСТОРИИ БОЛѢЗНЕЙ.

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

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

сердцебиеніе и отеки всего тѣла; иногда—боли въ области поясницы и кровотеченія горломъ; въ вечеру случались позноблѣиванія, кончавшіяся жаромъ и потомъ. Лѣчился обыкновенно амбулаторно; лишь въ прошломъ году вынужденъ былъ лечь въ больницу. Никогда не пьянствовалъ.

Субъективные симптомы. Постоянная одышка, доходящая временами до удушья, сердцебиеніе и небольшой кашель. Аппетитъ хороший.

Объективное изслѣдованіе. Тѣлосложеніе средняго; мускулатура развита умеренно; подкожный жирный слой развитъ скудно. Общія покровы и слизистая оболочки блѣдны. Отекъ ногъ и лица. Сердечная область представляетъ выпячиваніе („voussure“). Со стороны легкихъ, небольшое сравнительно ослабленіе звучности перкуторнаго тона подлѣвной ключицей; распространенные всюду свистящіе и средненузырчатые влажные хрипы. Область сердечной тупости: сверху—3-е ребро, справа переходитъ немного лѣвую стернальную линію, слева—на 2—2½, по л. пальца заходить кнаружи отъ lin. mamill. sin. Толчекъ сердца распространенный, соотрясаемый, ощутимъ и видимъ въ 4, 5 и 6-мъ межреберьяхъ внутри и пальца на 2—3 кнаружи отъ соска. Рабочая дѣятельность сердца усилена; ритмъ сокращеній—правильный; временами ощущается frémissement catale. У верхушки выслушивается предсистолическій шумъ, оканчивающійся акцентированнымъ первымъ тономъ, за которымъ слѣдуетъ 2-й слабый тонъ; по направлению къ основанію сердца шумъ постепенно исчезаетъ и 1-й тонъ становится слабѣе, за то диастолическіе тоны усиливаются и являются, особенно у легочной артеріи, рѣзко акцентированными—звонкающаго характера. Пульсъ—80—84, небольшой, правильный, равномерный. Дыханіе—32—40. Печень перкуторно выдается пальца на два изъ подреберья, при пальпаціи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ, пальца на три не доходящій до пупка. Стулъ 2—3 раза въ сутки кашцевидный. Моча—700 к. с., уд. в.—1018; реакціи кислой; въѣтъ свѣтложелтый; содержитъ бѣлокъ (1 грм. въ сутки). Въ осадкѣ подъ микроскопомъ найдены зернистые, гиалиновые и отчасти эпителиальные цилиндры. Температура тѣла нормальная; мокрота въ скудномъ количествѣ, слизистая, стекловидная.

Теченіе болѣзни. Состояніе все время было безлхорадочное. Стулъ отъ 2 до 3 разъ консистенціи нормальной; рѣдко 5 разъ и кашцевидный. Мочи—500 к. с.—3000 к. с., уд. в.—1018—1010; постоянно содержался бѣлокъ, котораго вначалѣ выдѣлялось 1—1,5 грм., послѣ концъ—до 3,75 грм. въ сутки.



Обыкновенно днем большой мочился сравнительно редко, чаще всего ночью. Пульс—68—100, почти постоянно правильный. Дыхание—32—40. Со стороны печени явления оставались без перемен. Асцит и водяночяная явения не исчезали, то обнаруживались. Крипы, бывшие сначала распространеными, под конец стали более редкими. Явления со стороны сердца оставались те же. Снят ятомов гастрического расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, изжога и проч.) не наблюдалось. Видь больного всегда был страдальческой; больной постоянно чувствовал свое сердце. Выдающиеся субъективные симптомы была жалоба на постоянную одышку, усиливающуюся в лежачем положении больного. Часто покойный сонь больного нарушался приступами удушья, являющимися преимущественно по ночам и сопровождающимися сердцебиением и кашлем; то сухим, то с кровавистой мокротой; иногда чувствовал при этом боль в области сердца. В зависимости от астматических явлений самочувствие больного то ухудшалось, то улучшалось. Иногда больной жаловался на боли в пояснице, усилившиеся при хождении. Вѣсь колебался между 55500 грм. и 62000 грм., вначаль—61000 грм. подь конец—62000 грм. Выписанса больнои безь всякаго улучшения.

Лѣчение. Послѣдня назывались.—препараты opia, digitalis adonis vernalis, t-ra Convallaria majalis—t-ra valeriana, бромистые препараты; глина, кислород; теплая ванна.

№В. 15-ть анализовь сока; способь Bourget; общая кислотность—0,26‰—0,33‰;  $\text{HCl}$ —ж—0,059‰—0,17‰, кривая общей кислотности сока почти постоянно въ обратномъ отношеніи съ кривой  $\text{HCl}$ ; кривая  $\text{HCl}$  обыкновенно совпадаетъ съ кривой диуреза, достигая своего minimum въ дни, когда больнои чувствовал себя особенно плохо (послѣ бессонныхъ ночей вслѣдствіе приступовъ удушья).

№ 2 (см. табл. и діарм. № 2). Артамонъ Груднинъ, отставной солдатъ, по профессіи городовой, 41 года. Съ 16 июля по 8 августа. Nephritis chronica diffusa. Uraemia acuta.

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

скоро исчезли и вплоть до послѣдняго времени оныхъ не замѣчалъ. Abusus spirituosum отрицаетъ: пилъ понемногу и изрѣдка.

Субъективные симптомы. Кашель и одышка, усиливавшаяся при положении больного на лѣвобокъ. Жалобъ на правый бокъ никакихъ. Аппетитъ довольно хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Субъектъ хорошо сложенный и довольно упитанный. Пульс—48, правильный, полный, твердый. Дыханіе—20. Артерій не склеротичны. Температура нормальная. Довольно рѣзко выраженный отекъ ногъ, половыхъ органовъ и туловища. Со стороны легкихъ: на протяжении болѣе ладони подь правой лопаткой и по правой аксиллярной линіи снизу имѣется относительное притупленіе перкуторнаго тона; здѣсь же fremitus pectoralis и везикулярное дыханіе ослаблены. Коегдѣ слышны. Область сердечной тупости справа—почти до медианной линіи, слѣва нѣсколько заходитъ за сосковую линію кверху. Толчекъ сердца прощупывается не рѣзко въ 5-мъ межребрьѣ по *lin. mamill. sin.* и внутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; у аорты на діастолѣ акцентъ. Животъ болѣной; покровы его напряжены. Асцитъ почти до пупка. Печень слегка болѣзненна и пальца на 1½ выдвигается 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 глянцаныхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ примѣсомъ бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсь—80500 грм.

Теченіе болѣзни. Дни черезъ три увеличеніе печени уже не констатировалось. До 23-го июля: состояніе было беззлободочное, стулъ 2—4 раза въ сутки, жидковатый; количество мочи постепенно увеличилось до 3000 куб. с., уд. в.—1001, водяночяная явения замѣтно уменьшились; вѣсь началъ; камень почти уничтожился. Съ вечера 22-го числа общее недомоганіе и головная боль. 23-го числа—головная боль усилилась, появились анюгехія, тошнота, рвота и полный амавроз; временами помраченіе сознания 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; моча—1800 к. с., уд. в.—1007. 26-го числа: чувствовать себя довольно удовлетворительно, аппетитъ хорошій, небольшая лишь головная боль, видѣть хорошо; стулъ калъ и раннее; моча—1800 к. с., уд. в.—1009, бѣлка 1 грм. Явленія асцита исчезли. Ясное везикулярное дыханіе,

51544/11.1.1. А  
Лечебная Комиссия  
Министерства  
Земледельческихъ, Промышленныхъ и  
Дѣльскихъ Дѣлъ  
1909

кашла вѣтъ. Съ 27-го числа исчезла головная боль и пошло быстрое поправление. Къ 1-му августа исчезла аназарка. Количество мочи колебалось 2800—4600 к. с., вѣсъ постепенно падать. Стулъ послѣ приступа уремій—постоянно былъ нормальный. 8-го августа выписался, самочувствие прекрасное; вѣсъ=67500 грам., блѣда въ мочѣ—1 грм. Уменьшение звончести перкуторного тона на правой половинѣ груди осталось по прежнему.

Лѣчение. Сначала отъ кашля—morphii muriatici gr. ʒj+irerasianh. gr. ʒi/2, 1—2 порошка къ ночи. Во время приступа уремій подѣ кожу morphii muriatici gr. ʒi/4 раза 2—3 въ день. Затѣмъ периодически теплыя ванны.

NB. 11-ть анализовъ сока; способъ Bourget. Общая кислотность=0,08%—0,26%; Hcl=0,009%—0,17%. Вѣсъ и водянистая явленія постепенно падаютъ до 1-го августа, послѣ чего—съ исчезновениемъ 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 привадковъ острой уремій (23-го іюля); съ окончаніемъ привадковъ уремій, съ улучшеніемъ общей клинической картины какъ общая кислотность сока, такъ и количество HCl рѣзко повышаются (26 іюля).

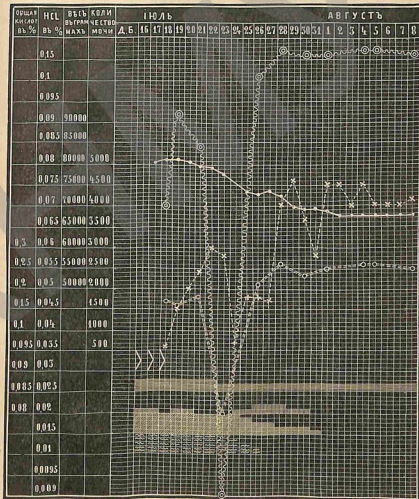
№ 3 (см. табл. и діагр. № 3). Никодимъ Кондратовичъ, крестьянинъ, чернорабочій, 18 лѣтъ. Съ 26 мая по 11 іюля. Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ замѣтилъ опухоль всего тѣла; передать, что отеказъ и раньше; часто побавивала поясница и голова. Лишь за послѣднее время позволялъ себѣ недолго понынаствовать съ товарищами; до этого водкой никогда не злоупотреблялъ.

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

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

№ 2. Артамонъ Груднинъ.



звонкостью; диастолический тон у аорты экцентрированъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцит 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 гиалиновые цилиндры съ примѣсью бѣлыхъ, отчасти красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ=61000 грм.

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

Лѣчение. Периодически теплая ванна.

№ 9-ть анализовъ сока; способъ Bourget; совпаденіе въ объемѣ кривой діуреза съ кривой HCl. Общая кислотность=0,3%<sub>о</sub>—0,35%<sub>о</sub>; HCl=0,055%<sub>о</sub>—0,09%<sub>о</sub>.

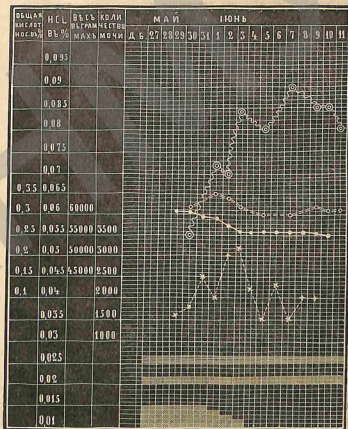
№ 4 (см. табл. и діагр. № 4) Ефимъ Калыгинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 29 лѣтъ. Съ 25-го іюня по 27-е іюля. Nephritis chronica diffusa.

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

Субъективные симптомы сводятся лишь къ жалобѣ на существующіе отеки; нашла, одышка, головной боли и проч. не чувствуютъ. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный субъектъ; восковой свѣтъ общихъ кровеносъ; слизистыя оболочки блѣды. Сильная общая аназарка. Температура нормальная. Пульсъ=64, небольшой, правильный. Дыханіе=20. Въ легкихъ ничего особеннаго, кровѣ рѣдкихъ свистовъ. Сердце: область абсолютной тупости нальда на 1½, заходитъ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Точкою не сильный, пронизывается кнутри и нѣсколько кнаружи отъ соска, въ 5-мъ межреберьяхъ. Ритмъ правильный. Тоны чисты и отчетливы; диастолическіе изъ нихъ adbasim cordis—акцентированы, шелкающие. Животъ большой. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцитъ нальда 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 гиалиновыхъ

№ 3. Никодимъ Кондратовичъ.





мемами, ощущение шума и закладывания в ушах; чувство напряжения в области почек.

Объективное исследование. Коренастый плотный мужчина с хорошо развитым подкожным жирным слоем. Общая аназрка, интенсивные всего—на ногах ниже колен, захватывающая задние бедра, половые органы, туловище, лицо и руки. Слизистая оболочки—розовые. В легких—небольшое сравнительно уменьшение звучности перкуторного тона в области дѣвой лопатки; разбросанные кое-гдѣ свисты и средне-пузырчатые хрипы. Область сердечной тупости справа нѣсколько заходит за дѣвую парастернальную линию, слева же — на один поперечный палец кнаружи от *lin. mamil. sin.* Точка сердца слабо прощупывается в 5-м, частью в 6-м межреберьях внутри и немного кнаружи от дѣвого соска. Ритм правильный. Тоны чисты; небольшой акцент на диастоли у легочной артерии.

Пульс = 72—80, небольшой, правильный и равномерный. Дыханіе = 18.—20. Живот большой, отвислый; покровы на нем не напряжены. Печень пальца на два выходит из подреберья, немного болѣзненна. Селезенка не увеличена. Скопления жидкости в полости живота—почти до пупка. По всему тѣлу—расчесы. Температура тѣла субнормальная. Отправления кишечника—3—5 разъ въ сутки, жидковаты. Количество мочи за сутки—600—800 куб. с., уд. в. = 1022—1023, кислой реакціи, грязнокфейнаго цвѣта, содержит массу бѣлка (до 15 $\frac{1}{100}$ ). При микроскопированіи осадка: масса эритроцитовъ, глицериновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и цилиндридовъ съ примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

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

шеся дней 6—7, пока не была выведена головка паразита. Въ дальнейшемъ теченіи водноочныя явленія постепенно, хотя и медленно, уменьшались. Повторное исследование кала на глисты давало отрицательный результатъ. По временамъ появлялись—головная боль, уменьшеніе аппетита и ощущение закладывания и шума в ушахъ. Всѣхъ большого значенія—69000 грм., къ концу—63000 грм.

Выписанъ былъ болѣею немного поправившимся.

Для черезъ 2—3 снова явился на болѣзнь 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 юля—Extr. Filicis Maris, Rhiz. Fil. Maris, Ol. Ricini. Время отъ времени—infus. adonis vernalis + Liq. kali acetic; теплая ванна, рѣдко—паровая.

NB. 17 анализовъ сока; способъ Vouget; общая кислотность = 0,27% — 0,34%; HCl = 0,11% — 0,16%; ведритъ преимущественно—парехиматовый; припадки хронической уремии; поправление медленно и не рѣзкое; изгнание ленточной глисты, хотя клинически и сказалось инокъорымъ улучшеніемъ самочувствія болѣзненного, но осталось безъ видимаго вліянія на теченіе основнаго процесса и функціи желудка; часто плохой аппетитъ—при нормальномъ содержаніи HCl въ желудкѣ. Общая кислотность желудочнаго сока, водноочныя явленія, всѣхъ большого, альбуминурия — но несходящей кривой; въ кривой HCl—ничего характернаго.

№ 6 (см. табл. № 6). Мордехъ Привольскій, еврей, 12-е мая 1902 года, портовой, 56 лѣтъ. Съ 24-го апрѣля по отстав. Nephritis chronica diffusa, arteriosclerosis.

Анамнез. Дней десять назадъ сталъ замѣчать опуханіе лица, рукъ и ногъ, а также уменьшеніе количества выводимой мочи. Передъ этимъ недѣля за 2—3 по всему тѣлу появлялись сыпь эземаатознаго характера. Раньше—увѣряетъ—никакихъ особенныхъ болѣзней не было, кроиъ давно существоваваго дней 14-ть колотая въ дѣвою боку. Abusum in Vascho—отрицаетъ.

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

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

нормы; толчок сердца слабый, в 5-м межреберье по *lin. mamill. sup.* и внутри от нея. Ритм правильный; тоны чисты; на диастоле у аорты — акцент.

Пульс довольно наполненный, правильный, = 72 в мин. Дыхание = 16 — 20. Артериосклероз. Печень и селезенка не увеличены. Давление на подберезья безболезненно. Небольшой асцит. Стул правильный. Моча светложелтого цвета, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, содержит бляшки ( $\frac{1}{4}$  и  $\frac{1}{8}$ ); при микроскопировании осадка попадаются зернистые цилиндры и бляшки кровяные шарик. Температура нормальная.

Течение болезни. Все время самочувствие больного было прекрасное, состояние безлордочное, стул правильный. К 29 апреля исчезла амазарка; с 1-го мая уже не констатировалось асцита; к 6-му мая исчезла сыпь на тазе. Мочи было 1000—2100 к. с.; уд. в. = 1009—1015; количество бляшек вначале доходившее до  $1\frac{1}{2}$  грм. в сутки, под конец уменьшилось до  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  грм. Ввесь вначале = 54500, под конец = 51500 грм.

Лечение. Периодически теплые ванны.

NB. 9-ть анализею сока; способ Sjoquist'a; общая кислотность = 0,23% — 0,28%;  $\text{HCl}$  = 0,12% — 0,14%.

№ 7 (см. табл. № 7). Панель Маракинъ, крестьянин, чернорабочий, 50 летъ. С 24 мая по 17 июля.

*Nephritis chronica parenchymatosa; cirrhosis hepatis. Uraemia.*

Анамнез. В первых числах апреля этого года появилось — познавание, головная боль, кашель, одышка, вместе с этим — общая отечность покровов и припухание живота. Раньше — говорит — никогда не отекал. 15-ть летъ назад был болен тифом. Позволил себя прежде *absum in Vascho*. Субъективные симптомы. Жалоба на головную боль, кашель, одышку, ослабленный аппетит и по временам тошноту.

Объективное исследование. Ростой, хорошо сложенный и упитанный мужчина. Сильно выраженная общая амазарка, — рече всего на ногах и половых частях. Температура нормальная. Пульс небольшой, не совсем правильный, = 84 — 100 в минуту; дыхание = 24. Со стороны легких: притупление перкуторного тона под ливимъ углом правой лопатки, по *lin. axillaris et mamillaris dextra* начиная с 5-го ребра; в мѣстах притупления — ослабление вибрации и везикулярного дыхания. Всюду слышатся свисты. Область сердечной тупости несколько увеличена в обоих разбрах; толчек разлитой, ощущается по *lin. mamill. sup.* и внутри от нея, в 5-м частью в 6-м межреберье. Звѣзда — перенос. Тоны чисты; сильный акцент на диастоле у легочной артерин и аорты. Животъ вздутъ, по-

крови его напряжены. Асцитъ — до пупка. Опредѣлить нижней края печени и селезенки не удастся. Стул задержан. Моча кровянистая; количество = 500—800 куб. с., уд. в. = 1015, реакция кислая, содержат до 7—8 грм. бляшек. В мочевозмъ осадки при микроскопировании обнаруживаются зернистые и глянзовые цилиндры съ массой бляшек и красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Течение болезни — крайне монотонное. Вѣсь колебался между 82000 — и 81500 грм. Бывший вначале запор смѣнился скоро поносомъ — 3—6 разъ в сутки. Водяночная лядения и количество бляшек в 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 в поясничной области. Съ 1-го по 8-е июля у больного температура стояла повышенной вследствие присоединившагося рожистого воспаления на дѣвомъ бедрѣ. Съ 12-го июля общая клиническая картина рѣзко ухудшилась, появился амазаръ; съ 15-го июля въ безмятежность и 17-го умер от уремии.

Протокол вскрытия (№ 663 журн.). Въ полости живота до 10 фунтовъ слегка мутного трансудата. Печень мала; поверхность, равно какъ и разрывъ крупнозернисты; ткань плотная, мажорноватая, сѣровато-желтого цвета. На желчномъ пузырьѣ — до унции светлоокрашенной желчи. Селезенка уменьшена; капсула ея толста съ стрыми плотными бляшками на поверхности; ткань въ высокой степени дрябл, светло-красного цвета. Почка почти нормального объема; капсула снимается мѣстами съ повреждениемъ коркового слоя; послѣдней угощенъ особенно въ Бергиниовыхъ стоабахъ, равномерно бѣложелтого цвета, и ф-скольно дрябл. Слизистая дохоната сѣдною тканью и плотна. Въ мочевозмѣ пузырьѣ — до стакана мутной окрашенной кровью мочи. По слизистой толстой и тонкихъ кишекъ мѣстами крововизидация въ видѣ точек и пятенъ темно-красного цвета; *processus vermicularis* значительно увеличенъ, стѣнки его угощены, полость растянута зернистымъ кашнеобразнымъ сѣроблѣтымъ содержимымъ. Сердце:  $11\frac{1}{2}$  —  $8\frac{1}{2}$ , жира умеренное количество, мускулатура мажорноватая, глянзистого вида, дрябл, клапаны безъ взмѣненія. Въ полости обеихъ левенъ до 3-хъ фунтовъ въ каждой сѣдлого трансудата. Оба легкихъ сдавлены; всюду проходимы; ткань слегка отечна, въ нижнихъ доляхъ кожная та. Слизистая желудка сѣрого цвета, слегка бородавчатого вида.

Лечение. При сильномъ кашлѣ — морфий; затѣмъ времена ни —

adonis vernalis + Liq. Kali acetici, tra Convallaria majalis; теплая ванна.

Nb. 14-ть анализы мочи; способ Bougret; общая кислотность = 0,22‰ — 0,33‰; HCl = 0,052‰ — 0,061‰; хроническая уремия, под конец обострившаяся и повлекшая летальный исход большого. Двигательная функция желудка ослаблена.

№ 8 (см. табл. № 8). Евдоким Раков, крестьянин, чернорабочий, 41 года. Съ 20 мая по 4 июня.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнез. Два четыре как почувствовал камень, одышку и уменьшение аппетита; моча стала выделяться в меньшем количестве и появилась общей отек тела. Водяночных явлений раньше никогда не замечал. 5-ть дней назад лежал в больнице, где в течение недели лечился от какой-то сыпи по телу, при которой будто бы лезли волосы на голове. 2 года назад лечился в больнице от ожога сини. Сифилис отрицателен. Водкой не злоупотреблял. Жена и дети здоровы.

Субъективные симптомы. Камень и одышка; ночная уснивается при горизонтальном положении больного. Аппетит удовлетворительный. Желудочные привады отсутствуют.

Объективное исследование. Хорошего тѣлосложения, удовлетворительного питания. Слизистая оболочка не блѣдная. Температура нормальная. Диафрагмическая железа на тѣлѣ не увеличена. Значительный отек стоп и голей, незначительный — туловища и бедер. Пульс довольно наполненный, твердый, трудно сжимаемый, правильный, в минуту = 44—52 раза. Дыханіе = 24. Артерій прощупываются въ пульсовой волнѣ. Въ легких: небольшое заглупеніе звучности подъ лѣвой ключицей, сравнительное ослабленіе везикулярнаго дыханія подъ лопатками и разбросанные всюду свисты. Сердце: абсолютная тупость сверху съ 3-го ребра, справа — на 1—1½ поп. пальца заходитъ кнаружи за lп. мамм. sin. Толчекъ — разлитой, ощущается въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ внутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный, тонъ чистъ; на диастолю у аорты — акцентъ. Печень на 2 поп. пальца выдается изъ подреберья, при пальпации и перкусии болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Явныя признаковыя асцитъ не имѣетъ. Стулъ жидковатый, 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1200 куб. с., уд. в. = 1009, кислотъ реакціи, содержитъ бѣзнокъ (до ½ грм.). При микроскопированіи осадка — зернистые и палиновыя цилиндры. Вѣсъ тѣла = 61000 грм.

Течение болѣзни — безжировачное. Очевныя явленія постепенно уменьшались; съ 1-го іюня лишь къ вечеру замѣчалось не-

большое припуханіе у лодышекъ. Пульсъ къ вечеру сдѣлался больше частымъ, дыханіе болѣ рѣдкимъ. Съ 27-го мая — лишь ничтожный камень по почкамъ; съ 2-го іюня — исчезли свисты. Сердечный толчекъ становится сильнее и слышнѣе. Съ 24-го мая больно было становиться увеличенной и болѣзненной печени. Стулъ все время жидковатый, 2—4 раза. Количество мочи потомъ поднялось до 3000 с. с., уд. в. = 1009 — 1006; количество содержавагося въ ней бѣзка постепенно уменьшалось и съ 29-го мая присутствіе его уже не обнаруживалось. Вѣсъ постепенно упалъ до 53000 грм. Въ параллель съ физическими явленіями улучшалось и самочувствіе больного. Выпалса — поправилса.

Лечение. Сначала по временамъ — отъ камня — morfilum или ршл. Doveri. Периодическія теплая ванна.

Nb. 8-мъ анализъ мочи; способъ Bougret; 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, чернорабочий, 35 лѣтъ. Съ 23 августа по 6 іюня.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнез. Недѣлю дѣтъ назад почувствовалъ общее недомоганіе, головную боль, познабливаніе, жаръ, одышку, камень, потерю аппетита, тошноту; появились поносы, временныя рвоты; моча сдѣлалась красною; имѣлъ съ этимъ явленіемъ по всему тѣлу отеки, которыхъ раньше никогда не замѣчалъ. Будучи на военной службѣ, страдалъ въ течение мѣсяца поносомъ и для поправленія здоровья былъ уволенъ въ годичный отпускъ домой. Водкой — употребляетъ — никогда не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы: одышка, головная боль, потеря аппетита, тошнота. Объективное исследование. Средняго роста; тѣлосложение посредственное; общіе покровы и слизистая оболочка — блѣдная. Температура нормальная. Пульсъ = 80, средняго напоявленія, правильный. Дыханіе = 18—20. Незначительный отекъ ногъ ниже коленъ. Диафрагмическая железа на тѣлѣ не увеличена. Кое-гдѣ понадается фурукулезная сыпь. Въ легкихъ кровяты рѣдкихъ свистовъ — ничего особеннаго. Сердце: область абсолютной тупости справа доходитъ почти до правой парастеральной линии, справа доходитъ кнаружи за lп. мамм. sin. Толчекъ прощупывается въ 5-мъ и отчасти 6-мъ межреберьяхъ внутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ сокращеній правильный; тонъ чистъ; акцентъ на диастолю у аорты. Печень немного увеличена и при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена.

Внизу живота — как будто флюктуация. Волягнетия испражнения на низ раз 4—8 и больше в сутки; моча с кровянистыми отбывком, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1005, кислой реакции, содержит ничтожное количество бѣлка; кровяные, глиставные и эпителиальные цилиндры, а также—форменные элементы крови.

Течение болѣзни — безлихорадочное. Отеки за все время выражались слабо и являлись лишь периодически, вося легучий характеры, быстро показывались и исчезая (oedema fugax). Къ 4-му мая нельзя было констатировать ни асциты, ни увеличенной печени. Испражнения первое время иногда имели вид гранукофеовой гущи; послѣ 16-го мая сдѣлались болѣе рѣдкими, менѣе водянистыми, съ нормальной желтой окраской. Большой часто испытывал рѣзъ въ животѣ, головную боль, ослабление аппетита, тошноту. Мочи выдѣлялось отъ 300 до 3500 к. с., уд. в. = 1010—1004; къ концу дѣзвѣ повысился. Съ 16-го мая исчезла кровянистая окраска мочи; съ 23-го же числа исчез бѣлокъ въ мочѣ. Вѣсъ больного постепенно повышался и колебался отъ 55000 грм. до 60000 грм. Выписался немного поправившимся.

Лечение. Препараты опиѣ и морфия; *pepsini + acid mur diluti*. Периодическія теплая ванны.

Nb. 10-ть анализовъ сока; способъ Sjögquist'a. Двигательная функция желудка ослаблена. Общія кислотность = 0,16% — 0,24%; HCl = 0,024% — 0,07%.

№ 10 (см. табл. № 10). Ивалъ Петровъ, мѣщанинъ, чернорабочій (молотобоецъ), 39 лѣтъ. Съ 15 июня по 15 июля.

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

Анамнез. Лѣтъ уже лѣтъ какъ периодически стали появляться отеки конечностей, лица и туловища, а также припухание живота; при этомъ часто испытывалъ боли въ области поясницы. Лѣтъ 12 назадъ лежалъ въ больницу, гдѣ течение 2½ мѣсяцевъ отличалось отъ острого сочленованнаго ревматизма. Раньше дозволялъ аыванъ въ *Bascho*.

Субъективные симптомы. Камешъ, сердцебиение и сильная одышка, почти не позволяющая больному лежать. Аппетитъ удовлетворительный.

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

вильный. Дыханіе = 30—36. Со стороны легкихъ: 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, подъ лопаткой—рѣзкіе глухіе субкрепитирующие хрипы. Всюду свисты и влажные среднеузурчатые хрипы. Сердце: граница абсолютной тупости сверху 3-е ребро, справа переходитъ нѣсколько лѣвую стернальную линію, слѣва же доходитъ до передней лѣвой аксиллярной линіи. Точность разлитой, усиленной ощущается въ 4—5—6 межреберьяхъ внутри и пальца на 2—2½ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Сильные перебои сердца. Легкое *fremissement cataire*. *Ad apicem* и слабѣе—*sub scrobiculo cordis*—шумъ, частію предшествующій первому тону, частію же продолжающийся всю короткую паузу послѣ него. Въ весьма слабой степени шумъ выслушивается также послѣ 1-го тона у аорты и сонной артерій. Сильный акцентъ на диастолѣ у левоу артерій. Печень пальца на два выдвигается въ подреберья при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Животъ умеренно надутъ. Асцитъ, пальца на три недоходящій до пупка. Стулъ правильный. Моча мултожелтоватого цвѣта, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, кислой реакции, содержитъ ¼ грм. бѣлка; при микроскопированіи осадка масса бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и разбросанных по полю зрѣлых—зернистые цилиндры. Мокрота скудная, слизистаго характера. Вѣсъ = 55500 грм. Течение болѣзни. Состояніе все время—безлихорадочное, стулъ почти постоянно—правильный. Самочувствіе больного быстро стало улучшаться вмѣстѣ съ общими явленіями. Къ 27 июля въ легкихъ не констатировалось уже ничего патологическаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ, вскорѣ же исчезающихъ. Къ этому времени уничтожились камешъ, одышка; большой свободой могъ лежать, спать покойно; дыханіе стало болѣе рѣзкимъ—24—16. отеки и асцитъ, постепенно уменьшались, исчезли—первые къ 28 июля, послѣдній же—немного позже. Съ 3—4 июля нельзя уже было констатировать увеличенія и болѣзненности печени. Пульсъ = 68—100 постоянно былъ малымъ, неравномернымъ и неправильнымъ. Существованіе въ первые дни субъективные припадки со стороны сердца (биение, ощущеніе тяжести въ ого области) послѣ 2-го июля 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 периодически ощущались боли въ области пояс-



ним. Вѣсъ—56500—51500, падает по мѣрѣ уменьшенія водянчыхъ явленій, съ исчезновеніемъ которыхъ колеблется приблизительно на одной высотѣ. Кривая діуреза съ 1000 куб. с. постепенно поднимается до 3400 куб. с., уд. в.—1014—1006; количество бѣла въ мочѣ все уменьшалось, подъ конецъ обнаруживались лишь слѣды. Выписался большой поправившимся, отлично себя чувствуя. Объективные явленія со стороны сердца остались безъ перемѣнъ.

Лечение. Назначались поспѣно бромистые препараты, digitalis, adonis vernalis, t-ra Convallaria majalis; t-ra Valerian. aether. Иногда—теплая ванна.

NB. 12-ть анализѣвъ сока: специф. Bourget. Общая кислотность =  $0,12\%$  —  $0,19\%$ ; HCl =  $0,038\%$  —  $0,055\%$ . Водянка въѣвъ тѣла, альбуминурия—постепенно падаетъ: въ обратномъ отношеніи съ ними: діурезъ, общая кислотность и количество HCl сока.

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

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

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

Объективное изслѣдованіе. Атлетическаго сложенія субъектъ, хорошо упитанный. Слизистая оболочка розовы. Железы лимфатическія на тѣлѣ не увеличены. Сильно выражена общая анасарка, болѣе на ногахъ и половыхъ органахъ. Температура нормальна. Пульсъ = 53—60, удѣрно наполненный, правильный. Дыханіе—16. Въ легкихъ: притупленіе перкуторнаго тона подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи снизу; fremitus pectoralis и везикулярное дыханіе въ этихъ мѣстахъ—ослаблены; распространяемое всюду ronchi sibilantes et sonantes. 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 асцитъ не существуетъ. Стулъ правильный. Моча свѣтложел-

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

Течение болѣзни безкоролаточное. 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 Юля подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи констатировалось лишь ничтожное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона; вибрація не была ослаблена; много раньше этого исчезли хрипы. Водянчяыя явленія замѣтно изо дня въ день уменьшались; 21-го Мая была лишь небольшая отечность голеней и тѣла стопа, 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. Бѣзда мочевого вначалѣ иногда было до 6 грам., подъ конецъ—около 1 грам. въ сутки. Вѣсъ уменьшался въ параллель съ отеками. Пульсъ подъ конецъ сталъ болѣе полнѣмъ, твердымъ; на ряду съ этимъ замѣтно стали выступать явленія гипертрофіи сердца: область тупости сѣнца почти на 1 пол. пальца заходила кнаружи отъ сосковой линіи; толчокъ ощущался сильнѣе—по lin. mamill. sin. и кнутри отъ нея, въ 5-мъ, отчасти въ 6-мъ межребрьѣ; діастолическіе тоны у основанія сердца были звякающаго характера. Выписался при вѣсѣ—75000 грам.—поправившимся.

Лечение. Теплая ванна.

NB. 11-ть анализѣвъ сока; способъ Bourget; общая кислотность =  $0,17\%$  —  $0,25\%$ ; HCl =  $0,04\%$  —  $0,072\%$ . По мѣрѣ уменьшенія отековъ, кривая HCl постепенно возрастаетъ, обнаруживая наклонность къ повншенію и тогда, когда водянка исчезла и вѣсъ достигъ своего обычнаго status in quo ante. Въ параллель съ HCl идетъ и общая кислотность.

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

Анамнезъ. Съ недѣлю назадъ появились—головная боль, боли въ животѣ и повосѣ; 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 признаками со стороны пищеварительнаго тракта. Abusum spirituosum отрицаетъ.

БИБЛИОТЕКА  
Харьковского Медицин. Ин-ста  
№  
Шифр

Субъективные симптомы. Головная боль, рвизъ въ животѣ, плохой аппетитъ; тошнота и отрыжки не существуютъ.

Объективное исследование. Кореватый 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 подъ лѣвой аксиллярной линіей снизу; незначительное ослабленіе въ этихъ мѣстахъ везикулярнаго дыханія; кое-гдѣ выслушиваются свисты и среднебулбарные хрипы. Сердце: границы абсолютной тупости справа до срединной линіи, слева же на 1—1½ поп. пазуха заходитъ внаружи отъ сосковой линіи. Толчокъ нѣсколько разлитой, рѣже всего прощупывается въ 5-мъ межреберьяхъ по *lin. mamill. sin.* и внутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты, отчетливы; на діаголь у аорты акцентъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Скопления жидкости въ полости живота не констатируются. Стулъ жидкій и учащенный до 5—8 разъ въ сутки. Моча сѣватожелтой окраски, количество—1200 куб. с., уд. в.—1008, кислой реакціи, содержитъ немного болѣе 1 грм. бѣлка. Въ осадкѣ подъ микроскопомъ замѣчается много зернистыхъ и глыбовыхъ цилиндровъ съ примѣсью бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ—71500.

Теченіе болѣзни—безлѣкородочное. Отчетныя явленія къ 21-му числу исчезли. Къ 14—15-му числу исчезли боль въ животѣ. Стулъ все время былъ жидковатымъ, похъ конецъ сталъ немного рѣже (4—5 разъ). Количество бѣлка въ мочѣ колебалось около 1—2 грм. Вѣсъ пазухъ въ параллель съ отеками, похъ конецъ—63500 грм. Кривая діуреза все время шла сгесендо; количество мочи колебалось между 1000—3800 куб. с., уд. в.—1017—1005. Самоуветіе прогрессино улучшалось. Послѣ 15-ти дневнаго пребыванія въ болыницѣ—былъ переведенъ въ клинику проф. Маассена.

Леченіе. До 14-го числа—*morfi murtat + Aq. amygd. amar.* Потомъ лишь періодически теплая ванна.

Nb. 8-мь анализовъ сока; способъ *Vouregt*; общая кислотность—0,11‰—0,16‰;  $\text{HCl}$ —0,088‰—0,06‰. Наглядная кривая постепеннаго нарастанія діуреза въ параллель съ увеличеніемъ общей кислотности и количества  $\text{HCl}$  сока.

№ 13. (См. табл. № 13). Яковъ Паулигъ, запавшой рядовой, штутгартъ, 32 лѣтъ. Съ 14-го апрѣля по 21-е мая.

*Nephritis diffusa chronica.*

Авамнѣзь. Дней 6—7 какъ повдиглись—головная боль, на-

шель и одышка; вмѣстѣ съ этимъ замѣтилъ припуханіе всего тѣла; моча сдѣлалась красной. Убѣдился, что отековъ раньше никогда не замѣчалъ. Причину теперешнихъ припадковъ приписываетъ простудѣ; какъ-то носѣлъ признался, что незадолго до поступленія сюда въ болыницу, 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 рубить въ глазахъ. Аппетитъ хороший; тошноты и рвоты не существуютъ.

Объективное исследование. Хорошо сложенный рослый мужчина; слизистыя оболочки хорошо окрашены. Пульсъ—60—64, умѣренно наполненный, правильный и равномерный. Дыханіе—18—24. Артеріи не склеротичны. Температура нормальна; общая, интенсивно выраженная аназарка, болѣе всего—на ногахъ и лодыжкахъ частяхъ. Въ легкихъ: похъ обѣими лопатками небольшое ослабленіе везикулярнаго дыханія; всюду свисты. Сердце: плоскость абсолютной тупости видимо не увеличена; толчекъ ощущается внизу и внутри отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; на діаголь у аорты—акцентъ. Печень и селезенка увеличенія не представляютъ; давленіе на подреберье безболѣзненно. Исныхъ признаковъ асита не имѣется. Стулъ правильный. Моча съ кровянистыми отбѣлкомъ, количество—600 куб. с., уд. в.—1015, реакція кислая, содержаніе бѣлка до 20 грм. При микроскопированія осадка: масса эпителіальныхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ форменными элементами крови. Вѣсъ—89500 грм.

Теченіе болѣзни—безлѣкородочное. Субъективныхъ припадковъ потечнаго страданія все время не замѣчалось. Пульсъ—60—80. Дыханіе 16—24. Къ 24 апрѣля уничтожился кашель. Толчекъ сердца иногда бывалъ болѣе разлитымъ; ощущался по *lin. mamill. sin.* и внутри отъ нея, отчасти—въ 6-мь межреберьяхъ. Аппетитъ болѣе часто былъ хорошимъ, временами—уменьшался, появлялась тошнота головная боль. Съ 19-го апрѣля стали являться жидковатыми и учащенными (3—6 разъ) испраженія на пизъ, которая съ 9-го мая сдѣлалась рѣже, носѣ же 14—16-го мая стулъ совсѣмъ урегунировался. Съ 21-го апрѣля—небольшое разрыхленіе и кровянистость десенъ, *foetor ex ore*, что продолжалось до 1 мая. Моча постоянно содержала кровь, принимая иногда цвѣтъ мясныхъ помой; похъ конецъ кровянистая окраска сдѣлалась менѣе выраженной. Количество бѣлка въ мочѣ постепенно уменьшалось и къ концу дошло до 3 грм. въ сутки. Водяночная явасія и вѣсъ представляли—постепенное паденіе. Діурезъ послѣдовательно увеличивался отъ 600 до 5500

куб. с., достигнув своего асма къ 5—6-му маю, послѣ чего немного повзился 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 течение 20 и 21 апрѣля принято 12 грм. каломеля in dosis refractis. Послѣ: pulv. effervesces, полоскание рта kohl chlor.+acid. tannic. in solut. Съ 14 по 17 мая внутри persini+acid. muriat. dilut. Периодически теплая ванна.

№ 12-ть анализъ сока; способъ Sjoquist'a. Общая кислотность = 0,16% — 0,21%; HCl = 0,033% — 0,06%. Довольно рельефное совпаденіе кривой дуреза съ кривой HCl. Послѣ употребленія acid. muriat. dilut. + persini наступило регулирование стула.

№ 14 (см. табл. № 14). Константинъ Задорный, 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 периодически развивающимися отеками всего тѣла, сопровождающимися одышкой, кашлемъ, а часто болями въ поясничной области. Разъ пять лежалъ въ больницѣ; увѣряетъ, что никогда не излавливался.

Субъективные симптомы. Одышка, кашель. Аппетитъ хороший. Объективное изслѣдованіе. Субъектъ крѣпкого тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой развиты хорошо. Рѣзкій отекъ ногъ до plica inguinalis. Температура нормальная. Пульсъ—60, среднего наполненія, правильный. Дыханіе—20. Въ легкихъ—всюду разбросаны свисты. Скучная салнистая мокрота. Сердце—плоскостя болюютной тупости, справа доходить до срединной линіи, слева же—повидимому не переходитъ in. mamill. sin. Толчокъ распространяемый,—кнутри отъ соска, въ 4—5 межреберьяхъ, интенсивнѣе всего ощущается у подложечки. Ритмъ правильный, 1-й тонъ ad artem не совсѣмъ чистъ; акцентъ на диастолахъ 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 свѣтложелтого цвѣта, количество—1300 куб. с., уд. в.—1008, реакція кислая, содержитъ до 2 грм. бѣзка; зернистые частью эпителиальные цилиндры. Вѣсъ—68000 грм.

Течение болѣзни—бѣзхарактерное. Къ 8 мая отеки явленія исчезли. Пульсъ подъ конецъ сталъ полнѣе, дыханіе рѣже и глубже. Кашель скоро значительно уменьшился и не беспокоитъ больного; рѣдкіе свисты держались еще 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. бѣзка; количество ея—1300—2000 куб. с., уд. в.—1005—1018. Съ уничтоженіемъ отековъ вѣсъ падъ до 65500 грм., послѣ чего колебался между 68000 и 67000 грм. 14-го числа бѣзъ переводъ въ клинику проф. Манассина.

Лечение. Первое время pulv. Doveri, gr. V №1 на ночь.—Теплая ванна.

№ 5-ть анализъ сока; способъ Sjoquist'a; общая кислотность—0,22% — 0,25%; HCl—0,045% — 0,053%.

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

Nephritis chronica diffusa.

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

Субъективные симптомы. Одышка, небольшой кашель, го-ловная боль, виднѣе предмѣговъ какъ бы свѣозъ 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. Артерія не склеротична. Въ легкихъ кромѣ жесткаго дыханія—ничего особеннаго. Сердце—граница абсолютной тупости слева—на 1 по. пальецъ заходитъ кнаружи отъ in. mamill. sin. Толчокъ разлитой, въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на диастолахъ у аорты—рѣзкій акцентъ. Жизнь увѣренно вадуть, стѣнки ея напряжены. Печень пальца на 1½—2 выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ виденъ итъ. Стулъ правильный. Моча темножелтого цвѣта, количество—400 к. с., уд. в.—1013, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣзка; зернистые, эпителиальные цилиндры съ прилижью форменныхъ элементовъ крови. Вѣсъ—72000 грм. Течение болѣзни—бѣзхарактерное. 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 апреля появились жидкія испражнения 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. Альбунинурия замѣтнымъ образомъ не уменьшилась. Къ концу моча пріобрѣла кровавистый оттѣнокъ. Что касается до субъективныхъ явленій большого, 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 = 5900 грм.

Лечение. Периодическія теплыя ванны.

№ 9-ть анализъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl идетъ crescendo съ кривой діуреза. Общая кислотность = 0,17% — 0,2%<sub>100</sub>; HCl = 0,017% — 0,048%.

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

*Nephritis chronica diffusa.*

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ почувствовалъ общее недомоганіе, годовую боль, познабливаніе и жаръ; явился камень; 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 перемежающимися лихорадками. Водки никогда не пилъ.

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

Объективное изслѣдованіе. Среднягорста, хорошаго сложенія. Слизистыя оболочки — бѣдноватыя. Значительно выраженная общая аназарка. Температура — 38°. Пульсъ небольшой, умеренно наполненный, правильный — 84. Дыханіе — 24. Артерія въ скользящемъ склеротична. Со стороны легкихъ: относительное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона внизу во *lin. axillaris dextra* и подъ правой лопаткой; расшланные *tonchi sonores et sibilantes*; сзади подъ лопатками — средизонурчатые хрипы. Сердце: область абсолютной тупости сверху съ 3-го межреберья, справа на 1 поперечный палецъ заходитъ за *lin. sternalis sinistra*. Точка не замѣтна; тоны глухи, но чисты. Ритмъ правильный. Печень пальца на 2—3 выдается изъ подреберья, болѣзненный 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 кровавистая, количе-

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

Течение болѣзни. Температура все время была нормальной кромѣ дня погугленія (38°) и 31-го марта (37,8°). Водянистая явленія постепенно уменьшались; къ 4-му мая исчезли отеки, показывавшіяся потомъ лишь слегка и шарѣдка (*oedema fixax*). Асцитъ исчезъ въ 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 апреля камень почти уничтожился, и если появлялся послѣ, то нисколько не беспокоилъ больного. Стулъ до 18 апреля 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 выдѣляемаго бѣлка равнялось около 3 грм. Въѣсъ постепенно съ 85500 грм. опустился на 63500 грм. 9 и 10-го апреля — признаки острой уреміи. Выписался поправившимся.

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

№ 11-ть анализъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl совпадаетъ съ кривой діуреза; кривая же общей кислотности сока болѣе — съ кривой вѣса (= падаетъ); послѣ употребленія внутрь *pepsini + acidi muriat. diluti* стулъ становится регулярнѣе. Общая кислотность = 0,21% — 0,27%<sub>100</sub>; HCl = 0,013% — 0,031%.

№ 17 (см. табл. № 17). Ефимъ Сергѣевъ, запасной радовой, лѣтотаръ, 39 лѣтъ. Съ 23 апреля по 6-е іюня.

*Nephritis diffusa chronica.*

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

Субъективные симптомы. Кашель, одышка. Аппетитъ хороший.

Объективное исследование. Прекрасного тлосложения субъект; мускулатура и подкожный жировой слой развиты хорошо. Общие покровы бледны; слизистая оболочка окрашена удовлетворительно. Значительный отек ног и половых органов, меньше — туловища, рук и лица. Говорит сниженным голосом. Температура нормальная. Пульс — 48—52, довольно наполненный, правильный. Дыхание — 16—20. Артерии не склеротичны. В легких ничего особенного, кроме рыхлых свистов и небольшого ослабления везикулярного дыхания под обильными лопатками. Сердце: область абсолютной тупости справа — до медиальной линии. слева, видимо не переходит *lin. mamil. sin.* Точкозвук проницавается слабо, в 4, 5 межреберьях внутри от соска. Ритм правильный. Тоны чисты; на диастоль у аорты — акцент. Асцит, на 1—2 пов. пальца не доходивший до пупка. Печень и селезенка увеличены от нормы не представляют. Стул правильный. Моча с кристаллическим отложением, количество ее = 800 куб. с., уд. в. — 1010, реакция кислая, содержит до 3 грм. бляшек; мелкозернистая и глянцевые цилиндры с примесью форменных элементов крови.

Течение болезни — безлихорадочное. Къ 17-му мая исчез асцит; съ 23-го мая отеки на тгль потеряли свой стационарный характер и появились потом лишь въ видъ *oedema fugax*. Съ падением отеков плоскость сердечной тупости определялась яснее и слева почти на 1—1½ пов. пальца заходила наружу за *lin. mamil. sin.*; тождеч представлялась более разлитым и сильным; проницавался въ 4, 5 и отчасти 6 межреберьях внутри и немного наружу от соска. Стул постоянно правильный, голос сильный, кашель ничтожный. Постоянно существовал *pruritus cutaneus*. Ночью под 16-е мая — ухудшение самочувствия, головная боль; на другой день — уменьшенный аппетит и тяжесть головы. Съ 23-го мая усилился зудъ въ кожѣ; осиплость голоса и кашель увеличились; 31-го числа вечером — безъ видимыхъ внешнихъ причинъ — сильная головная боль, потеря аппетита, тошнота и 2 раза рвота. Моча всегда содержала кровь, количество = 800—3500 куб. с., уд. в. = 1010—1004; бляшка подъ конецъ было около ½ грм. Весь постепенно усталъ съ первоначальными 86500 грм. до 71500 грм. Выписался немного поправившимся.

Лечение. Временами — *Moripan* + *triscassanha* и бромистые препараты; пульверизация горла. Периодически теплая ванна; Nb. 10-ть анализозъ сока; способъ *Sjoquist'a*. Совпадение

въ общемъ кривой *HCl* съ кривой диуреза. Общая кислотность = 0,13% — 0,24%; *HCl* = 0,012% — 0,023%.

№ 18 (см. табл. № 18) Гргорий Пушкаревъ, крестьянинъ чернорабочий, 43 лѣтъ.

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

Анамнез. 1½—2 недѣли тому назадъ почувствовалъ себя слабѣе, потерю аппетита, тошноту, одышку и усиление существовавшего давно кашля; появились поносъ; моча сдѣлалась кровавистою и самаъ весь оцухъ. Раньше никогда отековъ не замѣчалъ, но часто страдалъ головными болями. Лѣтъ 15 и 25 тому назадъ лежалъ въ больницѣ и лечился „отъ горячки“. Привычный петаторъ.

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

Объективное исследование. Коренастый, хорошо сложенный мужчина. Слизистая оболочка окрашена удовлетворительно. Температура нормальная. Общая аназарка — больше выраженная на ногахъ, половыхъ органахъ и туловищѣ. Пульс — 64, довольно полный, правильный. Дыхание — 24—28. Въ легкихъ: распространенные свисты и среднеузуччатые хрипы; удивительный выдохъ. Сердце: область абсолютной тупости справа до срединной линии; тождеч проницавается слабо по *lin. mamil. sin.* и внутри отъ пелъ въ 5-мъ межреберьяхъ. Ритмъ правильный; тоны чисты; на диастоль, у аорты — акцентъ. Увеличения печени и селезенки не констатируется. Давление на правое подреберье — болѣзненно. Животъ — поряточный. Асцитъ — почти до пупковой линии. Стул жидковатый, 2—3 раза. Моча слегка кровавистой окраски, количество = 500 куб. с., уд. в. = 1013, кислой реакци, содержитъ до 2 грм. бляшек; зернистая и глянцевые цилиндры, а также форменные элементы крови. *Vib.* = 67500 грм.

Течение болезни — безлихорадочное. Воляочные явления постепенно уменьшались; къ 13 Юня исчез асцитъ; съ 18—19-го числа не замѣчался уже отековъ на тгль. Послѣ 9-го Юня лѣвая граница сердечной тупости заходила на 1 пов. палецъ наружу отъ *lin. mamil. sin.* и тождеч определялась более разлитымъ, въ 5 и 6-мъ межреберьяхъ внутри и частью наружу отъ соска. Явления въ легкихъ съ Юня мѣсяца значительно ухудшились — существовали лишь небольшие свисты; камель почти уничтожился и пересталъ беспокоить больного. Бывшие все время поносы (отъ 3 до 6 разъ) послѣ 14-го числа сдѣлались более или меньше нормальными, стуломъ. Количество мочи къ концу возросло до 3800 куб. с., уд. в. = 1004; съ 4-го числа

исчезла кровавистая окраска мочи, а сь 19-го въ ней обнаружались лишь сѣдья бѣлка. Въсь постепенно само до 55000—55500 грм. Выпалса болъшой при хорошемъ самочувствіи, хороша окрѣпимъ и поправившимся.

Лѣченіе. Липь первые дни противъ сильного кашля—*morfinum, pulv. Doveri*. Затѣмъ теплая ванна.

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

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

Авамвезъ. Болѣе полугода, какъ стали временами появляться значительные 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, камель, плохой аппетитъ.

Объективное изслѣдованіе. Слабого сложенія, плохого питанія; общіе покровы и слизистыя оболочки бѣдны. Общая аназарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Температура нормальная. Пульсъ трудно сосчитываемый, аритмичный, малый и легкожимаемый. Дыханіе=44. Грудь плоская. Со стороны легкихъ; въ нижне-заднемъ отдѣлѣ дѣвой позвонни груди—небольшое притупленіе перкурторнаго тона, ослабленіе *fremitus pectoralis* и субкрепитирующие хрипы. Распространенный бронхитъ. Мокрота вѣшстая, слизистая. Сердце: плоскость абсолютной тупости сверху—съ 3-го ребра, справа—до правой парастеральной линіи, слева немного заходитъ наружу отъ *lin. mamil. sin.* Толчокъ распространенный, согрательный, въ 5-мъ, отчасти 6-мъ межреберныхъ куэтри и вѣскольо наружу отъ соска. Дѣятельность сердца безпорядочная; сильные перебои. *Ad arisem et sub scrobiculi. cordis* послѣ 1-го тона—шумъ, иногда—лишь одинъ протяжный шумъ безъ тона; зтошь шумъ слабо выслушивается и *ad basim*. У аорты, особенно же у легочной артеріи—рѣзкій акцентъ на диастолѣ. *Ad. art. carotis*—глухой первый тонъ и хлопающій, акцентированный второй. Животъ умеренно надутъ; покровы его напряжены. Асцитъ, нальва на два не доходящій до пупка. Печень нальва на три выдвѣдса изъ подреберья, при давленіи болъзненна. Селезенка не увеличена. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Мочи=

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

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 10-му апрѣля дѣятельность сердца урегунировалась, ритмъ сталъ правильнымъ; шумы исчезли; область сердечной тупости къ концу уменьшилась и толчокъ ощущался куэтри и внаву отъ соска,—меньше разлитымъ. Пульсъ=96—100, небольшой; дыханіе=28—32. Числа около 13-го нельзя уже было констатировать увеличеніе печени, асцитъ исчезъ, камель сѣдлался ничтожнымъ. Къ 16—17-му исчезли отеки на тѣлѣ. Небольшое притупленіе и ослабленіе вибраціи на лѣвой сторонѣ груди осталось; субкрепитирующихъ же хриповъ 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; вѣсь постепенно упалъ до 49500—50000 грм. Выпалса поправившимся, хорошо себя чувствуетъ.

Лѣченіе. До 12-го апрѣля: *adonis vernalis*+*t-ra Convall. majalis*+*t-ra valerian. aetherea*; *Morfii*  $gr\frac{1}{2}+r$ . *ireasacanth*  $gr\frac{1}{2}$  № 2—3 въ день. Сь 13-го числа липь одинъ теплый ванна.

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

№ 20 (см. табл. № 20). Григорій Пигатовъ, крестьянинъ, чернорабочій, 41 года. Сь 1-го по 20-е юля. *Nephritis chronica diffusa*. Авамвезъ. Сь недѣлю какъ появились опухоль всего тѣла, чего раньше никогда не замѣчалъ; недѣля за днѣ до этого было общее недомоганіе. Лѣтъ семь назадъ, будучи въ деревнѣ, перенесъ какую-то инфекціонную форму болѣзни, продолжавшуюся недѣли три и сопровождавшуюся потерей сознания. Уже давно существуютъ явленія сердцебіенія, необнаруживающіяся особенными неприятными признаками, на которые бы болъшой жаловался. Сифлиса не было, *Abusus in Vascho*—нѣтъ.

Субъективные симптомы. Одышка при движеніи; чувство тяжести въ правомъ подреберьи. Аппетитъ хороший.

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

до правой парастернальной линии, слева—несколько заходит кнаружи от *lin. mamill. sin.* Точечек не сильный, прощупывается больше всего в 5-м межреберьях кнутри и немного кнаружи от соска. Перидко—перериол. 1-й тонс *ad arisem*, отчасти *sub scrobiculi. cordis*—нечетк. Рѣзкій акцент на диастолах у аорты. Печень пальца на 2—2½ выдвигается из подреберья, при давлении болезненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ, доходящій почти до пупка. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Моча свѣтложелтого цвѣта, количество=800—1000 куб. с. уд. в.=1008, кислой реакціи, содержитъ ничтожное количество бѣлка; зернистые и галиновые цилиндры. Вѣсъ=75500 грм.

Течение болѣзни—безличорадочное. Въ легкихъ и сердцѣ явленія все время безъ переменъ. Стулъ постоянно жидкій, 2—3—5 разъ въ сутки. Къ 15—16 числу нельзя было констатировать увеличения 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.

№В. 8-мъ анализѣвъ сока; способъ Bourget; обшая кислотность=0,17%—0,14%;  $\text{HCl}$ =0,008%—0,015%. Нефритъ преимущественно интерстиціальнаго характера.

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

Анамнезъ. 5-ть дней какъ весь онеухъ 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 небольшая кашель.

Объективное исследование. Хорошо сложенный, мускулистый, съ достаточно развитымъ подкожнымъ жиромъ, юноша. Температура нормальная. Пульсъ=64, полный, твердый, правильный. Дыханіе=20. Обшая аназарка, рѣже всего выраженная на ногахъ. Легкія здоровы. Сердце: область абсолютной тупости сверху—3-е межреберья, справа немного заходитъ за лѣвый край грудины, слева же переходитъ лѣвую сосковую линию кнаружи. Точечекъ сотрясательный, разлитой, видимъ и оупитымъ главнымъ образомъ въ 5-мъ межреберьяхъ по лѣвой сосковой и кнаружи отъ нея. Ритмъ правильный; тоны отчетливы и чисты; диастолическій у аорты акцентированъ и отличается оговоренной звонкостью. Асцита нѣтъ. Печень и селезенка не увеличены. Стулъ жидкій, 2—3 раза. Моча свѣтложелтого

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

Течение болѣзни. Съ утра 16-го числа появилась сильная головная боль, затѣмъ наступили ознобительные припадки и коматозное состояніе; вечеромъ этого дня температура поднялась до 38°; въ ночь явилось сознаніе. Съ 17-го до 19-го числа—головныя боли, плохой аппетитъ. Съ 20-го общее состояніе и самочувствіе быстро стали улучшаться; въ этоу 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 подл. конецъ=63000 грм. Черезъ 9-ть дней болѣль не пожелалъ болѣе оставаться въ больницѣ и былъ выписанъ поправившимся.

Лечение. Во время припадковъ острой уреміи—морфій подл. кожу. Периодически теплыя ванны.

№В. 4 анализа сока, способъ Bourget. Цвѣтныя реакціи на присутствіе свободнаго  $\text{HCl}$  давали 18-го и 19-го числа отрицательный результатъ. Кривая общей кислотности сока и  $\text{HCl}$  идетъ вѣрнѣе съ кривой диуреза—*crecendo*. Обшая кислотность=0,01%<sup>а</sup>, 14%<sup>б</sup>;  $\text{HCl}$ =0,002%—0,029%<sup>с</sup>.

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

Анамнезъ. Лѣтъ уже 6—7 какъ стали периодически 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 исследование. Средняго тѣлосложенія и питанія; жирныя подкожныя слои развиты слабо. Общія позерны и связистыя оболочки—бѣдны. Голосъ осипшій. Температура нормальная. Пульсъ=76—80, полный, правильный. Дыханіе=36. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Обшая аназарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Въ легкихъ кроетъ явленийъ бронхита—ничего особеннаго. Сердце: плоскость абсолютной тупости немного заходитъ за лѣвую парастернальную линию, а также за лѣвую сосковую—кнаружи. Точечекъ не сильный, прощупывается въ 4 и 5-мъ межреберьяхъ, кнутри и немного кнаружи отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты; у основанія сердца, особенно у аорты, диастолическіе тоны хлопковые. Асцита нѣтъ. Увеличенія печени и селезенки не удается констатиро-

вать; давление на правое подреберье—болезненно. Стул жидкий, 3—4 раза в сутки. Моча светло желтого цвета; количество—3000 куб. с., уд. в.—1005, кислой реакции, содержит до 1½ грм. бляка; в осадке—гидалиновые и зернистые цилиндры, а также бляные кровяные шарик. Мокрота скудная, слизистая. Вѣсъ—60500 грм.

Течение блязни—безихорачное. Отеки держались до 21-го числа; около 25—26 числа исчезли явления бронхита и голось сталъ чистымъ. Стул все время жидковатый и учащенный. Количество мочи—1700—3200 куб. с., уд. в.—1008—1005. Съ 28-го числа исчез блякъ въ мочѣ. Вѣсъ постепенно опустился до 52000 грм. Выписанъ поправившимся.

Лечение. Вначалѣ—pulv. Doveri на ночь.

Потомъ лишь теплыми ваннами.

№ 6 анализъ: сока; способъ Bourget. Общая кислотность—0,07%—0,1%; HCl = 0,0087%—0,01%.

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

Съ 30 мая по 18 июня. Nephritis chronica diffusa

Анамнез. Мѣсяцевъ шесть какъ началъ періодически появляться отеки всего тѣла, при чемъ часто головная боль и признаки желудочнокишечныхъ расстройствъ: тошнота, рвота, боль въ животѣ, поносъ и т. под. Два раза лежалъ въ больницѣ. Уже 17-ть лѣтъ страдаетъ геморроемъ, за послѣднее время часто бывали геморроидальныя кровотечения. Года 3—4 назадъ позволялъ себѣ abstinere въ Васшо. Сифилиса или какихъ-либо наследственныхъ конституціональныхъ блязней—нѣтъ.

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

Объективное исследование. Нижняго тѣлосложения, плохоупитанный, видъ кахектической. Общія покровы и слизистыя оболочки—блѣды. 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 внутри и влѣзъ отъ соска, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный; тоны чисты; небольшой акцентъ на диастолю у аорты. Печень и селезенка не увеличены; давление на правое подреберье слегка болезненно. Асцитъ—почти до пупка. У задняго прохода—набухшія геморроидальныя шнурки. Стул жидковатый, 2—3 раза. Моча светло-желтого цвета, количество = 2500 куб. с., уд. в. = 1006, кислой реакціи, со-

держитъ около 7 грм. бляка; зернистые и гидалиновые цилиндры. Вѣсъ = 46000 грм.

Течение блязни—безихорачное. Къ 9-му числу исчезли отеки, асцитъ въ 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. Пролежалъ 20 дней въ больницѣ, былъ затѣмъ, переведенъ въ клинику профес. Манасеина.

Лечение. Теплыя ванны.

№ 9-ть анализъ: 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 большой безъ видимыхъ причинъ почувствовалъ слабость силъ, одышку, ослабленіе аппетита; появились отеки по всему тѣлу, преимущественно на ногахъ, затѣмъ припухлость живота, поносъ; существовавшій уже лѣтъ восемь до того времени камень 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 бляка). Теперь поступаетъ въ больницу третій разъ. Волды не злоупотреблялъ. Никакихъ блязней болѣе за собой не помнитъ.

Субъективные симптомы. Слабость силъ; глухая ломота въ ногахъ; ощущение холода и омертвѣлости въ пальцахъ; уменьшенный аппетитъ; одышка; камень; по временамъ—рѣзъ въ животѣ и головная боль.

Объективное исследование. Тщедушный ювона, низкаго роста. Слизистыя оболочки блѣды. На кожѣ во многихъ мѣстахъ—расчесы. Незначительный отекъ ногъ ниже коленъ. Пульсъ = 60, регулярный, слабый. Дыханіе = 16—20. По всей груди жесткое везикулярное дыханіе и распространенныя ronchi sibilantes et sonores. Сердце: область абсолютной тупости справа немного заходитъ за lin. sternalis sin. Толчокъ довольно разлитой, лѣвѣ всего ощущается въ 5-мъ межреберьѣ внутри и немного наружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на диастолю у аорты—акцентъ. Печень и селезенка не увеличены. Асцитъ, пальца на два несоходящій до пупка. Стулъ жидкий 3—4 раза въ сутки. Моча светложелтого



цвета, количество = 3200 куб. сан., уд. в. = 1003, кислой реакции, 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 ночь 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 ступъ сталъ вѣсколко регулярнѣе. Асцитъ, видимо, исчезъ. Камель существовалъ лишь первое время, преимущественно—по ночамъ; видѣлась скудная слизистая мокрота. Аппетитъ почти постоянно былъ хорошій. Вѣсъ въ общемъ немного увеличился и подъ конецъ = 42000 грм. Вынасался поправившимся.

Лечение. Вначалѣ отъ камня: morium + iresacian; затѣмъ иногда—repsini + acidi muriat. dil.—Теплая ванна.

№ 13-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функция желудка ослаблена. Нефритъ преимущественно интерстиціального характера. Общая кислотность =  $0,02\%$ — $0,051\%$ ;  $\text{HCl}$  =  $0,002\%$ — $0,006\%$ .

№ 25 (см. табл. № 25). Николай Есировъ, крестьянинъ, шаровникъ, 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 обнаружился по всему тѣлу отекъ, которые то уменьшались; вѣдѣтъ съ тѣмъ болшею стѣнъ чувствовать одышку и прогрессивный упадокъ силъ. Раньше никогда не отличался вѣдѣтущимъ здоровьемъ, часто прихварывалъ, перенесъ тифъ, скарлатину; шесть лѣтъ назадъ былъ желтуха; въ прошломъ году пролежалъ вѣсколко мѣсяцевъ въ больницѣ съ каріознымъ процессомъ на правой стонѣ; былъ на ней ампутированъ 5-й палецъ. Давно существуетъ камель. Раньше злоупотреблялъ водкой.

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

Объективное исследование. Истощенній кахектической субъектъ. Обиле покрови и слизистая оболочки блѣдны. Подкожный жирный слой атрофированъ; кожа дряблая. Видѣть боль-

ного тупой, слабоумный; отвѣчаетъ на вопросы вяло, какъ бы нехотя. Отекъ ногъ почти до паховой складки; небольшая одутавость лица. Температура нормальная. Пульсъ = 84, слабый, легко сжимаемый, правильный. Дыханіе = 20. На тѣльной поверхности правой стоны вывѣтъ рубецъ, тянущійся отъ наружного мышелка голени вправо до основанія пальцевъ; на подмышечной поверхности вѣтъ стоны соотвѣственно годовѣтъ 5-й метатарсальной кости вывѣтъ свищевое отверстие, изъ котораго выдѣляется сукровичная слизистая жидкость. Давленіе на сосѣдній части вѣсколко болше. Форма груди болшого паралитическая. Небольшое затупленіе звучности перкуторнаго тона въ лѣвой надключичной ямкѣ. Всюду—ясное везикулярное дыханіе. Сердце: область абсолютной тупости—сверху 3-е ребро, справа—до срединной линіи, слева—не переходитъ сосковой. Толчокъ слабый, подъ соскомъ, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный. Тоны чисты; у легочной артерій на диастоли—акцентъ. Печень немного увеличена; давленіе на правое подреберье вѣсколко болше. Со стоны селезенки—ничего особеннаго. Асцитъ, верхняя граница котораго вывѣтъ на два не доходить до пупковой линіи. Стулъ жидкій, 2—5 разъ въ сутки. Моча свѣтложелтого вѣтъ, количество около 1000 к. с., уд. в. 1009; бѣлка не найдено, цилиндры—также.

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

Лечение. Антисептическая перевязка правой стоны и теплая ванна.

№ 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функция желудка ослаблена. Нефритъ интерстиціального характера. Общая кислотность =  $0,014\%$ — $0,035\%$ ;  $\text{HCl}$  =  $0,004\%$ — $0,007\%$ .

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

Анамнезъ. Съ пѣдѣлю 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. Аппетит хороший.

Объективное исследование. Хорошо сложенный субъект с достаточным развитием мускулатуры и подкожного жирового слоя. Общие покровы и слизистая оболочки — бледны. Температура нормальная. Общия анамнеза, разве всего выраженная на ногах. Пульс = 64, полный, регулярный. Дыхание = 18. Артерия не склеротична. Со стороны легких — ничтожное ослабление перкуторного тона и хрипы над правой лопаткой; кое-где — *ronchi sibilantes et sonores*. Мокрота скудная, слизистая. Сердце: границы тупости почти в пределах нормы; точка утиренной силы, прощупывается из 5-м межреберья по *lin. mamill. sin.* и внутри от нее; ритм правильный, тон — чистый; на диастоле у аорты акцент. Увеличения печени и селезенки не определяется; давление на правое подреберье — болязненно. Асцит, не доходящий на 3 поп. пальца до пупка. Стул жидкий, до 6 раз в сутки. Моча светло-желтого цвета, количество = 1100 куб. с., уд. в. = 1016, высокой реакции, содержит до 2 грм. бѣлка; зернистые цилиндры. Вѣсъ = 69000 грм.

Течение болязи — безлихорадочное. Къ 7-му числу исчезли отеки на тѣлѣ и асцит. Все время продолжался понос от 3 до 6 раз в сутки. Количество мочи = 1000—3000 к. с., уд. в. = 1016—1004; альбуминурия оставалась *in statu quo*. Вѣсъ noch конец = 64000 грм. Аппетит был постоянно хороший. Явлений со стороны желудка в рот: боли, отрыжки, тошноты и т. под. не наблюдалось. Выписался немного поправившимся.

Лечение. — Теплые ванны.

NB. 5-ть анализов сока; способ Sjoquist'a. Цветовая реакция на присутствие свободной HCl дала отрицательный результат. Общая кислотность = 0,06%—0,09%; HCl = 0,003%—0,006%. Двигательная функция желудка ослаблена.

Переходжу къ объясненію изложенныхъ фактовъ, заранѣе оговариваясь, что полученные мною результаты не укладываются въ рамки какой-нибудь одной формулы или теории, 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 его въ большей или меньшей степени уменьшено (II

и III группы), или даже часто совсѣмъ не обнаруживается качествен. реакціями (IV группа). Такимъ образомъ, содержание HCl значительно колеблется какъ у различныхъ индивидуумовъ, такъ и у каждаго въ отдѣльности. Не всегда легко дать надлежащій масштабъ и точное объясненіе, почему въ сущности у рассмотрѣнныхъ нами нефритиковъ количество отдѣляемой HCl достигаетъ подчасъ огромной разницѣ. Несомнѣнно, конечно, что въ основѣ такого различія существуетъ известная законность, зависящая отъ цѣлаго комплекса условий, какъ-то: индивидуальности, состоянія различныхъ органовъ; отъ причинъ, 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, придающие Бравтовой болязи 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 уреміи — головная боль, шумъ въ ушахъ, иногда тошнота и т. д., вдобавокъ: первоначальное осложненіе глистами), тогда какъ у втораго довольно легкое (чувствуетъ себя хорошо, аппетитъ хороший, стулъ правильный и т. д.). Что же мы видимъ? У субъекта

сь болѣе тяжелой клинической картиной нефрита количественное содержание НСІ въ сокѣ нормально, у другого же, несмотря на сравнительно легкую картину страданія, содержаніе НСІ понижено. Сравнимъ еще того же Быстрова и Семенова (№ 1); послѣдній довольно анемиченъ, съ довольно сильнымъ страданіемъ почекъ и сердца, одержимъ приступами астмы, и проч. Кажется, что всѣ привилегіи на нормальное содержаніе НСІ 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 жизнѣдѣтельностью тканей, между тѣмъ пищеварительная сила сока и количественное содержаніе въ немъ НСІ сравнительно нормальны. Послѣднее сравненіе: Маракинъ (№ 7) и Игнатовъ (№ 20). Маракинъ—алкоголикъ, съ цирротическимъ страданіемъ печени, съ постоянными припадками подострой уремии, и пр.; между тѣмъ, пищеварительная дѣятельность сока почти нормальна и количество НСІ доходитъ до 0,09%. Но здѣсь интересенъ тотъ фактъ, что субнормальное состояніе секреторной дѣятельности желудка является какъ-бы компенсацией нарушенной его механической дѣятельности. Приведенныхъ примѣровъ, я думаю, будетъ достаточно, чтобы показать, что въ объясненіи *различно содержанія НСІ у различнаго субъектовъ* мы рѣдко можемъ ставить колебанія ея въ видимую зависимость отъ общаго состоянія и самочувствія больного; иное дѣло, если мы прослѣдимъ *колебанія НСІ 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—пріурочить эти индивидуальныя различія въ количественномъ содержаніи НСІ къ клинической картинѣ случая—даетъ мало положительныхъ данныхъ.

Можно отмѣтить, все-таки, тотъ фактъ, что всѣ наиболѣе кахектические субъекты (№№ 19, 23, 25) представляютъ и наиболѣе тяжелое пораженіе функций желудка; субъекты же, у которыхъ въ анамнезѣ *abusus in Vascho*, 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 неизбежное заключеніе, что въ организмѣ нефритика имѣются какія-то условія, которыя дѣлаютъ иногда возможнымъ существованіе нормальныхъ функций 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 НСІ въ желудочномъ сокѣ является какъ исключеніе и, какъ правило, констатируется ея уменьшеніе. Чтѣ играетъ непосредственную роль въ уменьшеніи или даже полномъ отсутствіи выделяемой НСІ,—объ этомъ можно строить лишь одни предположенія. Всякій болѣе или менѣе хронической нефритикъ, даже при отсутствіи обыкновенныхъ клиническихъ припадковъ мочекаменной, есть, строго говоря, и хронической 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 имѣющія составъ крови, какъ морфологически, такъ и химически, въ концѣ концовъ даетъ намъ ту форму общаго страданія, которая называется дискразіей, худосочиемъ. Конечно, въ одномъ уже этомъ конституціональномъ измѣненіи свойства крови мы имѣемъ условіе, могущее вліять на секретію сока и его качество. Но надо принять во

внимание еще и другие 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 секреторныя или сосудодвигательныя приводы. Наконецъ, надо принять въ расчетъ mogućия быть при хроническихъ нефритахъ измѣненія симпатическихъ узловъ и самого ganglion nodosi nervi vagi <sup>1)</sup>, какъ отдѣлительнаго нерва желудка <sup>2)</sup>.

Дифференцируй разобранныя причины примѣнительно къ наблюдаемымъ 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, болѣею частью, катарральныя признаки его. Всѣ эти случаи—атипическіе въ смыслѣ отсутствія за время теченія болѣзни видимой правильности въ колебаніи HCl.

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

<sup>1)</sup> Къ патологической гистологіи ganglii nod. vagi при крупозной пневмоніи и хроническихъ нефритахъ. Дисс. 1889. Издескій.

<sup>2)</sup> „Отдѣлительный нервъ желудочныхъ железъ собаки“, сообщ. Павлова и Шумовой - Силановской. 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 однометаллическихъ фосфорнокислыхъ натромъ ( $\text{NaH}_2\text{P}_2\text{O}_7$ ), 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 каждаго нефритика существуетъ свой minimum и maximum, въ предѣлахъ которыхъ—иногда съ видимой закономерностью—колеблется количественное содержаніе HCl въ сокѣ.

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

Я полагаю,—не рискуя сдѣлать большой ошибки,—что за періодъ всасыванія отековъ, т.е. усиленнаго діуреза, процессъ наростанія 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 патологіи и сошлюся на опыты Braun'a, Grützn'er'a и Boas'a <sup>1)</sup>, показавшіе, что, при введеніи въ кровь

<sup>1)</sup> Dr. Ewald. О расщепленіи и леченіи катарровъ желудка. Перев. со 2 нем. изд. Практич. Мед. 1890 г. № 6—7.

раствора NaCl, секреторная дѣятельность желудочныхъ железъ повышается.

Во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ, какъ видно изъ таблицы, *молочная кислота* въ большемъ 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, причѣмъ или вводится уже въ первоначально готовомъ видѣ, или же образуется въ желудкѣ потомъ изъ углеводовъ, подъ влияніемъ специфическихъ микроорганизмовъ. Количество ея въ желудкѣ будетъ тѣмъ больше, чѣмъ обильнѣе вводимый матеріалъ и чѣмъ энергичнѣе будетъ броженіе послѣдняго. На степень же этого броженія влияют тормозящимъ образомъ содержащаяся въ сокѣ HCl, являющаяся въ извѣстномъ смыслѣ регуляторомъ, не дающимъ при нормальныхъ условіяхъ этому броженію переходить опредѣленныхъ границъ. Ewald и Voas на основаніи опредѣленныхъ границъ. Ewald и Voas на основаніи пѣлаго 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 полного 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 максимума—0,2%.

Ставши на точку зрѣнія Ewald'a и Voas'a, всѣ мои случаи, гдѣ черезъ 1—1½ 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 группъ 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 бѣлаго кружка мною уже было потированъ фактъ, проходящій, такъ сказать, красной нитью черезъ всѣ изслѣдованные случаи—это видимый недостатокъ фермента. Я тогда же задоумился—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 тѣкоторыя дѣйствующія составныя части желудочнаго сока, я впоследствии узналъ изъ статьи проф. Jaksch'a <sup>1)</sup>, 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 позволило 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 бѣловый кружокъ въ непрофильтрованномъ сокѣ рѣдко растворялся ранѣе кружка въ профильтрованномъ, а въ сравненіи съ тѣмъ кружкомъ, куда было прибавленъ пепсинъ, обыкновенно позже на 10—15—20 минутъ. Полнаго отсутствія этого фермента никогда не наблюдалось, такъ какъ даже въ случаяхъ IV-й группъ („aperisie“) достаточно было прибавить къ соку 1—2 капли соля-

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. kl. Med. 1890 г. В. XVII. Н. 5.

ной кислоты, чтобы кружок растворился через 5—8 часов.

*Labferment* открывался постоянно, представляя лишь ослабленную энергию в случаях III-й и IV-й групп, насколько об этом можно было судить по замедленной створаживаемости молока (1—1½—2 часа); три раза открывался лишь в виде «предварительного фермента» — зногена (см. № 24 и 25). Результаты эти не дают мнѣ права исключительно придраться к какому-нибудь одному из мнѣний, существующих на сычужное створаживание, — ни Boas'a, ни его противников.

*Протеолитическій процесс.* 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 содержание ацидъ-альбумина.

*Амилолитическій процесс.* Какъ извѣстно, неорганизованный ферментъ слюны — птѣалинъ, дѣйствуя на крахмалъ, даетъ послѣдовательно слѣдующій главный рядъ превращеній: растворенный крахмалъ, эритродекстринъ, ахродекстринъ, мальтозу и отчасти декстрозу. Этотъ сахаротворный процессъ лучше всего проявляется въ слабощелочныхъ и нейтральныхъ растворахъ, при томъ не ограничивается лишь полостью рта, а благодаря прочной слюнѣ продолжается известное время и въ желудкѣ. Черезъ часъ послѣ пробнаго завтрака крахмалъ при нормальныхъ условияхъ, по Ewald'у, долженъ быть уже весь превращенъ въ сахаръ или, по крайней мѣрѣ, въ ахродекстринъ, 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 спяня, то уже это указываетъ на замедленіе процесса сахарификаціи. Просматривая наши случаи, находимъ, что рядомъ съ постояннымъ присутствіемъ во всѣхъ группахъ ахродекстрина 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 сахарификаціи совершается не въ надлежащей степени, а именно — ослабленъ. Изъ причинъ такого явленія могутъ быть лишь двѣ: или недостаточное содержаніе птѣалина въ слюнѣ, или же большое содержаніе кислоты въ желудкѣ.

Velden <sup>1)</sup>, изучавшій дѣйствіе слюны въ желудочномъ сокѣ, пришелъ къ заключенію, что птѣалинъ не теряетъ своей энергіи въ кисломъ растворѣ, если въ послѣднемъ HCl содержится не болѣе 0,01%, молочный же не болѣе 0,1—0,2% (Sticker<sup>2)</sup>) объясняетъ возможность дѣйствія диастатическаго фермента слюны тѣмъ, что послѣдняя въ началѣ пищеваренія, благодаря своей алкологичности, нейтрализуетъ кислый желудочный сокъ. Проф. L. Rummo и dr. Ferrarini <sup>3)</sup>, изслѣдовавшіе вліяніе кислотъ желудочнаго сока на броженіе, происходящее въ желудкѣ, приводятъ указанія, что прибавленная къ слюнѣ до начала амилолиза HCl въ небольшомъ количествѣ (0,0001%) не задерживаетъ этого вида броженія, которое останавливается, если кислоты будетъ больше; молочная кислота задерживаетъ при 0,025% и прекращаетъ при 0,1%; прибавленіе HCl послѣ начала амилолиза черезъ часъ начинаетъ задерживать

<sup>1)</sup> Dr. Ewald. О способахъ изслѣдов. желудка. Перев.

<sup>2)</sup> Цитир. по Медич. Обзор. 1889 г.

<sup>3)</sup> Цитир. по Врачу 1889 г. № 38 и 1890 г. № 11.

при 0,025% — 0,2% и прекращает амиллиз при 0,3% — 0,5%.

Интересныя данныя, разъясняющія намъ отношеніе фермента слюны къ желудочному соку, приводятся въ изслѣдованіяхъ Кравкова Николая <sup>1)</sup> (лабор. Съченова), работавшаго съ чистыми неорганизованными ферментами. Константировавши тотъ фактъ, что для парализаціи диастатическаго фермента слюны достаточно содержанія HCl уже въ количествѣ 0,0002%, а органической 0,002%, онъ своими опытами дальѣ наглядно показавъ, почему этотъ ферментъ, тѣмъ не менѣе, можетъ весьма успѣшно проявлять свое дѣйствіе и при физиологической кислотности желудочнаго сока; изъ опытовъ его видно, что альбуминъ, глобулинъ и пептоны, связывая кислоты, при диастатическихъ процессахъ играютъ, такъ сказать, роль хранителей диастаза отъ депримирующаго дѣйствія химическихъ агентовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, помимо, 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 избѣгаетъ огромнѣйшее значеніе, именно — ферментный настой лишь тогда становится 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.

<sup>1)</sup> 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 слювѣ іода обнаружилось въ среднемъ минутъ черезъ 18.

*Двигательная функція желудка*, въ смыслѣ возрѣній Ewald'a, уклоненій отъ нормы не представляла; при опредѣленіи же мысленной дѣятельности по способу Leube констатировала ея ослабленіе: у трехъ субъектовъ II-й группы (№№ 7, 9, 19) и у четырехъ — IV-й группы. (№№ 23, 24, 25, 26). Все 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 отечный и внѣотечный.

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 курнымъ 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) процесс пептонизации имѣлъ мѣсто болѣе или менѣе всегда, 5) весьма часто обнаруживалось малое содержание пепсина, 6) ослабленія двигательной функціи желудка не было никогда. Изъ краткаго сообщенія Бернацкаго, къ сожалѣнію, нельзя узнать, какой именно получали въ его случаяхъ maximum 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, пталаина, 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 уремии не исключаютъ возможности существованія у нефритиковъ нормальнаго содержанія HCl въ желудочномъ сокѣ и нормальной пищеварительной дѣятельности послѣдняго.



# ТБ

Т А Б Л И Ц А № 1.

Месяц и число.	% общей интоксичности.	% HCl. количество свободной	Искалательная суточ- ночь для ЖК.	Моторная сила желудка определялась		Пептическая сила сока					
				по Квалды.	по Leube.	Одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. ++ pepsin		
мая 29	0,27	0,101			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
31	0,29	0,086			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
июня 2	0,3	0,075			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
5	0,32	0,114			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
8	0,29	0,067			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
15	0,28	0,071			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
21	0,32	0,082			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
22	0,33	0,059			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
26	0,3	0,172			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
июля 4	0,25	0,14			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
6	0,26	0,14			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
8	0,28	0,124			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
9	0,31	0,074			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
11	0,33	0,068			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
15	0,33	0,068			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.
17	0,29	0,06			1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.

БИБЛИОТЕКА  
Института Микробиологии  
Иркутского государственного университета

Т А Б Л И Ц А № 2.

Число и месяц.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Вскалывательная смесь ночь для ЖК.		Моторная сила желудка определяема		Пептическая сила сома				
			первое поглавление в смеси 8—12 <sup>ч</sup> (3 опрел.)	первое поглавление в моче са- нирующей смеси через 1—1 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> часа.	по Kwald'y.	по Leube.	около.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
июль 18	0,17	0,07				1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 ч.	1 ч.	1 ч.	1 ч.
19	0,16	0,082				1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 ч.
21	0,18	0,084				1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 ч.
22	0,08	0,070				через 24 часа пругавое еще по расщепле- нию.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	около 8 ч.	около 8 ч.	1 1/2 ч.
26	0,21	0,11				1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	2 1/4 ч.	2 ч.	2 ч.	1 1/2 ч.
28	0,26	0,17				1 ч.	1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	1 ч.
30	0,23	0,16				1 ч.	около 1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 ч.
авг. 1	0,25	0,18				около 1 ч.	около 1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	1 ч.
4	0,26	0,17				около 1 ч.	около 1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	1 ч.
6	0,26	0,17				около 1 ч.	около 1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	1 ч.
8	0,25	0,16				около 1 ч.	около 1 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	2 1/2 ч.	1 ч.

Т А Б Л И Ц А № 3.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Вскалывательная смесь ночь для ЖК.		Моторная сила желудка определяема		Пептическая сила сома.				
			первое поглавление в смеси 8—10 минут (2 опрел.)	первое поглавление в моче са- нирующей смеси через 1 час (3 опрел.)	по Kwald'y.	по Leube.	около.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.	
март 30	0,32	0,055				около 2 ч.	около 2 ч.	около 2 ч.	около 1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 ч.
июль 1	0,35	0,072				1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 ч.
2	0,34	0,07				2 ч.	2 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	1 ч.
3	0,32	0,064				1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	1 ч.
5	0,3	0,08				1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	1 ч.
7	0,3	0,09				1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	1 ч.
9	0,32	0,085				1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	1 ч.
10	0,31	0,085				1 1/4 ч.	1 1/4 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	около 1 ч.	1 ч.
11	0,31	0,08				1 1/4 ч.	около 1 1/4 ч.	около 1 1/4 ч.	около 1 1/4 ч.	около 1 1/4 ч.	1 ч.

Т А Б Л И Ц А № 4.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Раскислятельная способ- ность для ЖК.	Магровая сила желудка определяема		Пептическая сила сока					
				по Ewald'y (3 определения).	по Leube. (2 определения).	оного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.		
Июль 29	0,16	0,037	первое повышение в сутки через 10-12 минут (4 определения).	первое повышение в сутки через 1-1 1/4 (3 определения).	через 6 1/2 часов, почти обильн.	4 ч. 4 1/2 3 1/2 3 1/2	около 4 ч. 3 1/2 3 1/2	—	—	—	—
Июль 30	0,14	0,029				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 2	0,17	0,042				2 1/4	1 1/2	—	—	—	—
Июль 3	0,15	0,080				2 1/4	1 1/2	—	—	—	—
Июль 5	0,18	0,042				2 1/4	2	—	—	—	—
Июль 6	0,18	0,050				2 1/4	2	—	—	—	—
Июль 8	0,17	0,05				2 1/4	2	—	—	—	—
Июль 10	0,2	0,048				2 1/4	2	—	—	—	—
Июль 12	0,19	0,049				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 13	0,18	0,052				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 18	0,18	0,055				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 21	0,21	0,069				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 23	0,21	0,073				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 25	0,19	0,072				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—
Июль 27	0,2	0,074				2 1/4	2 1/4	—	—	—	—

Т А Б Л И Ц А № 5.

Месяц и число.	% общей кислотности	% количество свободной HCl.	Раскислятельная способ- ность.	Моторная сила желудка определяема		Пептическая сила сока					
				по Ewald'y.	по Leube.	оного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.		
Июль 15	0,34	0,12	первое повышение в сутки 10' (3 определ.).	первое повышение в сутки через 1-1 1/4 часа (4 определ.).	Через 6 1/2 часов, почти обильн. же- лудк. сок (3 определения).	1 1/2 ч. 1 1/2	около 1 1/2 ч. 1 1/2	—	—	—	—
Июль 17	0,33	0,14				1 1/2	около 1 1/2 ч. 1 1/2	—	—	—	—
Июль 18	0,33	0,12				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 20	0,3	0,16				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 22	0,32	0,11				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 23	0,3	0,13				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 25	0,33	0,15				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 26	0,33	0,15				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 29	0,31	0,14				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 7	0,29	0,14				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 8	0,3	0,13.				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 9	0,29	0,16				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 11	0,27	0,17				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 14	0,27	0,15				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 15	0,28	0,15				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 5	0,29	0,16				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—
Июль 7	0,27	0,16				1 1/2	1 1/2	—	—	—	—

Т А Б Л И Ц А № 6.

Месец и число.	% общей кислотности.	% HCl. % количества свободной	Рассыпательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Цифровая сила сода					
				по Квальдъ.	по Leube.	около 2.	около 1 1/4.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.	
апр. 26	0,23	0,13	первое повышение в сутки че- рез 8—12 минут (3 опер.)	первое повышение в ночь са- мостоятельно (2 оперативн.),	перез 6 1/2 часов ночь обиль- ная (2 опер.)	около 2	около 1 1/4	1 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
27	0,24	0,13				около 2	около 1 1/4	1 1/2	3 1/2	3 1/2	3
28	0,24	0,12				около 2	около 1 1/4	1 1/2	2 1/2	2 1/2	3
мая 2	0,28	0,15				около 2	около 1 1/4	1 1/2	2 1/4	2 1/4	3
3	0,25	0,13				около 2	около 1 1/4	1 1/2	3	3	3 1/2
5	0,25	0,12				около 2	около 1 1/4	1 1/2	3	3	3
7	0,24	0,14				около 2	около 1 1/4	1 1/2	3	3	3
9	0,25	0,14				около 2	около 1 1/4	1 1/2	2 1/2	2 1/2	3
10	0,24	0,12				около 2	около 1 1/4	1 1/2	2 1/2	2 1/2	3

Т А Б Л И Ц А № 7.

Месец и число.	% общей кислотности.	% HCl. % количества свободной	Рассыпательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Цифровая сила сода					
				по Квальдъ.	по Leube.	около 2.	около 1 1/4.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.	
июль 9	0,3	0,30	первое повышение в сутки через 10—12" (3 оперативн.)	первое повышение в ночь са- мостоятельно (3 оперативн.),	перез 6 1/2 часов ночь обиль- ная (2 оперативн.)	около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
12	0,29	0,30				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
13	0,27	0,09				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
14	0,25	0,079				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
16	0,31	0,081				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
17	0,33	0,080				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
21	0,28	0,084				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
23	0,27	0,081				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
24	0,29	0,081				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
25	0,28	0,082				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
28	0,30	0,07				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
28	0,31	0,07				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
июль 10	0,22	0,091				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
12	0,22	0,074				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2
14	0,24	0,074				около 2	около 1 1/4	1 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2

Т А Б Л И Ц А № 8.

Мфедц. и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Искаженная способ- ность.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сода.				
				по Квальд'у.	по Леубе.	одногто.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.	
23 лет	0.15	0.084	первое повышение в сутки через 10—12 минут (3 определения).	первое повышение в сутки через 6 1/2 часов после обильного завтра (2 опре- деления).	4 ч.	3 1/2 ч.	—	—	—	—
25	0.15	0.029			около 5	4 1/4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
28	0.13	0.017			4	3 1/2—4	—	—	—	—
29	0.16	0.03			около 3	2 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
31	0.2	0.047			2	1 1/4	2	2	2	2
1 июль	0.18	0.047			1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
2	0.2	0.063								
4	0.19	0.08								

Т А Б Л И Ц А № 9.

Число и мфедц.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Искаженная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сода				
				по Квальд'у.	по Леубе.	одногто.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.	
6 мая	0.16	0.033	первое повышение в сутки через 8—10 мин. (3 опре- деления).	первое повышение в сутки через 1—1 1/4 часа (3 определения).	4 ч.	3 1/2 ч.	—	—	—	—
7	0.21	0.04			3 1/4	3 1/2	около 2 ч.	около 2 ч.	1 1/2	1 1/2
9	0.21	0.025			4 1/2	4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
12	0.24	0.058			3 1/2	3 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
24	0.24	0.021			4 1/2	4 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2	1 1/2
25	0.21	0.037			3 1/2	3 1/2	около 1 1/2	около 1 1/2	1 1/2	1 1/2
26	0.21	0.03			4	4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
28	0.24	0.03			3 1/4	3 1/4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
30	0.22	0.04			4	4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2
2 июль					3 1/4	3 1/4	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2

ТАБЛИЦА № 10.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Песчаная масса после для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сода					
				первое повышение в морф са- линдаровой кислотности желудочной через 1 час (3 определения).	no Kwald'y.	через 6 1/2 часов после обиль- ной еды (2 определения).	но Leube.	около 3 ч.	пепсин.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.
июль 10	0,12	0,04	первое повышение в среднем через 10—12" (3 определения).	первое повышение в морф са- линдаровой кислотности желудочной через 1 час (3 определения). <td>но Leube. <td>около 4</td> <td>пепсин.</td> <td>около 2</td> <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td> </td>	но Leube. <td>около 4</td> <td>пепсин.</td> <td>около 2</td> <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td>	около 4	пепсин.	около 2	пепсин.	пепсин.	пепсин.
11	0,14	0,05				4		4			
13	0,14	0,05				4 1/2		4 1/2			
24	0,088	0,044				4		4 1/2			
28	0,19	0,046				4		4 1/2			
август 1	0,19	0,046				около 4		около 2 1/2			
3	0,05	0,05				около 2 1/2		около 2 1/2			
5	0,17	0,05				2		2			
7	0,18	0,055				2		2			
8	0,17	0,05				2 1/4		2 1/4			
13	0,18	0,053				2		2			
15	0,19	0,063				около 2		около 2			

ТАБЛИЦА № 11.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Песчаная масса после для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сода					
				первое повышение в морф са- линдаровой кислотности желу- да через 1 час (3 определения).	но Kwald'y.	через 6 1/2 часов после обильной еды (2 определения).	но Leube.	около 3 ч.	пепсин.	+ HCl. + pepsin.	+ HCl. + pepsin.
июль 11	0,17	0,04	первое повышение в среднем через 10 минут и ранее некоторо (3 определения).	первое повышение в морф салиндаровой кислотности че- рез 1 час (3 определения).	но Kwald'y. <td>около 3 ч.</td> <td>пепсин. <td>около 2</td> <td>пепсин. <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td> </td></td>	около 3 ч.	пепсин. <td>около 2</td> <td>пепсин. <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td> </td>	около 2	пепсин. <td>пепсин.</td> <td>пепсин.</td>	пепсин.	пепсин.
13	0,2	0,04				3		3 1/4			
15	0,2	0,04				3		3 1/4			
17	0,17	0,048				3		около 2 1/2			
18	0,21	0,048				3 1/4		около 2 1/2			
20	0,25	0,051				3 1/4		около 2 1/2			
24	0,25	0,049				3 1/4		около 2 1/2			
26	0,22	0,06				3 1/4		около 2 1/2			
28	0,21	0,072				3 1/4		около 2 1/2			
август 6	0,24	0,072				3 1/4		около 2 1/2			
8	0,23	0,065				3 1/4		около 2 1/2			

Т А Б Л И Ц А № 12.

Мсяць и число.	% общей кислотности.	% HCl, количество свободной	Всакангазальная способ- ность.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока.					
				по Kwald'y.	по Leube.	охрано.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.		
Июль 15	0,11	0,04	первое помятие в среду через 10 минут (2 опер.)	первое помятие через 1—1 1/4 часа (2 опер.)	3 1/4 ч.	2 1/4 ч.	2 1/4 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	+ HCl. + pepsin.
16	0,13	0,042			3	3 1/4	2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	—
17	0,14	0,083			3	3 1/4	2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	—
18	0,14	0,049			3	3	2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	—
19	0,15	0,046			3	3	2	2	1 1/2	1 1/2	—
21	0,16	0,056			2	2	—	—	—	—	—
23	0,16	0,06			2	2	—	—	—	—	—
25	0,15	0,055			2	около 2-х ч.	около 2-х ч.	—	1 1/4	1 1/4	—

Т А Б Л И Ц А № 13.

Мсяць и число.	% общей кислотности.	% HCl, количество свободной	Всакангазальная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока					
				по Kwald'y.	по Leube.	охрано.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.		
апр. 19	0,19	0,00	первое помятие в среду через 8—10 мин. (3 опер.)	первое помятие в ночь са- ндвичевой есгозы через 1—1 1/4 ч. (3 оперативн.)	3	4 ч.	3 1/4 ч.	3 1/4 ч.	1 1/2 ч.	1 1/2 ч.	+ HCl. + pepsin.
24	0,16	0,041			3	3 1/2	3 1/2	3 1/2	1 1/2	1 1/2	—
25	0,21	0,039			3	3 1/2	—	—	1 1/4	1 1/4	—
27	0,18	0,046			3	3 1/4	около 3 1/4	около 3 1/4	1 1/2	1 1/2	—
30	0,19	0,04			3 1/4	2	2	2	1 1/2	1 1/2	—
мая 1	0,16	0,021			3	3 1/4	около 3 1/4	около 3 1/4	1 1/2	1 1/2	—
3	0,19	0,042			3	3	2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	—
4	0,18	0,00			3	3	2 1/4	2 1/4	1 1/2	1 1/2	—
8	0,19	0,035			3	3	около 3	около 3	1 1/4	1 1/4	—
11	0,16	0,035			3	3	около 3	около 3	1 1/4	1 1/4	—
13	0,16	0,035			3	3	около 3	около 3	1 1/4	1 1/4	—
17	0,16	0,035			3	3	около 3	около 3	1 1/4	1 1/4	—
21	0,16	0,035			3	3	около 3	около 3	1 1/4	1 1/4	—

Т А Б Л И Ц А № 14.

Месяц и число.	% обмен энтропией.	% количество свободной HCl.	Раскалываемая смесь ночь для JK.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока.				
				по Lewaldy.	по Leube.	оного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.	
мая 5	0,22	0,049	первое название в смеси через 10—14 мин. (2 опер.)	первое название в ночь са- лициловой кислоты через 1 час (1 операция)	через 6 1/2 часов ночь обильн жидкая густая (1 опер.)	2 1/4 ч.	2 ч.	1 ч.	1 ч.	около 1
8	0,24	0,045				2	2	1	1	
11	0,25	0,053				—	—	—	—	—
13	0,23	0,05				2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	
14	0,23	0,05				2	2	1	1	около 1

Т А Б Л И Ц А № 15.

Месяц и число.	% обмен энтропией.	HCl. % количество свободной	Раскалываемая смесь ночь для JK.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока				
				по Lewaldy.	по Leube.	оного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.	
апр. 28	0,17	0,03	первое название в смеси че- рез 8—10 минут (3 опер.)	первое название в ночь са- лициловой кислоты через 1— 1 1/4 часа (2 операции)	через 6 1/2 часов ночь обильн жидкая густая (1 опер.)	около 4 ч.	3 1/4 ч.	1 1/2	1 1/2	1 1/4
29	0,17	0,017				5 1/2	5	1 1/2	1 1/2	1
мая 2	0,19	0,02				4 1/2	4	1 1/2	1 1/2	—
4	0,18	0,034				3 1/2	—	1 1/2	1 1/2	—
6	0,18	0,04				—	—	—	—	—
7	0,19	0,04				2 1/4	2 1/4	—	—	—
9	0,2	0,036				3 1/4	3	—	—	—
10	0,19	0,048				2 1/4	2 1/4	—	—	—
12	0,2	0,048				2 1/4	2 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4

61311011111  
 Института Механики Ленинград  
 М.  
 Институт



Т А Б Л И Ц А № 16.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Расквашиваемая смесь — ночь.	Моторная сила желудка определяемая		Центисеская сила сода				
				по Kowald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 16	0,26	0,10	первое повышение в смеси через 10—12* (3 опыта).	первое повышение в ночь 1 часа (2 опыта).	через 6 1/2 часов ночь обда желок был мягк. (3 опыта).	4	около 6 в.	1 1/4	1 1/4	1 1/4
18	0,26	0,14				4	около 6 в.	1 1/4	1 1/4	1 1/4
19	0,27	0,10				6 1/2	около 5	1 1/4	1 1/4	1 1/4
28	0,28	0,17				5 1/2	около 5	1 1/4	1 1/4	1 1/4
30	0,24	0,20				4 1/2	около 4 1/2	1 1/4	1 1/4	1 1/4
май 1	0,23	0,22				4	около 4 1/2	1 1/4	1 1/4	1 1/4
5	0,22	0,24				4 1/2	около 4 1/2	1 1/4	1 1/4	1 1/4
8	0,21	0,27				4	около 4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
12	0,22	0,21				4 1/2	около 4 1/2	1 1/4	1 1/4	1 1/4
14	0,22	0,21				4	около 4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
15	0,22	0,21				4	около 4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
16	0,22	0,23				4	около 4	1 1/4	1 1/4	1 1/4

Т А Б Л И Ц А № 17.

Дни и месяц.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Расквашиваемая смесь — ночь для JK.	Моторная сила желудка определяемая		Центисеская сила сода				
				по Kowald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + pepsin.	
мая 4	0,13	0,17	первое повышение в смеси через 10—12 мин. (3 опыта).	первое повышение в ночь са- мостоятельной кислоты через 1 часа (3 определения).	через 6 1/2 часов ночь обда желок был мягк. (2 опре- деления).	5 3/4 в.	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
6	0,15	0,19				5 3/4	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
10	0,15	0,25				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
14	0,18	0,28				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
16	0,24	0,12				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
19	0,2	0,15				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
21	0,2	0,21				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
22	0,2	0,21				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
23	0,21	0,23				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
24	0,21	0,23				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
июня 4	0,21	0,24				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4
6	0,21	0,24				4 1/2	около 6	1 1/4	1 1/4	1 1/4

Т А Б Л И Ц А № 18.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Всасывательная способ- ность для ЖК.	Моторная сила желудка определяемая		Пептическая сила сока				
				по Kwald'y.	по Leube.	Однотр.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.	
13 июль	0,19	0,025	первое повышение в сутки через 8—10 минут (3 определения)	первое повышение в ночь саунариевой кислоты че- рез 1 час. (2 определения).	через 6 1/2 часа ночь общая кислота была нуль. (2 определения).	9 ч. 5 1/4	около 9 ч. 5 1/2	2 ч.	—	—
8	0,23	0,015				7 1/2	7 1/2	1 1/4	1 1/4	1 1/4
5	0,24	0,017				8	7 1/2	около 2	1 1/4	1 1/4
7	0,33	0,012				8	7 1/2	около 2	1 1/4	1 1/4
9	0,2	0,018				4 1/4	3 3/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
11	0,22	0,02				4	4 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
13	0,31	0,027				4	4 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
15	0,19	0,027				4	4 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
17	0,21	0,019				4	4 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4
19	0,19	0,025				4	4 1/4	1 1/4	1 1/4	1 1/4

Т А Б Л И Ц А № 19.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Целовая реакция на со- дую HCl			Моторная сила же- лудка определяемая	Пептическая сила сока.					
			контр.	метилг-видельт.	триполизинт.		фторокри-ва- нилинт.	по Kwald'y.	по Leube.	Однотр.	+ pepsin. + HCl.	+ pepsin + HCl.
13 апр.	0,287	0,016	слаб	слаб	да	первое повышение в ночь са- унариевой кислоты через 1—1 1/2 ч. (2 определения).	через 6 1/2 часа ночь была железистая сине окрашена не- большим количеством индик.	6 1/2 ч. около 9—10	—	2 ч.	—	—
15	0,1	0,012	нельзя	слаб	да			около 9—10	7 ч.	1 1/4	1 1/4	1 1/4
16	0,094	0,014	нельзя	слаб	да			7	—	—	—	—
18	0,09	0,014	нельзя	слаб	да			около 7	6	6	1 1/2	1 1/2
19	0,12	0,018	слаб	слаб	да			5	5	5	1 1/2	1 1/2

Т А Б Л И Ц А № 20.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цифровая реакция на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая		Цепочечная сила сода			
			контр.	клетки-фиолет.	трондолина.	форогрина-на-пинин.	по Leube.	одинто.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl.	+ pepsin.
июня 10	0,11	0,01	еще	еще	да	да	по Leube.	около 10—12 ч.	—	3 ч.	2 ч.	—
11	0,1	0,008	нельзя	нельзя	да	да	первое понажение в котле сапониновой кислоты через 1—1 1/2 часа (2 опыта).	около 24	около 24 ч.	3	2	—
12	0,11	0,014	слегка	слегка	да	да	через 6 1/2 часов почти обильно жгуток вить нить (2 опыта).	—	около 24 ч.	3	2	—
14	0,13	0,015	—	—	да	да	—	5	5	1 1/2	1 1/2	—
16	0,14	0,015	слегка	слегка	да	да	—	около 6	5	1 1/2	1 1/2	—
17	0,12	0,009	нельзя	нельзя	да	да	—	около 24	5	—	—	—
18	0,12	0,01	нельзя	нельзя	—	—	—	около 12	около 24	—	—	—
19	0,13	0,000	нельзя	нельзя	да	да	—	около 12	около 24	—	—	—
19	0,13	0,000	нельзя	нельзя	да	да	—	около 24	около 24	3	—	—

Т А Б Л И Ц А № 21.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Моторная сила желудка определяемая		Цепочечная сила сода.					
			по Leube.	по Leubal'y.	одинто.	+ pepsin.	+ HCl.	+ HCl.		
мая 18	0,01	0,002	первое понажение в котле через 10 мин. (2 опыта).	первое понажение в котле сапониновой кислоты через 1 час (2 определения).	около 24	около 24	около 24	около 24	6 ч.	2 ч.
19	0,03	0,004	—	—	—	—	—	—	5	2
21	0,12	0,029	—	—	4 1/2	4	4	4	2	1
22	0,14	0,027	—	—	4	около 4	около 4	около 4	1 1/2	1

Т А Б Л И Ц А № 22.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Цитовая реакция на свободную бодуру HCl				Моторная сила жемчуга определяемая		Численная сила сода				
			контр.	кельм-визерт.	тронсоманн.	формозон-м-индиг.	по Kwaldy.	по Leube.	ОАНОТО.	+	pepsin.	+ HCl.	+ HCl. + Pepsin
мая 24	0,1	0,006	нить	нить	еже	слегка	первое помывание в котле с индигуровой кислотой через 1 час (с определения).	через 6 1/2 часов подл обфам жемчуга быть нить (1 опер.).	через 24 ч. кружок еще не растворился.	6 ч.	—	—	2 1/2 ч.
27	0,08	0,009	нить	нить	слегка	слегка			—	—	—	—	
29	0,09	0,007	—	—	—	—			через 24 ч. кружок еще не растворился.	—	—	2	
31	0,095	0,01	еже	еже	слегка	да			через 24 ч. кружок еще не растворился.	6	—	2	
июня 1	0,07	0,008	нить	нить	слегка	слегка			—	—	—	—	
3	0,08	0,008	нить	нить	слегка	да			—	7	—	—	1 1/2

Т А Б Л И Ц А № 23.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% HCl.	Цитовая реакция на свободную бодуру HCl				Моторная сила жемчуга определяемая		Численная сила сода				
			контр.	кельм-визерт.	тронсоманн.	формозон-м-индиг.	по Kwaldy.	по Leube.	ОАНОТО.	+	pepsin.	+ HCl. + Pepsin	
июня 4	0,015	0,005	нить	нить	нить	нить	первое помывание в котле с индигуровой кислотой через 1 1/2 часа (2 опера.).	через 6 1/2 часов подл обфам жемчуга еще сохраняет остинг ванну (3 опера.).	через сутки кружок еще не растворился.	7—8 ч.	—	—	2 ч.
5	0,084	0,006	нить	нить	нить	нить			через сутки кружок еще не растворился.	—	—	—	3
6	0,026	0,005	нить	нить	нить	нить			через сутки кружок еще не растворился.	около 9	—	—	2 1/4
8	0,0029	0,0027	нить	нить	нить	нить			через сутки кружок еще не растворился.	около 9	—	—	2
10	0,029	0,003	нить	нить	нить	нить			через сутки кружок еще не растворился.	около 6	—	—	—
12	0,06	0,008	нить	нить	слегка	слегка			—	6	—	—	—
14	0,067	0,007	нить	нить	нить	слегка			—	—	—	—	—
16	0,039	0,0046	—	—	—	—			—	—	—	—	—
17	0,025	0,005	—	—	—	—			—	около 7	—	—	2 1/2

Т А Б Л И Ц А № 24.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Цитровый реакции на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая по Kwaldy.	Пептическая сила сока			
			контр.	метиль-виолет.	троякоциан.	формол-на-пипинг.		одног.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
марта 26	0,02	0,0021	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через сутки кружок еще не растворился.	6 ч.	2 ч.	+	+
27	0,03	0,0042	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	около 6	1 1/4	—	—
29	0,024	0,002	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
30	0,038	0,004	—	—	—	—	через 6 1/2 часов ночь обда	около 6	1 1/4	—	—
апр. 3	0,042	0,006	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	5	1 1/2	—	—
4	0,051	0,0038	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	6 1/2	1 1/2	—	—
7	0,028	0,0042	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	около 6	2	—	—
9	0,051	0,006	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
10	0,04	0,005	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
11	0,039	0,004	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
12	0,04	0,004	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
14	0,038	0,004	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
16	0,03	0,0039	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
17	0,05	0,0048	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—
18	0,03	0,0048	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через 6 1/2 часов ночь обда	—	—	—	—

Т А Б Л И Ц А № 25.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количества свободной HCl.	Цитровый реакции на свободную HCl				Моторная сила желудка определяемая по Kwaldy.	Пептическая сила сока			
			контр.	метиль-виолет.	троякоциан.	формол-на-пипинг.		одног.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
апр. 8	0,021	0,0068	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	7 1/2 ч.	2 ч.	+	+
9	0,021	0,005	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	—	—	—	—
10	0,031	0,006	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	8	2	—	—
12	0,014	0,004	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через сутки кружок еще не растворился.	8	2 1/2	—	—
14	0,033	0,006	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	7	2	—	—
15	0,035	0,006	нйт.	нйт.	нйт.	нйт.	через сутки кружок еще не растворился.	7—8	—	—	—
17	0,02	0,0045	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	—	—	—	—
21	0,03	0,007	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	около 8	—	—	—
23	0,03	0,007	нйт.	нйт.	нйт.	слабо	через сутки кружок еще не растворился.	около 8	—	—	—

Т А Б Л И Ц А № 26.

Месяц и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всаявляемая способ- ность для ЖК.	Молочная сила желудка определяемая		Пищевая сила сода.									
				по Kwald'у.	по Leube.	одног.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.						
мая 4	0,06	0,004	первое познание в слепке через 10—12" (2 опрел.).	первое познание в мочке са- луги до конца (2 определения).	через 6 1/2 часа после обиль- ного завтрака еще содержит неяс- но желтые остатки пищи (1 опр.).	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
5	0,06	0,003	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
6	0,09	0,004	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
8	0,07	0,006	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9	0,08	0,006	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

через сутки кружок  
еще не растворился.

около 8 ч. 2 1/2—3 ч.  
2

около 2  
7

сл. в воде 7 2 1/4  
около 7 2 1/4

ПРИЛОЖЕНИЕ.

Къ табл. № 1. Соки обыкновенно получаются въ достаточ-  
номъ количествѣ, прозрачны, безцвѣтны; легко фильтруются.  
Пищевая кашка хорошо измельчена и переварена. Молочная  
кислота +. Альбуминъ и синтонинъ, паравентонъ и пептонъ  
+. Реакція Троммера +. Прибавляемый по каплямъ къ филь-  
трату растворъ Lugo'я давалъ последовательно окраску: пу-  
руроокрасную, безцвѣтную, желтую и синефиолетовую Labfement  
+; створаживающее молоко наступало черезъ 10—20" (7 оп-  
редѣлений).

Къ табл. № 2. Соки прозрачны, безцвѣтны, легко филь-  
труются. Пищевая кашка хорошо измельчена и переварена  
(23/ви числа; соки опалесцирующія, въ небольшомъ количествѣ  
и пищевая кашка плохо переварена). Цвѣтныя реакція на  
свободную HCl выражены рѣзко (23/ви числа присутствие ея  
обнаруживается лишь при помощи трапеолина и флороглюцид-  
нашпила). Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, па-  
равентонъ и пептонъ +. (23/ви числа пептона очень мало). Реакція  
Троммера +. Окраска отъ раствора Lugo'я: пурпуроокрас-  
ная, безцвѣтная, желтая и синефиолетовая (23/ви: безцвѣтная,  
желтая). Labfement +; молоко створаживалось черезъ 15—30"  
(6 определѣний).

Къ табл. № 3. Соки—опалесцирующія, фильтровались несоо-  
бенно скоро. Примѣсь слизи. Пищевая кашка хорошо измель-  
чена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ,  
паравентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска рас-  
творомъ Lugo'я: пурпуро-красная, безцвѣтная, желтая и си-  
нефиолетовая. Labfement +; молоко створаживалось черезъ  
15—30" (7 определѣний).

Къ табл. № 4. Почти во всѣхъ случаяхъ соки получались до-  
статочное количество; опалесцирующія, желтоватаго оттѣнка,  
легко фильтровались. Пищевая кашка хорошо измельчена. Молоч-  
ная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, паравентонъ и пептонъ  
+. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugo'я до 12/ви  
числа: пурпуроокрасная, безцвѣтная и желтая, послѣ 12/ви  
числа: пурпуроокрасная, безцвѣтная, желтая и синефиолетовая

(или просто фиолетовая). Labferment +: молоко створаживалось через 15—20—30' (7 определений).

Къ табл. № 5. Соэк овалесцирующей, по большей части въ достаточномъ количествѣ, фильтровалась легко. Пищевая кашка измельчена и переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и синефиолетовая. Labferment +: молоко створаживалось черезъ 10—15' (8 определений).

Къ табл. № 6. Соэк—сѣтлоооалесцирующаго цвѣта, обыкновенно въ достаточномъ количествѣ, легко фильтровалась. Пищевая кашка переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и синефиолетовая. Labferment +: створаживание молока черезъ 10—20' (6 определений).

Къ табл. № 7. Соэк почти всегда получался въ достаточномъ количествѣ, прозрачный, слизистый, не легко фильтровавшийся. Кусочки хлѣба измельчены и переварены хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и синефиолетовая (или просто фиолетовая). Labferment +: створаживание молока—черезъ 10—20' (6 определений).

Къ табл. № 8. Соэк—ооалесцирующей, легко фильтровалась. Кусочки пшени хорошо измельчены въ слизистую клеветидную массу. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (28/у: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая) Labferment +: створаживание молока черезъ 15—30' (7 определений).

Къ табл. № 9. Соэк—воднистоооалесцирующей, фильтровалась плохо. Пищевая кашка представляла видъ кислой массы, равномерно измельченной. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: створаживание молока черезъ 10—20' (6 определений).

Къ табл. № 10. Соэк—ооалесцирующей, желтоватого оттенка; фильтровалась легко. Пищевая кашка измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиоле-

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

Къ табл. № 11. Соэк—ооалесцирующей, фильтровалась легко. Пищевая кашка хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (иногда синефиолетовая). Labferment +: свертывание молока—черезъ 15—30' (7 определений).

Къ табл. № 12. Соэк—ооалесцирующей съ желтоватымъ оттенкомъ, фильтровалась легко. Кашка измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпурокрасная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 10—15' (5 определений).

Къ табл. № 13. Соэк представлял видъ мутной блѣзватой жидкости, фильтровалась не особенно легко. Кашка пищевая измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 15—30' (7 определений).

Къ табл. № 14. Соэк—ооалесцирующей, фильтровалась легко. Пищевая кашка измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая. Labferment +: свертывание молока—черезъ 15—30' (4 определения).

Къ табл. № 15. Соэк—ооалесцирующей, фильтровалась легко. Кашка измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (29/у и 2/у: пурпурокрасная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживание молока—черезъ 15—30' (6 опред.).

Къ табл. № 16. Соэк—ооалесцирующей, свѣтлая желтоватая; легко фильтровалась. Кашка хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, параентонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Луголя: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофиолетовая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 15—30' (9 определений).

Къ табл. № 17. Соэк прозрачный, фильтровалась не особенно легко. Присутствие слизи; кашка измельчена хорошо.

Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: пурпур-красная, безцвѣтная, желтая и слабофиолетовая. Labferment +: створаживание молока, чрезъ 15—30' (8 опредѣлений).

Къ табл. № 18. Сокъ—прозрачный, фильтровался легко кашница хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: пурпур-красная, безцвѣтная, желтая и слабофиолетовая (5/ч и 9/ч: пурпур-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживание молока—черезъ 15—30' (6 опредѣлений).

Къ табл. № 19. Сокъ—прозрачный, тагучий; фильтровался не такъ легко. Присутствие слизи; кашница измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: безцвѣтная и желтая (19/ч: пурпур-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживание молока—черезъ 20—30' (3 опредѣления). Первое появленіе въ слювъ іода—черезъ 10—12' (3 опредѣл.).

Къ табл. № 20. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Кусочки хлѣба переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ + (последняго обыкновенно слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: пурпур-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока черезъ 30—45' (7 опр.). Первое появленіе въ слювъ іода не позже 10' (2 опред.).

Къ табл. № 21. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Пшеница кашница 18/ч и 19/ч представляла набухшіе кусочки хлѣба безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ + (последняго 18/ч и 19/ч—лишь слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: пурпур-красная, безцвѣтная, желтая и фиолетовая (18/ч и 19/ч: безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживание молока черезъ 15—30' (18/ч и 19/ч—черезъ 45—60').

Къ табл. № 22. Сокъ опалесцирующій съ желтоватымъ оттенкомъ; фильтровался легко. Кашница—безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ (последняго—въ видѣ слѣдовъ). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: пурпур-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока наступало черезъ 1 1/2—2 часа (5 опредѣлений). Первое появленіе въ слювъ іода—не позже 10' (2 опр.).

Къ табл. № 23. Сокъ—опалесцирующій съ желтоватымъ оттенкомъ; фильтровался легко. Кусочки пици—переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ + (последній въ видѣ слѣдовъ: 4/ч, 8/ч и 17/ч числа). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 1—1 1/2 часа (5 опред.). Первое появленіе въ слювъ іода—не позже 14' (3 опред.).

Къ табл. № 24. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Кашница—изъ набухшихъ кусочковъ хлѣба безъ видимыхъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ + (26/ш, 29/ш, 5/ч, 7/ч, 11/ч, 18/ч числа синтонинъ—лишь въ видѣ слѣдовъ). 29/ш и 11/ч числа пентонъ—отсутствовалъ, а 26/ш, 5/ч, 7/ч, 16/ч и 18/ч опредѣлся лишь въ видѣ слѣдовъ. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 3/4—2 часа; въ двухъ случаяхъ получился лишь labzymogen (10 опредѣлений). Первое появленіе въ слювъ іода—черезъ 15—20' (4 опред.).

Къ табл. № 25. Сокъ—прозрачный; фильтровался не легко. Присутствие слизи. Кусочки хлѣба—безъ вышнихъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ и парантонтъ +. Синтонинъ и пентона слѣды. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока черезъ 1—1 1/2 часа; одинъ разъ получился лишь labzymogen (7 опредѣлений). Первое появленіе въ слювъ іода—черезъ 17—19' (2 опред.).

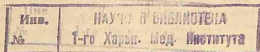
Къ табл. № 26. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался не особенно легко. Присутствие слизи. Куски хлѣба—безъ вышнихъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парантонтъ и пентонъ + (последняго—слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'a: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживание молока—черезъ 1 1/4—1 1/2 часа (4 опредѣл.).

Заканчивая свой трудъ, считаю приятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому Николаю Петровичу Васильеву какъ за предложенную мнѣ тему, 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 признаковъ 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 диспесій.

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

6) „Самопроизвольные“ остеомиэлиты 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.

## CURRICULUM VITAE.

Василій Павлович Кравковъ, уроженецъ г. Рязани, изъ солдатскихъ дѣтей, родился въ 1859 году. Среднее образование получилъ въ Рязанской губернской гимназiи, по окончанiи которой въ 1878 году поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академiю, гдѣ по окончанiи курса въ 1883 году признанъ былъ лекаремъ. Въ 1884 году опредѣленъ былъ на службу въ г. Оренбургъ въ 159 пѣхотный Гурiйскiй 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 Академiи.

Изъ печатныхъ работъ, кромѣ настоящей, имѣеть:

- 1) Объ „аттрактивѣ“ d'Estanque. *Зубоврач. Вѣстн.* 1885 г. № 3.
- 2) „Къ вопросу объ участiи лимфатическихъ железъ и костнаго мозга въ острой малярiйной инфекцiи“. *Русск. Мед.* 1885 г. № 45, 46.
- 3) „Чего нужно ожидать отъ прогресса оперативной хирургiи въ дѣлѣ экстракцiи зубовъ“. *Зубоврач. Вѣстн.* 1886 г. № 10.
- 4) Предварительное сообщенiе, касающееся настоящей работы. *Больничная Газета Боткина* 1890 г. № 30, 31.