

В.П. Образцов

## ПРО ФІЗИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КИШКІВНИКА (закінчення)\*

### Б. Тонкий кишківник

Тонкий кишківник, на відміну від товстого, зазвичай не пальпується і доступний тільки для перкутування, яке без допомоги інших способів дослідження саме по собі дає далеко не повні результати, що обмежуються лише зазначеннями кількості (більшої чи меншої) газів у кишках.

*Відділ тонкого кишківника.* Область тонких кишок обмежують: справа — сліпа і висхідна ободова, зверху — поперечна, зліва — низхідна та *s.-rotundum*, знизу — лонна дуга, якщо тільки немає надлобкового обширу. Але через те що положення власне товстих кишок, особливо поперечної і *s.-rotundi*, є мінливим, то і межі області тонкого кишківника є досить різноманітними. Однак, якщо заради схеми, ми візьмемо дорослого чоловіка середньої статури і достатнього харчування, у якого нижня межа шлунка лежить на 3 см вище від пупка, поперечна кишка своїм нижнім краєм — на рівні пупка, сліпа і *s.-rotundum* — на межі зовнішніх третин із середніми правої та лівої остепупкових ліній, а надлобкового простору немає, то між пупком і лобком, у поздовжньому напрямку, і між згаданими вище точками, що відповідають положенню сліпої кишки і *s.-rotundi*, у поперечному, ми будемо мати область тонких кишок. Зрозуміло, що якщо вдалося пропальпувати товсті кишки, то досліджувати тонкі легко. Там, де товсті кишки не пальпуються і де, відповідно, не можна з упевненістю сказати, яке вони займають положення, слід визначати перкуторний тон тонких кишок тільки в області прямих м'язів, і то лише приблизно на середині відстані між пупком і лобком.

*Властивості перкуторного тону тонких кишок.* Постукуючи по області тонких кишок, ми найчастіше отримуємо *притуплений*, а в огрядних осіб тупо-барабанний звук, зазвичай *одноманітний по всій області тонких кишок*.

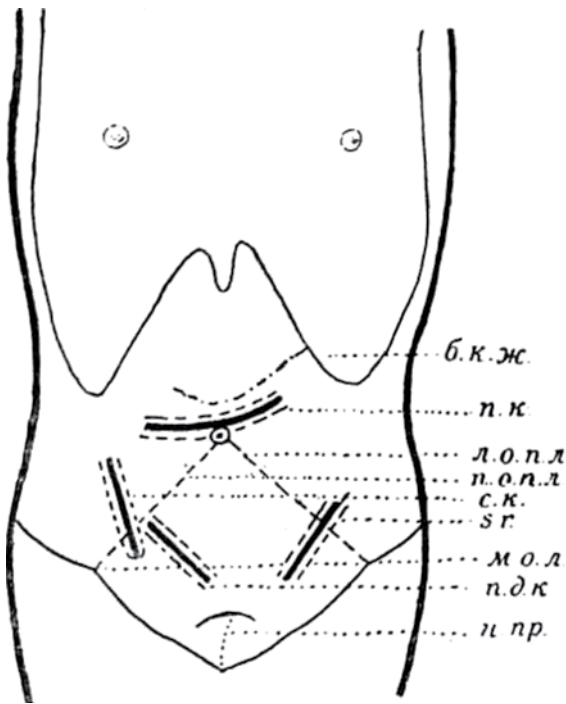
Із притупленого тон стає ясно-барабанним при черевному тифі, після прийому проносних, а також

і при самостійних проносах, наприклад при *cholera nostras*. За останньої хвороби при постукуванні в області тонких кишок отримуємо деколи барабанний звук із металевим відтінком. У цих випадках в області тонких кишок промацування викликає зазвичай незначне бурчання, якого за інших випадків у тонких кишках не отримуємо. Але це бурчання, на противагу бурчанню, що отримується при пальпації товстого кишківника, зазвичай непостійне, тобто після 2-3 промацувань зникає. Такими ж властивостями, тобто металевим відтінком ясного барабанного звуку та бурчанням при промацуванні, володіють іноді тонкі кишки і в правій здухвинній впадині при черевному тифі. Тут бурчання, яке викликається пальпацією, нерідко відрізняється уже більшою постійністю. Металевий відтінок звуку в області тонких кишок виникає також нерідко і при перитоніті — гострому, а іноді й хронічному. При перитоніті, крім того, нерідко спостерігається різниця у висоті та ясності тону за перкусії таких ділянок області тонких кишок, які зазвичай дають тотожний тон, наприклад над правим і лівим прямими м'язами на однаковій відстані від пупка.

*Клубова кишка.* З окремих частин тонких кишок для клінічного дослідження доступний тільки великий відрізок клубової кишки, що піднімається з малого таза і входить у товсту кишку, розділяючи останню на сліпу і висхідну ободову. Зазвичай він йде знизу догори і зліва направо, але при високому стоянні сліпої кишки майже прямовисно; при опущеній сліпій кишці — майже горизонтально. Пальпується цей відрізок у глибині правої клубової впадини протягом 6-8 см у вигляді м'якого циліндра, що зазвичай дає бурчання, товщиною частіше із вказівний або великий пальці, іноді ж досягає товщини 4-5 см. Деколи він є чутливим і від пальців змінює свою щільність. Горизонтальну лінію, проведену між обома верхньопередніми остями клубових кісток, він перетинає у відстані 1-8 см від правої ості, причому приблизно одна половина відрізка лежить вище, а друга нижче від міжостової лінії. Донизу досліджуваний проміжок клубової кишки зникає в малому тазі. Найчастіше він промацується при черевному тифі, за якого він видається деколи нерівним; нерівність ця може залежати або від нерозміреного скорочення його стінок, або від збільшених оточинних (*ред.* — *брижевих*) залоз, які лежать ззаду нього. З 25 хворих на черевний тиф, що надійшли в моє відділення в жовтні 1890 р., я зміг пропальпувати цей відрізок лише у 14. Крім

© В.П. Образцов

\* У попередніх числах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018 рік та № 1, 2 за 2019-й) публікацією адаптованих українською мовою оригінальних текстів видатного вітчизняного вченого-клініциста В.П. Образцова редакція започаткувала нову рубрику «Класика методів діагностики». Сьогодні продовжуємо цю тему текстом статті «Про дослідження кишківника» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Київ, 1915 рік. [Адаптовано Михайлом Дзема-ном (доцент, к.м.н.), Анатолієм Гладуном (голова технічного під-комітету ПК-6 ТК-20 «Інформаційні технології» зі стандартизації в Україні, доцент, к.т.н.), Олександром Власом (керівник проекту)].



**Схематичне зображення доступних для пальпації частин кишечника: б.к.ж. — велика кривизна шлунка; п.к. — поперечна кишка; л.о.п.л. — ліва остепупкова лінія; п.о.п.л. — права остепупкова лінія; с.к. — сліпа кишка; s.r. — римське s; м.о.л. — міжостьова лінія; п.д.к. — клубова кишка; н.пр. — надлобковий простір**

того, він відзначений при пальпації в 1-му випадку бугорчатого запалення мозкових оболонок, у 1-му випадку гострого суглобного ревматизму, у декількох випадках поворотного тифу і т.д.

**В. Фізичні ознаки непрохідності кишківника.** Прояви кишкової непрохідності будуть різними, з огляду на їх місцезнаходження; за непрохідності нижнього відділу тонких кишківника, поблизу *Vauhini'євої* заслінки, на 3-5-й день від початку захворювання ми зазвичай спостерігаємо таку картину. Живіт роздутий; його впадини усі вип'ячені; при постукуванні права реберна дуга дає барабанний звук на 3 пальці по сосковій лінії. По всьому животу отримується ясний, гучний звук, який у нижній частині живота нерідко стає металевим. Обмацуючи живіт і починаючи з клубових впадин, ми не можемо розрізнити в них ні сліпої кишки, ні *s.-rotatum*. У підложечній області після кухля води ми під час перкуторної пальпації не отримуємо жодних натяків на плескіт. Продовжуючи, після того, пальпувати область тонких кишківника, ми натрапляємо на циліндр, розміщений на 4 пальці нижче від рівня пупка, який іде від серединної лінії в поперечному напрямку до правої клубової впадини. Циліндр цей, шириною приблизно 4-5 см, стає деколи більш щільним, причому період ущільнення, що триває кілька секунд, супроводжується бурчанням і відчуттям судомного болю в животі. Крім цього головного циліндра, можуть зустрітися ще декілька таких самих циліндрів, але

з менш якими контурами. Застосовуючи в подальшому перкуторну пальпацію живота, ми отримуємо ясний плескіт від пупка до лонного з'єднання. При подальшому перебігу хвороби циліндри з описаними вище властивостями пальпуються і в лівій половині підчерев'я, біля лівої реберної дуги і в області лівої клубової впадини.

Отже, при непрохідності в нижньому відділі тонких кишківника ми зустрічаємо такі ознаки: 1) при постукуванні ясний звук по всьому животу з металевим відтінком донизу від пупка; 2) неможливість пропальпувати товсті кишки і шлунок; 3) пальпація в животі окремих циліндрів, які часом скорочуються, причому за цього вони стають нерідко видимими через черевні стінки і супроводжуються бурчанням, а хворі відчують у животі судомний біль; 4) шум плескоту в животі, переважно донизу від пупка<sup>1</sup>.

Не складно пояснити собі стан тонких кишківника при їх непрохідності в нижньому відділі. Петлі тонких кишківника, що лежать вище від місця непрохідності, поступово розтягуються, здавлюють до повного спадання товсті кишки, відтісняють догори печінку і шлунок разом діафрагмою, заповнюючи таким чином всю непокриту і частково покриту кістками порожнину живота, одночасно самі наповнюються газами і рідиною, створюючи тим самим умови для металевого звуку при постукуванні і плескоту при пальпації. З іншого боку, окремі петлі тонких кишківника і швидше за все ті, що безпосередньо лежать над місцем непрохідності, відображають постійно зростаюче напруження, що часом посилюється у вигляді судомного ущільнення їх стінок. Зрештою такі циліндри, що властиво пальпуються, можуть бути і далеко від місця непрохідності, на що вказує їх поява біля лівої реберної дуги і в області лівої клубової впадини, коли непрохідність знаходиться в клубовій кишківці, поблизу сліпої. Але все ж ці циліндри з'являються передусім поблизу місця непрохідності (*Валь*).

Описана вище картина кишкової непрохідності складена на підставі 5 випадків, що спостерігались мною в Олександрівській Лікарні; у всіх цих випадках непрохідність знаходилась недалеко від сліпої кишки.

Картина змінюється при непрохідності товстих кишківника. Такий випадок я спостерігав лише один: непрохідність була зумовлена раковим звуженням поперечної кишки на палець назовні від правої соскової лінії. В області тонких кишківника і тут був ясний при дослідженні шум плескоту. Крім того, від середньої лінії на рівні остей до правої клубової впадини йшов

<sup>1</sup> Коли мова йде про плескіт в області тонких кишківника, що отримується при перкуторній пальпації, я повинен відіслати читача за вказівками щодо виконання останньої до моєї, вже згаданої статті, в якій йдеться про перкуторну пальпацію шлунка. Потрібно тільки пам'ятати, що за цього методу дослідження річ не в шумі від струшування, а в тактильних відчуттях за стискання пальців через черевні покриви і стінки шлунка або кишківника із рідиною і що для перкуторної пальпації кишківника, як і для промацування шлунка, допомогою лівої руки потрібно здавлювати частини, що лежать зверху таким чином, щоб досліджувана область була злегка випнутаю.

циліндр, в якому часом помічалось різке ущільнення, що переходило на сліпу кишку; незважаючи на розширення, під час перистальтичних спазмів, цей циліндр набував хрящової щільності, видаючи при цьому гучне бурчання. Випадків повної непрохідності у більш нижніх відділах товстих кишок мені спостерігати не доводилося. У 2 випадках неповної непрохідності при звуженні прямої кишки внаслідок раку я бачив тільки здуття живота, але без циліндрів і шуму плескоту, із розширеними *s.-rotundum* і сліпою кишкою, які невиразно пальпувались.

Але далеко не всі випадки повної кишкової непрохідності мають описану вище картину; там, де існує сильне подразнення *peritonei*, наприклад при ущемлених килах, що викликає рефлекторно посилений тонус черевних м'язів, ми можемо не знайти ні металевого перкуторного тону, ні циліндрів, ні шуму плескоту.

*Г. Фізичні явища при входженні<sup>2</sup> однієї кишки в іншу.* Входження кишок я спостерігав лише в одному випадку. Хворий надійшов на 8-й день хвороби з такою картиною. Живіт був втягнутий. Печінка при постукуванні визначалася нижче від реберної дуги на 1 палець по сосковій лінії. Пальпаторний шум плескоту шлунка не доходив до пупка на 2-3 см. Область тонких кишок давала притуплено-барабанный звук. Сліпа кишка і *s.-rotundum* не промацувались. Зразу ж під пупком пальпувалась злегка вигнута у вигляді дуги, опуклістю звернена донизу, продовгувата, завдовжки в 11 см, а шириною в 4 см пухлина, дещо потовщена в її правому кінці. Вона була рухливою, особливо під хлороформом, досить м'якою, давала при промацуванні, хоч і рідко, досить дрібне бурчання. Після опію і потім від проносних отримали рідкі випорожнення: гази відходили вільно. При розрізі черевної порожнини (проф. А.Х. Рінек) виявилось, що права частина поперечної кишки, висхідна і сліпа, увійшли в ліву половину поперечної.

Таким чином, при входженні однієї кишки в іншу вирішальне розпізнавальне значення має тільки пальпація більш-менш м'якої циліндричної пухлини; явищ же непрохідності може і не бути зовсім.

### **Про діагностичне і прогностичне значення пальпації *intestini ilei* та мезентеріальних залоз при черевному тифі**

З весни 1890 року, за пальпації правої клубової впадини у хворих із черевним тифом, крім соесит, я став промацувати кишку товщиною приблизно з вказівний палець, яка при натисканні видає дрібне бурчання, чутливу, нерідко таку, що змінює свою щільність, і часто нерівну на дотик. Я знаходив цю кишку, що лежала в глибині клубової впадини і прямувала на 6-8 см скоса зверху вниз і ззовні всередину, за цього верхній її кінець губився біля внутрішньої поверхні соесі, а нижній — при вході в малий таз, біля

зовнішнього краю правого прямого м'яза. За *linnea interspinalis*, що перетинала цю кишку приблизно на дві рівні частини, вона відстояла від *spina il. ant. sup.* зазвичай на 7 см. Припущення про те, що ця кишка є *ileum* і саме та її частина, яка піднімається з малого таза і впадає в товсту кишку, розділяючи останню на *coecum* і *colon ascendens*, стало цілком імовірним, коли я перевіряв на трупах положення цього відрізка, що дійсно відповідає даним клінічного дослідження.

Спочатку мені здавалось, що за пальпації цього проміжку ми можемо мати діагностичну ознаку черевного тифу, але при систематичному пошуку цього відтинка у всіх хворих на черевний тиф, що надійшли в моє відділення (Київської Олександрівської лікарні) у жовтні 1890 року, я міг процупати його лише в 14 випадках із 20, тобто в 60%, а з іншого боку, той самий відтинок у вигляді шнурка я міг процупати в деяких хворих із *recurrens*, поєднаних із ревматизмом, туберкульозним менінгітом і т. п. Пальпація *ilei* після цього втратила для мене на деякий час клінічний інтерес, і хоча відтоді я не пропускав жодного випадку черевного тифу, де б я не намагався знайти *ileum* обмацуванням, та робив це більше для повноти клінічного дослідження, так само, як у той же час я в кожного хворого намагався пропальпувати край печінки, не переслідуючи при цьому суворо визначених клінічних завдань. Але два випадки черевного тифу, що спостерігалися мною в 1892 році, змусили мене знову з набагато більшою увагою простежити за властивостями *ileum* при промацуванні. В обох випадках він досягав товщини великого пальця, був нерівним і дуже болючим. Із цих 2 хворих один, 16-річний учень реального училища Дав., через місяць після надходження до лікарні і виявлення в нього згаданих властивостей *ileum*, на початку 6-го тижня захворювання загинув при явищах прогресуючого тифозного виснаження і наростання серцевої слабкості; в іншого ж хворого, 30-річного листоноші, у якого при першому дослідженні картина тифу наприкінці 2-го тижня видавалась зовсім не важкою (повна відсутність *status typhosus*, пульс 84, хорошого наповнення), через 4 дні після надходження до лікарні розвинувся перфоративний перитоніт. Ці два випадки змусили мене, при визначенні властивостей *ilei* за пальпації, мати на увазі не тільки діагностичне їх значення, а й на прогностичне. Товстий, нерівний і болючий *ileum* став слугувати для мене вже дуже несприятливим симптомом для прогностики, випадок же тифу, де я пальпував *ileum* у вигляді безболісного шнурка, товщиною з вказівний палець, як це було в 4 випадках тифу, що спостерігалися мною в серпні цього року, я став вважати сприятливими.

Крім знаходження *intest. ilei*, також ще влітку 1890 р. пальпуючи в одного хворого з черевним тифом, 19-річного учня Київської духовної семінарії, серба Гр., область правого *mesogastrii*, обмежену із середини правим прямим м'язом і ззовні висхідною товстою кишкою, я намацав наприкінці друго-

<sup>2</sup> Ред. — сучасний термін цього різновиду кишкової непрохідності — інвагінація.

го тижня хвороби, у глибині черевної порожнини кілька мезентеріальних залоз завбільшки з невелику сливу, чутливих при натисканні. Тиф у цьому випадку перебігав не дуже бурхливо: status typhosus був відсутній, наприкінці 4-го тижня температура почала падати, однак, не досягнувши норми, вона знову стала підвищуватися. У подальшому перебігу лихоманка набула характеру сильного ослаблення хворого, і наприкінці 9-го тижня від початку хвороби, за явищ піемічного маразму і, врешті-решт, перитоніту, хворий загинув.

Інший випадок, що спостерігався влітку 1890 року, у якому я також пропальпував мезентеріальну залозу, стосувався 19-річної селянки, у якій при дуже поступливих черевних стінках я намацав безболісний ileum завтовшки з вказівний палець, слабонапружений, буркитливий і малочутливий при натисканні coesum, і саме в кутку між ileum і colon ascendens я намацав малочутливу залозу величиною з лісовий горіх. Випадок пройшов цілком благополучно, і хвора наприкінці третього тижня хвороби вже не потерпала від лихоманки.

На пальпацію залоз у цих двох хворих я дивився спочатку як на випадковість, що залежала від податливості черевних стінок, і аж до вересня 1893 р., при дослідженні хворих із черевним тифом, я жодного разу не виявив мезентеріальних залоз, задовольняючись, як я вже сказав вище, тільки промацуванням ilei.

Однак 10 вересня цього року в моє відділення надійшов із черевним тифом 20-річний селянин Кр. на 4-му тижні хвороби, у якого, крім потовщеного і чутливого ileum, я в mesogastrium, біля правого rectus, пропальпував у глибині дві великі залози. Спочатку я подивився на цю знахідку з точки зору тільки діагностичної, тобто вважав її як нову, дуже цінну діагностичну ознаку черевного тифу, не надаючи їй прогностичного значення. І дійсно, хворий через 10 днів після знаходження в нього залоз перейшов у період «крутих кривих», причому він був настільки міцний, що при гарній погоді, яка стояла тоді в Києві, просився погуляти в лікарняному саду; однак після 4 днів амфіболічного періоду з'явилася знову цілодобова лихоманка, з'явився, крім того, status typhosus, чого не спостерігалось раніше. Тоді я, згадавши серба Гр., на лекції поставив несприятливий прогноз. 7 жовтня розвинувся перфоративний перитоніт, а 8 жовтня — exitus letalis. Секцію провадив д-р Недельський, прозектор при кафедрі патологічної анатомії. На секції знайдено два наскрізні отвори в ileum, а величина залоз в оточині (ред. — брижі) знайдена абсолютно відповідною їх величині, визначеній клінічно. Із цього часу я у всіх випадках (а з жовтня до 24 грудня я спостерігав у своєму відділенні 11 випадків черевного тифу) намагався прощупувати не тільки ileum, але й мезентеріальні залози. У перших п'ятьох випадках, що відносяться до легких випадків тифу, про жодне збільшення мезентеріальних залоз не було й мови. У 6-му випадку з досить високою температурою і доволі тривалим перебігом хвороби я нама-

цав на рівні пупка декілька залоз, найбільша з яких мала величину з невелику вишню. Цей випадок закінчився одужанням. Не зупиняючись детально на 7-му випадку, який закінчився смертельно, де був виражений геморагічний діатез (повторна і рясна носова кровотеча і висип на обличчі, що нагадував петехіальний), перейду до 8-го випадку. 1 грудня надходить селянин на 14-й день хвороби. У його скорботному листі (історії хвороби — ред.), на другий день після надходження, зазначено: «хворіє 2 тижні», загальне нездужання; кашель, пронос; шкіра гаряча, суха; на грудях і животі декілька розеола, язик обкладений; у легенях поширені сухі хрипи; пульс 100, дикротує, селезінка не пальпується; s.-romanum товстий, бурчить при натисканні; по ходу ilei пальпується досить товстий шнурок з ясно промацуваними позаду нього окремими залозами, завбільшки з лісовий горіх. На рівні пупка, на відстані 7 см від нього, прощупується залоза величиною невеликої сливи. Увечері того ж дня біль у животі і блювота. 3 грудня явища перфоративного перитоніту і того ж числа, ввечері, о 8-й год, — exitus. На секції знайдено перфоративний отвір на відстані 25 см від valv. Bauhinii. В оточині ilei знайдені у вигляді справжньої вервиці залози, що сидять одна біля одної, кожна завбільшки з лісовий горіх. Залози на задній стінці черевної порожнини, у просторі між лінією, що проходить уздовж зовнішнього краю правого rectus'a і внутрішнім краєм coli ascendens, досягли величини невеликої сливки.

9-й випадок черевного тифу розпізнано так само тільки завдяки секції. 15-річний чех, Хвала, був доставлений у лікарню 7 грудня в глибокому тифозному стані. Пульс 132, малий, дикротує. У нижніх відділах легень бронхіальні хрипи. Стінки живота різко напружені: промацати нічого не вдається; явища перитоніту не спостерігаються. 10 грудня — exitus. При розтині знайдені нерясні і неглибокі тифозні виразки, збільшення мезентеріальних залоз і надзвичайно різке роздуття всього colon, за цього transvesum мав подобу V, петля ж s.-romani, надзвичайно подовженого, виповнювала майже весь малий таз у вигляді конволюти із безлічі дрібних петель. Для мене після секції не було сумніву, що цей конволют слугував механічною перешкодою для проходження калових мас, що викликали послідовно сильне роздуття товстих кишок і різке скорочення черевних стінок. При житті, крім черевного тифу, у нього передбачалася можливість гострого міліарного туберкульозу.

10-й і 11-й випадки перебігали без помітного потовщення ilei та збільшення мезентеріальних залоз і закінчилися одужанням.

Ось ті клінічні дані, які я мав намір повідомити, — дані, що стосуються насамперед діагнозу черевного тифу. З повідомлених даних видно, що до тих кардинальних симптомів, на підставі яких ми ставимо діагноз черевного тифу і до яких відносяться: відомий хід температури, розеоли, дикротичний пульс,

збільшена селезінка, бурчання в правій клубовій впадині при пальпації і проноси (про бактеріологічний діагноз я не кажу), ми можемо приєднати ще два явища, які ми отримували при об'єктивному дослідженні за допомогою пальпації, це потовщений і чутливий ileum і збільшені мезентеріальні залози. Обидва явища в сенсі діагностичному, безсумнівно, цінні; знаходячи в присутності симптомів, про які ми тільки що говорили, потовщений і болючий ileum та гіперплазовані мезентеріальні залози, ми ставимо діагноз черевного тифу з такою ж науковою точністю, з якою при наростаючій кахексії відсутність у шлунковому вмісті соляної кислоти і при кривавій блювоті прощупування tumor'у в шлунку дає нам право розпізнати рак шлунка.

Та обставина, що далеко не у всіх випадках черевного тифу ми можемо зустріти ці явища, анітрохи не зменшує їх діагностичного значення за їх наявності. З іншого боку, відсутність їх у випадках, схожих за перебігом із картиною черевного тифу, може полегшити нам диференціальну діагностику випадку. Відомо, що нам важко іноді відрізнити від черевного тифу тифозну форму гострого міліарного туберкульозу. Відсутність змін в ileum і в мезентеріальних залозах може запобігти помилкам у діагнозі, що засвідчує такий випадок.

9 грудня до мене прибув хворий, 17-річний селянин Букреев, з явищами, майже тотожними таким, що спостерігалися в 9-го хворого з черевним тифом, чеха Хвали: такий ж глибокий тифозний стан, повна відсутність свідомості, пульс 132, дикротичний; різко напружений живіт. Але тут був переповнений сечовий міхур, після спорожнення якого пальпація органів живота стала цілком доступною. Ileum не пальпувався; поруч із правим rectus жодної залози також не промацувалось; *s.-romanum* був розтягнутий і наповнений каловими масами з консистенцією густої каші. Беручи до уваги відсутність будь-яких тифозних змін в ileum і мезентеріальних залозах, а також зважаючи на пришвидшене до 60 разів на хвилину дихання, був виставлений діагноз гострого міліарного туберкульозу, що був цілком підтверджений на секції 14 грудня.

Але якщо пальпація intestini ilei і мезентеріальних залоз при черевному тифі є важливою в діагностичному відношенні, то в прогностичному вона іще важливіша. Ми бачили, що маса випадків черевного тифу перебігає без ясного потовщення ilei і без збільшення мезентеріальних залоз. У цих випадках ми маємо право робити сприятливий прогноз, і, навпаки, прогностика стає сумнівною, якщо ми знаходимо потовщений і болючий ileum і збільшені мезентеріальні залози. Я не буду, звичайно, стверджувати, що тільки ступінь інфільтрації ilei і збільшення мезентеріальних залоз вирішують подальшу долю кожного тифозного хворого. Із наших 11 випадків восьмий загинув при слабо промацуваному ileum і при одній залозі величиною з квасоллю, проте в нього були виражені геморагічний діатез у вигляді постійних но-

сових кровотеч та швидко наростаюча серцева слабкість. (Секції, на жаль, не було). Проте ми не можемо не визнати, що такі випадки є винятком, а ступінь небезпеки при черевному тифі закономірно йде поряд із ступенем інфільтрації ilei та збільшенням мезентеріальних залоз, і ці два явища можуть бути визначені точними клінічними методами.

На завершення, декілька слів про техніку самого дослідження. Я дуже добре знаю, що пальпація кишківника ще не ввійшла в ужиток клініцистів, і тому вважаю за потрібне дати на цей рахунок короткі вказівки. Пальпувати ileum, як і будь-яку іншу кишку, потрібно всіма 4 пальцями правої руки, причому пальпаторний рух потрібно завжди вести в напрямку, перпендикулярному до очікуваної осі кишки, і через те що вісь ilei йде скося від малого таза до соесит, приблизно паралельно Пупартовій зв'язці, то і лінія напрямку пальпаторного руху пальців при відшукуванні ilei повинна бути перпендикулярною до Пупартової зв'язки. Відтак, знаючи, що lin. interspinalis ileum відстоїть від spina ilei sup. на 7 см, ми відмірюємо (мірилом або пальцями) цей простір і повільно занурюємо досліджуючі пальці в глибину клубової впадини. Зазвичай при будь-якому грубому натисканні на черевну стінку в останній настільки збільшується тонус, що ні про яке промацування вмісту черевної порожнини не може бути й мови. Потрібно просуватися углиб поступово, змушуючи хворого виконувати глибокі вдихання діафрагмою. На кожному видиху, після глибокого вдиху, черевний прес значно розслаблюється, і при кожному видиху ми поступово і повільно просуваємося усе глибше, поки не досягнемо клубової впадини. Такими самими прийомами, що спрямовані на розслаблення черевного преса при пальпації, потрібно здійснювати пошук мезентеріальних залоз. Але тут ми встановлюємо 4 пальці правої руки зразу ж біля зовнішнього краю правого прямого м'яза, причому середній палець знаходиться на рівні пупка, і при кожному глибокому вдиханні поступово проштовхуємо пальці також до задньої стінки черевної порожнини, промацуючи в цьому випадку праву бокову поверхню поперекової частини хребта. Віддаляючись від правого прямого м'яза на зазначеній висоті дещо вниз і назовні, ми потрапляємо в тупий кут, що лежить між int. ileum і colon ascendens, де при тифі зазвичай зустрічається найбільша гіперплазія залоз; але дослідження цього кута зазвичай ускладнюється здуттям і чутливістю товстої кишки, які спричиняють при пальпації різко збільшений tonus черевних м'язів, подолати який будь-що-будь, звичайно, я рекомендувати не буду.

Загалом при пальпації кишок і залоз при черевному тифі я повинен рекомендувати особливу обачність та обережність, оскільки у важких випадках грубими прийомами і невмілими маніпуляціями є ризики нанести шкоду хворому. Небезпеки цієї, звичайно, можна уникнути, але за однієї умови: потрібно знати найдетальніше — де, що і як потрібно досліджувати.