

В.П. Образцов

ПРО ПАЛЬПАЦІЮ ВОРОТАРЯ ШЛУНКА*

Разом із деякими відділами кишкового каналу, а саме — із *coecum* і частиною *coli ascendentis*, із *colon transversum*, *S.-romanum*, а також разом із нижнім відрізком *ilei*, що впадає в *coecum*, у деяких випадках може бути пальпаторно досліджений і воротар шлунка разом з *antrum pyloricum*. Про пальпацію цієї частини шлунка я згадував ще в 1892 році, коли писав про пальпацію кишківника і побіжно описував диференціальну діагностику *coli transversi*¹. Відтак про пальпацію *pylori* в 1894 році писав *Glenard*² і також із приводу диференціальної діагностики *coli transversi*. Питання це — про промацування *pylori* — для мене не було особливо важливим; незрівнянно вищим за своїм значенням для діагностики стану органів черевної порожнини, на мою думку, є промацування тих відділів кишківника, про які я щойно говорив, і особливо *coli transversi*, і я, протягом останніх 10 років, пальпуючи іноді *pylorus*, не знаходив доцільним спеціально повідомляти про його промацування в окремому звіті; я б і тепер не робив цього повідомлення, якби не дві роботи, що з'явилися недавно в минулому 1901 році, і якби не трапився один випадок захворювання шлунка, який я спостерігав улітку того ж 1901 року.

Як відомо, у нормальному стані *pylorus* і вся *pars pylorica* вкриті лівою часткою печінки, яка нависає на шлунок справа та зверху. Отже, у нормальному стані ця частина для пальпації є недоступною. Але в деяких випадках, коли або печінка змінює своє положення, за якого ліва частка піднімається вгору, або без опущення правої частки, або при опущенні шлунка, яке є більшим, ніж опущення лівої частки печінки, *pars pylorica* стає доступною для пальпації. При цьому промацується або одна *pars pylorica* як окрема частина шлунка, що має відому самостійність (анатомічну

¹ «Врач», 1892, № 13.

² *Revue des Maladies de la Nutrition, a також Les Ptoses Viscerales. Paris, 1899, p. 195.*

* У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019, № 1-4 за 2020 та № 1, 3 за 2021 роки) 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 пальпацію воротаря шлунка» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 г. [Адаптовано Михайлом Дземаном (доцент, к.м.н.), Анатолієм Гладуном (голова технічного підкомітету ПК-6 ТК-20 «Інформаційні технології» зі стандартизації в Україні, доцент, к.т.н.), Олександром Власом (керівник проекту)].

й фізіологічну) та безпосередньо прилягає до *pylorus*, іноді ж разом із деякою частиною і тіла, і шлунка. Я вже згадував, що перші мої вказівки щодо промацування *pylorus* стосувалися частини воротаря при найбільших ступенях залежного від майже повної непрохідності *cardiae ventriculi* спадіння живота. У цих випадках, при човноподібно втягнутому животі, на 8-10 сантиметрів вище від пупка поперечно пальпувався воротар, *resp. pars pylorica* у вигляді шнурка товщиною із вказівний палець, що змінює свою щільність, позаду якого знаходився хребет та аорта, і який ховався за праву частку печінки. У цих випадках спостерігалось також віддалення від *curvatura major* шлунка *coli transversi*, який, при вказаному положенні пілоричної частини на 8-10 сантиметрів вище від пупка, лежав на 4-6 сантиметрів нижче від пупка. Із 6 випадків такого роз'єднання цих органів воно було підтверджено 2 рази розтином і 2 рази лапаротомією; підтверджено, отже, і положення, і властивості *pylori*, який промацувався за життя. Але, крім умов, наявних при вищих ступенях звуження *cardiae*, де пальпується *pars pylorica*, вона промацується, як уже сказано, деколи також при зсувах печінки, а також при опущеннях шлунка.

Як часто промацується *pars pylorica*? Точної статистики із цього питання я не вів саме тому, що не надавав цьому промацуванню особливого значення і у своєму домашньому журналі далеко не завжди робив позначки із цього питання, проте між першими 900 хворими за минулий 1901 рік є відмітки в 9 випадках, де *pylorus* пальпувався. На підставі цієї статистики виходить, що *pylorus* пальпувався тільки в 1%, хоча насправді, я впевнений, він промацується частіше.

Наведу короткі нотатки, що стосуються цих 9 хворих.

1. Г., 23 роки, чоловік. Хворіє 3 місяці. Спочатку була відрижка. Останні 7 днів нерідко блювота, зазвичай після прийому їжі. Стілець: останні 5 тижнів закрепи; перед тим 2 тижні, проноси. Статура й харчування задовільні. Рефлекси різко підвищені. Шлунок не доходить до пупка на 1 сантиметр. На 5 сантиметрів вище від пупка, відступаючи на 2 сантиметри вправо від середньої лінії, пальпується циліндр, що має напрямком справа зверху вниз і вліво десь на 4 сантиметри. Циліндр змінює свою консистенцію, часом бурчить. Права клубова вільна. Після

пробного сніданку: вилучено 50 куб. сантиметрів, без запаху, жирних кислот, слизу — небагато. Загальна кислотність — 64. Вільної соляної кислоти — 0,18. Десять років тому недомагав блювотою протягом 6 місяців (Uleus?).

2. Кр., жінка, 37 років. Хворіє 8 років. Болі під ложечкою й деколи по всьому животі. Болі від свого початку тривають близько 1 години; до прийому їжі відношення не мають. У минулому році було кровохаркання; 5 народжень і 3 викидні. Тепер апетит поганий. Із диспепсичних явищ, крім болю, тільки відрижка, та й то не часто. Стілець утруднений. У легенях везикулярне дихання. Рефлекси різко підвищені. *На 3 пальці вище від пупка промацується циліндр у ділянці правого rectus, який змінює свою консистенцію.* Болісність різка в обох клубових і внизу живота при пальпації.

3. З-ь, 26 років, жінка. Хворіє кілька місяців; біль по всьому животі, головний біль, запаморочення. Апетит нерівний. Диспепсичних явищ немає; стілець — закрепи. Народжувала 3 рази. Статура й харчування нижче середнього. Серце та легені — без змін. Печінка ущільненим краєм виходить із підребер'я на 2 пальця по *lin. mamill.* *Curvatura major* — на пупку. *На 7 сантиметрів вище від пупка часом промацується antrum pyloricum.*

4. С-ая, 27 років. Хвора 4 місяці. Кашель, поколювання в лівому боці. Під час останньої вагітності була сильною блювота, 2 рази помічала в блювоті кров у незначній кількості. Апетит поганий. У харкотинні крові не помічала. Диспепсичних явищ тепер немає. Виснажена. Права верхівка легень притуплена, у ній бронхіальне дихання. У лівій підлопатковій тупий перкуторний звук: ослаблене дихання і *flemitus pectoralis*. Нижня межа шлунка на пупку. *На 5 сантиметрів вище від пупка, відступаючи 2 сантиметри від середньої лінії вправо, промацується щільний гребінець, що лежить горизонтально, товщиною з вказівний палець. Гребінець цей під пальцями змінює свою консистенцію до повного зникнення, причому часом у ньому помічається бурчання.* У харкотинні туберкульозних бацил не виявлено.

5. А-ов, 35 років. Хворіє 4 роки. Кашель. Кілька разів — кровохаркання. Поганий апетит. Є печія і відрижка. Стілець — правильний. Виснажений. Шкіра нагріта. У лівій верхівці незначна кількість субкрепітуючих хрипів при притупленому перкуторному звуку. У харкотинні багато туберкульозних бацил. Нижня межа шлунка на пупку. *На 5 сантиметрів вище від пупка по середній лінії промацується циліндр товщиною з великий палець, довжиною близько 4 сантиметрів, буркітливий, змінює свою консистенцію.*

6. Ч-а, 31 рік. Захворіла 9 місяців тому після пологів; болі під ложечкою 2-3 години після їди. Апетит поганий. Є кашель; часто бувають печія

та відрижка. Нудота — рідко; блювоти ніколи не було; схильність до закрепів. Народжувала 4 рази; бувають маткові кровотечі. Харчування нижче середнього. У правій верхівці видих. Печінка ущільненим чутливим краєм виходить по *lin. mamill. d.* на 1 сантиметр; ліва частка нижче від основи *prosc. xurh.* на 3 сантиметри. Нижня межа шлунка на 1 сантиметр нижче від пупка. *На 5 сантиметрів вище від пупка, відступаючи на 1 палець вправо від lin. med., промацується циліндр, товщиною з великий палець, буркітливий, здатний змінювати свою консистенцію, яка змінюється під руками в значних діапазонах.* Соеcum із потовщеними стінками, товщиною у 2 пальці: *S.-rotatum* із мізинцею.

7. П-ова, 26 років, жінка. Хворіє кілька місяців; закрепи, болі при сечовипусканні; сеча каламутна з білим осадом. Апетит хороший. Кашлю, серцебиття, диспепсичних явищ немає. Органи грудної клітки без відхилень. Нижня межа шлунка на півтора сантиметри вище від пупка. *Часом пальпується pylorus у вигляді горизонтального валика товщиною у 2 сантиметри на 5 сантиметрів вище від пупка.* Сеча — мутна, лужна, містить багато слизу, гнійних кульок, мало червоних кров'яних кульок (*cystitis*).

8. В-а, 38 років, жінка. Хворіє 6 місяців. Сильні болі під ложечкою після їди. Поганий апетит, сильний кашель; є печія, часто нудота без блювоти, закрепи. Народжувала 14 разів. Виснажена, у правій верхівці металеві хрипи. Нижня межа шлунка на 1 сантиметр вище від пупка. *На 6 сантиметрів вище від пупка приблизно по lin. med. промацується валик (pylorus), який змінює свою консистенцію. Часом у ньому промацуються нібито щільні грудки. Промацування цього валика є болісним.* На рівні пупка *transversum*. (*Tuberculosis. Uleus antri pylorici?*)

9. Б-а, 40 років. Хворіє 2 роки. Спочатку закрепи; останні 3-4 місяці закрепи змінюються проносами, з болями в задньому проході. Апетит поганий. Наявні печія та відрижка, без нудоти й блювоти. Народжувала 11 разів. Печінка опущена, видається на 1 сантиметр нижче від дуги по *lin. mamill.* Селезінка опущена. Нижня межа шлунка на 2 сантиметри нижче від пупка. Діастаз прямих м'язів. *Через діастаз промацується шнурок товщиною в 1 палець і довжиною 4 сантиметри, часом буркітливий, що змінює свою консистенцію. Шнурок цей знаходиться на 3 сантиметри вище від пупка.* У правій клубовій бурчання. *S.-rotatum* скорочений, щільний.

Із наведених коротких нотаток видно, що пілорична частина шлунка зазвичай пальпується у вигляді циліндра або горизонтального, або опосередковано спрямованого зверху вниз і справа наліво, на 2, 3, 5, 7 сантиметрів вище від пупка, частіше в ділянці правого *rectus*, товщиною

із вказівний або великий палець. Особливість цього циліндра полягає в тому, що він швидко змінює свою консистенцію, часом ущільнюючись до консистенції, що наближається до хрящової, і швидко розслаблюється до повного зникнення з-під пальців. *Ця перистальтична гра пілоричної частини шлунка однозначно перевершує за своєю різкістю перистальтичні рухи усіх інших доступних пальпації відділів шлунково-кишкового каналу.* Саме ущільнення або утворення циліндра відбувається протягом кількох (3-5) секунд, ущільнення тримається протягом 5-10 секунд, а потім циліндр починає ставати м'якшим, у ньому з'являється бурчання й, нарешті, він зовсім зникає з-під пальців. Через кілька секунд, через пів хвилини, іноді більше, повторюється та сама картина. Така перистальтична гра pylori спостерігається як після прийому їжі, так і натще.

Із наведених даних видно, що pylorus у цих випадках пальпувався у вигляді циліндра; але нерідко замість такого циліндра ми промацуємо більш-менш *круглий щільний вузол, завбільшки з лісовий горіх.* Така форма pylori нерідко трапляється при значному гастроптозі, причому зазвичай цей вузол знаходиться близько від пупка, власне на 1-2 сантиметри вище від пупка, у ділянці правого rectus, біля lin. mediana. Перистальтична гра цих вузлів така сама, як і в циліндрах, але в них спостерігається один феномен, який трапляється і при циліндричній формі, але при вузлуватій, мені здається, набагато різкіше. Йдеться про маленьке бурчання особливого роду, яке відчувається при пальпації ущільненого пілоричного вузла, який починає розслаблюватися. *Це найменше бурчання відчувається й під пальцями і прослуховується як акустичний феномен на відстані, у вигляді особливого писку, що нагадує писк мишей.* І в циліндричній формі можна спостерігати це явище, але там зазвичай це бурчання трохи сильніше, хоча іноді вислуховується й писк. Пояснюється він, імовірно, проштовхуванням газів із замкнутої при своєму скороченні пілоричної частини назад у шлунок. Таке дрібне бурчання, що іноді також схоже на писк, я нерідко чую й у власному шлунку після обіду, або ж вранці — ще лежачи в ліжку, причому цей писк локалізується в пілоричній частині шлунка. Можна передбачувати, що з пілоричної частини при її скороченні проштовхується в duodenum тільки chymus, гази ж повертаються назад в порожнину шлунка. Можливо також, що і частина chymus'a у вигляді дрібних крапель проштовхується назад у шлунок і, завдяки прекрасним умовам резонансу в порожнині шлунка, викликає своєрідний шум. Припущення про непрохідність газів зі шлунка в duodenum, як буде показано нижче, ґрунтується на деяких клінічних спостереженнях.

Ми не можемо обійтися без короткої *диференціальної діагностики* воротаря, що промацується. За що можна прийняти скорочений pylorus? Так, звичайно, насамперед за *карциноматозний вузол* у вигляді або круглого щільного утворення, або у вигляді циліндричного валика. Я повинен сказати, що в деяких випадках при першому дослідженні хрящувата щільність скороченого воротаря дає багато спокуси визнати наявність тумору, але при більш-менш належному дослідженні в цих щільних вузлах або валиках вислуховується писк або бурчання, і вони зникають з-під пальців. З органів живота pylorus найлегше сплутати з transversum. Я вже зазначав, що в деяких випадках скорочується не одна пілорична частина шлунка, але разом із нею і деяка частина тіла шлунка, яка утворює разом із пілоричною частиною довший, ніж одна пілорична частина, циліндр, що нагадує transversum: бурчання при розслабленні скороченого transversi, хоча й у слабкому ступені, також іноді спостерігається. Положення циліндра вище від нижньої межі шлунка також не цілком гарантує від помилок, оскільки його в деяких випадках вдається віднайти не відразу. Але водночас цей момент має дуже велике значення, *якщо визначена нижня межа шлунка, то знаходження циліндра зверху цієї межі на 4-8 сантиметрів свідчить, як мені видається, майже безумовно про виключення transversi.* Принаймні за 15 років моїх пальпаторних досліджень шлунка й кишківника я не пам'ятаю винятків із цього правила. Але є ще одна диференціальна ознака для відмінності coli transversi від antrum pyloricum. Це перкуторний звук печінки в ділянці циліндра, що продовжується в правий бік. *При заходженні під печінку або в її ділянку transversi печінка видає притуплено-тимпанічний звук, при заходженні ж під печінку antri pilorici печінка видає абсолютно тупий звук.* Для мене ця ознака має вирішальне значення. Але цей факт — повна відсутність прояснення тупого звуку печінки при проходженні за її край duodeni, як мені видається, також слугує вказівкою про те, що разом із хімусом гази зі шлунка не переходять у duodenum.

Яке *клінічне значення* пальпації воротаря шлунка? При відповіді на це питання цікава думка *Bouveret*, висловлена ним у № 25 «Lyon medical» за 1901 рік, що це судомне стиснення pylori становить найчастішу причину шлункових болів. Немає сумніву, що серед наших випадків із пропальпованим, спастично скороченим pylorus більшість була із шлунковими болями. Але навряд чи ці болі можна поставити в безпосередню й постійну залежність із спазмом pylori. По-перше, якщо pylorus, як відмічено в одному з наших випадків, і репрезентував болючість при надавлюванні, то на самотійні болі при

цих скороченнях хворі зазвичай не скаржаться і спазму цього зазвичай зовсім не відчують. Крім того, серед наших випадків зі спастично скороченим pylorus є один, де між суб'єктивними скаргами взагалі відсутні нарікання на будь-які болі. Тож, оцінюючи клінічне значення згаданої знахідки, я не маю даних відносити її до будь-якого певного захворювання або певного суб'єктивного чи об'єктивного симптому. Не буду заперечувати, що, можливо, при тривалих спастичних скороченнях і можна спостерігати цю болючість, але таких випадків я не спостерігав, та й сам Bouveret говорить про воротарі, що вони при промацуванні зникають і знову з'являються, тобто те саме, що спостерігали й ми.

Тому ми схильні думати, що описані нами випадки спастичного скорочення pylori, імовірно, суть явища, що спостерігається в здоровій людини. Я вже згадував, що пілоричний писк я нерідко вислуховую у своєму власному шлунку. Можливо, що при збільшенні кислотності шлункового вмісту, а також при гастроптозі, де перешкоди для проштовхування шлункового вмісту в duodenum збільшуються, ці скорочення пілоричної частини відрізняються великою енергією і тривалістю, але до патологічних явищ самі по собі ці скорочення при цих умовах навряд чи можуть бути віднесені.

Але якщо описані форми воротаря при пальпації клінічної важливості не мають, то, однак, бувають дійсно випадки, де pylorus, що промацується, має виразно патологічне значення. Для ілюстрації цього я наведу історію хвороби хворого, якого я спостерігав улітку 1901 року.

30 травня 1901 року. Студент М., 21 рік, хворіє близько 3 місяців. Із перших чисел березня без будь-яких причин почав відчувати нудоту. Нудоті зазвичай передували виражені неприємні відчуття за грудниною, по ходу стравоходу, що нагадували спазми. Нудота спостерігалася зазвичай натще-серце або під час посиленних рухів і нерідко супроводжувалася відрижкою неприємного запаху. Такі напади нудоти були до 3 квітня, коли до них приєднався сильний біль у животі щоразу після їди і щоденна блювота, яка не була в прямій залежності від прийому їжі й часу дня. Блювотні маси були майже завжди шоколадного кольору та мали дуже різкий запах, що нагадував запах сирої риби. Крові в блювоті не помічав. Апетит був знижений. Намагаючись уникати болю, хворий став приймати тільки рідку їжу, але болі не припинялися. Стілець із початку захворювання твердий, чорного кольору, 1 раз на 2-4 дні. У дитинстві переніс кір та черевний тиф. У 1897 і на початку 1898 року був кашель і виходили частинки крові горлом, але з червня 1898 року жодного кашлю чи кровохаркання не було. Спадковість хороша. Втратив від початку захворювання 15 фунтів. Lues і abusus in Vascho заперечує. St. pr. Статура й харчування

значно нижче середнього. Язик сухуватий, вкритий білим нальотом. У зіві, на задній стінці, — почервоніння. Серце прикрите легеньми, тони чисті. У верхівці правої легені ослаблене везикулярне дихання без хрипів. При дослідженні в горизонтальному положенні: живіт не здутий. Часом із-під правої реберної дуги, у ділянці epigastrii, виходить помітний для ока tumor, що пальпується досить чітко й при промацуванні дає враження якогось хрускоту, що нагадує хрускіт снігу. Tumor цей має форму циліндра шириною близько 5 сантиметрів, напрямок його справа зверху й ззовні вліво, вниз і досередини; промацати його можна справа на 6 сантиметрів від lin. med. Tumor цей помірно рухливий, при пальпації болючий, причому при зісковзуванні з нього видно тінь від руху вгору curvaturae majoris шлунка. Рух цієї тині спостерігається у формі дуги, опуклістю, зверненою донизу, майже від краю правої дуги до краю лівої. Перкуторний звук над tumor'ом притуплено-тимпанічний, такої самої висоти й такого самого тембру, як над усім шлунком. Нижня межа шлунка дуже рухлива: вона то опускається, то піднімається. Ці коливання в положенні збігаються з появою та зниканням tumor'a; при появі tumor'a вона знаходиться на 5-6 сантиметрів вище від пупка, при зниканні сходиться до пупка на 1 сантиметр. Верхня межа шлунка — від основи мечоподібного відростка. Coesum пальпується у формі гладкого циліндра шириною в 3,5 сантиметри, дно coesum лежить на 2,5 сантиметри вище від рівня sp. oss. ilei ant. sup. Coesum помірно напружений, нечутливий; transversum не пальпується, s.-rotatum із мізицею завтовшки. Ділянка тонкого кишківника — тупо-тимпанічна. Права реберна дуга — тупа. Печінка за глибоких вдохів виходить на 1 сантиметр із підребер'я м'яким нечутливим краєм. Дослідження шлункового вмісту після пробного сніданку: загальна кислотність — 6, вільна й пов'язана соляна кислота відсутні (Henner-Mally-Braun). Незначна кількість масляної кислоти, є молочна кислота. Пептонів немає. Еритродекстрин відсутній; амідулін також. Цукор є. Сичужний фермент і пепсин відсутні. Мікроскопічно: незначна кількість saccharomycetes; короткі палички й коки в невеликій кількості; Fadenförmige бацили відсутні. Запах сирої риби.

25 вересня 1901 року. У червні й липні хворий натще щодня промивав собі шлунок. У червні близько 2 тижнів лежав у ліжку. Уже в липні нудота зникла, а блювоти не було жодного разу за весь час: на початку серпня зникли болі. З початку серпня відчуває себе дуже добре. Апетит прекрасний: в їжі тепер неперекірливий; легкі погрішності в дієті диспепсичних явищ не викликають. Стілець нормальний. Прибув у вазі на 19,5 фунтів.

St. pr. У горизонтальному положенні. Верхня межа шлунка — біля основи мечоподібного відростка, нижня — на 1,5 сантиметри вище від пупка. У ділянці колишнього тумору ніяких ущільнень; решта — у попередньому стані. Дослідження шлункового вмісту: загальна кислотність — 65. Вільна та зв'язана соляна кислота — 0,07%; запаху немає; молочної кислоти немає. Невелика кількість *saccharomycetes*, короткі бацили й коки — у незначній кількості.

Тут ми, звичайно, маємо справу вже з патологічним явищем у шлунку. Випадок цей викликає глибокий інтерес у багатьох відношеннях. Тут повна відсутність виділення нормальних шлункових ферментів і соляної кислоти. У шлунку відбувається низка якихось процесів, унаслідок яких продукуються тіла із запахом сирової риби — із ряду діамінів. Але найголовніше, що нас тут цікавить, це — одночасно з таким спотворенням секреторної і травної шлункової діяльності — утворення тумору на місці pylori й пілоричної частини шлунка. Як мені видається, справа вже не обмежувалась однією пілоричною частиною шлунка — в утворенні його брала участь і відома частина тіла шлунка. Але спастичного скорочення набували не тільки ці частини шлунка, — тонус підвищувався у всьому шлунку. Особливо вражаючим було коливання в положенні нижньої межі шлунка: звичай вона знаходилась на 1 сантиметр вище від пупка, а при утворенні тумору — на 5-6 сантиметрів вище від пупка. При кожному спазмі antri pylorici скорочення поширювалося на весь шлунок, і він зменшувався в об'ємі. Зменшуючись в об'ємі, він давав ясне підвищення шлункового тиску всередині, яке виражалось в тому, що при зісковзуванні з тумору, тобто при швидкому зсуванні його, разом із ним, тобто разом із pylorus, рухався весь шлунок, оскільки тіль або борозна, що утворювалася при русі *curvaturae majoris*, пробігала при цьому від одного підребер'я до іншого.

Чим у цьому випадку пояснити появу нижнього хрускоту при пальпації тумору? Припустити наявність часткового перитоніту у вигляді

перигастриту навряд чи можливо, оскільки хрускіт цей зникав разом із тумором. При вислуховуванні цей хрускіт спричиняв абсолютно чітке відчуття шуму тертя. Імовірно, його можна пояснити тим, що при сильному скороченні воротаревої частини *serosa* шлунка, збираючись у складки, містила на тій самій площі більшу від норми кількість серозної рідини або слизу, а з іншого боку складки представляли нерівну шорстку поверхню.

Я детально навів історію хвороби цього хворого ще й тому, що вона була дійсною картиною тумору шлунка, але *тумору удаваного*. Ні раку pylori, ні фіброзного його переродження, звичайно, тут не було; про це свідчило його зникнення при дослідженні й подальша доля хворого, який додав за літо 19 фунтів. Отже, ми мали тут справу з тумором удаваним, походження й властивості якого нам не здаються незрозумілими. *Тумор цей ніщо інше, як спастично скорочена воротарева частина шлунка, руховий невроз, що наявний разом із повним спотворенням секреторної здатності шлунка, — у неврастеніка.*

Не це ми бачимо в роботі *Einhorn'a*, надрукованій у № 43 «Berlin. Klin. Wochenschrift» (28 жовтня 1901 р.) про уявні тумори живота, де він говорить, що за останні 4 роки він спостерігав 42 випадки таких уявних пухлин у животі, очевидно, усі в ділянці epigastrii, які досягали величини невеликого курячого яйця. Уявними ці пухлини, за *Einhorn'u*, повинні бути названі тому, що в подальшому перебігу вони зникли. Про походження цих уявних пухлин автор розмірковує тільки здогадками, а власне, він каже, що вони могли бути внаслідок пролабованої лівої частки печінки, внаслідок місцевого ущільнення м'язів черевних стінок в epigastrium, або внаслідок аорти, яка промацується. Ми, зі свого боку, таких хибних туморів із таким патогенезом, як вказує *Einhorn*, навряд чи спостерігали. *Einhorn* спостерігав свої випадки зазвичай при гастроптозах. Відповідно можна зробити припущення, що, можливо, деяка частка таких удаваних туморів повинна припасти на скорочений воротар.