

Савин

Проф. Н. Ф. Филатовъ

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

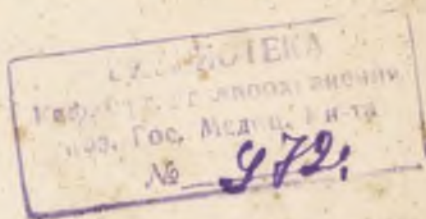
ЗАПИСАНЫ И СОСТАВЛЕНЫ

ВРАЧАМИ

С. Васильевымъ, В. Григорьевымъ и Г. Сперанскимъ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ АВТОРА

Выпускъ I



МОСКВА

ТОВАРИЩЕСТВО ТИПОГРАФИИ А. И. МАМОНТОВА
ЛЕОНТЬЕВСКІЙ ПЕР., Д. МАМОНТОВА

1900

Дозволено цензурою. Москва, 18 марта 1900 года.

Согласившись на просьбу товарищей издать мои клиническія лекціи, которыя касаются преимуществу самыхъ обыкновенныхъ, наичаще встрѣчающихся врачу болъзненныхъ формъ, и потому представляютъ мало оригинальныхъ или новыхъ воззрѣній, я тѣмъ не менѣе имѣлъ въ виду, что онѣ могутъ оказать нѣкоторую пользу врачамъ, не занимающимся спеціально дѣтскою практикою, но вынужденнымъ подчасъ лечить и дѣтей.

Если нѣкоторыя изъ лекцій могутъ показаться слишкомъ краткими, то слѣдуетъ принять во вниманіе, что я имѣю въ своемъ распоряженіи всего три недѣльныхъ часа и долженъ въ этотъ короткій срокъ прочесть весь теоретическій курсъ дѣтскихъ болъзней и вести клинику; понятно, что выполнить всю программу возможно только при краткомъ изложеніи.

Проф. Н. Филатовъ.

Три случая перитонита.

I.

Хроническій туберкулезный перитонитъ.

Лекція 19 января 1899 г.

Больной, Ваня К., 9 лѣтъ, принятъ въ клинику 11 января 1899 года по поводу большого живота, одышки и болей внизу живота.

ANAMNESIS. Матери 44 года, отцу 43; оба здоровы, занимаются огородничествомъ. Въ роду tuberculos'a и lues'a не отмѣчается. Всѣхъ дѣтей было 12 человекъ, въ живыхъ четверо. Семь человекъ умерли до году отъ поносовъ, а восьмой — 2-хъ лѣтъ, тоже отъ поноса. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Нашъ больной родился въ срокъ, болѣзней новорожденныхъ не было. Кормился грудью 1½ года. Прикармливать начали съ ½ года манною кашей и бѣлымъ хлѣбомъ. Поносовъ не было. Зубы стали рѣзаться на 7-мъ мѣсяцѣ, ходить сталъ году и не переставалъ. Росъ здоровымъ ребенкомъ и, по словамъ матери, рѣшительно ничѣмъ не хворалъ до 7-ми лѣтъ, когда была, повидимому, легкая корь.

Настоящую болѣзнь родители замѣтили два мѣсяца тому назадъ, когда сталъ увеличиваться животъ и появилась одышка. Никакихъ болѣзненныхъ явленій передъ тѣмъ не было: ни жара, ни кашля, ни рвоты, ни отековъ на тѣлѣ.

Съ мѣсяць назадъ временами стали дѣлаться жаръ, больной сталъ слабѣть, чаще жаловаться на боли внизу живота и часто сталъ ложиться въ постель. Недавно начался кашель, а дня 2 тому назадъ поносъ; до этого же времени ходилъ какъ слѣдуетъ. Съ мѣсяць назадъ пропала аштитъ, и больной очень похудѣлъ. Жилъ все время въ деревнѣ въ условіяхъ хорошей крестьянской семьи. Учился второй годъ въ земской школѣ и учится хорошо. Ъда: молоко, супъ, бѣлый хлѣбъ, яйца и молочная каша. 15 декабря 1898 года былъ помѣщенъ въ Шаболовскую земскую больницу, откуда выписался черезъ двѣ недѣли безъ улучшения.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что родители больного—люди здоровые. Семья его многодѣтная и съ большою смертностью, но эта смертность зависитъ отъ поносовъ, болѣзни, очевидно, случайной. Если бы она зависѣла отъ воспаленія легкихъ послѣ коклюша или кори или отъ менингита, то мы могли бы думать о существованіи въ семьѣ туберкулеза. Если бы родители говорили, что дѣти умирали отъ неизвѣстныхъ причинъ, то мы могли бы подозрѣвать у нихъ lues. Въ данномъ же случаѣ мы не имѣемъ указаній ни на то, ни на другое. Нашъ больной отличался хорошимъ здоровьемемъ; до 7-ми лѣтъ, когда у него была корь, родители никакихъ заболѣваній указать не могутъ. Настоящая болѣзнь началась около двухъ мѣсяцевъ назадъ, когда у него было замѣчено увеличеніе живота; позднѣе появилась одышка, а потомъ и лихорадочное состояніе.

При разспросѣ больной говоритъ, что у него не болитъ ничего и что нѣтъ даже кашля. Съѣдаетъ онъ ежедневно кружки 2 молока, 2 котлеты, тарелку супа и бѣлый хлѣбъ. Слѣдовательно, аппетитъ у него хорошій.

Всю эту пищу онъ переноситъ хорошо, была даже склонность къ запорамъ, и только послѣдніе два дня его слабило жидковато. При осмотрѣ мы видимъ, что больной дышетъ очень поверхностно, но ровно, 26 разъ въ минуту. Ноздри при этомъ остаются совершенно спокойными. Пульсъ 96 разъ въ минуту, правиленъ, но слабоватъ. Отношеніе между числомъ пульса и дыханія сохранилось, слѣдовательно, нормальное, т. е. одышки у больного нѣтъ. Сложенія онъ средняго. Кост-

ный скелетъ правиленъ. Цвѣтъ слизистыхъ оболочекъ блѣдный, несмотря на красноту щекъ. Железистая система не совсѣмъ въ порядкѣ: прощупываются небольшія железки на шеѣ, особенно справа сзади; въ подмышечныхъ впадинахъ ничтожныя железки; паховыя железы увеличены немного болѣе, чѣмъ подмышечныя. Подкожно-жирный слой развитъ слабо. Мышцы слабы, атрофичны. Пальцы рукъ не совсѣмъ нормальны въ томъ отношеніи, что ногтевыя фаланги нѣсколько утолщены и цианотичны. Это вѣрный признакъ продолжительнаго затрудненнаго кровообращенія въ легкихъ или въ сердцѣ. При осмотрѣ грудной клѣтки мы не можемъ замѣтить сердечнаго толчка, не слышно его и подъ рукою. Только съ правой стороны грудины и въ подложечной области чувствуется слабая пульсація.

При постукиваніи на лѣвой сторонѣ подъ ключицею находимъ абсолютно тупой звукъ. На правой сторонѣ подъ ключицею по 1. parasternalis звукъ также тупой; спускаясь ниже, находимъ то же самое, такъ что въ общемъ оказывается, что на правой сторонѣ отъ грудиннаго конца ключицы и до нижняго конца грудины идетъ полоса тупого звука, распространяющаяся на палець вправо отъ праваго края грудины, а въ области соска—на 2 пальца. На лѣвой сторонѣ сверху до низу какъ спереди, такъ и сзади всюду абсолютная тупость (бедренный звукъ).

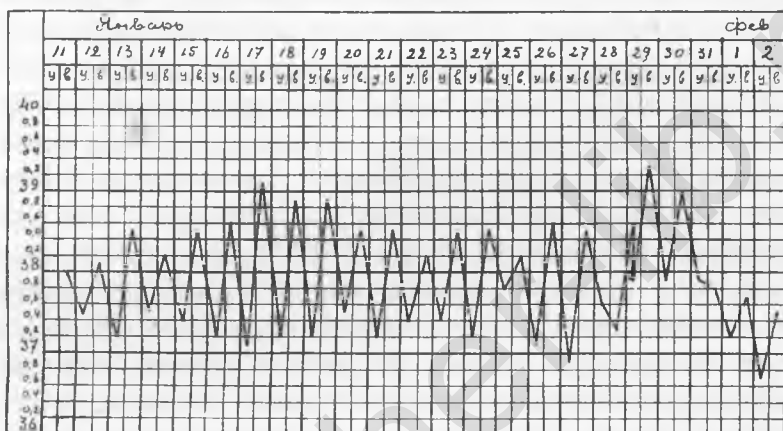
Переходимъ теперь къ изслѣдованію полулуннаго пространства Траубе, котороѣ имѣетъ довольно важное значеніе для дифференціальной діагностики плевритическаго экссудата отъ пневмоніи. Подъ именемъ полулуннаго пространства Траубе понимаютъ, какъ вамъ извѣстно, область тимпаническаго звука въ нижней части лѣвой половины грудной клѣтки: нижняя граница этой области соотвѣтствуетъ нижнему краю грудной клѣтки, а верхняя граница обозначается полукруглою линіей, обращенною выпуклостью кверху и опирающеюся своими концами на подреберье, которое она пересѣкаетъ спереди по сосковой линіи, а сзади по средней аксиллярной; куполь этой кривой соотвѣтствуетъ высотѣ стоянія діафрагмы, т. е. чѣмъ выше стоитъ она, тѣмъ дальше кверху распространяется и область тимпаническаго звука; въ нормѣ

верхняя граница полулуннаго пространства достигаетъ по l. axil. anter. до 7-го или даже до 6-го ребра. Значеніе полулуннаго пространства для діагностики плеврита сводится къ тому, что при воспаленіи легкаго діафрагма стоитъ на нормальной высотѣ, тогда какъ при плевритическомъ экссудатѣ она опускается тѣмъ ниже, чѣмъ сильнѣе давить на нее экссудатъ; другими словами: при пнеймоніи полулунное пространство остается нормальнымъ, а при плевритическомъ экссудатѣ оно болѣе или менѣе уменьшается. Въ нашемъ случаѣ тупой звукъ на лѣвой сторонѣ распространяется до самаго нижняго края грудной клѣтки, такъ что *полулунное пространство совсѣмъ уничтожено*, что указываетъ на сильное отгѣсненіе діафрагмы книзу. Итакъ мы находимъ *на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки сверху до низу абсолютно тупой звукъ*, на правой же всюду ясный, за исключеніемъ узкой полосы вдоль праваго края грудины. Толчка сердца нѣтъ, а есть лишь слабая пульсація около праваго края грудины и подъ ложечкой. При изслѣдованіи спины находимъ абсолютную тупость слѣва, начиная отъ fossa suprascapularis, справа же вездѣ ясный звукъ.

При выслушиваніи тоны сердца всюду оказываются едва слышными, но чистыми, погромче только подъ ложечкой и у праваго края грудины. Дыхательный шумъ спереди на правой сторонѣ громкій, везикулярный, на лѣвой какіе бы то ни было дыхательные шумы отсутствуютъ. Сзади слѣва, на лопаткѣ, а при сильномъ вздохѣ даже и внизу — бронхиальное дыханіе. Справа везикулярное дыханіе. Fremitus pectoralis сзади на всей лѣвой сторонѣ хотя и ощущается, но значительно слабѣе, чѣмъ на правой; на лѣвой сторонѣ внизу fremitus рѣзко ослабленъ.

Животъ увеличенъ, пупочная складка сглажена, кожа натянута; при пальпации ощущается зыбленіе. Окружность живота на уровнѣ пупка—69 сант. При ощупываніи находимъ чрезвычайное напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, при чемъ упругость эта зависитъ не отъ произвольнаго напряженія стѣнокъ больнымъ, но представляется постояннымъ явленіемъ. Несомнѣнно поэтому, что это увеличеніе живота зависитъ не отъ простаго метеоризма, при которомъ, если только онъ не чрезмѣрно великъ, животъ всегда является мягкимъ и и

уступчивымъ. Никакихъ затвердѣній или опухолей въ животѣ не прощупывается. Постукиваніе живота въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно въ нижнихъ частяхъ, оказывается болѣзненнымъ. При положеніи больного на спинѣ, по средней линіи находимъ высокій тимпанической звукъ, въ отлогихъ мѣстахъ переходящій въ тупой. Ниже пупка съ лѣвой и правой стороны—абсолютная тупость. Надъ *spina anterior superior*, на уровнѣ пупка, съ лѣвой стороны—абсолютная тупость, а съ правой, въ соответствующемъ мѣстѣ, есть нѣкоторая звуч-



ность. При поворотѣ на правый бокъ, тупой звукъ въ указанномъ мѣстѣ на лѣвой сторонѣ не проясняется, а на правой, несмотря на то, что это мѣсто оказалось внизу, звукъ остается притупленно-тимпаническимъ. Производя постукиваніе при перемѣнѣ положенія, и въ другихъ пунктахъ мы не находимъ проясненія звука въ возвышенныхъ мѣстахъ и притупленія въ отлогихъ. Очевидно, что существуютъ какія-то перегородки и сращения, которыя мѣшаютъ находящейся въ животѣ жидкости измѣнять свое мѣсто. Такимъ образомъ, мы находимъ: *увеличеніе живота*, уничтоженіе складокъ пупка, *напряженіе брюшинныхъ стѣнокъ*, *флюктуацию*, *неравномерное распространеніе тупого звука*, отсутствіе измѣненій звука при перемѣнѣ положенія и *болѣзненность живота* при давленіи и при постукиваніи.

Температура лихорадочная; она колеблется между 37° утромъ и 39° вечеромъ. Потовъ не бываетъ. Слѣдовательно, мы

имѣемъ дѣло съ febris hectica въ умѣренной степени. Моча высокаго удѣльнаго вѣса (1,025), содержитъ много мочекислыхъ солей и индикана, но бѣлка нѣтъ. Сонъ хорошій.

ДИАГНОСТИКУ этого случая мы начнемъ съ грудной полости. Очевидно, что мы на лѣвой сторонѣ имѣемъ плевритическій экссудатъ; уже одной абсолютной тупости достаточно для рѣшенія дѣла, такъ какъ при пнеймоніи не могло бы быть такого распространенія ея и такого бедренного звука. При пнеймоніи, если бы даже она заняла обѣ доли легкаго, все же остались бы свободными передніе края, которые давали бы ясный звукъ съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; сплошной инфильтраціи легкаго, которая давала бы абсолютно тупой звукъ сверху до низу и вдоль края грудины, мы въ дѣтскомъ возрастѣ не встрѣчаемъ; у взрослыхъ подобныя формы описаны Granché; по его наблюденіямъ, сходство такихъ пнеймоній съ плевритомъ усиливается и тѣмъ, что, благодаря закупоркѣ бронховъ, ослабляется не только дыхательный шумъ, но и голосовое дрожаніе; но полулунное пространство не исчезаетъ даже и при пнеймоніяхъ Granché. Слышное сзади бронхиальное дыханіе не говоритъ противъ плеврита, такъ какъ оно легко проводится у дѣтей отъ мѣста дѣленія трахеи на бронхи и бываетъ тѣмъ слышнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, и чѣмъ больше плевритическій экссудатъ, т. е. чѣмъ сильнѣе сдавлено легкое. Дѣло другое, если бы былъ усиленъ fremitus pectoralis, но онъ здѣсь ослабленъ, и этихъ данныхъ вполне достаточно для діагностики плевритическаго экссудата.

Отсутствіе одышки объясняется здѣсь тѣмъ, что экссудатъ развивался медленно, а потому организмъ, resp. продолговатый мозгъ, привыкалъ постепенно къ уменьшенію дыхательной поверхности.

Нужно еще рѣшить вопросъ о характерѣ экссудата, — гнойный онъ или серозный. Продолжительное (двухмѣсячное) лихорадочное состояніе представляется важнымъ обстоятельствомъ, говорящимъ въ пользу гнойнаго плеврита, но не рѣшаетъ здѣсь дѣла, потому что высокая ^т можетъ быть обусловлена существованіемъ еще процесса и въ животѣ. Длительность болѣзни даетъ основаніе скорѣе думать о гнойномъ скопленіи, но мы не знаемъ, когда начался плевритъ, и по-

тому проще всего прибѣгнуть для рѣшенія этого вопроса къ пункціи, что мы и дѣлаемъ.

Какъ видите, мы получили въ шприцѣ совершенно прозрачную серозную жидкость и, на основаніи этого, можемъ теперь сказать, что процессъ въ плеврѣ, вѣроятно, не очень давняго происхожденія, и что лихорадочное состояніе зависитъ, вѣроятно, отъ процесса въ полости брюшины, такъ какъ при серозныхъ плевритахъ лихорадка рѣдко затягивается долѣе 3—4 недѣль. Тупость съ правой стороны грудины не можетъ быть отнесена на счетъ легкаго, такъ какъ недѣятельность одного легкаго обуславливаетъ усиленную работу другого, въ которомъ поэтому развивается эмфизема, дающая болѣе полный звукъ, чѣмъ въ нормѣ (т. н. Schachtel Ton). Если бѣ тупость зависѣла отъ краевой пнеймоніи, то въ мѣстѣ тупого звука, вдоль праваго края грудины слышалось бы, если не бронхіальное дыханіе, то хоть, по крайней мѣрѣ, трескучіе, мелкіе хрипы, а здѣсь между тѣмъ замѣчается лишь очень ослабленный дыхательный шумъ. Эта тупость звука должна быть отнесена на счетъ сердца: либо сердце передвинуто, либо есть въ перикардіи экссудатъ. Что сердце у нашего больного должно быть передвинуто вправо, это можно заключить на основаніи обильнаго лѣвосторонняго экссудата; поддержкой такому предположенію служить пульсація подъ ложечкой и около праваго края грудины, въ области 4-го межребернаго промежутка, — но однимъ перемѣщеніемъ сердца объяснить правостороннюю тупость въ нашемъ случаѣ нельзя, такъ какъ при передвиженіи сердца тупость никогда не доходитъ до ключицы; она могла бы только дойти до 3-го ребра. При экссудатѣ же въ полости перикардія тупость напротивъ доходитъ и до ключицы, такъ что если мы исключимъ ателектазъ легочныхъ краевъ (для развитія его нѣтъ никакихъ причинъ), то для объясненія тупого звука вдоль праваго края грудины по необходимости должны будемъ допустить существованіе экссудата въ полости перикардія. При незначительномъ экссудатѣ, тупой звукъ появляется сначала کنارужи отъ сердечнаго толчка, затѣмъ переходитъ вправо за грудину, поднимается кверху до ключицы и получается, такимъ образомъ, форма треугольника, обращеннаго основаніемъ

книзу. Подтвержденіе экссудативнаго перикардита въ нашемъ случаѣ можно видѣть въ отсутствіи сердечнаго толчка и въ слабости сердечныхъ тоновъ. Отсутствіе одышки, несмотря на существованіе экссудатовъ и въ лѣвомъ плевральномъ мѣшкѣ и въ перикардіи, объясняется, какъ мы уже сказали, отчасти постепенностью ихъ развитія, отчасти же индивидуальностью больного, т. е. сравнительно малой раздражительностью его дыхательнаго центра. Этимъ послѣднимъ условіемъ не слѣдуетъ пренебрегать ни при объясненіи одышки у нѣкоторыхъ сердечныхъ больныхъ, ни при назначеніи леченія. Дѣло въ томъ, что одышка при затрудненномъ кровообращеніи отнюдь не всегда пропорціональна степени затрудненія, но много зависитъ и отъ индивидуальности больного. Если, напримѣръ, больной порокомъ сердца постоянно сидитъ въ комнатѣ, не двигается, не занимается физическимъ трудомъ, то онъ и при небольшомъ порокѣ будетъ жаловаться на значительную одышку при самомъ умѣренномъ мотіонѣ, тогда какъ человѣкъ, продолжающій заниматься физической работой, несмотря на порокъ сердца, будетъ жаловаться на недостатокъ воздуха сравнительно гораздо меньше; таково вліяніе привычки или индивидуальности; на этомъ основаніи, между прочимъ, никогда не слѣдуетъ рекомендовать сердечнымъ больнымъ абсолютнаго покоя, который для нихъ такъ же вреденъ, какъ и чрезмѣрное движеніе, а напротивъ, вполне показаны прогулки на свѣжемъ воздухѣ, постепенные подъемы на небольшія возвышенности (методъ лѣченія Oertel'я) и т. п.

Лекція 22 января 1899 г.

Въ прошлую лекцію мы установили, что у нашего больного существуютъ экссудативный плевритъ и перикардитъ; теперь перейдемъ къ опредѣленію страданія живота.

Всѣ признаки, находимые при изслѣдованіи его, говорятъ за воспаленіе брюшины. При простомъ метеоризмѣ никогда не бываетъ такой неравномѣрной тупости, а если бы и была она случайно, вслѣдствіе скопленія кала въ области S-гомакум или слѣпой кишки, то эта тупость все-таки не была бы такою постоянной: дайте больному слабительное, поставьте клизму, и она исчезнетъ. При метеоризмѣ, кромѣ того, не

бываетъ и такого напряженія брюшныхъ стѣнокъ и нѣтъ болѣзненности. Итакъ, здѣсь перитонитъ, но вопросъ—какой? Прежде всего онъ, конечно, хроническій, а не острый, потому что начался уже два мѣсяца назадъ безъ всякихъ симптомовъ, свойственныхъ острому воспаленію брюшины: не было ни рвоты, ни сильной боли живота. По свойству же своему хроническій перитонитъ можетъ быть или простымъ, или туберкулезнымъ. Правда, въ существованіи перваго изъ нихъ нѣкоторые авторы сомнѣваются, и этотъ взглядъ раздѣляютъ также нѣкоторые московскіе врачи, но все-таки простой перитонитъ несомнѣнно существуетъ. Такъ и у насъ въ клиникѣ наблюдался случай, гдѣ бактериологическое изслѣдованіе асцитной жидкости (впрыскиваніе морскимъ свинкамъ) дало отрицательный результатъ, и гдѣ при лапаротоміи не было найдено никакихъ бугорковъ на брюшинѣ. Слѣдовательно, въ существованіи простого перитонита сомнѣнія нѣтъ, но въ нашемъ случаѣ о немъ не можетъ быть рѣчи. Дѣло въ томъ, что при простомъ перитонитѣ бываетъ только скопленіе жидкости, но нѣтъ ни болѣзненности, ни напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Простой хроническій перитонитъ похожъ на обыкновенную водянку живота, происходящую, напримѣръ, вслѣдствіе страданія печени; діагностику тамъ и приходится ставить между этими двумя страданіями. При простомъ хроническомъ перитонитѣ хотя и бываетъ вначалѣ лихорадочное состояніе, но не надолго; общее состояніе страдаетъ очень мало. Больной почти не худѣетъ и ни на что не жалуется.

Иногда и туберкулезный перитонитъ протекаетъ такъ же; но въ такихъ случаяхъ, какъ нашъ, только о туберкулезномъ перитонитѣ и нужно думать.

Точно также не слѣдуетъ говорить о простомъ перитонитѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣете дѣло съ водянкой живота, но въ то же время прощупываете въ немъ затвердѣнія, классическимъ мѣстомъ для которыхъ является пространство между пупкомъ и *scrobiculum cordis*; затвердѣнія эти могутъ давать тупой звукъ. Этого мы не имѣемъ въ нашемъ случаѣ, но, по всѣмъ другимъ признакамъ (напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, болѣзненность, неравномѣрная тупость), я могу говорить только о туберкулезномъ перитонитѣ.

Такимъ образомъ, мы выяснили себѣ характеръ перитонита и теперъ можемъ спросить себя и о природѣ плеврита. Можетъ быть, конечно, что здѣсь случайно развился и простой плевритъ, но вѣроятнѣе, что туберкулезный перитонитъ осложнился такимъ же и плевритомъ, такъ какъ именно при туберкулезномъ заболѣваніи брюшины процессъ очень часто распространяется по лимфатическимъ путямъ на плевру и, наоборотъ, — въ случаѣ первичнаго туберкулезнаго плеврита процессъ тѣмъ же путемъ нерѣдко переходитъ на брюшину.

По тѣмъ же соображеніямъ мы можемъ думать, что и перикардитъ здѣсь также туберкулезный.

Такимъ образомъ, у насъ дѣло идетъ о *туберкулезномъ перитонитѣ, который осложнился такимъ же плевритомъ и перикардитомъ*. Доказать, что дѣло началось у нашего больного перитонитомъ, а не плевритомъ, мы не можемъ, но думаемъ такъ въ виду того, что, еслибъ главнымъ страданіемъ былъ серозный плевритъ, то лихорадочное состояніе не затянулось бы на два мѣсяца *).

Относительно прочихъ органовъ нашего больного мы можемъ сказать, что они у него здоровы, за исключеніемъ, можетъ быть, легкаго катарра кишекъ; въ мочевыхъ органахъ нѣтъ ничего ненормальнаго.

Разберемъ теперъ подробнѣе, какая форма туберкулезнаго перитонита имѣется у нашего больного. Ихъ различаютъ три: *первая форма* симулируетъ простую водянку живота или нетуберкулезную форму хроническаго серознаго перитонита; о симптомахъ, его характеризующихъ, было сказано выше; это будетъ *серозная форма туберкулезнаго перитонита*. *Вторая форма*—*закапсулированная*, когда образуются отдѣльныя замкнутыя полости; эта форма характеризуется тѣмъ, что, при обычныхъ симптомахъ туберкулезнаго перитонита (увеличеніе живота, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, мѣстами болѣзненность, признаки асцита), тупой звукъ, зависящій отъ скопленія жидкости, не мѣняетъ своего мѣста при перемѣнѣ положенія

*) Въ дальнѣйшемъ предположеніе это подтвердилось тѣмъ, что черезъ нѣсколько дней экссудатъ изъ полости перикардія и плевры сталъ замѣтно всасываться, но это не повліяло на лихорадочное состояніе.

больного, т. е. жидкость не занимает отлогихъ мѣстъ. *Третья форма—сухой перитонитъ*, когда жидкости нѣтъ, животъ увеличенъ мало, а то такъ и вовсе не увеличенъ, но прощупываются затвердѣнія или имѣются явные признаки сращенія брюшныхъ стѣнокъ съ кишками, что выражается тѣмъ, что попытка собрать брюшную стѣнку въ видѣ складки рѣшительно не удастся. Лучше всего излечиваются простые асциты, хуже всего сухія формы, а вторая форма находится посрединѣ. Она то и имѣется у насъ.

Отчего произошелъ у нашего больного туберкулезный перитонитъ? Самой обыкновенной причиной туберкулезнаго перитонита бываетъ катарръ кишекъ, за которымъ слѣдуетъ гиперплазія брыжжеечныхъ железъ. Послѣднія у золотушныхъ субъектовъ подвергаются творожистому перерожденію, но затѣмъ неопредѣленное время могутъ оставаться *in statu quo*, не вызывая зараженія брюшины. Но эта причина встрѣчается далеко не всегда: часто при вскрытіи брыжжеечныя железы оказываются нормальными, или по крайней мѣрѣ, не туберкулезно-перерожденными, а таковыми оказываются бронхіальныя железы, или находятъ, кромѣ того, еще и туберкулезъ легкихъ или плевры, откуда по лимфатическимъ путямъ, черезъ діафрагму, процессъ распространяется на брюшину. Наконецъ въ третьемъ рядѣ случаевъ происходитъ изолированное пораженіе брюшины, безъ участія легкихъ и плевры, подобно тому, какъ встрѣчается нерѣдко и изолированное туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ всегда удается найти гдѣ-нибудь въ организмѣ, всего чаще, конечно, въ бронхіальныхъ железахъ, старые творожистые (туберкулезные) фокусы, откуда и происходитъ со временемъ зараженіе той или другой серозной оболочки путемъ заноса бациллъ кровью. Почему именно у одного заразится брюшина, у другого—мозговья оболочки, у третьяго сдѣлается общая милиарная бугорчатка,—этого мы не знаемъ.

Какой же случай у насъ? Если анамнезъ вѣренъ, то предположить причину въ брыжжеечныхъ железахъ нельзя, такъ какъ продолжительныхъ поносовъ не было; скорѣе ужъ можно заподозрить вліяніе кори: дѣло въ томъ, что коревой

катарръ такъ же, какъ и коклюшный, сплошь и рядомъ ведетъ къ гиперплярзіи и къ творожистому перерожденію бронхиальныхъ железъ, что могло случиться и у нашего больного; а въ такомъ случаѣ можно допустить или поражение всѣхъ трехъ серозныхъ оболочекъ изъ крови, или, что прежде всего заразилась брюшина (путемъ заноса бациллъ кровью), а съ нея процессъ перешелъ на перикардій и плевру.

ПРЕДСКАЗАНИЕ при туберкулезномъ перитонитѣ вообще зависитъ отъ формы перитонита и отъ осложненийъ. При серозной формѣ оно довольно благоприятно, такъ какъ она часто проходитъ отъ однихъ терапевтическихъ средствъ. Осумкованные и сухіе перитониты также могутъ кончатся выздоровленіемъ, но уже гораздо рѣже. Здѣсь лапаротомія даетъ лучшіе результаты, чѣмъ леченіе терапевтическое.

По статистикѣ Варнека, охватывающей 136 случаевъ, леченныхъ различными средствами безъ операцій, и 240, леченныхъ лапаротоміей,—при хирургическомъ леченіи выздоравливало 78%, а при терапевтическомъ—31%. Предсказаніе зависитъ, слѣдовательно, и отъ различныхъ способовъ леченія.

Предсказаніе тѣмъ лучше, чѣмъ изолированнѣе страданіе, и, наоборотъ, чѣмъ оно распространеннѣе, тѣмъ хуже. Если рядомъ имѣются плевритъ и перикардитъ, то прогностика, конечно, становится хуже; а потому у нашего больного она не можетъ быть особенно хорошею, но сказать, что онъ безнадеженъ, во всякомъ случаѣ нельзя.

ЛЕЧЕНІЕ перитонита можетъ быть терапевтическимъ и хирургическимъ. Первое заключается въ употребленіи неэнергическихъ средствъ: предписывается абсолютный покой, лежаніе въ постели, рекомендуютъ пользованіе воздухомъ и питательную діету, насколько она переносится больнымъ. Изъ медицинскихъ средствъ употребляютъ согрѣвающие компрессы и бинтованіе живота фланелевымъ бинтомъ: подъ давленіемъ жидкость всасывается. Рекомендовались также втиранія ртутной мази по грамму на пріемъ ежедневно, въ теченіе недѣль 4-хъ; появленіе слюнотеченія предупреждаютъ полосканіемъ *kalı chlorico*. Другіе употребляютъ втиранія зеленого мыла, которыя были вообще рекомендованы противъ хроническихъ золотушныхъ инфилтратовъ въ железахъ, въ плеврѣ и т. д. Вти-

ранія при этомъ производятся не въ пораженную область, а въ различныя мѣста, какъ ртутная мазь. Дѣлають обыкновенно такъ: вечеромъ втирають зеленое мыло въ спину въ количествѣ около 1 грамма; утромъ обмываютъ, а вечеромъ втирають снова. Такъ продѣлываютъ въ теченіе 3—5 дней; въ заключеніе кожа начинаетъ воспаляться, краснѣть и трескается, тогда переходятъ на другое мѣсто. Я пришелъ къ убѣжденію, что пользы отъ этого леченія нѣтъ никакой, но имъ легко вызывается экзема. Что касается до втираній гваякола, модныхъ въ настоящее время, то я еще не составилъ себѣ о нихъ точнаго представленія, но всѣ средства этой группы, т. е. гваяколь, креозотъ и пр., при употребленіи внутрь дѣйствуютъ, если не на туберкулезную бактерію, то, по крайней мѣрѣ, измѣняющимъ образомъ на почву: подъ вліяніемъ этихъ средствъ въ начальныхъ стадіяхъ туберкулеза наблюдается благопріятное дѣйствіе, даже если обстановка, въ которой живетъ больной, не измѣняется. Гваяколь, при втираніи въ кожу, всасывается и оказываетъ сильное вліяніе на температуру: 15—20 капель вызываютъ рѣзкое паденіе ея (на $1\frac{1}{2}$ —2°). Но другой вопросъ, выгодно ли это для больного, такъ какъ за этимъ паденіемъ слѣдуютъ вскорѣ потъ, ознобъ, а затѣмъ температура поднимается снова. Такія рѣзкія колебанія очень ослабляютъ больныхъ, но въ то же время они указываютъ, что гваяколь имѣетъ какое-то вліяніе на общее состояніе больного. Поэтому я и нахожу возможнымъ употреблять мѣстно такія втиранія, но только въ меньшихъ дозахъ. Обыкновенно я беру 1 часть гваякола на 5—10 частей прованскаго масла и втираю 30—40 капель этого раствора во весь животъ. Для нашего больного былъ взятъ болѣе крѣпкій растворъ:

Rp: Guajacoli absol. 1,0

Olei olivar. 3,0

MDS. Наружное.

и брали по 30 капель на втираніе. На температуру это вліяніе не оказало, но послѣ трехъ втираній больной сталъ жаловаться на одышку, что я объясняю ослабляющимъ дѣйствіемъ гваякола на сердце. Втиранія поэтому были на 3 дня прекращены, а потомъ назначено ему втирать уже по 15 ка-

пель того же раствора, каковое количество онъ переноситъ хорошо, и въ настоящее время чувствуетъ себя бодро. Внутри здѣсь можетъ быть показанъ *Guajacolum carbonicum*, который легко переносится желудкомъ, въ чемъ и состоитъ преимущество этого препарата передъ чистымъ гваяколомъ и креозотомъ. Оба послѣднихъ препарата назначаются въ малыхъ дозахъ, начиная, наприм., съ одной капли на приемъ и восходя постепенно до столькихъ капель *pro dosi*, сколько больному лѣтъ; такъ напримѣръ, въ нашемъ случаѣ можно бы дойти до 1,0 *pro die*, а *Guajacolum carbonicum* можно давать въ дозахъ значительно большихъ: можно начинать съ 1,0 *pro die* (по 0,3 на приемъ) и доходить до 2—3 грам. Въ настоящее время у нашего больного появилось расстройство желудка, и потому съ гваяколомъ слѣдуетъ подождать. Кромѣ поноса, при назначеніи леченія нашему больному, слѣдуетъ имѣть въ виду еще воспаленіе плевры и перикардія, и слабость сердца. При серозныхъ плевритахъ и перикардитахъ мы охотно прибѣгаемъ къ мушкамъ, особенно въ случаяхъ не совсѣмъ свѣжихъ, когда экссудатъ, достигнувъ извѣстной величины, остается въ такомъ видѣ, не проявляя склонности къ всасыванію. Нашъ случай, повидимому, удовлетворяетъ этому показанію. Чтобы вліять и на плевру и на перикардій, мы поставимъ мушку величиной немного больше $\frac{1}{2}$ карты на переднюю поверхность груди тотчасъ надъ лѣвымъ соскомъ. О мушкѣ вообще нужно сказать, что это средство, хотя и не изъ героическихъ, но все-таки требуетъ нѣкоторой осторожности, такъ какъ мушки слишкомъ большой величины, или хотя бы и небольшія, но остающіяся на мѣстѣ своего приложенія около сутокъ, могутъ вызвать непріятныя осложненія двухъ родовъ: во 1-хъ, послѣ приставленія мушекъ наблюдаются иногда болѣе или менѣе серьезныя воспаленія почекъ и мочевого пузыря, а во 2-хъ сильный дерматитъ, съ образованіемъ упорно повторяющихся гнойниковъ въ окружности обнаженнаго отъ эпидермиса мѣста или даже съ гангреной кожи; поэтому мы оставляемъ мушку не болѣе, какъ часовъ на 8—10, а по удаленіи ея, не снимая кожицы, перевязываемъ мокнущее мѣсто просто спускомъ, а если нагноеніе продолжается въ несоразмѣрно сильной степени, то беремъ для пе-

ревязки старинную *linim. calcariae* (aq. calcis, ol. lini aa); при такомъ способѣ перевязки мушка подживаетъ въ 2—3 дня; въ случаѣ надобности повторить мушку, ее ставятъ рядомъ съ первой, но не на то же самое мѣсто. Перевязка вазелиномъ *per se* или съ прибавкой *ac. borici* дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ и нерѣдко вызываетъ экзему кожи.

Имѣя въ виду, что плевритъ здѣсь можетъ быть и случайнаго, ревматическаго характера, больному назначили салициловый препаратъ, но не салициловый натръ, который влѣяетъ ослабляющимъ образомъ на сердце, а *salophen*. Въ виду слабости сердца—коффеинъ; въ виду расстройства кишечника—висмутъ. Такимъ образомъ, получился рецептъ:

Rp: *Salophen*. 0.3.
Coff. *natrobenz*. 0.06.
Mag. *bismuth*. 0.2—0.06
DS. По 3—4 порошка въ день.

Что касается до дозировки этихъ средствъ въ дѣтскомъ возрастѣ, то, имѣя въ виду, что дѣтскій организмъ не проявляетъ къ нимъ особой чувствительности (чего нельзя сказать, наприм., про опій, морфій и белладонну), то при назначеніи можно исходить изъ тѣхъ приемовъ, что даются взрослымъ, понижая дозы пропорціонально возрасту; такъ напримѣръ, если средняя доза салофена для взрослога 4,0 *pro die*, то ребенку 10 лѣтъ можно дать 2,0; 5-лѣтнему—1,0 и т. д. *Coffein. natrobenz.* назначается взрослымъ по 0,2—0,4 на приемъ нѣсколько разъ въ день. Такъ какъ нашъ больной получить всего въ день до 1,2 салофена и до 0,24 кофеина, то очевидно, что въ случаѣ надобности мы можемъ усилить дозу по крайней мѣрѣ вдвое, но вообще мы всегда, за исключеніемъ лишь экстренныхъ случаевъ, предпочитаемъ начинать съ малыхъ дозъ.

Лекція 23 января 1899 г.

Теперь я остановлюсь нѣсколько подробнѣе на вопросѣ объ оперативномъ леченіи туберкулезнаго перитонита. Выше было уже отмѣчено, что оперативное леченіе даетъ лучшіе результаты, чѣмъ терапевтическое, но не слѣдуетъ упускать изъ виду, что изъ 80% выздоровленія, указанныхъ статистикой разныхъ авторовъ, по крайней мѣрѣ, половина больныхъ

исчезаетъ отъ наблюдателя ранѣе конца года, четверть выживаетъ болѣе двухъ лѣтъ, остальные погибаютъ или вслѣдствіе возвращенія перитонита, или отъ другихъ формъ туберкулеза. Вотъ болѣе точныя цифры, составленныя Варнекомъ на основаніи 240 случаевъ, оперированныхъ разными авторами.

Формы перитонита.	Число оперирован.	Выздоровѣли.	Изъ выздоровѣвшихъ.			
			Жили годъ и болѣе	Больше 2 лѣтъ.	Наблюд. меньше года.	Умерли отъ бурчатки др. орган.
I	104	84 (80,8 ⁰ / ₀)	37	20	39	8
II	43	32 (74,4 ⁰ / ₀)	12	9	19	1
III	44	28 (63,6 ⁰ / ₀)	8	1	16	4
неизв. формъ.	49	44	23	17	13	8
Всего	240	188 (78,3 ⁰ / ₀)	80 (33 ⁰ / ₀)	47 (20 ⁰ / ₀)	87 (36 ⁰ / ₀)	21

Какимъ образомъ хирурги дошли до того, что стали дѣлать операциі при туберкулезномъ перитонитѣ? Поводомъ къ операциі послужили ошибки діагностики. Спенсеръ Уэльсъ, оперируя и думая найти кисту яичника, нашелъ туберкулезный перитонитъ; женщина выздоровѣла и прожила 25 лѣтъ. Это было въ 62 году. Подобныя ошибки повторялись нѣсколько разъ до 84 года, когда König первый сталъ оперировать уже умышленно. Теперь накопилось болѣе 500 случаевъ. Самая операциа прежде состояла въ томъ, что вскрывали брюшину на большомъ протяженіи, производили промываніе сулемой или борною кислотой, употребляли присыпку изъ іодоформа; но оказалось, что этотъ туалетъ брюшины излишенъ. Теперь операциа производится такъ: большого хлороформируютъ, кожу обмываютъ по общимъ правиламъ, дѣлаютъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи ниже пупка на протяженіи сант. 2—3; черезъ рану вытекаетъ

жидкость и входит воздухъ, а затѣмъ рану зашиваютъ, безъ примѣненія какихъ-либо промываній брюшной полости. Операция даетъ полное *restitutio ad integrum*, въ чемъ убѣждались многократно при аутопсіяхъ и при повторныхъ операцияхъ, когда онѣ производились по какому-нибудь поводу мѣсяца черезъ 2—3. Тогда находили совершенно здоровую брюшину. Можно было бы думать, что выздоровленіе здѣсь происходитъ такъ же, какъ и послѣ плеврита, вслѣдствіе слипчиваго воспаленія, но этого нѣтъ. Мало того, замѣчено, что если даже образуются вначалѣ склейки брюшины, то по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ онѣ исчезаютъ. Нельзя сказать, чтобы всѣ авторы были согласны съ этимъ вліяніемъ операции на теченіе туберкулезнаго перитонита. Nenoch, Prochownik и друг. указываютъ, что, несмотря на то, что брюшина имѣетъ иногда видъ пораженной туберкулезомъ, узелки оказываются состоящими изъ фиброматозной ткани, въ которой нѣтъ бациллъ, и прививки ея животнымъ даютъ отрицательный результатъ. Nenoch называетъ эту форму *peritonitis nodosa* и указываетъ, что операция помогаетъ не отъ туберкулезной, а отъ этой формы перитонита. Но это совершенно невѣрно. Теперь набралось уже много случаевъ, когда микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе брюшины доказало несомнѣнный туберкулезъ, и все-таки выздоровленіе наступало.

Кишечный дѣлалъ интересныя изслѣдованія: онъ вызывалъ искусственно туберкулезный перитонитъ у животныхъ и, дѣлая имъ операцию, наблюдалъ потомъ, что такія животныя выживали значительно дольше, чѣмъ не оперированныя, а многія и вовсе выздоравливали. По его изслѣдованіямъ, лапаротомія вызываетъ воспалительный притокъ крови къ брюшинѣ съ преимущественнымъ скопленіемъ лимфоидныхъ элементовъ около самыхъ бугорковъ. Черезъ 2—3 недѣли развивается стойкая соединительная ткань какъ вокругъ бугорковъ, такъ и внутри ихъ. Происходитъ усиленный фагоцитозъ, причемъ въ фагоцитахъ находятъ туберкулезныя палочки. Въ концѣ концовъ получалась картина *peritonitidis nodosae*, т. е. брюшина казалась усѣянною бугорками, но бугорки эти были узелками изъ соединительной ткани и не содержали

туберкулезныхъ палочекъ. Экспериментальныя изслѣдованія показали ему, что подобное превращеніе туберкулезнаго перитонита въ *peritonitis nodosa* сопровождается постепеннымъ ослабленіемъ ядовитости бациллъ; такъ, если онъ бралъ брюшину, пораженную туберкулезомъ, во время операціи и прививалъ ее другому животному, то оно заболѣвало туберкулезомъ очень скоро, но если бралъ для прививокъ клочокъ брюшины въ періодъ образованія соединительной ткани, то наблюдалъ ослабленіе заразительности, такъ какъ привитое животное заболѣвало позднѣе, чѣмъ въ первомъ случаѣ; а когда для прививокъ бралась брюшина послѣ превращенія бугорковъ въ узелки, то зараженія совсѣмъ не происходило. Однимъ словомъ, благодаря лапаротоміи, бугорковый перитонитъ совсѣмъ прекращался и замѣнялся *peritonitide nodosa*, который поэтому есть ни что иное, какъ свѣжій исходъ туберкулезнаго, и если Кишенскій относительно описанныхъ Непосч'омъ случаевъ думаетъ, что тамъ имѣли дѣло съ самопроизвольно излечивающимся туберкулезнымъ перитонитомъ, то съ нимъ нельзя не согласиться. Какимъ образомъ дѣйствуетъ лапаротомія на туберкулезный перитонитъ и почему однимъ она помогаетъ, а другимъ нѣтъ? Первое не совсѣмъ выяснено; многія теоріи, предложенныя для объясненія, никуда не годятся, такъ наприм., вліяніе свѣта. Послѣ того, какъ Кошъ указалъ, что культуры туберкулезныхъ бациллъ, выставленныя на свѣтъ, развиваются хуже, Lauenstein предложилъ объяснять дѣйствіе лапаротоміи проникновеніемъ свѣта въ полость живота. Но не можетъ же онъ пройти во всѣ углубленія брюшной полости, да и дѣйствіе-то его здѣсь слишкомъ кратковременно. Больше шансовъ за то, что здѣсь дѣйствуетъ воздухъ. Такъ, простое выпусканіе жидкости черезъ трубочку не излечиваетъ перитонита: жидкость вновь накапливается. Если же выпустить черезъ трубочку жидкость и впустить стерилизованный воздухъ (какъ въ методъ леченія *perit. tuberc.* по Mosevig. Moorhof'у), все-таки наступаетъ выздоровленіе. Воздухъ, очевидно, дѣйствуетъ, какъ раздражитель, подобно тому, какъ растворъ цинка, употребляемый при *conjunctivit'ѣ* и *urethrit'ѣ* съ цѣлью вызвать воспалительный процессъ и превратить специфическое воспаленіе въ

простое. Это не есть особенность туберкулезнаго воспаления. Шенкенский дѣлалъ еще такой опытъ: онъ впрыскивалъ въ брюшную полость животнаго порошокъ ликоподія; тогда, черезъ нѣкоторое время, вокругъ крупинокъ скоплялись круглыя клѣтки и получались ложные бугорки. Онъ вскрывалъ животъ брюшину и тогда происходилъ тотъ же процессъ, что и при *perit. tuberc.* т. е. бугорокъ пронизывался соединительной тканью и становился похожимъ на фиброматозный, т. е. пять-таки получался *peritonitis nodosa*. Разница отъ туберкулезнаго только та, что выздоровленіе наступаетъ нѣсколько корѣе, какъ будто туберкулезная бактерія мѣшаетъ заживленію.

Но при такомъ объясненіи дѣйствія лапаротоміи является вопросъ, отчего она помогаетъ при инкапсулированномъ перитонитѣ, когда полостей много; вскрываютъ только одну, а въ другія воздухъ не можетъ проникать? Этому я объяснить не могу. Она помогаетъ даже и при слипчивомъ перитонитѣ, когда, послѣ разрѣза, прямо натыкаются на сращения. Я смотрю на подобные малопонятные случаи такъ: слипчивый перитонитъ у нихъ является выраженіемъ склонности къ самопроизвольному выздоровленію, т. е. что больные выздоравливали и въ этихъ случаяхъ и безъ операціи, а потому такихъ случаевъ лучше, по моему, вовсе не оперировать.

Переходимъ теперь къ вопросу о противопоказаніяхъ къ операціи. Она противопоказана, когда у больнаго, во 1-хъ, слишкомъ распространенные туберкулезные процессы въ организмѣ и, во 2-хъ, слишкомъ большой упадокъ силъ, плохое общее состояніе, слабая дѣятельность сердца,—но лихорадка, какъ бы высока она ни была, сама по себѣ не противопоказываетъ операціи. Небольшое пораженіе легкихъ, когда, наприм., стронуты однѣ верхушки, тоже не является противопоказаніемъ. Наблюдались даже случаи, когда послѣ операціи перитонита и въ легкихъ процессъ улучшался. Что касается формъ перитонита, то, по нашему мнѣнію, адгезивный перитонитъ долженъ считаться за противопоказаніе къ операціи.

Въ нашемъ случаѣ, хотя общее состояніе и недурно, (теперь больному даже лучше, чѣмъ при поступленіи) я смотрю

такъ, что больному дѣлать операцію все-таки не слѣдуетъ, такъ какъ, въ виду пораженія плевры, и особенно перикардія, было бы опасно его хлороформировать: больной можетъ умереть подъ хлороформомъ, а дѣлать операцію безъ хлороформа я считаю жестокимъ. У него объемъ живота уменьшился на 2 сант., появился аппетитъ, общее состояніе лучше. Можетъ быть, экссудатъ въ плеврѣ и въ перикардіи всосется, и тогда, если не наступитъ самопроизвольнаго излеченія, то можно будетъ сдѣлать операцію.

Итакъ, въ концѣ концовъ, у этого больного, въ виду слабости сердца, ограничимся общими терапевтическими приѣмами. Мѣстно ему будутъ втирать гваяколъ и класть согрѣвающій компрессъ на животъ, внутрь—коффеинъ и салофень, а такъ какъ за послѣдніе три дня у него нѣтъ поноса, то висмутъ замѣнимъ ему гваяколомъ въ такой формѣ:

Rp: Salopheni

Guajacoli carbonici aa 0,3

Coffeini natrobenzoic. 0,1

DS. По 1 пор. 3—4 раза въ день.

Больной выписался изъ клиники 7 апрѣля 1899 г. За время пребыванія въ клиникѣ животъ сталъ значительно мягче; окружность его на уровнѣ пупка уменьшилась съ 69 снт. до 64-хъ. Жидкость изъ полости живота всосалась; между пупкомъ и scrobiculum cordis прощупывался поперечный тяжъ; отдѣльныя бугроватыя утолщенія прощупывались и въ другихъ частяхъ живота. Притупленіе въ лѣвой половинѣ груди сзади спустилось до нижняго угла лопатки, спереди—до верхняго края четвертаго ребра. Притупленіе вправо отъ грудины исчезло. Толчекъ сердца сталъ прощупываться. Полулунное пространство Traube прояснилось. Общее состояніе больного ко времени выхода изъ клиники сдѣлалось очень хорошимъ. Лечили его втираніями гваякола и время отъ времени ставили ему мушки. Внутрь онъ все время принималъ guajacolum carbonicum.

II.

Хроническій серозный перитонитъ.

Лекція 30 ноября 1899 года.

Ирина Б., 11 лѣтъ, поступила въ клинику съ жалобой на увеличеніе живота и боли въ спинѣ.

ANAMNESIS. Отцу 40 лѣтъ, много пьетъ; матери 33 года, здорова; tuberculosis и lues отрицаются. Всѣхъ дѣтей было 9; въ живыхъ пятеро. Двое умерли отъ кори (2-хъ и 4-хъ лѣтъ). Одна дѣвочка, 7-и лѣтъ,—отъ отравленія водкой. Другая, 2-хъ недѣль,—отъ неизвѣстной причины. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Остальныя дѣти здоровы. Наша больная родилась въ срокъ, чистенькая, болѣзней новорожденныхъ не было. Когда стали рѣзаться зубы и бывали ли поносы въ раннемъ дѣтствѣ,—мать не помнитъ. Кормилась грудью матери 1½ года; прикармливать стали на 3-мъ мѣсяцѣ кашей. 3 года тому назадъ перенесла корь, другихъ заболѣваній не было.

Въ февралѣ этого года у больной сдѣлался поносъ, жаръ; моча сдѣлалась красной. Въ это же время сталъ увеличиваться животъ. Поносъ продолжался около мѣсяца. До ноября животъ все постепенно увеличивался; въ ноябрѣ стала жаловаться на боль въ спинѣ при ходьбѣ и нагибаніи. Съ недѣлю назадъ начался кашель.

Мы видимъ, что наша больная до февраля нынѣшняго года была вполнѣ здоровымъ ребенкомъ, а въ февралѣ заболѣла поносомъ, послѣ чего началъ постепенно увеличиваться животъ. За послѣднія 2 недѣли сверхъ того появился

кашель. Въ виду алкоголизма отца въ ихъ семьѣ можно ожидать нѣкоторой врожденной слабости, и есть какъ будто указаніе на туберкулезъ, такъ какъ двое дѣтей умерли отъ кори. Отъ самой кори дѣти не умираютъ, но умираютъ отъ осложнений, среди которыхъ первое мѣсто занимаетъ туберкулезъ.

STATUS PRAESENS. Аппетитъ у нашей больной хорошей; ѣсть 2 раза въ день супъ, мясо, молоко и манную кашу. Слабитъ 3 раза въ день, но стулъ вполне хорошей. Животъ не болитъ. Моча интенсивно окрашенная, бѣлка не содержитъ; небольшой кашель; голова не болитъ. Общее питаніе въ очень удовлетворительномъ состояніи; подкожножирный слой и мышцы—также. Животъ при стояніи слегка выпяченъ.

Железистая система въ очень хорошемъ видѣ. Только на шеѣ кое-гдѣ удастся прощупать железки, величиною съ кофейное зерно, въ остальныхъ мѣстахъ и даже въ пахахъ железокъ нѣтъ.

Лицо не особенно блѣдно. Конъюнктивы не красны. Видимыя слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. Зубы цѣлы и правильно поставлены. Ноги сухи; ямки при давленіи не остается даже и на передней поверхности большеберцовой кости, гдѣ и слѣдуетъ всегда искать небольшіе отеки, такъ какъ они здѣсь лучше замѣтны, чѣмъ на стопѣ.

Животъ при поверхностномъ и глубокомъ изслѣдованіи оказывается небольшимъ. Напряженія стѣнокъ нѣтъ. Никакихъ затвердѣній или опухолей въ животѣ не прощупывается, за исключеніемъ селезенки, которая выдается пальца на $1\frac{1}{2}$ —2 изъ-подъ края реберъ. Плотность ея средняя. Въ подложечной области можно ощупать тонкій и совершенно ровный край печени.

Въ верхушкахъ легкихъ одинаково ясный звукъ. На лѣвой сторонѣ, на уровнѣ соска, по *lin. parasternalis* получается уже тимпанический звукъ. Селезеночная тупость очень велика. На правой сторонѣ тупой звукъ печени начинается непосредственно подъ соскомъ; не доходя, по крайней мѣрѣ, на палецъ до нижняго края грудной клѣтки, звукъ дѣлается тимпаническимъ. По *lin. axillaris* тупой звукъ далеко не доходитъ до края грудной клѣтки; слѣдовательно, печень или

уменьшена, или приподнята, такъ какъ печеночная тупость уменьшена. Когда больная лежитъ на спинѣ, при постукиваніи живота получается всюду тимпанической звукъ. Но если поставимъ дѣвочку на ноги, то во всей нижней части живота, начиная отъ пупка, является тупой звукъ.

Края легкихъ подвижны; тоны сердца чисты, границы его нормальны.

Слизистая зѣва блѣдна. Небольшой насморкъ и кашель. При поступленіи было небольшое лихорадочное состояніе (утромъ t° 37,5, вечеромъ 38,1); теперь t° нормальна.

Итакъ, дѣвочка съ удовлетворительнымъ общимъ питаніемъ поступила въ клинику съ увеличеннымъ животомъ, и при изслѣдованіи въ немъ оказывается скопленіе жидкости, легко измѣняющей свое положеніе. Желтухи нѣтъ, селезенка увеличена, а тупой звукъ печени нѣсколько уменьшенъ. Ничтожный насморкъ и кашель при нормальной температурѣ.

DIAGNOSIS. Послѣднія явленія, равно какъ и незначительное лихорадочное состояніе, бывшее при поступленіи, находятся во взаимной связи и не играютъ важной роли, указывая на легонькій гриппъ.

Главнымъ образомъ подлежить нашему обсужденію скопленіе жидкости въ животѣ. Такъ какъ легкія, сердце и почки у нашей больной здоровы, да притомъ же, кромѣ скопленія жидкости въ животѣ, у нея нѣтъ никакихъ отековъ, то можно навѣрное сказать, что асцитъ въ данномъ случаѣ имѣетъ мѣстное происхожденіе, т. е. онъ зависитъ или отъ затрудненнаго кровообращенія въ воротной венѣ, или отъ воспаленія брюшины.

У взрослыхъ такая картина обыкновенно развивается при циррозѣ печени, и съ перваго взгляда можно бы предположить, что не циррозъ ли печени у нашей больной, представляющей, какъ будто, всѣ кардинальные симптомы этой болѣзни: брюшную водянку, уменьшенную печень, значительную опухоль селезенки и хроническое безлихорадочное теченіе. Но циррозъ печени въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается очень рѣдко, и потому діагностика его требуетъ большой осторожности: надо, чтобы не только всѣ симптомы, но и этиологія случая говорили за циррозъ.

Лекція 3 декабля 1899 года.

Изъ патологической анатоміи извѣстно, что циррозъ печени есть исходъ интерстиціального гепатита. Сначала подъ вліяніемъ гипереміи и инфильтраціи межуточной соединительной ткани, печень увеличивается въ объемѣ; позднѣе происходитъ разрастаніе соединительной ткани, которая затѣмъ начинаетъ сокращаться; печеночная ткань ущемляется среди соединительнотканнхъ колець, и такимъ образомъ печень уменьшается въ объемѣ и получаетъ зернистый видъ.

Между центромъ и периферіей долекъ залегаютъ вѣточки *art. hepaticae*, а между самими дольками—развѣтвленія воротной вены. Развивающаяся здѣсь соединительная ткань сдавливаетъ вѣточки воротной вены; въ результатъ и являются застой и брюшная водянка. Это вліяніе гепатита на воротную вену въ дѣтскомъ возрастѣ сказывается гораздо раньше, чѣмъ у взрослыхъ, и потому у дѣтей водянка развивается уже въ томъ періодѣ, когда печень еще не успѣла сократиться до нормы и представляется увеличенною, такъ что при существованіи небольшой водянки можно всегда прощупать большую печень. Кромѣ того, циррозъ печени у дѣтей течетъ быстрѣе, чѣмъ у взрослыхъ, и ведетъ къ *exitus letalis* сплошь и рядомъ еще въ періодѣ увеличенія печени.

Въ нашемъ случаѣ существуетъ брюшная водянка, а печень не увеличена. Если бы кто предположилъ, что печень у нашей больной находится въ періодѣ атрофіи, то этому противорѣчитъ общее хорошее питаніе ея, и, кромѣ того, край печени гладокъ, мягокъ, бугроватостей не ощупывается, да наконецъ, и самый вопросъ о томъ, уменьшена ли печень, не вполне рѣшенъ. Когда печень приподнята, что, несомнѣнно, существуетъ у нашей больной, такъ какъ тимпаническій звукъ заходитъ у нея довольно высоко, то при этомъ она еще поворачивается около горизонтальной оси, и поэтому происходитъ уменьшеніе тупого звука печени на передней поверхности груди. Кромѣ того у больной нѣтъ желтухи, которая въ дѣтскомъ возрастѣ при циррозѣ наблюдается почти всегда.

Слѣдовательно, у насъ нѣтъ надлежащихъ симптомомъ цирроза печени, но, кромѣ того, циррозъ печени, какъ и ами-

лоидъ, можно діагносцировать только тогда, когда есть соотвѣтствующій этиологическій моментъ. Первымъ главнымъ моментомъ для цирроза является алкоголизмъ, вторымъ—острыя и хроническія инфекціонныя болѣзни, особенно врожденный сифилисъ и малярія. Алкоголизма у нашей больной нѣтъ, хотя отецъ ея и былъ алкоголикъ, а сестра умерла отъ водки,—но она отравилась случайно: вообще же дѣтямъ въ этой семьѣ водки не давали. Указаній на сифилисъ также нѣтъ, да и, кромѣ того, при немъ развивается особенная форма цирроза: сифилисъ вызываетъ въ печени развитіе гуммъ, которыя влекутъ за собою отшнурованіе большихъ участковъ ея, благодаря чему по краю печени прощупываются большіе узлы, а у нашей больной край печени ровный. На малярію нѣтъ никакихъ указаній въ анамнезѣ; правда, здѣсь существуетъ неизвѣстно отчего развившееся увеличеніе селезенки; но одного ея присутствія недостаточно для діагностики малярії и цирроза. Еще труднѣе, чѣмъ циррозъ печени, можно допустить тромбозъ *venae portae* вслѣдствіе флебита: тогда было бы лихорадочное состояніе, и весь процессъ протекалъ бы остро. Бываютъ случаи, что *vena portae* сдавливается творожисто-перерожденными брыжжеечными железами; но это случается только у субъектовъ въ высокой степени туберкулезныхъ, а въ нашемъ случаѣ, въ виду хорошаго общаго состоянія больной, такое предположеніе совсѣмъ невѣроятно. Разъ мы отрицаемъ всѣ виды застоя, приходится искать причину водянки въ воспаленіи брюшины и рѣшить вопросъ, какое воспаленіе—простое или туберкулезное? Насчетъ существованія простого перитонита въ литературѣ существуютъ крупныя разногласія: такъ, напр., по Багинскому, эта болѣзнь довольно рѣдкая; Непосъ идетъ еще дальше и считаетъ за простой перитонитъ едва ли не всѣ хроническіе перитониты, излечивающіеся послѣ операци. Напротивъ, французскіе авторы считаютъ простой перитонитъ за громадную рѣдкость и даже сомнѣваются въ его существованіи. Я давно уже стою на томъ, что простой перитонитъ существуетъ. Еще будучи ординаторомъ дѣтской больницы на Бронной, я наблюдалъ случай простого серознаго перитонита, подтвердившійся вскрытіемъ, такъ какъ мальчикъ погибъ отъ скарлатины. Другой такой же случай былъ въ

нашей клиникѣ 2 года тому назадъ. При лапаротоміи брюшина оказалось утолщенною, но свободною отъ бугорковъ. Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ брюшины, произведенное въ патологоанатомическомъ институтѣ, тоже не открыло въ ней ни бациллъ, ни туберкуловъ. Асцитная жидкость, взятая отъ больного, была впрыснута въ полость брюшины нѣсколькимъ морскимъ свинкамъ, которыя послѣ того туберкулезомъ не заболѣли. Года черезъ полтора мальчикъ этотъ умеръ отъ туберкулезнаго перикардита. При вскрытіи было найдено рѣзкое утолщеніе брюшины, вслѣдствіе хроническаго воспаленія, но бугорковъ на ней не оказалось. Я не только убѣжденъ въ существованіи простаго хроническаго перитонита, но даже думаю, что во многихъ случаяхъ онъ доступенъ діагностикѣ.

Простой перитонитъ характеризуется тѣмъ, что животъ у больныхъ мягкій (ненапряженный), неболезненный, никакихъ уплотненій въ немъ нѣтъ; лихорадочное состояніе отсутствуетъ. Все это мы наблюдаемъ и здѣсь. Противъ простаго серознаго перитонита здѣсь говорить только слишкомъ долгое теченіе— 9 мѣсяцевъ, такъ какъ обыкновенно онъ оканчивается выздоровленіемъ черезъ 3—4 мѣсяца; но это обстоятельство еще недостаточно важно, чтобы заставить насъ признать здѣсь перитонитъ туберкулезный. У мальчика, о которомъ я сейчасъ упоминалъ, простой перитонитъ тянулся болѣе двухъ лѣтъ.

ПРОГНОЗЪ. Признавая у нашей больной не туберкулезную форму хроническаго перитонита и имѣя въ виду незначительность размѣровъ брюшной водянки, мы можемъ съ увѣренностью предположить здѣсь исходъ въ выздоровленіе въ недалекомъ будущемъ— можетъ быть, черезъ 4—6 недѣль. Не слѣдуетъ думать, что врачи, не признающіе существованія простаго перитонита въ случаяхъ, подобныхъ нашему, ставятъ плохой прогнозъ; напр., никто не сомнѣвается въ излечимости туберкулезнаго перитонита, а французскіе врачи (Marfan, Comby), предостерегая отъ увлеченія лапаротоміей при перитонитѣ и не совѣтуя дѣлать ее, руководствуются, именно, тѣмъ, что туберкулезные перитониты, выражающіеся водянкой живота, въ большинствѣ случаевъ кончаются выздоровленіемъ при индифферентномъ леченіи.

О леченіи хроническихъ перитонитовъ мы говорили въ другой лекціи. Здѣсь нѣтъ показаній къ операціи (жидкости мало, туберкулезъ нефроитенъ). Достаточно назначить больной питательную діету, постельное содержаніе и легкій массажъ живота съ послѣдовательной давящей повязкой.

Нашей больной назначено втираніе въ животъ, 1 разъ въ день, такой мази:

Rp: Ichtyoli 1,0.
Lanolini
Olei provincial. aa 5,0
DS. Мазь.

Кромѣ того, давящая ватная повязка на животъ. Внутрь, въ виду нѣкоторой блѣдности слизистыхъ оболочекъ, дадимъ ей желѣзо, напр., по 0,2 ферратина 2 раза въ день послѣ ѣды.

Больная оставалась въ постели около 2-хъ недѣль, и къ этому сроку асцитъ совсѣмъ исчезъ, а еще черезъ 2 недѣли дѣвочка была выписана здоровой, только моча ея продолжала отличаться богатымъ содержаніемъ индикана.

III.

Хроническій туберкулезный перитонитъ.

Лекція 4-го декабря 1899 года.

Вчера я вамъ показывалъ больную съ водянкой живота, зависѣвшей отъ простаго перитонита, а сегодня, для сравненія съ тою больной, я обращаю ваше вниманіе на случай также водянки живота, но иного происхожденія.

Больная, Валя И., 5-и лѣтъ 10 мѣс., принята въ клинику 22 ноября 1899 г. по поводу большого живота, потери аппетита и боли въ животѣ.

ANAMNESIS. Отцу 34 года, здоровъ, матери 33 года. Съ ея стороны есть туберкулезные. Наша больная, единственный ребенокъ, родилась въ срокъ чистенькою. Асфиксіи не было. Воспитывалась на коровьемъ молокѣ (разбавленномъ), со 2-го мѣсяца давали манную кашу, бѣлый хлѣбъ, а потомъ скоро и бульонъ; на первомъ и второмъ году часто бывали поносы. Зубы рѣзались на 7-мъ мѣсяцѣ; ходить стала въ самомъ концѣ 2-го года и не переставала. Изъ болѣзней отмѣчается корь въ августѣ этого года.

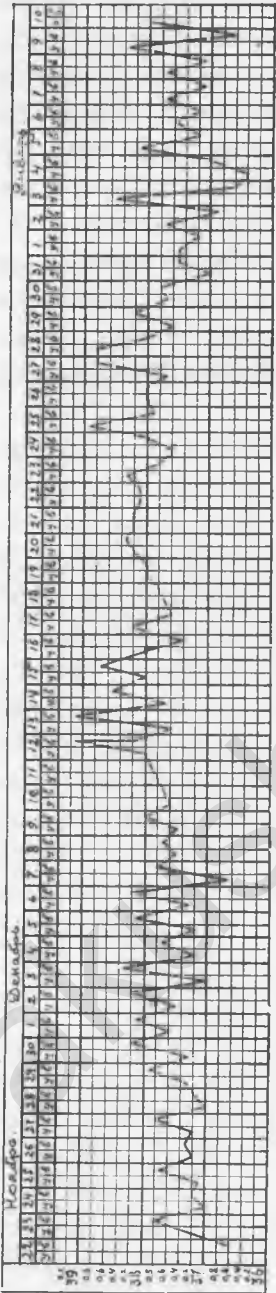
Вообще росла здоровою. Особенныхъ разстройствъ пищеваренія и продолжительнаго кашля не отмѣчается. Настоящая болѣзнь тянется мѣсяца три. Животъ увеличивался постепенно, боль появилась только въ послѣднее время. На низъ— нормально. Аппетитъ плохой.

Разница въ анамнезѣ той и другой больной сводится къ слѣдующему. Первая больная до настоящаго заболѣванія была

якобы вполне здорова. У второй въ анамнезѣ отмѣчается рожковое кормленіе, раннее прикармливаніе хлѣбомъ, рахитъ (начала ходить къ двумъ годамъ) и неизбѣжныя при немъ хроническія катарры. Послѣдніе, какъ извѣстно, бываютъ обычною причиною туберкулезнаго перерожденія железъ. Въ августѣ настоящаго года была корь, вслѣдъ за которой появилось увеличеніе живота и боли въ немъ; а извѣстно, что корь, коклюшъ и инфлюэнца способны оживлять старыя туберкулезныя процессы, остававшіяся до поры до времени въ скрытомъ состояніи. Поэтому, если какая-либо хроническая болѣзнь началась послѣ кори или коклюша, то при діагностикѣ всегда надо имѣть въ виду туберкулезъ. Такъ и у этой больной.

Переходя къ объективному изслѣдованію больной, мы должны отмѣтить слѣдующее. Животъ овальной формы, увеличенъ, ясно выраженная *флюктуация*. *Напряженіе стѣнокъ живота очень сильное*, особенно наверху. При постукиваніи тупой звукъ поднимается при стоячемъ положеніи на плессиметръ выше пупка. При перемѣнѣ положенія больной тупой звукъ перемѣщается, занимая отлогія мѣста; значитъ, имѣется асцитъ съ свободно передвигающеюся жидкостью. При выслушиваніи и выстукиваніи легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не отмѣчаемъ. Дѣвочку нельзя назвать очень истощенною. Лицо и губы блѣдны. Лимфатическихъ железъ нигдѣ прощупать не удается, подкожный жиръ и мышцы развиты умѣренно, языкъ чистъ, на низъ—наклонность къ запору; самопроизвольныхъ болей живота нѣтъ, но при постукиваніи живота и при давленіи на него въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно въ области S. galium и выше пупка, *дѣвочка жалуется на боль*; печень и селезенка не прощупываются; нижняя граница печеночной тупости стоитъ выше ребернаго края, а верхняя граница доходитъ до соска (печень, слѣдовательно, поднята); границы селезенки не могутъ быть опредѣлены, такъ какъ область ея занята тимпаническимъ звукомъ. Моча безъ бѣлка; головной боли нѣтъ, сонъ хорошъ; ¹⁰ за двѣ недѣли пребыванія больной въ клиникѣ постоянно колеблется въ предѣлахъ 37,5⁰—37,8⁰ по утрамъ и 38,0⁰—38,4⁰ по вечерамъ.

Сопоставляя этотъ случай съ предыдущимъ, мы находимъ



здѣсь значительное напряженіе живота, чего тамъ не было, и разницу въ т°:—въ первомъ случаѣ субфебрильная, а въ послѣднемъ выше 38,2°. У обѣихъ дѣвочекъ моча обладаетъ одинаковыми свойствами: она темнаго цвѣта и содержитъ значительное количество индикана. Присутствіе индикана въ мочѣ вообще указываетъ на процессъ гніенія гдѣ нибудь въ организмѣ. Индиканъ находятъ поэтому очень часто у больныхъ, страдающихъ вонючими поносами или запорами, и другими болѣзнями, способствующими разложенію кишечнаго содержимаго. Онъ встрѣчается также и при перитонитѣ, но почему, —я объяснить не умѣю; можетъ быть, вслѣдствіе того, что при перитонитѣ дѣятельность кишечника рѣдко бываетъ нормальна: обыкновенно наблюдается либо запоръ, либо смѣна запора поносомъ. Такимъ образомъ, индиканурія можетъ служить до нѣкоторой степени дифференціальнымъ признакомъ воспалительнаго асцита отъ застойнаго, гдѣ обыкновенно индикана не бываетъ. Отсутствіе увеличенныхъ лимфатическихъ железъ и удовлетворительное общее состояніе могли бы вселить сомнѣніе насчетъ туберкулезнаго происхожденія перитонита у нашей больной, но, принимая во вниманіе большое напряженіе стѣнокъ живота, лихорадочное состояніе и въ анамнезѣ рахить съ корью, послѣ которой началась настоящая болѣзнь, я все таки больше склоненъ думать, что тутъ мы

имѣемъ дѣло съ туберкулезнымъ перитонитомъ.

О леченіи хроническихъ перитонитовъ вообще я подробно говорилъ въ одной изъ предшествующихъ лекцій. Что же касается леченія данныхъ случаевъ, то до сихъ поръ оно велось слѣдующимъ образомъ. Той дѣвочкѣ назначена ихтіоловая мазь и давящая повязка на животъ, а этой втирали въ животъ гваяколь (Rr. Guajacoli puri 2,0, ol. provinc. 10,0, по 40 капель), примѣняли такую же давящую повязку и внутрь креозоталь по 1,0 pro die. Пользы не было, и животъ еще увеличился. Я теперь вмѣсто гваякола назначилъ t-gam jodi. При этомъ надо помнить, что іодомъ нельзя смазывать весь животъ сразу, чтобы не всосалось слишкомъ много іода, и чтобы не получилось вслѣдствіе этого пораженія почекъ. Полечимъ такъ недѣли 3; если толку не будетъ, то надо сдѣлать операцію. Мать очень охотно согласилась на нее, говоря, что въ настоящее время хирурги и не такія еще дѣлаютъ операціи! Удивительно, какъ стали теперь въ публикѣ относиться къ лапаротоміи!..

Изъ лекцій 21 января 1900 г.

Больная Валя, которую я демонстрировалъ вамъ съ перитонитомъ, была подвергнута лапаротоміи 9 декабря, при чемъ оказалось, что вся брюшина и сальникъ усѣяны бугорками. Послѣ выпущенія жидкости, промыванія полости брюшины не дѣлали, а просто зашили наглухо рану и наложили ватную повязку на весь животъ. Въ первые дни послѣ операціи больная продолжала лихорадить—хотя и не сильно, но ходъ t^o былъ очень неправильный—и жаловалась на боль живота и особенно на боль въ спинѣ. Черезъ 20 дней она встала съ постели, но на боль въ спинѣ это не повліяло; съ 21-го числа появился поносъ (2—4 раза въ день, жидко). Въ первые дни послѣ операціи жидкость снова скопилась было въ животѣ (при вертикальномъ положеніи до пупка), но потомъ она постепенно всасывалась, и 5 января можно было констатировать полное отсутствіе асцита, хотя стѣнки живота продолжали быть напряженными. При постукиваніи живота слѣва отъ пупка, больная жаловалась на нѣкоторую болѣзненность, слѣдовательно перитонитъ еще не затихъ, но перешелъ въ сухую форму. Въ виду отсутствія лихорадочнаго

состоянія слѣдуетъ думать, что воспаленіе вообще прекращается, и что въ недалекомъ будущемъ дѣвочка совсѣмъ выздоровѣетъ. При выпискѣ она жаловалась, главнымъ образомъ, на боли въ спинѣ и на плохой сонъ. Улучшеніе сна мы достигали въ данномъ случаѣ однократными приемами сульфонала по 0,5 на ночь, а для облегченія спинныхъ болей, причина которыхъ была неясна, мы назначили массажъ. Чтобы дѣйствовать одновременно и на воспалительный процессъ въ брюшинѣ, мы назначили массировать спину зеленымъ мыломъ; чайная ложечка зеленого мыла слегка размачивалась водой и въ теченіе 10 минутъ втиралась въ спину; черезъ $\frac{1}{2}$ часа мазь смывалась теплою водой, чтобы предохранить кожу отъ излишняго раздраженія.

IV.

Influenza.

Лекція 12-го октября 1899 года.

4-го октября къ намъ поступила больная, Лидія А., 12-и лѣтъ, съ жалобой на повышенную температуру, слабость, боль подъ ложечкой и головную боль. Эти явленія начались у нея за 6 дней до поступленія въ клинику. 31 сентября t^0 была $39,2^0$ и затѣмъ все время до поступленія держалась между 38^0 утромъ и около 39^0 вечеромъ. 1 октября она получила слабительную дозу каломеля, а затѣмъ ей давали хининъ съ лактофениномъ. При поступленіи, т. е. на 7-й день болѣзни, t^0 была у нея $38,1^0$ утромъ и $38,6^0$ вечеромъ, и такъ держалась до 7-го числа, когда утромъ упала до $36,9^0$. Больше повышенія t^0 не было; слѣдовательно, лихорадочный періодъ болѣзни продолжался въ этомъ случаѣ 9 дней. Объективное изслѣдованіе больной за первые дни пребыванія въ клиникѣ давало почти только отрицательные результаты. Языкъ слегка обложенъ, аппетитъ плохъ (больная выпивала до $\frac{1}{2}$ штофа молока съ небольшимъ количествомъ хлѣба), подъ ложечкой значительная болѣзненность при давленіи, но въ другихъ мѣстахъ живота боли нѣтъ, равно какъ нѣтъ и метеоризма. На низъ—наклонность къ запору, но стулъ легко вызывается клизмой изъ воды. Селезенка не прощупывается, тупой звукъ ея не увеличенъ; то же можно сказать и про печень. Моча безъ бѣлка, діазореакціи не даетъ. Насморка и кашля нѣтъ. Сонъ хорошъ; кромѣ какъ на головную боль, жалобъ нѣтъ. На кожѣ никакой сыпи.

Съ чѣмъ имѣли мы дѣло?

Въ день поступленія можно было думать о тифѣ, такъ какъ не было никакихъ мѣстныхъ явленій. Но, съ другой стороны, не было также и специально тифозныхъ симптомовъ. Къ числу ихъ относятся: продолжительное (около трехъ недѣль) лихорадочное состояніе съ медленнымъ подъемомъ и постепеннымъ окончаніемъ, опухоль селезенки, roseola typhosa и поносъ. Здѣсь высота t° (не болѣе $38,6^{\circ}$) для 7-го дня была для тифа недостаточна, такъ какъ при тифѣ она, какъ правило, именно къ 7-му дню достигаетъ высшей степени и вечеромъ стоитъ обыкновенно выше $39,5^{\circ}$. Не было ни розеолы, ни увеличенія селезенки. Диазореакція не удалась. При всемъ томъ былъ одинъ симптомъ, который прямо говорилъ противъ тифа: это *боль подъ ложечкой*, которая у нашей больной составляла главный предметъ жалобъ, между тѣмъ какъ тифу этотъ симптомъ совсѣмъ не свойствененъ. Въ виду всего сказаннаго, діагностику „не тифъ“ можно было ставить съ большою увѣренностью. Дальнѣйшее теченіе подтвердило это, такъ какъ болѣзнь быстро окончилась выздоровленіемъ.

Ввиду боли подъ ложечкой и обложеннаго языка, можно бы было предположить здѣсь лихорадочный катарръ желудка и назвать болѣзнь *febris gastrica*, но, въ виду отсутствія рвоты, нельзя не согласиться, что катарръ этотъ былъ незначительный и совершенно не соотвѣтствовалъ ни высотѣ температуры, ни продолжительности лихорадки. А потому мы остановились на предположеніи, что имѣемъ дѣло съ какой-то инфекціонной лихорадкой, сопровождающейся небольшимъ катарромъ желудка.

Не успѣла эта больная выздороветь, какъ 6-го октября поступила въ нашу клинику Прасковья Д., 9 лѣтъ, съ жалобой на жаръ, кашель, боли въ животѣ и головѣ. Заболѣла она 3-го числа этого мѣсяца. Передъ этимъ она бѣгала легко одѣтая по двору. Къ вечеру сдѣлался жаръ, рвота (раза 3), сильная головная боль. На слѣдующій день утромъ прослабило жидко. Съ тѣхъ поръ не слабило. Въ ночь на 5-ое число начался кашель, рвота больше не повторялась. На губахъ появился herpes.

При поступленіи t° была $39,4^{\circ}$ (6-го октября). 7-го октября

утромъ 38,7°, вечеромъ 39,3°, 8-го октября утромъ 37,4° вечеромъ 36,6°.

Съ тѣхъ поръ держалась ниже 37°, и больная совсѣмъ поправилась.

Лихорадочное состояніе продолжалось 5 сутокъ. Объективное изслѣдованіе груди давало отрицательные результаты, со стороны нервной системы и мочи тоже ничего. Здѣсь была и рвота повторная, и поносъ, и боли живота, а вдобавокъ еще и herpes labialis, — словомъ, было все, чтобы поставить діагностику гастрической лихорадки, но былъ еще и кашель, который при febris gastrica совсѣмъ ни къ чему.

Наконецъ, 10 октября поступила къ намъ больная Анна Н., 13-ти лѣтъ, съ жалобой на жаръ, кашель и боль въ боку. Началась болѣзнь сразу, въ ночь на 6-ое число этого мѣсяца жаромъ и рвотой (2 раза).

7-го числа больная лежала въ постели, у ней была сильная слабость, головокруженіе, жаръ и кашель. Разстройства пищеваренія не было. При поступленіи t^0 —37,5° (5-й день болѣзни).

11-го утромъ—37°, вечеромъ—37,1° и сегодня—36,8°. У больной замѣчается только небольшая слабость и кашель. Опухоли селезенки не было.

Этотъ случай очень похожъ на второй, но только съ діагностикой лихорадки отъ засоренія желудка (febris gastrica), здѣсь еще больше затрудненій, такъ какъ кашель выступает на первый планъ.

Подобно тому, какъ въ первомъ случаѣ мы предположили инфекціонную лихорадку съ небольшимъ катарромъ желудка, такъ здѣсь можно было предположить также инфекціонную лихорадку, но уже не съ катарромъ желудка только, а и съ катарромъ трахей (не бронхитъ, потому что хриповъ въ груди не было).

Такъ рассуждали бы мы, имѣя дѣло съ каждымъ изъ этихъ случаевъ въ отдѣльности, но, имѣя передъ собою всѣ три случая одновременно и замѣчая между ними большое сходство, мы должны считать ихъ за проявленіе одной и той же инфекціи. У всѣхъ болѣзнь началась внезапно, съ сильнаго жара. Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ была рвота. Въ послѣдующіе дни присоединялись незначительныя катарралы-

ныя явленія, то со стороны желудочнокишечнаго тракта, то въ дыхательныхъ путяхъ. Объективное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ во всѣхъ трехъ случаяхъ дало отрицательные результаты.

Что это за болѣзнь? Очевидно, какая-то эпидемическая, такъ какъ въ короткое время доставила намъ три сходныхъ случая. Теченіе болѣзни кратковременное (5—9 дней). Катарральныя явленія развиваются только послѣдовательно. Болѣзнь проходитъ безъ всякаго медицинскаго вмѣшательства, такъ какъ мы ограничивались постельнымъ содержаніемъ и назначеніемъ микстуры изъ *ас. muriaticum*.

Болѣзнь эта общая, безъ опредѣленной локализаціи. Такъ какъ различныя формы тифовъ легко исключаются, то остаются только дѣтскій гриппъ и инфлюэнца. (Простудная лихорадка и *febris gastrica*, какъ болѣзни не эпидемическія, здѣсь исключаются).

Дѣтскій гриппъ характеризуется, главнымъ образомъ, катарральными явленіями верхнихъ дыхательныхъ путей, съ которыхъ онъ и начинается. Самымъ характернымъ признакомъ и постояннымъ симптомомъ дѣтскаго гриппа является насморкъ, а вслѣдъ за нимъ короткій и сухой кашель; сплосъ и рядомъ они являются въ качествѣ предвѣстниковъ еще до повышенія температуры, а въ періодъ жара рѣзко усиливаются. Нерѣдко на 2—3 день присоединяется стрѣльба въ ухо и тогда полная картина дѣтскаго гриппа на лицо. Если семья многодѣтна, то быстро захварываютъ одинъ за другимъ всѣ дѣти, и тогда діагностика легка и для не врача. Не то при инфлюэнцѣ.

Инфлюэнца обыкновенно начинается съ жара, общей слабости, головной боли, нерѣдко со рвотой, но насморка и кашля на первый день въ большинствѣ случаевъ нѣтъ, а если они являются, то позднѣе, и насморкъ не выступаетъ на первый планъ. Существенная разница и въ возрастѣ больныхъ: дѣтскій гриппъ—болѣзнь преимущественно маленькихъ дѣтей 2—3 лѣтъ, а инфлюэнца чаще встрѣчается у взрослыхъ и подростковъ.

Такъ какъ у нашихъ больныхъ, стоявшихъ въ возрастѣ отъ 9 до 13 лѣтъ, катарры верхнихъ дыхательныхъ путей и

особенно носа, отступали на задній планъ, а на первомъ мѣстѣ стояли лихорадочное состояніе, головная боль и слабость, то мы должны признать у нихъ настоящую инфлюэнцу, именно ту форму ея, которую называютъ *influenza gastrica* (боль подъ ложечкой, рвота).

Въ общемъ инфлюэнца въ дѣтскомъ возрастѣ протекаетъ легче, чѣмъ у взрослыхъ и обыкновенно не ведетъ ни къ какимъ осложненіямъ, такъ что, по нашимъ наблюденіямъ, предсказаніе при инфлюэнцѣ дѣтей лучше, чѣмъ при дѣтскомъ гриппѣ, при которомъ воспаленіе легкихъ встрѣчается несравненно чаще.

Въ нашихъ трехъ случаяхъ мы придерживались выжидательной терапіи, каковую примѣняемъ обыкновенно и въ частной практикѣ. Къ фенацетину и другимъ подобнымъ средствамъ мы прибѣгаемъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда при сильномъ жарѣ больной жалуется на какія-нибудь боли (сильная головная боль, межреберныя невралгіи и др.) или на бессонницу. Мы даемъ тогда фенацетинъ (или антипиринъ, салипиринъ) столько дециграммовъ *pro die*, сколько больному лѣтъ, въ три приѣма.

V.

Ф И М О З Ъ.

Лекція 19 октября 1899 года.

Больной, котораго вы здѣсь видите, привезенъ въ Москву изъ Самары и помѣщенъ въ нашу клинику 17-го октября, по поводу болѣзненнаго мочеиспусканія. Въ настоящее время ему 4 мѣсяца.

АНАМНЕЗЪ его очень чистъ въ отношеніи наслѣдственности. Происходить больной отъ вполне здоровыхъ родителей. третій ребенокъ въ семьѣ, родился въ срокъ, никакихъ болѣзней новорожденныхъ у него не было. Съ самаго рожденія кормится грудью матери черезъ каждые два часа. Отъ рожденія и до настоящаго времени больной ни разу самостоятельно не марался, и потому ему постоянно приходится ставить клизмы. Мать отмѣчаетъ, что и двое старшихъ ея дѣтей также страдали запорами, пока не начинали ихъ прикармливать коровьимъ молокомъ. Сама мать всю жизнь страдает запорами, такую же склонность къ запорамъ проявляла и ея мать. Съ начала третьяго мѣсяца было замѣчено, что ребенокъ почти передъ каждымъ выведеніемъ мочи плачетъ и что струя мочи нерѣдко прерывается. Этимъ послѣднимъ обстоятельствомъ пользовались для собиранія мочи. Больному давали Vichy, но толку отъ этого не было. Послѣ этого пузырь его былъ изслѣдованъ на камень, причемъ голоса врачей раздѣлились: одни находили камень и совѣтовали сдѣлать операцію камнесѣченія, другіе же камень отрицали.

Обращаясь къ изслѣдованію нашего больного, мы прежде всего должны отмѣтить, что физически онъ развитъ прекрасно. Голова у него аккуратная, но при ощупываніи затылка ощущается нѣкоторая мягкость швовъ, и родничекъ нѣсколько великъ (помѣщаются 2 пальца) — признаки рахитизма головы. Грудная клѣтка вполне хороша. Ножки не искривлены. Спинка при сидячемъ положеніи вполне прямая, хотя ребенокъ очень юнъ. По этому поводу замѣчу, что состояніемъ спины руководствуются для рѣшенія вопроса, можно ли сажать ребенка: если спинка сгибается, то, значитъ, мышцы спины слабы и сажать ребенка рано. Вѣсъ нашего ребенка—7420 граммъ, т. е. онъ значительно превосходитъ норму. Обыкновенно къ 5-ти мѣсяцамъ вѣсъ ребенка удваивается (6500 гр.), вѣсъ же нашего 4-хъ мѣсячнаго ребенка на много превышаетъ эту величину. Кашля и насморка у него нѣтъ. Объективныхъ измѣненій въ органахъ груди никакихъ нѣтъ. Желудокъ у него въ порядкѣ: больной не срыгиваетъ. Марается, какъ уже отмѣчено и выше, только послѣ клизмы. Стулъ его по консистенціи напоминаетъ горчицу. Онъ не такой крутой, какъ это бываетъ у дѣтей, слишкомъ хорошо усваивающихъ молоко; запоры у него зависятъ, повидимому, отъ вялости кишечника. Сонъ хорошъ, ребенокъ просыпается лишь передъ выдѣленіемъ мочи. Днемъ ребенокъ спитъ часа 2—3; вообще ребенокъ покойный. Мочится больной часто, почти всегда съ болью. Моча его свѣтла, бѣлка и осадка не содержитъ. Въ ней нѣтъ ни слизи, ни гноя. Репіс больного закрыть: открыть головку совсѣмъ не удается.

ДІАГНОСТИКА. Мы имѣемъ дѣло съ хорошо развитымъ и вообще здоровымъ, хотя нѣсколько рахитичнымъ, ребенкомъ; но у него существуютъ неправильности въ мочеотдѣленіи. Отчего онъ зависаетъ?

Вы слышали рассказъ матери, что струя мочи идетъ съ перерывами,—это обстоятельство даетъ поводъ предположить камень въ пузырьѣ. Но камни у дѣтей въ возрастѣ нашего больного вообще встрѣчаются крайне рѣдко, хотя благопріятныя условія для ихъ развитія и существуютъ; часто наблюдающійся у дѣтей мочекислый инфарктъ можетъ послужить ядромъ для развитія камня. Клинически мочекислый инфарктъ выражается иногда болѣзненнымъ выдѣленіемъ мочи

и отложеніемъ красныхъ песчинокъ на пеленкѣ и на graeputium. Подобное состояніе наблюдается обыкновенно въ первыя 2—3 недѣли жизни ребенка, а потому предположеніе въ нашемъ случаѣ болѣзненности мочеиспусканія отъ песка совсѣмъ невѣроятно, да притомъ и мать никогда не замѣчала песчинокъ на пеленкахъ. Существованіе камня тоже мало вѣроятно, потому что нѣтъ признаковъ цистита, обычнаго спутника камней. Моча больного прозрачна, свѣтла, безъ осадка, не содержитъ ни слизи, ни гноя. Остается, такимъ образомъ, два страданія, часто вызывающія у дѣтей болѣзненное мочеиспусканіе: физиологическая спайка головки съ graeputium и фимозъ, т. е. врожденная узость крайней плоти. Первая наблюдается почти у всѣхъ дѣтей, но далеко не у всѣхъ она обуславливаетъ болѣзненное мочеиспусканіе; для этого требуется индивидуальное расположеніе, хотя, конечно, трудно сказать, въ чемъ собственно оно состоитъ; въ однихъ случаяхъ, можетъ быть, играетъ роль нервность ребенка, въ другихъ, можетъ быть усиленная дѣятельность препуциальныхъ железъ: скопленіе большого количества смегмы вызываетъ по рефлексу спазмъ пузыря. Скопленіе смегмы можетъ вызывать и другія разстройства. Въ однихъ случаяхъ, причиняя зудъ, оно даетъ поводъ къ развитію онанизма, въ другихъ подъ graeputium могутъ попасть микробы, и тогда, въ связи съ раздраженіемъ головки скопившеюся смегмой, легко можетъ развиваться balanitis и balanoposthitis. Наконецъ, въ-третьихъ, вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія пузыря, наблюдается ночное недержаніе мочи. Въ нашемъ случаѣ graeputium настолько узко, что не удастся даже увидать отверстія уретры, такъ что существованіе фимоза въ всякаго сомнѣнія. Имѣется ли здѣсь еще и физиологическая спайка, можно рѣшить только введя зондъ подъ graeputium; впрочемъ существованіе спайки, въ виду возраста ребенка, болѣе чѣмъ вѣроятно. Въ случаѣ существованія одной лишь спайки, её разрываютъ тупоконечнымъ зондомъ, оттягиваютъ крайнюю плоть, удаляютъ комки смегмы и, смазавши головку двухпроцентнымъ карболовымъ масломъ, снова закрываютъ ее. Но здѣсь узость отверстія не позволитъ, вѣроятно, обнажить головку; тогда придется прибѣгнуть къ кровавому способу расширенія. Съ этой цѣлью пользуются двумя способами: раз-

сѣченіемъ и обрѣзаниемъ. Я предпочитаю первый. Можно разсѣкать или ножницами, или ножомъ по желобоватому зонду. Послѣ разсѣченія на края разрѣзовъ накладываютъ 3 — 5 швовъ, чтобъ соединить внутреннюю пластинку крайней плоти съ кожей. Вскорѣ послѣ операціи развивается обыкновенно отекъ крайней плоти, который легко уступаетъ холоднымъ компрессамъ.

Только если всѣ эти мѣры окажутся бесполезными, мы можемъ позволить себѣ произвести внутреннее изслѣдованіе пузыря на камень.

Изъ лекціи 23 октября 1899 г.

19-го октября, послѣ лекціи, больному была сдѣлана операція. Попытка обнажить головку безъ разрѣза praeruptum'a не удалась. Сдѣлали инцизію, удалили смегму и наложили 3 шва. Къ вечеру появился отекъ. На другой день больной мочился рѣже, съ меньшей болью, и отекъ у него исчезъ. Теперь больной мочится безъ боли; струя мочи не прерывается. Спитъ ребенокъ покойно. Такимъ образомъ, успѣхъ операціи полный.

Вообще нужно сказать; эта операція принадлежитъ къ числу самыхъ благодарныхъ. По технике операція очень легка и сразу устраняетъ всѣ болѣзненные явленія. Но почему-то она мало распространена, а между тѣмъ лѣтъ до 3-хъ самой частой причиной дизуріи является фізіологическая спайка, или фимозъ.

Pyelocystitis.

Лекція 26 января 1899 г.

Больная Анна Р., 2-хъ лѣтъ 7 мѣс., принята въ клинику 14-го января 1899 г. по поводу болѣзненнаго мочеиспусканія, мутной мочи съ запахомъ и нѣкотораго похуданія.

ANAMNESIS. Отцу больной 28 лѣтъ, матери—23; оба они туберкулезные. Родители отца умерли отъ чахотки. Lues отрицается.

Наша больная изъ 2-хъ дѣтей по счету первая. До нея былъ выкидышъ на 4-мъ мѣсяцѣ, а затѣмъ 4 года дѣтей не было. Второму ребенку — 1 годъ; здоровье его удовлетвори-тельно. Родилась наша больная въ срокъ, безъ асфиксіи. Изъ болѣзней новорожденныхъ была только желтуха. Кормилась грудью матери до 7-ми мѣсяцевъ, при чемъ часто бывали запоры. Съ 4-хъ мѣсяцевъ начали прикармливать молокомъ и манной кашей. Зубы стали рѣзаться на 12-мъ мѣсяцѣ; въ это время у нея былъ жаръ, кашель, насморкъ и запоры, что продолжалось 2 недѣли; тогда же въ первый разъ стала мочиться съ болью, и въ мочѣ появилась слизь въ довольно большомъ количествѣ. Лечили ее ежедневными промываніями мочевого пузыря борнымъ растворомъ въ продолженіе 2-хъ мѣсяцевъ, и больная поправилась. Затѣмъ, ничѣмъ особен-нымъ не хворала, только полгода назадъ была жаба съ силь-нымъ припуханіемъ подчелюстныхъ железъ.

Настоящая болѣзнь началась 4 мѣсяца тому назадъ жа-

ромъ и рвотой, а черезъ нѣсколько дней заложило мочу, такъ что ее пришлось спустить катетеромъ. Съ тѣхъ поръ стала мочиться съ сильною болью, не часто. Моча приобрѣла гнойный характеръ, и появился сильный запахъ. Повышенная температура была только 2 недѣли, и съ тѣхъ поръ болѣзнь стала затихать, но совсѣмъ не прошла. Теперь осталась гнойная и вонючая моча и изрѣдка болѣзненное мочеиспускание.

Живетъ больная въ низкой болотистой мѣстности. Квартира сухая и теплая; ѣсть общую пищу со взрослыми. Аппетитъ умѣренный, жажды нѣтъ. Слабитъ почти ежедневно — крѣпко. Ванны 2 раза въ недѣлю.

Итакъ, дѣвочка 2½ лѣтъ происходитъ отъ туберкулезныхъ родителей. До года она ничѣмъ не страдала. Около года появилось лихорадочное состояніе, и дѣвочка стала жаловаться на болѣзненное мочеиспускание, моча ея сдѣлалась мутною. Лечили больную промываніемъ пузыря, послѣ чего лихорадка прекратилась, и моча стала нормальной. Такъ было до тѣхъ поръ, пока четыре мѣсяца тому назадъ снова не появилось лихорадочное состояніе, моча опять стала мутною, опять мочеиспускание сдѣлалось болѣзненнымъ; боль при этомъ является послѣ мочеиспусканія. Прежде, чѣмъ говорить о мочѣ, посмотримъ нашу больную.

Вѣсъ ея былъ при поступленіи 12240 грм., а черезъ недѣлю — 12400 грм.; прибавка 160 грм. въ недѣлю для ея возраста совершенно достаточная, тѣмъ болѣе, что имѣется лихорадочное состояніе. Шейныя железы, если и прощупываются, то въ самомъ ничтожномъ размѣрѣ. Общее питаніе удовлетвори-тельно, рѣзко выраженнаго похуданія и блѣдности нѣтъ. Сложена больная довольно хорошо; форма головы правильная, а форма груди не совсѣмъ: нижнія ребра выгнуты впередъ — это слѣды рахитизма. На половыхъ органахъ красноты и ссадинъ нѣтъ. При постукиваніи и выслушиваніи груди ничего ненормальнаго отмѣтить нельзя, хотя больная немного кашляетъ. Со стороны нервной системы ничего особеннаго не отмѣчается, кромѣ нѣкоторой раздражительности и не совсѣмъ покойнаго сна, который нарушается то кашлемъ, то позывами на мочу. T° представляетъ неправильныя колебанія въ пре-

дѣлахъ отъ 37° до 38°. Самыя крупныя ненормальности замѣчаются со стороны мочи. Моча мутная, и эта мутность особаго рода: она, во 1-хъ, не просвѣтляется при отстаиваніи, хотя при этомъ получается бѣлый осадокъ въ нѣсколько миллиметровъ. Во 2-хъ, мутность эта не исчезаетъ и при фильтрованіи даже черезъ двойной и четверной фильтры. Если бы мутность мочи зависѣла отъ примѣси гноя или отъ обилія солей, то она, просвѣтлялась бы и отстаиваніемъ и фильтрованіемъ, а потому мы прямо можемъ сказать, что моча въ нашемъ случаѣ утратила свою прозрачность вслѣдствіе богатаго содержанія въ ней микроорганизмовъ. Такъ какъ моча оказывается таковою уже при выходѣ изъ пузыря, то, слѣдовательно, микробы примѣшиваются къ ней или въ почкахъ, или въ самомъ пузырьѣ. Моча обладаетъ неприятнымъ запахомъ; реакція ея *кислая*. Изъ исторіи болѣзни вы слышали, что были жалобы на болѣзненное мочеиспусканіе, что лечили больную промываніемъ пузыря. Слѣдовательно, можно было бы ожидать щелочной мочи, но этого нѣтъ. Она кислой реакціи не только свѣжевыпущенная изъ пузыря, но и послѣ нѣсколькихъ часовъ стоянія все же остается кислою. Отъ прибавки кислоты мутность не просвѣтляется; слѣдовательно, она не зависитъ отъ фосфатовъ; напротивъ, на границѣ между мочей и кислотой получается еще бѣлое кольцо, указывающее на нѣкоторое содержаніе въ мочѣ бѣлка. Отъ прибавки ѣдкаго кали мутность тоже не исчезаетъ, что было бы, если бы она зависѣла отъ уратовъ или слизи. По Эсбаху бѣлка $\frac{1}{2}$ дѣленія. При кипяченіи моча мутнѣетъ больше. Подъ микроскопомъ много гнойныхъ тѣлецъ, нѣтъ ни цилиндровъ, ни почечнаго эпителия. Если что можно еще отмѣтить, такъ это большое количество палочекъ, которыя быстро движутся. При посѣвѣ на агаръ и желатину получаютъ колоніи, состоящія изъ маленькихъ палочекъ съ тупыми концами; палочки эти хорошо красятся всеми анилиновыми красками, обезцвѣчиваются по Gram'у, и вообще обладаютъ всеми признаками, свойственными *bacillo coli communis*. Моча, слѣдовательно, катаррально-воспалительная, а, такъ какъ у больной нѣтъ ни вульвита, ни уретрита, то, стало быть, гной примѣшивается къ мочѣ или въ пузырьѣ, или въ почечныхъ лоханкахъ; другими словами, мы

имѣемъ въ данномъ случаѣ дѣло либо съ піелитомъ, либо съ циститомъ, либо съ тѣмъ и другимъ вмѣстѣ — *pyelo-cystitis*. Какъ рѣшить вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ циститомъ, или съ піелитомъ? Прежде вопросъ этотъ рѣшали просто: кислая моча—піелитъ, щелочная—циститъ. Но это вовсе не вѣрно, такъ какъ кислая моча встрѣчается при циститѣ нерѣдко, а щелочная можетъ встрѣчаться и при піелитѣ; тутъ все зависитъ отъ того, какими микробами вызывается воспаленіе той или другой слизистой оболочки. Одни изъ этихъ микробовъ, вызывая воспаленіе слизистой оболочки пузыря, вмѣстѣ съ тѣмъ разлагаютъ мочевины, и потому моча дѣлается щелочной, тогда какъ другого рода микробы, будучи патогенными, тѣмъ не менѣе не имѣютъ способности разлагать мочевины, и потому, несмотря на примѣсь гноя къ мочѣ, она остается кислой. Я пользуюсь этимъ случаемъ, чтобъ изложить вамъ тѣ взгляды, которыхъ я держусь при классификаціи циститовъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

Мы различаемъ два рода циститовъ: одни циститы вызываются химическими ядами, другіе — бактерійными. Къ числу первыхъ относятся, напр., циститы, развивающіеся отъ при- ставленія мушекъ; они могутъ быть очень сильны, съ кровавой мочей, тенезмами пузыря, но излечиваются сравнительно легко по удаленіи причины.

Такіе же циститы развиваются отъ скипидара, отъ употребленія въ большомъ количествѣ дегтярной мази и т. п.

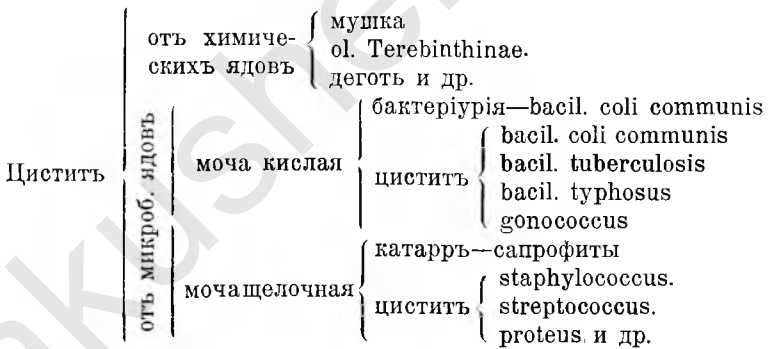
Діагностика всѣхъ подобнаго рода циститовъ основывается на анамнезѣ и на наличности припадковъ остраго раздраженія пузыря (частые позывы и боль при мочеиспусканіи).

Бактерійные циститы раздѣляются на циститы съ кислую мочей и съ щелочною. Въ первомъ случаѣ, т. е. при циститахъ съ кислую мочей, возбудителями болѣзни являются микробы, патогенные для организма, но не разлагающіе мочевины. Такихъ микробовъ немного: *bacillus coli communis*, туберкулезная палочка Koch'a, гонококкъ Neisser'a и тифозная бацилла; изъ нихъ послѣдніе два встрѣчаются у постели больного очень рѣдко, а первые довольно часто, особенно *bac. coli com.* Этотъ послѣдній отличается въ различныхъ случаяхъ чрезвычайно различною степенью ядовитости, такъ

что во многихъ случаяхъ, несмотря на громадную примѣсь его къ мочѣ, онъ оказывается совсѣмъ не патогеннымъ, и тогда моча при рѣзко выраженной бактерійной мутности остается свободною отъ бѣлка и совсѣмъ не содержитъ гноя; подобные случаи было бы несправедливо называть циститами, ихъ слѣдуетъ описывать подъ именемъ *бактеріуріи*.

Щелочная моча можетъ получиться, когда въ пузырь падаютъ сапрофитныя бактеріи, не патогенныя для человѣка, но разлагающія мочевины; слизистая оболочка пузыря раздражается все-таки выдѣляющимся амміакомъ и даетъ обильную слизь,—получается *катарръ пузыря*, отличающійся отъ цистита отсутствіемъ въ мочѣ гноя и бѣлка и наличностью большого или меньшаго количества муцина. При подобныхъ катаррахъ встрѣчаются *Micrococcus ureae* Van Tieghem'a, *bac. ureae* Leube и др. Настоящіе циститы съ щелочною мочей вызываються микробами, разлагающими мочевины и въ то же время патогенными, т. е. способными вызывать нагноеніе, какъ: *staphylococcus*, *streptococcus*, *proteus* и пр.

На основаніи сказаннаго классификація всѣхъ случаевъ цистита можетъ быть изображена слѣдующею схемой:



Подъ ту или другую рубрику легко подвести любой случай цистита, отъ какой бы случайной причины онъ ни произошелъ. Камень пузыря, напр., самъ по себѣ не вызываетъ цистита, пока на помощь къ нему не явятся микробы, отъ свойства которыхъ будутъ зависѣть и свойства цистита, такъ какъ одни микробы отличаются сравнительною доброкачественностью, тогда какъ другіе очень злокачественны; примѣромъ первыхъ можетъ служить *bac. coli com.*, а представителемъ

вторыхъ—*proteus*; но къ этому мы еще вернемся, когда будемъ говорить о предсказаніи.

Способы проникновенія микробовъ въ пузырь различны: во многихъ случаяхъ они заносятся туда катетеромъ, даже и въ томъ случаѣ, если онъ хорошо продезинфицированъ, такъ какъ стафилококкъ и нѣкоторые другіе микробы часто встрѣчаются въ уретрѣ здоровыхъ людей и потому при катетеризаціи легко могутъ попасть въ пузырь; при недержаніи мочи микробы могутъ проникнуть въ пузырь и безъ катетера, прямо черезъ уретру, а *bac. coli com.* приписывается способность проникать въ пузырь даже и черезъ нормальную уретру, но только у дѣвочекъ. Поводомъ къ такому мнѣнію послужило то обстоятельство, что циститы съ *bac. coli. comm.*, т. н. *coli-cystitis*, встрѣчаются у дѣвочекъ гораздо чаще, чѣмъ у мальчиковъ. Случайно первое время, когда было обращено вниманіе на *coli-cystitis*, попадались исключительно дѣвочки, а потому и составила теорія, что *coli-cystitis* (т. е. циститъ, вызванный *bac. coli com.*) развивается благодаря сосѣдству *api* съ уретрой и благодаря короткости послѣдней: происходитъ переносъ быстро движущихся палочекъ, которыя и развиваются въ пузырь. Въ настоящее время такой патогенезъ для *coli-cyst.* хотя и допускается, но рядомъ съ нимъ предполагается и другая возможность, именно, что *bac. coli com.* при различныхъ страданіяхъ кишечника, т. е. какъ при поносахъ, такъ и при запорахъ попадаетъ изъ кишекъ въ кровь и частью разрушается печенью, частью выдѣляется черезъ почки. *Rosner* дѣлалъ опыты надъ животными, у которыхъ онъ перетягиваніемъ прямой кишкіи вызывалъ запоръ, а перевязкой мочеточника затруднялъ выведеніе мочи и такимъ путемъ получалъ искусственно піэлитъ съ *coli bacill.* То же наблюдается у дѣтей, страдающихъ запорами, а еще чаще затяжными поносами. Такъ какъ и наша дѣвочка страдала запорами отъ рожденія, то мы можемъ смотрѣть на нихъ, какъ на причину болѣзни, т. е. что благодаря запору *bac. coli com.* проникъ въ кровь, а потомъ и въ почки, вызвавъ воспаленіе слизистой оболочки почечныхъ лоханокъ или пузыря.

Прежде, чѣмъ рѣшать вопросъ о мѣстѣ болѣзни, необходимо выяснитъ болѣе важное обстоятельство, а именно—можно

ли намъ успокоиться на діагностикѣ *solі*-бациллярнаго патогенеза пораженія мочевыводящихъ путей въ нашемъ случаѣ и не слѣдуетъ ли подумать о туберкулезѣ пузыря или почекъ? Возможность туберкулеза здѣсь безспорна, такъ какъ, во-первыхъ, имѣется туберкулезная наслѣдственность, и, во-вторыхъ, на него же можетъ указывать длительное лихорадочное состояніе, наблюдаемое у больной. Для выясненія вопроса въ сомнительныхъ случаяхъ рекомендуютъ воспользоваться разводками. Если при посѣвѣ осадка мочи на агарѣ получается отрицательный результатъ, то это будетъ указывать, что процессъ или гонококковый, или туберкулезный, такъ какъ и *bac. solі*, и тифозная палочка хорошо растутъ на агарѣ. Но если ростъ получился, что случилось и у насъ, то рѣшительнаго отвѣта все-таки нѣтъ, потому что помимо *bac. solі* можетъ существовать и туберкулезъ. Можно произвести еще изслѣдованіе осадка на бациллы Кош'а. Съ этою цѣлью мочу, если она содержитъ бѣлокъ, кипятятъ, осаждаютъ на центрофугѣ и осадокъ изслѣдуютъ обычнымъ способомъ.

Въ случаѣ безбѣлковой мочи прибавляютъ бѣлокъ и дѣлаютъ то же самое. У насъ и при этомъ изслѣдованіи получился отрицательный результатъ. Тогда мы произвели опытъ съ морскою свинкой, которой вчера вприсунули этотъ осадокъ подъ кожу; сегодня свинка вяла, возможно, что она погибнетъ очень скоро отъ общаго зараженія кишечною палочкой, и вопросъ о туберкулезѣ останется невыясненнымъ. Мы повторимъ опытъ, но прививку сдѣлаемъ въ переднюю камеру глаза, тогда общаго зараженія не наступитъ, и недѣли черезъ три вопросъ будетъ разрѣшенъ *).

Если заболѣваніе вызывается *bac. solі*, то при піелитѣ моча бываетъ какъ у нашей больной, но не находится обыкновенно никакихъ пузырныхъ симптомовъ, а за-то наблюдаются иногда приступы почечной колики, ввидѣ спазматическихъ болей живота и боли при давленіи на область почекъ. Иногда, правда, случается, что піелитъ вызываетъ и пузырныя явленія, но такіе случаи могутъ быть правильно оцѣ-

*) Прививка была сдѣлана и дала отрицательный результатъ.

нены при жизни только съ помощью цистоскопа. Лихорадочное состояніе при *coli*-бациллярномъ піэлитѣ можетъ тянуться очень долго, даже цѣлыми мѣсяцами, то усиливаясь, то ослабляясь, и соотвѣтственно этимъ колебаніямъ наблюдается измѣненіе и въ мочѣ. Она можетъ быть то посвѣтлѣй, то мутнѣй. При циститѣ, наоборотъ, должны быть пузырьные симптомы. У нашей дѣвочки мочеиспусканіе учащено: такъ, ночью она мочится 3—4 раза, вмѣсто правильныхъ для ея возраста одного, двухъ. Кромѣ того, у нея бываетъ и боль въ концѣ мочеиспусканія. Циститъ, слѣдовательно, здѣсь есть, но есть ли піэлитъ? Не знаю,—думаю, что есть, и вотъ почему: у больной есть лихорадочное состояніе; если оно не зависитъ отъ туберкулеза, то оно должно указывать на піэлитъ, потому что хроническіе циститы, не туберкулезные, обыкновенно текутъ безъ лихорадочнаго состоянія. Кромѣ того, въ мочѣ нашей больной найденъ *bact. coli*, а этотъ послѣдній болѣе патогененъ для слизистой почечной лоханки, чѣмъ для пузыря. Натура цистита и продолжительность лихорадки заставляютъ насъ такимъ образомъ предполагать, что мы имѣемъ дѣло съ піэло-циститомъ.

ПРЕДСКАЗАНІЕ. Гораздо опаснѣе, вообще говоря, циститъ съ щелочною мочою, такъ какъ тогда образуется больше продуктовъ разложенія мочи, которые всасываются слизистой пузыря, а вслѣдствіе усиленнаго всасыванія ихъ происходитъ рѣзкое разстройство общаго состоянія, упадокъ силъ, общая слабость. Циститы, вызванные *bac. coli comm.*, доброкачественнѣе; они не вызываютъ глубокаго разрушенія, и воспалительное состояніе ограничивается поверхностными слоями слизистой, и, что особенно важно, даже при поражении почечныхъ лоханокъ воспаленіе не распространяется на почечную ткань. Болѣзнь протянется полгода и больше, а признаковъ нефрита (цилиндры, большое количество бѣлка) не будетъ. Въ концѣ концовъ наступаетъ большею частью полное выздоровленіе.

Въ противоположность этому, другіе микроорганизмы, напимѣръ, туберкулезная палочка, стафилококкъ и особенно *proteus*, очень легко вовлекаютъ въ страданіе и почки. Такимъ образомъ, пока при циститѣ и піэлитѣ, вызванныхъ

bact. coli, моча остается кислой, болѣзнь можетъ считаться не опасной,—но какъ только моча сдѣлается щелочной (смѣшанная инфекція), можно опасаться пораженія почекъ. Во всякомъ случаѣ, у нашей больной мы имѣемъ дѣло съ упорнымъ страданіемъ. Болѣзнь можетъ протянуться мѣсяца 3—4 дольше. Замѣчательно, что въ дѣлѣ выздоровленія подобныхъ больныхъ большое значеніе имѣетъ поправленіе общаго состоянія организма. Мы можемъ долго лечить теперь безъ успѣха, а весною ребенокъ быстро поправится. Слѣдовательно, теперь было бы хорошо послать его въ теплый климатъ, а такъ какъ это не по средствамъ больной, то въ настоящее время намъ нужно заботиться о томъ, чтобы не занести въ пузырь какого-нибудь микроорганизма, вызывающаго щелочное броженіе мочи (стерилизація инструментовъ, вводимыхъ въ пузырь при промываніяхъ).

ЛЕЧЕНІЕ. При химическихъ циститахъ леченіе заключается въ удаленіи причины. Циститы и пиелиты, развивающіеся отъ долгаго лежанія мушки или отъ обширнаго употребленія дегтярныхъ мазей, скипидара и пр., обыкновенно проходятъ довольно скоро вслѣдъ за устраненіемъ вреднаго агента; только мышечные пиело-циститы отличаются иногда упорностью, если съ самаго начала воспаленіе выразилось особенно сильно (крупозныя формы цистита). Гораздо выгоднѣе держаться профилактическихъ мѣръ: такъ, не слѣдуетъ держать мушку долго. Я никогда не держу ихъ долѣе 8 часовъ, а у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 3-хъ, еще менѣе,—часовъ 5—6. Употребляя дегтярную мазь при scabies и другихъ болѣзняхъ, нужно слѣдить за мочей и при первыхъ признакахъ появленія бѣлка прекращать ея употребленіе на нѣкоторое время. Если причина цистита заключается въ камнѣ, то его нужно удалить, послѣ чего пораженіе пузыря обыкновенно скоро исчезаетъ. Если причину удалить трудно, какъ напр., при Поттовой болѣзни, когда имѣется параличъ detrusor'a, то циститъ плохо поддается леченію. При неудаимой или неизвѣстной причинѣ предлагаютъ дѣлать промыванія пузыря. Такъ какъ простая кипяченая вода все-таки раздражаетъ пузырь, то лучше всего употреблять теплый физиологическій растворъ поваренной соли (6:1000), но и онъ

иногда раздражаетъ. Такъ и у нашей больной послѣ промыванія были боли, какъ во время мочеиспусканія, такъ и передъ нимъ, и послѣ, тогда какъ прежде онѣ появлялись только въ концѣ мочеиспусканія. Слѣдовательно, промыванія при циститѣ нужно дѣлать очень осторожно: физиологическій растворъ слѣдуетъ подогревать градусовъ до 30 R. Однако такимъ промываніемъ обыкновенно не удается удалить *bact. coli*, а потому рекомендуется употребленіе вяжущихъ: $\frac{1}{2}$ 0/0 растворъ квасцовъ, таннина, а лучше всего *argentum nitricum* въ 1 0/0 растворѣ, а у взрослыхъ до 2 0/0. Сначала промываютъ пузырь простой водой, затѣмъ вливаютъ 5,0 — 10,0 раствора *argenti nitrici*, оставляютъ его на 2 — 5 минутъ, а затѣмъ промываютъ физиологическимъ растворомъ. При такомъ леченіи циститъ проходитъ, если нѣтъ одновременно піелита, при которомъ промываніе, конечно, бесполезно. Внутрь предложено много различныхъ средствъ. Если циститъ щелочной, то, чтобы нейтрализовать мочу, даютъ *acidum benzoicum* по 1,0—2,0 pro die. Въ организмѣ бензойная кислота переходитъ въ гиппуровую, которая, соединяясь съ амміакомъ, понижаетъ щелочность мочи. Очень рекомендуютъ 1—2 0/0 растворъ *acidi borici* по десертной ложкѣ черезъ два часа: нѣсколько дней спустя моча получаетъ кислую реакцію, но микробовъ при этомъ борная кислота не убиваетъ. Neubner считаетъ лучшимъ средствомъ при щелочныхъ циститахъ и піелитахъ уротропинъ (смѣсь амміака съ муравьинымъ альдегидомъ) по 1,0 pro die, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. При кислой реакціи мочи употребленіе этихъ средствъ (кислотъ) бесполезно, и даютъ дезинфицирующія: *Salol* до 2,0 pro die, или *Kali chloricum* (2 0/0). Нашей больной давали *Kali chloricum*, потомъ *Salol*. Сегодня промывали пузырь; получились сильныя боли, а потому пропустимъ одинъ день, чтобы постепенно пріучить пузырь къ раздраженію.

Родители больной не пожелали оставить больную въ клиникѣ, и потому дѣвочка была выписана безъ улучшенія.

VII.

Нефритъ.

Лекція 9 октября 1899 года.

Ребенокъ, Борю Т., 3 лѣтъ 2 мѣсяцевъ, положили въ клинику съ жалобой на сыпь на головѣ и туловищѣ.

ANAMNESIS. Отцу 36 лѣтъ; страдалъ онъ специфическою хроническою болѣзью; леченіе было проведено. Мать, 26-ти лѣтъ, до 6-ти лѣтъ страдала золотухой, тоже была экцема головы и туловища. Одинъ изъ братьевъ матери—эпилептикъ. Туберкулеза въ семьѣ нѣтъ. Дѣтей всего было двое. Старшій мальчикъ умеръ 6-ти мѣсяцевъ, страдалъ мозговыми припадками, отъ которыхъ и умеръ. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Нашъ больной родился въ срокъ, чистенькій. Кормился 1 годъ 2 мѣс. грудью кормилицы, тоже золотушной (рубцы на шеѣ). До настоящаго времени, кромѣ сыпи, ничѣмъ не страдалъ. Желудочно-кишечныхъ разстройствъ не было. Насморка въ раннемъ дѣтствѣ не было. Запоровъ тоже не бывало. Настоящая болѣзнь началась на 3-емъ мѣсяцѣ и съ тѣхъ поръ тянется, не улучшаясь. Только въ прошломъ году лѣтомъ при леченіи на Кавказѣ сыпи не было, а затѣмъ опять появилась. За послѣднее время стало лучше отъ *ung. hydrarg. prt. albi*.

STATUS PRAESENS. 3-го октября. Мальчикъ хорошаго питанія. Цвѣтъ кожи на мѣстахъ, не занятыхъ экцемой, нормальный. Подкожножирный слой развитъ хорошо. Костный скелетъ правильный. Рахитизма нѣтъ. Лимфатическія железы сильно

увеличены на шеѣ, очень небольшія подѣ мышками; въ пахахъ съ правой стороны увеличены, съ лѣвой едва прощупываются. Кожа волосистой части головы покрыта корками, изъязвленіями, расчесами. Ушныя раковины также покрыты корками. На тѣлѣ, именно на спинѣ ниже угла правой лопатки, въ области крестца и въ правомъ паху — красныя мѣста покрытыя корками. Печень и селезенка не прощупываются. Органы пищеваренія въ порядкѣ; аппетитъ хорошій, слабѣть разѣ въ день. Органы дыханія: есть небольшой насморкъ; въ легкихъ ничего ненормальнаго нѣтъ. Моча идетъ свободно, бѣлка и сахара нѣтъ. Нервная система: ребенокъ очень капризенъ, раздражителенъ. Сонъ безпокоенъ, такъ какъ мѣшаетъ зудъ. Объективныхъ измѣненій никакихъ нѣтъ.

Въ анамнезѣ нашего больного мы должны отмѣтить, что у отца было специфическое заболѣваніе, послѣ котораго до рожденія ребенка прошло около 10-ти лѣтъ.

Надо замѣтить, что наследственная передача сифилиса зависитъ отъ времени, прошедшаго между зараженіемъ отца и зачатіемъ, и отъ того, лечился онъ или нѣтъ. Если леченія не было, то наследственная передача сифилиса можетъ продолжаться болѣе 10-ти лѣтъ, хотя въ среднемъ она прекращается черезъ 6—9 лѣтъ; если же отецъ лечился ртутью, то ребенокъ можетъ родиться здоровымъ тотчасъ послѣ выполненнаго курса леченія. Здѣсь отецъ лечился, и, кромѣ того, со времени зараженія прошло 10 лѣтъ, такъ что ребенокъ легко могъ родиться совершенно свободнымъ отъ сифилиса. Но очень часто случается, что въ подобныхъ случаяхъ излеченный сифилисъ родителей все-таки не проходитъ безслѣдно для потомства, на которомъ онъ отражается въ видѣ такъ называемыхъ парасифилитическихъ явленій, о которыхъ я подробнѣе поговорю въ подходящемъ случаѣ, а теперь отмѣчу только, что къ числу парасифилитическихъ симптомовъ относятся, между прочимъ, различныя проявленія упадка питанія, а въ томъ числѣ золотуха и рахитизмъ. Къ тому же и мать нашего больного 6 лѣтъ страдала золотухой, равно какъ и кормилица, — у ней были рубцы на шеѣ, — такъ что нѣтъ ничего удивительнаго, что нашъ больной принадлежитъ тоже къ числу золотушныхъ. Золотуха у него выражается

хронической экземой головы, покрытой обширными корками и мокнущими мѣстами, далѣе островками экземы на разныхъ мѣстахъ тѣла и припухшими, безболѣзненными лимфатическими железами на шеѣ и подъ мышками.

Аппетитъ больного хорошъ. Поносовъ и запоровъ нѣтъ. На послѣднее обстоятельство я обращаю особенное ваше вниманіе, такъ какъ запоры очень часто сопровождаются экземой на лицѣ. Кашля у него нѣтъ. Сердце, легкія, печень и селезенка при объективномъ изслѣдованіи вполне нормальны. Температура 37,0.

Поступилъ онъ къ намъ 3-го октября, и мы начали мазать пораженные части нафталаномъ, но уже черезъ два дня его отмѣнили, такъ какъ зудъ не унимался, а главное дѣйствіе нафталана и должно выражаться въ прекращеніи зуда. Одинъ день затѣмъ давали каломель и тогда же начали употреблять liniment. calcar.; на другой же день было замѣчено, что сыпь стала подсыхать, а потому каломель отмѣнили, оставивши одну только liniment. calcar., и улучшение продолжалось. Сегодня вдругъ у больного появилась кровавая моча. Подъ микроскопомъ найдено много гіалиновыхъ, зернистыхъ и кровавыхъ цилиндровъ, бѣлыхъ и красныхъ кровавыхъ шариковъ. Въ мочѣ умѣренное количество бѣлка—1½, дѣленія по Эсбаху. Количество мочи—200 за сутки (при поступленіи было 700—800).

ДИАГНОСТИКА. Относительно діагноза сыпи сомнѣнія здѣсь нѣтъ. Несмотря на наследственность, здѣсь не можетъ быть рѣчи о сифилисѣ, такъ какъ тамъ всегда есть или болѣе или менѣе развитые инфильтраты кожи, или характерныя папулы и кондиломы, которыхъ здѣсь совсѣмъ нѣтъ. Мы имѣемъ передъ собой поверхностное воспаленіе кожи — экзему. Сыпь здѣсь крайне упорна: она то подлечивается, то снова возвращается. Такія страданія кожи я считаю золотушными. Не слѣдуетъ только отождествлять золотуху съ туберкулезомъ: золотуха есть только распаханная почва для туберкулеза, а туберкулезъ представляетъ почву, уже засѣянную туберкулезными бациллами. Страданіе лимфатическихъ железъ здѣсь тоже чисто золотушное, а не туберкулезное; за это говоритъ небольшая величина железокъ и то обстоятельство, что онѣ не проявляютъ склонности къ спайкѣ съ кожей и между

собой; подобныя железки являются обычнымъ слѣдствіемъ дерматита,—исчезнетъ экзема, пропадутъ и железки. При чемъ же здѣсь почки? Всѣмъ извѣстно, что обильное приложеніе къ кожѣ нѣкоторыхъ средствъ, раздражающихъ почки, каковы, напр., скипидаръ, перувианскій бальзамъ, деготь, стираксъ и др., можетъ вызвать нефритъ. Къ числу подобныхъ средствъ относится, быть можетъ, и нафталанъ, который употреблялся здѣсь *per se* въ видѣ мази въ теченіе трехъ дней; но приписать ему роль производителя нефрита въ данномъ случаѣ было бы несправедливо, такъ какъ онъ былъ черезъ два дня оставленъ, и за послѣдніе три дня употребляли уже совсѣмъ не раздражающую *liniment. calcar.* Слѣдовательно, нефритъ тутъ другого происхожденія. Приписать его скрытой формѣ какой-нибудь инфекціонной болѣзни довольно трудно, такъ какъ нѣтъ на это никакихъ указаній. Остается допустить, что здѣсь рѣдкая форма самостоятельнаго нефрита. Дня три назадъ больного выносили на воздухъ въ очень дурную погоду,—можно поэтому думать, что здѣсь играла роль простуда.

Лекція 15 октября 1899 года.

Какъ мы сказали въ прошлой лекціи, мы имѣемъ передъ собою рѣдкую форму первичнаго нефрита, развившагося безъ видимыхъ причинъ. Когда вы видѣли больного въ прошлый разъ, у него было до 200 грм. мочи въ сутки; теперь количество мочи увеличилось до 300. Сколько должно бы быть у ребенка 3-хъ лѣтъ, сказать трудно: приблизительно выдѣляется 150 грм. на годъ, у 3-хъ лѣтняго, слѣдовательно, 450 грм. Въ свойствахъ мочи съ тѣхъ поръ особыхъ перемѣнъ не произошло. Отековъ нѣтъ, сердце работаетъ хорошо.

Какую форму нефрита мы имѣемъ передъ собою? При острыхъ нефритахъ въ дѣтскомъ возрастѣ иногда поражаются только клубочки — *гломерулонефритъ*, въ другихъ случаяхъ, главнымъ образомъ, эпителий извитыхъ канальцевъ — *паренхиматозный нефритъ*, но чистыя формы встрѣчаются рѣдко, обыкновенно же бываютъ комбинаціи той и другой. Исходя изъ того положенія, что въ гломерулахъ фильтруется вода, а эпителий трубочекъ выдѣляетъ мочевины и экстрактивныя вещества, можно сказать вообще, что чѣмъ меньше у боль-

ного мочи и чѣмъ богаче она бѣлкомъ, тѣмъ сильнѣе поражены у него клубочки; а чѣмъ больше въ мочѣ цилиндровъ; тѣмъ, стало быть, больше участіе трубочекъ. При чистой формѣ гломерулонефрита количество мочи можетъ быть очень уменьшено, она можетъ быть очень богата бѣлкомъ, но тѣмъ не менѣе остается прозрачною и почти не даетъ осадка. При паренхиматозномъ нефритѣ, протекающемъ съ малымъ участіемъ клубочковъ, наоборотъ, мочи выдѣляется много, она бѣдна бѣлкомъ, но даетъ обильный осадокъ форменныхъ элементовъ. Въ настоящее время у насъ въ скарлатинномъ баракѣ рядомъ лежатъ двое больныхъ: одинъ изъ нихъ 3-хъ лѣтній мальчикъ, очень слабый, блѣдный, съ отеками; мочи у него выдѣляется очень мало, около 100 грм. всего, она прозрачна, безцвѣтна, почти какъ вода, и настолько бѣдна форменными элементами, что при центрофугированіи на препаратахъ только изрѣдка можно найти гіалиновые цилиндры, а между тѣмъ содержаніе бѣлка очень большое; при кипяченіи вся моча свертывается въ яичницу. Для изслѣдованія по Эсбаху пришлось развести ее втрое водою, при чемъ получилось около 7-ми дѣленій, слѣдовательно, бѣлка содержится 20 на 1000, тогда какъ при обыкновенныхъ нефритахъ не бываетъ болѣе 5—6 на 1000. Здѣсь, такимъ образомъ, мы имѣемъ чистую форму гломерулонефрита.

Рядомъ съ этимъ больнымъ—мальчикъ 6-ти лѣтъ. У него мочи 600—500 грм., она мутна, красна, съ обильнымъ осадкомъ (цилиндры, лимфоидные элементы, кровь), а бѣлка мало,—всего одно дѣленіе по Эсбаху. Здѣсь страдаетъ, главнымъ образомъ, паренхима почекъ. Та же самая форма и у нашего больного; у него количество форменныхъ элементовъ въ мочѣ сравнительно съ количествомъ бѣлка несоразмѣрно велико. Замѣчу кстати, что количество мочи играетъ важную роль въ предсказаніи: если мочи много, предсказаніе порядочное, если мало,—предсказаніе хуже. Остальное не такъ важно, такъ что, хотя бы и было много бѣлка и крови въ мочѣ, но разъ ея выдѣляется много, то это неопасно, такъ какъ всѣ отбросы удаляются изъ тѣла, и больному не угрожаетъ уремія. У нашего больного мочи выдѣляется достаточно, и потому предсказаніе у него хорошее, такъ что недѣли черезъ три можно ожидать выздоровленія.

ЛЕЧЕНИЕ. Профилактика нефрита всего чаще практикуется при скарлатинѣ, такъ какъ изъ всѣхъ острыхъ заразныхъ болѣзней скарлатина всего чаще осложняется воспаленіемъ почекъ. Нефритъ при ней развивается въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ промежутокъ времени отъ 10-го до 20-го дня, рѣдко позднѣе. Правда, въ частной практикѣ относительно часто встрѣчаются нефриты, развившіеся якобы въ болѣе позднемъ періодѣ, но это кажущееся запоздалое появленіе объясняется тѣмъ, что тамъ часто просматриваютъ начало альбуминурии и хватаются за умъ только тогда, когда показываются уже отеки. Въ больницѣ, напротивъ, при ежедневномъ изслѣдованіи мочи поздніе нефриты встрѣчаются очень рѣдко. Мы поступаемъ поэтому такъ: какъ бы легка скарлатина ни была, мы *держимъ больныхъ въ постели до 3-хъ недѣль*; исключеніе можно сдѣлать только для дѣтей, находящихся въ сухой и теплой квартирѣ, но и то съ тѣмъ, чтобы они не бѣгали по всѣмъ комнатамъ. Вторымъ профилактическимъ средствомъ считается *исключительно молочная діета*, но она имѣетъ и неудобныя стороны. Во-первыхъ, она быстро надоѣдаетъ даже и дѣтямъ, охотно пившимъ молоко прежде, во-вторыхъ, строгая молочная діета нерѣдко обуславливаетъ упорные запоры, причиняющіе больному довольно крупныя непріятности. Если я прибавлю къ этому, что даже и самая строгая молочная діета не можетъ дать гарантіи за вѣрное предотвращеніе нефрита, такъ какъ наблюденія показали намъ, что нефриты появляются иногда и при исключительно молочной діетѣ, то будетъ понятно, почему мы не держимся строго одного лишь молока, а даемъ нашимъ выздоравливающимъ скарлатиннымъ больнымъ также и крахмалистую пищу. Если же ребенокъ очень хочетъ ѣсть, то позволяемъ даже немного и мяса, отнимая его только при первыхъ признакахъ появленія бѣлка въ мочѣ. Третьимъ предохранительнымъ средствомъ являются *теплыя ванны* въ періодѣ выздоровленія отъ скарлатины. Багинскій говоритъ, что онъ не видалъ тяжелыхъ нефритовъ съ тѣхъ поръ, какъ сталъ дѣлать теплыя ванны въ періодъ выздоровленія, но это случайность. По нашимъ наблюденіямъ, теплыя ванны тоже не могутъ *навѣрное* предотвратить развитіе нефрита, не только тяжелаго, но даже и

смертельнаго; тѣмъ не менѣе значеніе ваннъ въ дѣлѣ профилактики поздняго скарлатинознаго нефрита отрицать нельзя. Итакъ, наши предохранительныя мѣры сводятся къ слѣдующему. Мы придерживаемся нѣкоторой діеты (воздерживаемся отъ мяса), держимъ больного въ постели, такъ какъ не можемъ отрицать возможности простуды, и дѣлаемъ ванны. Разъ сдѣлался нефритъ, надо, прежде всего, устранить все, что можетъ вредно дѣйствовать на почки. Изъ лекарствъ слѣдуетъ избѣгать мушки. Если иногда я ставлю мушку нефритику при пораженіи перикардія, то оставляю ее лежать не болѣе 4—5 час. Слѣдуетъ остерегаться и обширныхъ помазываній іодомъ; *kali chloricum* и карболовая кислота также вліяютъ вредно на почки. Относительно препаратовъ салициловой кислоты наблюдалось, что при леченіи ею брюшныхъ тифовъ особенно часто являлись нефриты, а потому и ее надо признать вредной для почекъ. Что касается *пищи*, то надо помнить, что эпителий почечныхъ канальцевъ завѣдуетъ выдѣленіемъ азотистыхъ и экстрактивныхъ веществъ, а потому и употребленіе *мясной пищи*, богатой азотомъ и экстрактивными веществами, дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на эпителий и, кромѣ того, располагаетъ больного къ уреміи. Нѣкоторые предлагали совсѣмъ устранить азотистую пищу изъ діеты остраго нефритика, но ребенокъ не можетъ долго жить при такой діетѣ, а потому въ настоящее время всѣ даютъ *молоко*, которое, хотя и содержитъ въ себѣ бѣлки, т. е. азотистыя вещества, но имѣетъ тѣ преимущества, что, во-первыхъ, въ немъ нѣтъ экстрактивныхъ веществъ, во-вторыхъ, оно имѣетъ мочегонное дѣйствіе, вслѣдствіе содержанія сахара и большого количества воды. Относительно *яиць* существуетъ мнѣніе, будто давать ихъ нефритикамъ не слѣдуетъ; мнѣніе это основано на томъ, что послѣ обильнаго употребленія сырыхъ яиць даже и у здороваго человѣка появляется альбуминурія, а по ученію Sem-тола выдѣленіе бѣлка можетъ вызвать и заболѣваніе почекъ. Мы полагаемъ, что употребленіе яиць въ умѣренномъ количествѣ 2—3 раза въ день вмѣстѣ съ другой пищей не вредно, а употребленіе такой смѣшанной пищи полезно въ томъ отношеніи, что предупреждаетъ запоры и поддерживаетъ аппетитъ. Что касается *чая* и *кофе*, то нѣкоторые, въ особенности

нѣмецкіе авторы, считаютъ ихъ вредными; такъ Penzoldt наблюдалъ, что если здоровый человѣкъ выпьетъ до 3-хъ литровъ чая, то у него развивается поліурія и альбуминурія; то же и относительно кофе, поэтому и запрещаютъ ихъ употребленіе. Но мы, русскіе, привыкли къ употребленію чая, да никто и не пьетъ его по 3 литра заразъ, а потому я думаю, что умѣренное количество не вызоветъ особенныхъ разстройствъ. Другое дѣло—*спиртъ*, и его мы ни въ какомъ случаѣ не даемъ, равно какъ и всѣ пряности (горчица, перецъ).

Терапевтическихъ средствъ дѣйствующихъ специфически при воспаленіи почекъ, у насъ нѣтъ, но мы можемъ способствовать устраненію венознаго застоя въ почкахъ и такимъ образомъ помогать косвенно.

Сюда прежде всего относятся отвлекающія средства и на первомъ планѣ теплыя ванны (30°). Мы ихъ употребляемъ не съ тѣмъ, чтобы гнать потъ, т.-е. не съ тѣмъ, чтобы заставить кожу дѣйствовать викарирующимъ образомъ при недостаточной функціи почекъ, во всякомъ случаѣ не это наша главная цѣль, а мы смотримъ на горячія ванны, какъ на весьма сильное отвлекающее средство, и считаемъ ихъ показанными при воспаленіи не почекъ только, но и другихъ органовъ; такъ, напр., мы охотно употребляемъ ихъ при бронхопневмоніи, при ложномъ крупѣ, при капиллярномъ бронхитѣ и т. п.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ванны, вызывая усиленный приливъ крови къ кожѣ, уменьшаютъ кровенаполненіе внутреннихъ органовъ и тѣмъ ослабляютъ воспалительные процессы. Противопоказанія къ употребленію ваннъ вообще и при нефритѣ въ частности могутъ быть только со стороны сердца, т. е. слабость пульса. При scarлатинозномъ нефритѣ, можетъ быть, чаще, чѣмъ при нефритахъ иного происхожденія, наблюдается слабость пульса, сопровождающаяся замѣтнымъ расширеніемъ границъ сердечной тупости и ослабленіемъ толчка верхушки (*dilatatio cordis*). Сажать въ ванну такого больного вещь очень рискованная: благодаря приливу крови къ кожѣ, и отливу крови отъ головы можетъ случиться обморокъ.

Изъ другихъ отвлекающихъ средствъ мы прибѣгаемъ иногда къ согрѣвающимъ компрессамъ на поясницу, но сред-

ство это безспорно менѣе дѣйствительно, чѣмъ ванны. Ставимъ также сухія банки, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ-за слабаго пульса нельзя дѣлать ваннъ.

Симптоматическое леченіе имѣетъ въ виду, главнымъ образомъ, возмѣстить недостаточное выведеніе воды почками. Воду можно выводить или черезъ кожу, или черезъ кишки, или черезъ почки. Теплыя ванны удовлетворяютъ первому показанію, такъ какъ и безъ послѣдовательнаго потѣнія все-таки происходитъ хотя и невидимое, но усиленное испареніе влаги съ поверхности кожи. Съ цѣлью выведенія воды черезъ кишки рекомендуются разныя слабительныя, но не слѣдуетъ думать, что слабительныя при нефритахъ только потому и полезны, что при помощи ихъ организмъ освобождается отъ излишка воды. Далеко нѣтъ,—дѣйствіе слабительныхъ гораздо болѣе сложно и болѣе многосторонне. Въмѣстѣ съ водой выводятся изъ кишокъ различныя вредныя продукты, которые въ нормальномъ состояніи всасываются въ кровь и отчасти перерабатываются печенью, отчасти выводятся почками. Въ случаѣ же нефрита эти продукты остаются въ крови и способствуютъ развитію уреміи, такъ что слабительныя до нѣкоторой степени предотвращаютъ не только водянку, но также, и, можетъ быть, даже въ большей степени, предотвращаютъ уремію. Всѣ врачи, кажется, согласны съ тѣмъ, что леченіе начинающейся уреміи слѣдуетъ начинать съ слабительнаго. Въ виду сказаннаго, понятно, почему при нефритахъ необходимо зорко слѣдить за тѣмъ, чтобы у больного былъ ежедневный стулъ. Понятно также, почему мы не рекомендуемъ при нефритѣ исключительную молочную діету.

Но и это еще не все; слабительныя дѣйствуютъ, повидимому, еще и отвлекающимъ образомъ, чѣмъ способствуютъ возстановленію нарушеннаго кровообращенія въ почкахъ и, слѣдовательно, усиленію діуреза. Къ такому заключенію привело насъ наблюденіе случаевъ нефрита, протекавшихъ со скуднымъ количествомъ мочи, богатой кровью. Послѣ назначенія слабительнаго, будь то каломель или Вѣнское питье и т. п., на другой же день сплошь и рядомъ замѣчается значительное улучшеніе въ смыслѣ исчезанія крови, уменьшенія количества бѣлка и увеличенія выдѣленія мочи.

Въ силу всего сказаннаго, мы, стараясь поддержать ежедневный стулъ во всѣхъ случаяхъ нефрита, считаемъ показаннымъ слабительное: 1) когда запоръ плохо уступаетъ клизмамъ и извѣстной діетѣ, 2) когда мочи мало и она содержитъ большую примѣсь крови, и 3) когда появляется головная боль, рвота и другіе признаки уреміи.

Какому изъ слабительныхъ средствъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе,—сказать трудно, во всякомъ случаѣ, думается намъ, не касторовому маслу. Это средство дѣйствуетъ хотя и вѣрно, но оно показано, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно уменьшить спазмъ кишекъ, успокоить кишечникъ, какъ наприм., при кровавомъ поносѣ; но при болѣзняхъ почекъ успокоенія кишекъ совсѣмъ не требуется, желательнее, напротивъ, такое слабительное, послѣ котораго не дѣлалось бы запора. Многіе отдаютъ предпочтеніе каломели (маленькимъ дѣтямъ по 0,02 — 0,03, старшимъ по 0,05 — 0,10 на приемъ черезъ часъ до дѣйствія; если его нѣтъ даже и послѣ 6-го приема, то—ложку кастороваго масла). Имѣйте въ виду, что каломель, всасываясь въ кровь, можетъ вызвать ртутный стоматитъ, а потому, въ видахъ предотвращенія воспаленія десенъ, всегда слѣдуетъ назначать при леченіи каломелемъ полосканіе рта бертолетовою солью (*Kali chloricum*) по чайной ложкѣ на стаканъ воды. На каломель смотрятъ, какъ на средство, дезинфицирующее кишечникъ, и въ этомъ, можетъ быть, дѣйствительно онъ имѣетъ преимущество передъ другими слабительными. Но можно, конечно, назначать при болѣзняхъ почекъ и Вѣнское питье (*Infus. laxativum Wienense*) по столовой ложкѣ черезъ 2 часа, или слабительныя минеральныя воды, наприм. Гуниади, по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ стакана на приемъ.

Лекція 16 октября 1899 г.

Чтобы усилить выдѣленіе воды почками, даютъ мочегонныя средства. Мочегонныхъ средствъ вообще много. Ихъ можно раздѣлить на 3 группы: есть такія мочегонныя, которыя раздражаютъ почечную ткань, производя гиперемію почекъ; есть такія, которыя, дѣйствуя на сердце, усиливаютъ давленіе въ клубочкахъ; есть и такія, которыя, хотя и не раздражаютъ почечной ткани, а все-таки усиливаютъ выдѣленіе

мочи, дѣйствуя, вѣроятно, на нервный аппаратъ почекъ. Это такъ называемыя чистыя мочегонныя. Раздражающія мочегонныя при нефритахъ, конечно, не годятся, а потому мы никогда не назначаемъ нефритикамъ не только *t-gam cantharidum*, но даже и не столь вредныя смолистыя мочегонныя, каковы, наприм., *Bals. coraiuae*, *Decoct. bassae juniperi* и др. Всего умѣстнѣе давать такъ называемыя чистыя мочегонныя (3 группа), къ числу которыхъ принадлежить, между прочимъ, и *diuretinum* или *theobrominum salicylicum*; мочегонное дѣйствіе его несомнѣнно, но на дѣятельность сердца онъ не вліяетъ. Даемъ мы его въ довольно большихъ дозахъ, напримѣръ:

Rp: Diuretini 3,0
 Aq. destill. 85,0
 Syr. simpl. 15,0
 MDS. Черезъ 2—3 часа по чайной или
 десертной ложкѣ.

Диуретинъ горекъ, поэтому приходится прибавлять значительное количество сиропа. Къ числу такихъ же мочегонныхъ относятся многія народныя средства. Такъ, проф. Боткинъ ввелъ въ употребленіе порошокъ изъ черныхъ таракановъ (*blatta orientalis*). Тараканы высушиваются и измельчаются въ порошокъ, который дается по 0,05 на приемъ нѣсколько разъ въ день. Сюда же относится арбузъ. Онъ представляетъ мочегонное не только потому, что содержитъ много воды и сахара, но также заключаетъ въ себѣ какія-то вещества, которыя дѣйствуютъ мочегонно. Это доказано изслѣдованіями доктора Попова, тоже изъ клиники Боткина.

Къ чистымъ мочегоннымъ относится еще и морошка,—ягода, обильно растущая въ Вологодской губ. Въ Москвѣ можно найти ее въ видѣ варенья въ кондитерскихъ и въ сухомъ видѣ въ аптекахъ. Мы давали въ одномъ хроническомъ случаѣ нефрита варенье изъ морошки по 2 чайныхъ ложки съ чаемъ и получили хорошій результатъ: количество мочи у больного значительно увеличилось.

Къ группѣ чистыхъ мочегонныхъ относимъ мы также и углекислыя или растительно-кислыя щелочи. Первыя примѣняются обыкновенно въ видѣ различныхъ минеральныхъ водъ;

второя—въ видѣ соединенія щелочи съ органическими кислотами: лимонной, уксусной, виннокаменной и др.

Изъ щелочныхъ минеральныхъ водъ часто употребляются Виши (Celestin), Боржомъ (Екатерининскій источникъ), Вильдунгенъ, а также Карлсбадъ (Mühlbrunnen) и др. Послѣдній, главнымъ образомъ,—при наклонности къ запору. Простыя щелочныя воды мы даемъ дѣтямъ въ количествѣ $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ стакана (смотря по возрасту) въ день, обыкновенно, пополамъ съ молокомъ, а Карлсбадъ назначаемъ безъ молока по 2—4 столовыхъ ложки на приемъ 3 раза въ депъ. Въ бѣдной практикѣ мы замѣняемъ Карлсбадскую воду просто микстурой изъ сѣрно-кислаго натра, напримѣръ:

Rp: Natrii sulfurici 1,0--2,0
Aq. destill. 100,0
DS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ.

Изъ растительно-кислыхъ щелочей особеннымъ вниманіемъ врачей пользуется почему-то уксусно-кислый кали:

Rp: Liq. kali acetici 2,0
Aq. destill. 100,0
DS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ.

Онъ, однако, не имѣетъ никакихъ преимуществъ ни съ практической, ни съ теоретической точки зрѣнія. У насъ въ клиникѣ употребляется, обыкновенно, кислое виннокаменно-кислое кали. (Cremortartar, s. kali bitartaricum, s. tartarus depuratus). Это средство назначается какъ питье — чайную ложку немного верхомъ на стаканъ воды съ 2—3 кусками сахара. Такъ какъ кремортартаръ плохо растворяется въ холодной водѣ, то передъ употребленіемъ осадокъ приходится помѣшивать. Средство это, обладая не только мочегоннымъ, но и слегка послабляющимъ дѣйствіемъ, показано также во всѣхъ случаяхъ нефрита, сопровождающихся запоромъ, что наблюдается очень часто. Дѣти охотно пьютъ этотъ вкусный напитокъ.

Ко второй группѣ мочегонныхъ (дѣйствующихъ черезъ сосудистую систему) относятся прежде всего кофеинъ и дигиталисъ. Оба эти средства дѣйствуютъ мочегонно въ томъ только случаѣ, когда сердечная дѣятельность ослаблена; они поднимаютъ тонусъ сердца, улучшаютъ пульсъ и усиливаютъ

давленіе артеріальной крови въ клубочкахъ. Мы научились ихъ цѣнить при тѣхъ скарлатинозныхъ водянкахъ, которыя протекають безъ нефрита и даже безъ альбуминури, но при слабомъ пульсѣ и при другихъ симптомахъ сердечной слабости. Послѣ нѣсколькихъ приемовъ кофеина мы получали въ подобныхъ случаяхъ огромное количество мочи. Кофеинъ — средство, хотя и не очень ядовитое, но все-таки требуетъ нѣкоторой осторожности, такъ какъ несоразмѣрно большія дозы его могутъ вызывать общее возбужденіе и бессонницу. Мы даемъ *cofeinum* или *patrobenzoicum*, или *patrosalicylicum* по 0,05—0,2 на приемъ, раза 4 въ день. Если пульсъ очень слабъ и частъ, и кофеинъ не дѣйствуетъ, то прибѣгаютъ къ дигиталису. Это средство вліяетъ на сердце значительно сильнѣе кофеина и обладаетъ, кромѣ того, кумулятивнымъ дѣйствіемъ, а потому дигиталисъ нельзя давать заглазно, но необходимо видѣть больного ежедневно. Обыкновенно даютъ это средство не больше 3—4 дней подрядъ и потомъ дѣлають паузу. Обычная доза дигиталиса по 0,02—0,05 на приемъ нѣсколько разъ въ день, напримѣръ: *Rp: Inf. herbae Digitalis purpur. 0,2: 100,0 до 0,5: 100,0. DS.* Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ. Если при такомъ приемѣ незамѣтно замедляющаго вліянія на пульсъ, то можно повысить дозу съ тѣмъ, чтобы по достиженіи результата (т. е. когда пульсъ сдѣлается болѣе полнымъ и не столь частымъ) сдѣлать дня на 2—3 перерывъ.

Первые припадки при отравленіи дигиталисомъ состоятъ въ головокруженіи, головной боли, рвотѣ и, главное, въ измененіи пульса. Когда у больного пульсъ частъ и малъ, и вы даете должную дозу дигиталиса, то пульсъ становится рѣже и полнѣе. Если же вы даете слишкомъ много, то наступаетъ стадій паралича. Пульсъ опять становится частымъ, слабымъ и, главное, неправильнымъ. Противопоказаніемъ для назначенія дигиталиса считается рвота, поносъ и полный, напряженный пульсъ. Прежде, чѣмъ говорить о леченіи водянки, я скажу нѣсколько словъ о нѣкоторыхъ симптоматическихъ средствахъ, показаніемъ для которыхъ служатъ тѣ или другія свойства мочи. Такъ, напр., при обильномъ содержаніи бѣлка рекомендовались преимущественно вяжущія средства, какъ

то: D-tum fol. urse, таннинъ и др., но въ настоящее время можно считать за доказанное, что всѣ рекомендованныя средства не оказываютъ прямого вліянія на альбуминурію и, слѣдовательно, бесполезны. При кровавой мочѣ многіе врачи любятъ назначать различныя кровоостанавливающія, въ особенности Liq. ferri sesquichlorati и secale cornutum. Средства эти не могутъ вліять на воспалительный застой крови въ почкахъ, и потому нефритическую гематурію не устраняютъ, и если, тѣмъ не менѣе, въ нашей клиникѣ иногда прописывается какъ полуторохлористое желѣзо, такъ и спорынья, то во всякомъ случаѣ не ради гематурии, а по другимъ показаніямъ, а именно: ferrum sesquichloratum или другіе препараты желѣза даются больнымъ, у которыхъ рѣзко выступаютъ явленія малокровія; показаніемъ же для secale cornutum мы считаемъ слабость сердца, каковая не особенно рѣдко встрѣчается въ періодѣ выздоровленія послѣ скарлатины, какъ при нефритѣ, такъ и безъ него. Средство это рекомендовано при скарлатинозномъ миокардитѣ Steffen'омъ, по наблюденіемъ котораго оно въ подобныхъ случаяхъ дѣйствуетъ не только не хуже дигиталиса, но иногда даже лучше его. Намъ не одинъ разъ удавалось подтвердить справедливость утвержденія Steffen'a.

ЛЕЧЕНІЕ ВОДЯНКИ. Для удаленія избытка воды изъ организма пользуются всѣми тремя путями: кожей, кишечникомъ и почками. Потогонное леченіе состоитъ въ назначеніи горячихъ ваннъ съ послѣдующимъ обертываніемъ въ шерстяныя одѣяла на $1\frac{1}{2}$ — 2 часа. Средство это серьезное, и нельзя при немъ оставлять больного безъ присмотра врача. Дѣло въ томъ, что на водянку можно смотрѣть, какъ на самозащиту организма противъ накопленія въ немъ избытка воды и экстрактивныхъ веществъ, благодаря ослабленной дѣятельности почекъ. Организмъ удаляетъ эту воду и свои отбросы въ наиболѣе безопасное мѣсто: въ подкожную клѣтчатку. Если сильно гнать потъ, то организмъ будетъ, правда, терять много воды, но вѣдь потъ очень бѣденъ экстрактивными веществами и мочевиной; то и другое, всасываясь изъ подкожной клѣтчатки, при потогонномъ леченіи остается въ крови, располагая больного къ уреміи. На фактъ наступленія уреміи при усиленномъ потогонномъ леченіи Niemeуer указывалъ уже лѣтъ 30

тому назадъ. Можно предполагать усиленное всасываніе экстрактивныхъ веществъ въ томъ случаѣ, если больному послѣ ванны не дѣлается лучше: онъ слабѣетъ, становится апатичнымъ, у него начинается болѣть голова, — словомъ, появляются признаки временной интоксикаціи организма. Я бы формулировалъ показаніе къ примѣненію горячихъ ваннъ при водянкѣ такъ: если въ состояніи больного послѣ ванны замѣчается хоть намекъ на ухудшеніе или на начало уреміи, т. е. головная боль, тошнота (когда рвота, то это значить, что уже есть уремія) и, главное, замѣтно измѣненіе со стороны пульса (пульсъ при этомъ бываетъ въ однихъ случаяхъ слабый, частый, а въ другихъ — жесткій, нѣсколько замедленный, полный), — то въ этихъ случаяхъ я прекратилъ бы дѣлать ванны. Если водянка дошла до такой степени, что вы боитесь, какъ бы не лопнулъ эпидермисъ и не было послѣдующаго осложненія раны рожей и т. п., показано прямое удаленіе воды изъ клѣтчатки. Къ счастью, это бываетъ преимущественно въ хроническихъ случаяхъ, которые въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются очень рѣдко. Дезинфицированной иглой дѣлають штукъ 20 уколовъ на каждой конечности, затѣмъ накладываютъ асептическую повязку изъ гигроскопической ваты. Довольно большое количество воды удалится и всосется гигроскопической ватой. Но рассчитывать на это средство навѣрняка нельзя. У атрофированнаго ребенка напряженіе кожи не велико, отверстія, сдѣланныя уколами, быстро спадаются, и операція не достигаетъ своей цѣли. Для вѣрнаго дѣйствія надо удалять жидкость прямо троакаромъ изъ полости брюшины или капиллярнымъ троакаромъ, напр., иглой отъ шприца Праваца — изъ подкожной клѣтчатки. Для этого игла вкалывается въ подкожную клѣтчатку почти параллельно кожѣ, вплоть до ея толстаго конца, который укрѣпляется липкимъ пластыремъ. На выходящій толстый конецъ иглы надѣвается длинная гуттаперчевая трубочка, свободный конецъ которой спускается черезъ край кровати въ подставленный сосудъ для собиранія вытекающей жидкости, которая сочится, хотя и по каплямъ, но за сутки все-таки получается въ значительномъ количествѣ. Поверхъ трубочки также накладывается повязка изъ ваты. Въ каждую ногу вкалываютъ по одной такой иглѣ.

Теперь о леченіи уреміи. Тутъ леченіе разнится, смотря по тому, съ какой изъ двухъ формъ уреміи мы имѣемъ дѣло: съ тою ли, которая протекаетъ со слабымъ и частымъ пульсомъ, или при которой пульсъ полный и напряженный. Первая форма выражается, кромѣ слабого и частаго пульса и свойственной обѣимъ формамъ головной боли и рвоты, еще сонливостью, апатіей и общей слабостью. Вторая форма характеризуется возбужденіемъ, эклямпсическими припадками, которые тянутся иногда дня 2—3, пока, наконецъ, не происходитъ поворотъ въ сторону выздоровленія или къ летальному исходу. Если пульсъ слабъ и частъ, то надо употреблять сердечныя средства: коффеинъ, дигиталисъ. При напряженномъ пульсѣ они, наоборотъ, противопоказаны. Такъ какъ очень часто при уреміи бываетъ рвота, то даваемая внутрь средства не удерживаются; приходится, поэтому, прибѣгать къ подкожному впрыскиванію коффеина:

Rp: Coffeini natrobenzoici 1,0.

Aq. destill. 10,0.

MDS. По цѣлому шприцу.

Дигиталисъ назначается въ видѣ свѣчъ или клизмъ:

Rp: Pulv. herbae Digital. 0,05.

Butyr. Cacao 1,0.

MDS. Черезъ 2 ч. по одной свѣчкѣ.

или Rp: Inf. herbae Digital. ex 0,5—100,0.

DS. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа для клизмы.

При этомъ опять необходимо наблюдать за пульсомъ.

Если коффеинъ не дѣйствуетъ, то переходятъ къ дигиталису; а такъ какъ дѣйствіе его наступаетъ не сразу, то для выигрыша времени приходится въ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ возбуждающихъ, всего лучше камфоры. Для подкожнаго впрыскиванія мы беремъ 5% растворъ (0,5:10,0) и впрыскиваемъ по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу 3—4 раза въ день. Нѣкоторые считают болѣе выгоднымъ употреблять 10% растворъ, но только не болѣе двухъ разъ въ день, утромъ и вечеромъ. Таково леченіе уреміи, протекающей со слабымъ пульсомъ. Уремія сама по себѣ требуетъ средствъ, главная цѣль которыхъ какъ можно скорѣе удалить изъ организма вредныя вещества, которыя, накопляясь, и произво-

дять уремію. Тутъ опять мы имѣемъ показаніе къ потогоннымъ, мочегоннымъ и слабительнымъ. Но горячія ванны при слабости сердца дѣлать нельзя, приходится прибѣгать къ слабительнымъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ надо поставить каломель въ большихъ дозахъ. Каломель дѣйствуетъ не только какъ слабительное, но и какъ мочегонное, особенно при ослабленной сердечной дѣятельности. Мы даемъ каломель не больше 0,1—0,2 на приемъ. Головная боль облегчается пузыремъ со льдомъ, а рвота—глотаніемъ кусочковъ льда. При судорожной формѣ уреміи, при полномъ и жесткомъ пульсѣ показаны, конечно, горячія ванны и слабительныя, а особенно пиявки за уши, въ количествѣ столькихъ штукъ, сколько больному лѣтъ, или нѣсколько меньше. Съ кровью, высосанной одной пиявкой, удалится изъ организма несравненно больше „экстрактивныхъ“ веществъ, вызывающихъ уремію, чѣмъ сколько содержится ихъ въ потѣ при сильномъ потѣннн. Пиявки я не боюсь ставить даже и при слабомъ пульсѣ, т. е. при первой формѣ уреміи, и сожалею, что по недосмотру въ моей Семіотикѣ я не исправилъ противоположное воззрѣніе, котораго я держался въ началѣ моей клинической дѣятельности.

Возвращаясь къ нашему больному, мы можемъ сказать, что нефритъ у него не сильный: бѣлка не особенно много (обыкновенно въ свѣжихъ случаяхъ остраго нефрита мы встрѣчаемъ отъ 3-хъ до 5-ти дѣлений по Эсбаху, а здѣсь только $1\frac{1}{2}$), количество мочи уменьшено не сильно, лихорадочнаго состоянія нѣтъ; а потому мы не видимъ основаній опасаться за жизнь нашего больного, хотя ручаться за дальнѣйшее теченіе какого бы то ни было остраго нефрита невозможно, ибо эта болѣзнь довольно капризна. Въ однихъ случаяхъ нефритъ начнется сильнымъ повышеніемъ температуры, рвотой, рѣзкимъ уменьшеніемъ мочи, которая притомъ очень богата бѣлкомъ и форменными элементами. Словомъ, получается картина тяжелаго воспаленія почекъ, а между тѣмъ въ дальнѣйшемъ теченіи окажется вовсе не тяжелымъ; а въ другихъ случаяхъ какъ разъ наоборотъ: вначалѣ только небольшая альбуминурія, а потомъ съ каждымъ днемъ симптомы нефрита прегрессивно усиливаются, и дѣло кончается уреміей.

Ручаться, слѣдовательно, нельзя. Но въ нашемъ случаѣ все-таки больше шансовъ за благополучное теченіе. Мы назначимъ больному молочно-мучнистую діету, при чемъ количество молока ограничивать не будемъ; уложимъ его въ постель, будемъ дѣлать ему ежедневно теплую ванну (30° R.) на 10—15 мин. безъ послѣдовательнаго укутыванія въ шерстяныя одѣяла и, какъ лекарство, дадимъ ему питье съ кремортартаромъ (чайную ложку *Cremoris tartari* на стаканъ воды) по столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Изъ лекціи 30 октября 1899 г.

За тѣ двѣ недѣли, которыя прошли съ тѣхъ поръ, какъ мы въ послѣдній разъ видѣли больного, съ нимъ произошла значительная перемена къ лучшему: сыпь на головѣ и зудъ исчезли, мочи выдѣляется около 1000, бѣлокъ опредѣляется въ ней только въ видѣ слѣдовъ; она прозрачна и при стояннн не даетъ осадка,—ну, словомъ, въ настоящее время ребенка мы можемъ считать выздоровѣвшимъ, и на-дняхъ онъ выпиcывается. Посовѣтуемъ матери старательно беречь его отъ простуды, одѣть его въ шерстяное бѣлье, въ вѣтряную погоду и въ сырость не выносить на воздухъ, потнаго не сажать на извозчика, такъ какъ первое время почки у него будутъ представлять *locus minoris resistentiae*, и при простудѣ нашъ больной получитъ, вѣроятно, не насморкъ и не кашель, а скорѣе всего опять заболѣетъ воспаленіемъ почекъ. Какъ долго нужно беречь его, сказать точно невозможно; всего лучше если шерстяное бѣлье больной будетъ носить всю зиму. Другой нашъ совѣтъ будетъ касаться общаго питанія. Больной нашъ золотушенъ и, какъ всегда бываетъ послѣ перенесеннаго нефрита, малокровенъ, хотя и не худъ; отсюда показаніе къ укрѣпляющему леченію: питательная діета и желѣзо. Что касается до средствъ, специально назначаемыхъ золотушнымъ, каковы соленныя ванны или обтиранія, рыбій жиръ и іодъ, то въ данномъ случаѣ они не подходятъ. Въ виду упадка питанія, больному нужно пользоваться свѣжимъ воздухомъ, а между тѣмъ при леченіи теплыми солеными ваннами ему пришлось бы сидѣть дома; обтиранія же, хотя и не располагаютъ къ испаринѣ и въ этомъ отношеніи не

препятствуютъ выходу на воздухъ, но послѣ нефрита подвергать поверхность тѣла охлажденію при обтираніяхъ само по себѣ рискованно. Скорѣе бы можно назначить съ нѣкоторыми предосторожностями обтиранія всего тѣла подогрѣтою водкой (утромъ подъ одѣяломъ съ послѣдовательнымъ растираніемъ сухимъ мохнатымъ полотенцемъ), но даже и такое обтираніе лучше отложимъ на мѣсяцъ. Пока же ограничимся просто растираніемъ сухимъ полотенцемъ. Для рыбьяго жира большой недостатокъ худъ, а для іода нѣтъ, собственно, никакихъ показаній (хроническихъ инфильтратовъ). Скорѣе можно бы остановиться на мышьякѣ, специальнымъ показаніемъ для котораго является хроническая экцема на почвѣ общаго упадка питанія. Но въ виду того, что экцема въ настоящее время излечилась, а на первый планъ выступаетъ блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, мы дадимъ больному лучше желѣзо съ тѣмъ, что, если въ будущемъ послѣдуетъ рецидивъ экцемы, которая не будетъ уступать мѣстному леченію, то прибѣгнемъ къ мышьяку. Изъ препаратовъ желѣза мы дадимъ легко усвояемый ферратинъ по 0,1 на пріемъ 2 раза въ день послѣ ѣды.

Патогенезъ нѣкоторыхъ формъ безальбумину- рійныхъ водянокъ у дѣтей *).

Авторы руководствъ по дѣтскимъ болѣзнямъ очень мало интересуются вопросомъ о безальбуминурійныхъ водянкахъ и многіе даже вовсе не упоминаютъ объ этомъ страданіи; отдѣльную главу, посвященную водянкѣ безъ бѣлка въ мочѣ, мы нашли только у Barthez и Sanné (*Traité des maladies des enf.*, t. II, p. 106—116), которые описываютъ ее подъ именемъ *anasarque idiopatique*. Изъ 78 случаевъ, бывшихъ подъ ихъ наблюденіемъ, 35 относятся къ категоріи первичныхъ водянокъ, т. е. такихъ, которыя развивались отъ неизвѣстныхъ причинъ (по мнѣнію автора, отъ простуды) у дѣтей здоровыхъ, а въ остальныхъ 43 случаяхъ водянка развивалась вслѣдъ за разными болѣзнями, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ стоитъ скарлатина, на долю которой приходится 25 случаевъ изъ 43-хъ, и потомъ острый катарръ кишекъ—6 случаевъ. По нашимъ наблюденіямъ, водянка безъ бѣлка въ мочѣ въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще встрѣчается послѣ скарлатины, именно въ промежутокъ времени отъ 10-го до 20-го дня, т. е. какъ разъ въ томъ періодѣ, когда всего чаще появляются и другія осложненія, каковы нефритъ, скарлатинозный синовитъ и проч.

О происхожденіи скарлатинозной водянки безъ бѣлка въ мочѣ мнѣнія авторовъ расходятся. Въ новѣйшемъ руководствѣ по частной патологіи и терапіи Nothnagel'я, въ главѣ о скар-

*) Напечатано въ журналѣ „Медицинское Обзорніе“ 1897 г.

латинѣ, Jürgensen (стр. 176) довольно рѣшительно высказывается согласно съ Henoch'омъ (Vorles. üb. Kinderkr., 8 Auf., 1895, S. 596) въ томъ смыслѣ, что подобнаго рода водянки, хотя и протекають безъ альбуминурии и безъ какихъ бы то ни было форменныхъ элементовъ, свойственныхъ нефриту, все же *зависятъ отъ воспаления почекъ*. Въ доказательство онъ проводитъ случай Litten'a, относящійся къ 21-лѣтней женщинѣ, умершей при явленіяхъ септико-піэміи; въ мочѣ у нея при жизни не было бѣлка, а изъ форменныхъ элементовъ встрѣчалось только незначительное количество гіалиновыхъ цилиндровъ; не было также и водянки, а между тѣмъ при вскрытіи былъ найденъ рѣзко выраженный паренхиматозный, геморрагическій нефритъ. Этотъ случай Litten'a, равно какъ случаи Henoch'a, Dujardin-Beaumont'a и друг., дѣйствительно доказываютъ, что острый нефритъ можетъ протекать въ теченіе нѣкотораго времени безъ альбуминурии.

Иного взгляда держался Cohnheim (Vorles. üb. allg. Pathol., V. II, S. 450). Допуская возможность развитія водянки безъ нефрита, онъ объяснялъ происхожденіе подобныхъ водянокъ нарушеніемъ питанія сосудистыхъ стѣнокъ (собственно капилляровъ) подъ вліяніемъ скарлатинознаго яда или простуды; по его мнѣнію, слѣдовательно, подобнаго рода водянки до нѣкоторой степени были аналогичны воспалительному отеку. Barthez и Sanné (l. c., t. II, p. 114, и t. III, p. 132) держатся приблизительно такого же взгляда; они высказываютъ предположеніе о параличѣ вазомоторовъ подъ вліяніемъ простуды. Взглядъ Cohnheim'a имѣетъ за себя экспериментальныя данныя, которыя доказываютъ, что гидремія сама по себѣ не можетъ считаться достаточной причиной водянки, такъ какъ при нормальныхъ сосудистыхъ стѣнкахъ послѣдняя не появляется даже при очень сильной экспериментальной гидреміи.

Мы съ своей стороны держимся того мнѣнія, что хотя случаи Henoch'a, Litten'a и др. и доказываютъ существованіе скрытно протекающихъ нефритовъ, но отсюда еще не слѣдуетъ, что водянка безъ бѣлка въ мочѣ *всегда* зависитъ отъ воспаленія почекъ. Мы не разъ видали случаи, когда водянка появлялась на нѣсколько дней раньше альбуминурии; встрѣчали и такіе случаи, когда водянка держалась дольше альбуми-

нуріи, или когда безбѣлковая моча содержала въ довольно значительномъ количествѣ не только гіалиновые, но и зернистые цилиндры и лимфоидные элементы; но намъ никогда не приходилось видѣть, чтобы *несомнѣнные нефриты протекали безъ бѣлка въ мочѣ въ теченіе продолжительнаго времени*, напр., въ теченіе 10 — 15 дней (это тотъ срокъ, который соответствуетъ продолжительности большинства случаевъ безальбуминурійныхъ водянокъ). Изъ литературы мнѣ тоже неизвѣстны случаи несомнѣннаго остраго нефрита, которые протекали бы безъ альбуминуриі съ самаго начала и до конца. Однимъ словомъ, я держусь того мнѣнія, что водянка безъ альбуминуриі бываетъ двухъ родовъ: въ однихъ случаяхъ она есть слѣдствіе скрытно протекающаго нефрита, въ другихъ—никакого воспаленія почекъ нѣтъ. Случаи первой группы принадлежатъ къ рѣдкостямъ; главное ихъ отличіе отъ случаевъ второй группы состоитъ въ томъ, что съ теченіемъ времени воспаленіе почекъ чѣмъ-нибудь все-таки проявится, и случай можетъ кончиться летально вслѣдствіе уреміи. Случаи второй группы отличаются, во 1-хъ, отсутствіемъ той блѣдности покрововъ, которая такъ характерна для нефритической водянки; во 2-хъ, тѣмъ, что въ теченіе всего времени, пока существуетъ водянка, моча не содержитъ ни бѣлка, ни форменныхъ элементовъ нефрита, и въ 3-хъ, легкимъ и непродолжительнымъ теченіемъ—полное выздоровленіе наступаетъ въ теченіе двухъ недѣль и раньше. Нефритъ, дошедшій до водянки полостей и до всеобщей аназарки, никогда не проходитъ такъ скоро.

По нашимъ наблюденіямъ почти *во всехъ случаяхъ скарлатинозной водянки безъ бѣлка въ мочѣ можно констатировать болѣе или меньшій упадокъ дѣятельности сердца*. Слабость сердца вначалѣ выражается легкою сдавимостью, замедленіемъ и неправильностью пульса при едва ощутимомъ толчкѣ верхушки; позднѣе толчекъ сердца можетъ совсѣмъ исчезнуть, а между тѣмъ замѣчается небольшая пульсація подъ ложечкой или даже около праваго края грудины (*dilatatio cordis*); еще позднѣе, именно въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ, появляются симптомы пассивной гипереміи печени, послѣдняя на нѣсколько пальцевъ выходитъ изъ-подъ края реберъ

и оказывается болѣзненною при давленіи; количество мочи замѣтно падаетъ, но она остается свѣтлою и при стояніи не даетъ осадка (въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча бываетъ мутна отъ мочекислыхъ солей и даетъ едва замѣтную реакцію на бѣлокъ, что при пассивной гипереміи почекъ ничего страннаго не представляетъ); микроскопическое изслѣдованіе не открываетъ въ ней ни цилиндровъ, ни лейкоцитовъ, ни красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ этомъ періодѣ, т. е. когда печень уже замѣтно увеличена и сердечная тупость увеличена вправо, а иногда уже и раньше, появляется асцитъ, а потомъ и общая подкожная водянка. Такъ идетъ дѣло въ типическихъ случаяхъ; водянка здѣсь не можетъ быть объяснена одною лишь слабостью сердца, такъ какъ, во 1-хъ, слабость сердца не всегда бываетъ такъ рѣзко выражена, чтобы припухла печень, и сердечная тупость заходила за правый край грудины, а во 2-хъ, самое распространеніе водянки и быстрота развитія ея не соотвѣтствуютъ нашимъ понятіямъ о водянкахъ сердечнаго происхожденія. Вотъ по этой-то причинѣ и приходится предположить существованіе еще какого-нибудь другого момента, располагающаго къ водянкѣ, и моментъ этотъ мы предполагаемъ въ нарушеніи питанія стѣнокъ капилляровъ подъ вліяніемъ скарлатинознаго токсина. Съ другой стороны, объяснить водянку однимъ лишь этимъ моментомъ, какъ дѣлалъ Sohnheim, по нашему мнѣнію, также нельзя, такъ какъ водянка быстро исчезаетъ, а количество мочи рѣзко увеличивается подъ вліяніемъ леченія, направленнаго къ подъему дѣятельности сердца; леченіе это состоитъ въ питательной діетѣ, не исключая и мяса, въ назначеніи умѣренныхъ порцій вина и кофеина, примѣрно по 0,03 до 0,06 на приемъ 4—6 разъ въ день, смотря по возрасту. Быстрое исчезаніе водянки подъ вліяніемъ такого леченія служитъ для насъ довольно важнымъ признакомъ для отличія подобныхъ водянокъ отъ нефритическихъ, которыя характеризуются, напротивъ, гораздо большею упорностью, такъ какъ противъ нефрита мы не имѣемъ цѣлебныхъ средствъ.

Итакъ, *скарлатинозная водянка безъ альбуминуриі не зависитъ отъ нефрита, а происходитъ подъ вліяніемъ двухъ причинъ:*

1) *измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ и 2) слабости сердца.*

Еще съ большимъ правомъ можно предполагать отсутствіе нефрита въ тѣхъ случаяхъ, когда безальбуминури́ная водянка развивается не послѣ скарлатины, а послѣ какой-либо болѣзни, не имѣющей отношенія къ почкамъ. Одинъ подобный случай мы наблюдали въ нашей клиникѣ въ октябрѣ 1896 г.

Мальчикъ, 8 лѣтъ, поступилъ въ дѣтскую клинику 28 октября по поводу общей подкожной водянки и водянки живота.

ANAMNESIS. Родители его люди здоровые, самъ больной съ 6-недѣльнаго возраста и до 5 лѣтъ воспитывался у дяди, и о здоровьѣ его за это время ничего неизвѣстно. Шести лѣтъ перенесъ оспу; годъ тому назадъ, именно въ окт. 1895 г., перенесъ сильный поносъ, продолжавшійся полтора мѣсяца, послѣ того былъ здоровъ до сентября нынѣшняго года, когда снова заболѣлъ *поносомъ*, который продолжается и до сихъ поръ; съ недѣлю назадъ впервые былъ замѣченъ *отекъ ногъ и лица*, одновременно больной значительно ослабѣлъ и слегъ въ постель.

STATUS PRAESENS. Значительная отечная опухоль лица, конечностей и туловища, скопленіе жидкости въ мошонкѣ, кожа мошонки очень отечна, утолщена и напряжена. При постукиваніи живота въ стоячемъ положеніи тупой звукъ замѣчается на всей нижней половинѣ, начиная на 2 пальца выше пупка; съ измѣненіемъ положенія граница тупого звука рѣзко измѣняется. Слабитъ больного жидкимъ, вонючимъ стуломъ 3—5 разъ въ сутки; иногда бываетъ рвота. *Толчекъ сердца едва ощутилъ*, тупой звукъ сердца заходитъ на палецъ за правый край грудины; тоны сердца слабы, *2-ой тонъ art. pulm. нѣсколько усиленъ; пульсъ 104, слабъ, малъ и аритмиченъ*. Мочи 700, съ большимъ осадкомъ мочекислыхъ солей, но она не содержитъ ни бѣлка, ни форменныхъ элементовъ. Подъ вліяніемъ молочной діеты и коффеина уже 2-го ноября нормальный стулъ, количество мочи дошло до 2000, она совсѣмъ прозрачна, уд. в. 1002, отеки быстро уменьшаются, пульсъ полнѣе. Выписанъ здоровымъ 14-го ноября.

Водянка у этого больного была очень похожа на безальбуминури́ную скарлатинозную водянку: та же слабость сердца, то же благопріятное и короткое теченіе подѣ вліяніемъ питательной діеты и коффеина, а потому мы имѣемъ право думать, что и патогенезъ этихъ водянокъ одинаковый, т. е. что и

здѣсь водянка развилась подъ вліяніемъ слабости сердца и измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ. Такъ какъ больной, несмотря на трехмѣсячный поносъ, отнюдь не былъ истощеннымъ субъектомъ, и подкожный жиръ у него сохранился довольно хорошо и, такъ какъ общей водянки послѣ хроническихъ поносовъ мы не встрѣчаемъ даже и при гораздо болѣе степеняхъ истощенія, то мы не находимъ возможнымъ объяснить водянку въ нашемъ случаѣ просто гидреміей; гидремическая водянка при хроническихъ поносахъ развивается очень медленно, и отеки рѣдко идутъ дальше ступней и голени; въ нашемъ же случаѣ водянка была общая и развилась крайне быстро. Мы думаемъ, что подъ вліяніемъ хроническаго катарра изъ кишечника всасывались разные токсины, которые, подобно скарлатинозному яду, оказали вредное дѣйствіе на всю сосудистую систему: съ одной стороны, они вызвали упадокъ дѣятельности сердца, а съ другой—нарушили питаніе капилляровъ. Что слабость сердца дѣйствительно была у нашего больного, это мы заключаемъ изъ результатовъ объективнаго изслѣдованія, а нарушенное питаніе капилляровъ мы должны допустить на основаніи распространенія водянки: вѣдь, если бы послѣдняя была обусловлена одной лишь слабостью сердца, то она развивалась бы постепенно и сначала занимала бы только ступни и голени.

На основаніи всего сказаннаго мы приходимъ къ заключенію, во 1-хъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются безальбуминуричныя водянки, не зависящія ни отъ воспаленія почекъ, ни отъ гидреміи или истощенія; во 2-хъ, что во многихъ случаяхъ подобныя водянки имѣютъ токсическое происхожденіе; въ 3-хъ, что токсины, играющіе роль въ патогенезѣ водянки, вызываютъ ее путемъ вліянія на стѣнки капилляровъ и на нервную систему сердца (противъ миокардита говоритъ быстрый поворотъ къ выздоровленію и короткость теченія), и въ 4-хъ, что токсины эти могутъ попасть въ кровь изъ кишечника, такъ что водянка въ такихъ случаяхъ является слѣдствіемъ самоотравленія.

IX.

Золотуха.

Лекція 27 ноября 1899 г.

Лидія Б., 2 лѣтъ 1 мѣс., поступила 24-го ноября 1899 года въ клинику по поводу опухоли на пальцахъ и на разныхъ мѣстахъ тѣла и корокъ на головѣ. Отецъ умеръ 33-хъ лѣтъ послѣ операціи аппендицита. До этого былъ въ общемъ здоровъ. За послѣднее время его жизни врачи находили сахаръ въ мочѣ. Мать—25 лѣтъ, здорова. Указаній на лues, туберкулезъ и алкоголизмъ нѣтъ. Былъ выкидышъ на 1-мъ мѣсяцѣ третьей беременности отъ неизвѣстной причины. Всѣхъ дѣтей было двое. Первый умеръ на первомъ мѣсяцѣ жизни, отъ какой болѣзни—мать не знаетъ; онъ слабымъ родился. Наша больная—второй ребенокъ. Родилась въ срокъ, 15 фунтовъ, чистенькою. Асфиксіи и болѣзней новорожденныхъ не было, глаза не гноились. Кормилась грудью кормилицы 9 мѣсяцевъ, и за это время ребенка ничѣмъ не прикармливали. Поносовъ не было. Зубы стали рѣзаться на 4-мъ мѣсяцѣ; къ году было 8 зубовъ. Въ настоящее время зубы всѣ. Прорѣзывать послѣднихъ зубовъ сопровождалось жаромъ и поносомъ. Ходить стала 9-ти мѣсяцевъ и не переставала. Въ концѣ года стала появляться зудящая сыпь на головѣ, которая съ тѣхъ поръ не проходитъ. Въ апрѣлѣ этого года у больной появилась опухоль въ правомъ паху, которая черезъ нѣсколько недѣль вскрылась, и вышелъ гной. Потомъ образовались такія же опухоли на ягодицахъ, на спинѣ, плечахъ и правой рукѣ. Два мѣсяца тому назадъ образовалась опухоль и краснота на

указательномъ пальцѣ лѣвой руки, а потомъ и на двухъ другихъ пальцахъ. Ребенокъ все время пользовался хорошимъ уходомъ; квартира сухая и теплая.

STATUS PRAESENS. Больная по своему росту и вѣсу соответствуетъ своему возрасту; слизистыя оболочки губъ и десенъ нѣсколько блѣдны, подкожно-клеточный жиръ развитъ хорошо; дѣвочка скорѣе тучна, чѣмъ худа. На многихъ мѣстахъ, какъ напримѣръ, на внутренней поверхности плеча лѣвой руки, на передней поверхности праваго плеча — прощупываются и видимы глазомъ рѣзко ограниченныя, шарообразныя, величиной въ крупный лѣсной орѣхъ, опухоли, упруго-плотной консистенціи, покрытыя нормальною кожей. На правой сторонѣ, въ области плечевого сустава, такая же опухоль, но ясно флюктуирующая; кожа на ней утончена, сине-багроваго цвѣта. На поясницѣ съ правой стороны и на животѣ выше лѣвой Пупартовой связки замѣчаются язвы съ подрытыми краями, выдѣляющія довольно густой гной. Въ правомъ паху замѣчается рубецъ, представляющійся наощупь довольно мягкой консистенціи, свидѣтельствующей о томъ, что рубцовая ткань въ данномъ случаѣ прикрываетъ грануляціонную ткань; подобнаго же рода рубецъ замѣчается и сзади, какъ разъ надъ *spina super. poster. os. ilei*, но рубецъ этотъ нѣсколько изъязвленъ въ центрѣ, и изъ язвочки сочится гной. Однимъ словомъ, больная представляетъ цѣлый рядъ, такъ называемыхъ, *золотушныхъ гуммъ* въ разныхъ фазисахъ развитія, начиная отъ ограниченной, плотной инфильтраціи въ подкожной клетчаткѣ и кончая образованіемъ золотушныхъ язвъ и рыхлыхъ рубцовъ. Весьма характерныя измѣненія въ видѣ, такъ называемыхъ, *spinae ventosae* имѣются у больной на нѣсколькихъ пальцахъ обѣихъ рукъ; такъ, напр., первая фаланга указательнаго пальца правой кисти и мизинца лѣвой представляются значительно припухшими, кожа въ этихъ мѣстахъ синебагроваго цвѣта, а на среднемъ пальцѣ лѣвой кисти и на большомъ правой такія же опухоли, но изъязвленныя. Какъ цѣльныя, такъ и изъязвленныя припухлости пальцевъ суть результаты *туберкулезнаго остеомиелита* костей пальцевъ. Далѣе можно отмѣтить у больной большое количество корочекъ на головѣ, по отдѣленіи которыхъ обнажается

мокнущая поверхность кожи; это, очевидно, — *корки экземы*, судя по анамнезу—хронической. На *задней сторонѣ шеи* прощупываются въ большомъ числѣ *плотныя, безболѣзненные, катающіяся подѣ пальцемѣ лимфатическія желѣзки*, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха. Въ другихъ отношеніяхъ дѣвочка здорова, если не считать ея расположенія къ насморкамъ и легкому кашлю. Въ настоящее время впрочемъ нѣтъ ни того, ни другого.

Больная наша представляетъ цѣлый рядъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ кожи, подкожной клѣтчатки и костей, — процессовъ, развившихся у ней безъ всякой видимой причины и безъ всякаго сомнѣнія указывающихъ на то, что мы имѣемъ передъ собой субъекта, въ высокой степени золотушнаго. Но что значить „золотушный“ ребенокъ, и что такое золотуха? Всякую ли экзему головы, сопровождающуюся припуханіемъ шейныхъ лимфатическихъ желѣзъ, можно считать за проявленіе золотухи? Конечно, нѣтъ. Если экзема развивается отъ вполне опредѣленныхъ причинъ и съ устраненіемъ ихъ быстро исчезаетъ, то это не будетъ экзема золотушная. Заведутся, напр., у ребенка вши, онъ чешется, и въ результатѣ развивается какъ бы хроническая экзема головы. Къ категоріи такихъ случайныхъ экземъ относится также и *eczema intertrigo*, являющаяся у тучныхъ дѣтей въ складкахъ шеи, за ушами или въ пахахъ, т. е. въ такихъ мѣстахъ, гдѣ кожа мацерируется и раздражается скопляющимся потомъ. Въ другихъ случаяхъ, различнаго рода сыпи, большею частью эритематознаго характера, но иногда пустулезныя, являются результатомъ ненормальнаго состава крови или примѣси къ ней какихъ-нибудь вредныхъ веществъ. Сюда относятся, напр., всякаго рода лекарственныя сыпи и сыпныя горячки (корь, скарлатина) и въ томъ числѣ *пустулезная сыпь при оспѣ*. Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ, все равно,—вызывается ли сыпь наружными раздражителями, или „изъ крови“, — общимъ ихъ отличительнымъ признакомъ будетъ то, что сыпь вызывается *известной* причиной, съ устраненіемъ которой быстро исчезаетъ, почему мы и не относимъ ихъ къ числу золотушныхъ сыпей; для послѣднихъ характерно, напротивъ, что онѣ являются обыкновенно *безъ всякой видимой причины*,

но отличаются чрезвычайнымъ упорствомъ и склонностью къ возвратамъ.

Золотушныя сыпи, равно какъ и другія проявленія золотухи, вызываются и поддерживаются не столько внѣшними вліяніями, сколько ненормальнымъ составомъ крови и зависящимъ отъ него упадкомъ питанія тканей, дѣлающимъ ихъ настолько ранимыми, что онѣ воспаляются подъ вліяніемъ или незначительныхъ, или и вовсе незамѣтныхъ причинъ, и очень долго не приходятъ къ нормѣ. Для многихъ случаевъ несомнѣнно, что причина, вызывающая то или иное воспаленіе (кожи, костей и проч.), находится въ самой крови („острота крови“, по выраженію древнихъ).

Золотухой мы называемъ не сыпь, не язвы, не поражение фалангъ, что видите у нашей больной, а *конституцію ея организма*, благодаря которой могло развиться у нея и то, и другое, и третье. Итакъ, на вопросъ — что такое золотуха, мы можемъ отвѣтить такъ: **золотуха есть результатъ общаго неправильнаго питанія организма, которое выражается большой ранимостью тканей, вслѣдствіе чего, подъ вліяніемъ ничтожныхъ или скоропроходящихъ раздраженій, наступаютъ весьма длительные воспалительные процессы, которые отличаются малой способностью къ заживленію и образованію стойкой ткани и легко рецидивируютъ.**

Золотушныя воспаленія всего чаще наблюдаются на кожѣ и въ лимфатическихъ железахъ, а потомъ на слизистыхъ оболочкахъ и костяхъ. Какъ при воспаленіяхъ вообще, такъ и при золотушныхъ воспаленіяхъ дѣло рѣдко обходится безъ участія микробовъ. Наблюденія показали, что при золотушныхъ процессахъ встрѣчаются какъ обычные возбудители нагноенія (различныя стафилококки), такъ иногда и туберкулезныя бациллы Кош'а, а потому можно сказать, что *неправильное питаніе организма, именуемое золотухой, создаетъ удобную почву для развитія различныхъ микробовъ, къ числу которыхъ относятся какъ обычные возбудители воспаленія и нагноенія, такъ и туберкулезныя бациллы.*

Въ чемъ состоитъ ближайшая причина чрезвычайной ранимости тканей, то есть, въ чемъ состоитъ сущность золо-

тухи, этого мы не знаемъ. По Virchow'у, золотушная конституція характеризуется главнымъ образомъ ослабленіемъ обмѣна веществъ въ организмѣ.

Съ выраженнымъ нами взглядомъ на золотуху, конечно, не всѣ согласны; уже издавна раздаются голоса, требующіе изгнанія золотухи изъ списка болѣзней. Прежде говорили, напримѣръ, что самопроизвольныхъ болѣзней кожи не бываетъ, и золотушные явленія приписывали нечистотѣ; однако, противъ этого говорятъ случаи золотухи при наилучшихъ условіяхъ, въ богатыхъ семьяхъ. Со времени же открытія туберкулезныхъ бациллъ, стали отвергать золотуху на томъ основаніи, что якобы всѣ золотушные проявленія имѣютъ туберкулезное происхожденіе; но этотъ взглядъ унитаристовъ не выдерживаетъ критики, такъ какъ *при золотухѣ наблюдается много такихъ заболѣваній, при которыхъ туберкулезныхъ бациллъ совершенно нѣтъ*. Сюда относятся, напр., хроническія экземы, увеличеніе тонзиллъ, аденоидныя разрастанія въ носоглоточномъ пространствѣ, фликтенулезные конъюнктивиты, блефариты, хроническій насморкъ и даже золотушныя гуммы подкожной клѣтчатки, которыя нѣкоторыми несправедливо считаются за туберкулезныя образованія, какъ показываютъ, напр., названія: *gommes scrofulo-tuberculeuses de Besnier* или *furunculöse Zellgewebstuberculose—Volkmann; gommes tuberculeuses de Dubreuilh*.

Золотушныя кожныя гуммы тщательно были изслѣдованы Canzler'омъ, Biedert'омъ, Raneke, Gisler'омъ, Malasèsse на присутствіе въ нихъ туберкулезныхъ палочекъ, и результаты получились отрицательные. Особенно интересны и убѣдительно изслѣдованія Gisler'a, который изслѣдовалъ микроскопически и прививками подъ кожу и въ полость брюшины морскимъ свинкамъ не только гной изъ распавшихся старыхъ гуммъ, но и вещество самыхъ свѣжихъ инфильтратовъ. Для этого онъ вырѣзывалъ ихъ, растиралъ съ водой и потомъ впрыскивалъ свинкамъ въ полость брюшины. Черезъ 1—2 мѣсяца онъ убивалъ животное и при вскрытіи не находилъ туберкулеза.

Правда, сторонники туберкулезнаго происхожденія гуммъ могутъ возразить на это, что другіе изслѣдователи (Letulle,

Ausset, Remy) въ отдѣльныхъ случаяхъ находили въ гною гуммъ туберкулезныхъ бациллъ; но подобныя находки были сдѣланы лишь въ значительномъ меньшинствѣ случаевъ, а потому можетъ явиться вопросъ, не есть ли это результатъ вторичной туберкулезной инфекціи, какъ было это, напр., въ слѣдующемъ очень поучительномъ случаѣ Demmée. Дѣло шло о мальчикѣ 3¹/₂ лѣтъ, страдавшемъ обширною мокнущею экземой лица, живота и лѣваго бедра и отданномъ на воспитаніе одной женщиной. Многократныя изслѣдованія въ промежутокъ времени отъ конца октября до половины ноября ни разу не открыли въ отдѣляемомъ бугорковыхъ палочекъ, пока къ той же женщинѣ не поступила на воспитаніе 7-ми лѣтняя дѣвочка съ туберкулезными кавернами въ легкихъ. Оба ребенка жили вмѣстѣ и даже спали на одной кровати. Недѣли черезъ три послѣ поступленія чахоточной дѣвочки было произведено четвертое изслѣдованіе отдѣляемаго экземы у мальчика и на этотъ разъ съ положительнымъ результатомъ: бациллы Koch'a были найдены; спустя два мѣсяца, ребенокъ заболѣлъ лѣвостороннимъ кокситомъ, а еще черезъ три мѣсяца онъ умеръ отъ туберкулезнаго менингита. Demmée же описалъ случай зараженія экземы подбородка у дѣвочки, выдѣлявшей мокроту, богатую бациллами; въ свѣжихъ пузырькахъ экземы и подъ корками бациллъ не было. Вторичною же инфекціей слѣдуетъ объяснять находку Koch'овскихъ бациллъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ гипертрофированныхъ тонзиллъ (Dieulafoi изъ 61 случая гипертрофіи миндалинъ нашелъ бациллъ въ 8, т. е. въ 13⁰/₀) и аденоидныхъ разрастаній. Что касается лимфатическихъ железъ шеи, то и тутъ дѣло начиналось обыкновенно съ простой гиперплазіи (Высоковичъ, Biedert), а туберкулизація является много позднѣе. Тогда и клиническій характеръ болѣзни измѣняется: железы, которыя катались подъ пальцемъ и представлялись въ видѣ отдѣльныхъ железокъ, начинаютъ срастаться сначала между собою, а потомъ и съ кожей, образуя плотныя, бугристыя опухоли, которыя позднѣе могутъ размягчаться, образуя абсцессы съ творожисто-гнойнымъ содержимымъ; въ концѣ концовъ образуются фистулезныя, долго не заживающія язвы. Нѣчто подобное замѣчается въ частности относительно золо-

тушныхъ гуммъ у нашей больной. Гуммы у нея двухъ родовъ: однѣ гуммы нагноятся, вскроются и сравнительно быстро заживутъ, другія же, напротивъ, вскрываются и долго не заживаютъ, оставляя на своемъ мѣстѣ либо язву съ подрытыми краями, либо грануляціонную ткань, слегка прикрытую тонкимъ, непрочнымъ рубцомъ (какъ напр., въ правомъ паху). Весьма вѣроятно, что такая рѣзкая разница въ теченіи гуммъ зависитъ оттого, что въ случаѣ незаживающихъ гуммъ къ продуктамъ золотушнаго воспаленія присоединилась Koch'овская бацилла.

Несомнѣнно, что вторичная инфекція туберкулезными палочками имѣетъ мѣсто у золотушныхъ и при воспаленіи внутреннихъ органовъ, такъ напр., у золотушныхъ больныхъ катарральное воспаленіе легкихъ послѣ кори или коклюша можетъ долго тянуться, какъ простое, но въ концѣ концовъ и сюда могутъ присоединиться туберкулезныя палочки.

Даже и съ костями дѣло обстоитъ не такъ просто, какъ кажется. Очень часто наблюдаютъ, что послѣ ушиба, напримѣръ, колѣна развивается травматическое воспаленіе сустава, а въ дальнѣйшемъ оказывается, что оно переходитъ въ туберкулезъ. Не слѣдуетъ, однако, думать, что туберкулезныя бациллы были уже и раньше въ колѣнѣ и только ждали этого случая; но дѣло шло такъ, что бациллы, попавшія тѣмъ или инымъ путемъ въ организмъ, привились къ ушибленному мѣсту. Есть прямые опыты Schuller'a, который причинялъ собакамъ ушибы сочлененій и, затѣмъ, однѣмъ изъ нихъ впрыскивалъ въ кровь туберкулезныя бациллы, а другимъ нѣтъ. У первыхъ развивалось туберкулезное пораженіе суставовъ, а у вторыхъ — нѣтъ. Наблюденія, аналогичныя вышеприведенному случаю Demmée съ экземой, существуютъ и относительно страданія костей. Kroske, напримѣръ, видѣлъ зараженіе туберкулезомъ резекціонной раны, а Biedert, въ своемъ учебникѣ, описываетъ случай нѣсколько разъ оперированнаго фунгознаго остита, при чемъ изслѣдованіе на бациллы всегда давало отрицательные результаты, но въ концѣ концовъ, когда больная стала отхаркивать мокроту, богатую бациллами вслѣдствіе вскрывшейся въ легкое размягченной, творожистой бронхіальной железы, бациллы появились и въ больной кости.

Я рѣшительно высказываюсь не только за то, что *туберкулезъ и золотуха двѣ вещи разныя*, но даже говорю, что *туберкулезъ у золотушныхъ субъектовъ есть осложненіе, какъ результатъ вторичной инфекціи*.

На конституціональную аномалію, извѣстную подъ именемъ золотухи, или золотушнаго діатеза, можно смотрѣть, какъ на вспаханную, но не засѣянную почву, удобную для произрастанія не однѣхъ лишь Коч'овскихъ бациллъ, но также, и даже въ еще ббольшей степени, всякаго рода гноеродныхъ микробовъ. Воспалительные очаги, вызванные послѣдними, даютъ, повидимому, туберкулезнымъ палочкамъ еще болѣе удобную почву для ихъ развитія, чѣмъ здоровья ткани золотушныхъ субъектовъ.

Замѣтимъ кстати, что подобная же ранимость ткани, какъ при золотухѣ, наблюдается и при рахитизмѣ, съ тою лишь разницей, что при послѣднемъ обязательно встрѣчается еще извѣстное, вполнѣ опредѣленное, страданіе костей, и, кромѣ того, рахитизмъ развивается въ болѣе раннемъ возрастѣ, до 2-хъ лѣтъ, и къ 4-мъ годамъ самопроизвольно стихаетъ, а золотуха всего сильнѣе выражается отъ 5-ти до 10-ти лѣтъ, хотя отъ нея не избавлены и дѣти на 1-мъ году жизни.

Если мы видимъ характерное для рахитизма измѣненіе костей и одновременно тѣ или иныя явленія, свойственныя золотухѣ, то трудно рѣшить, только ли это рахитизмъ, или рахитизмъ, осложненный золотухой.

Сходство между этими двумя заболѣваніями сказывается и въ общности этиологіи. Старый возрастъ родителей, застарѣлый *lues* у того или другого изъ нихъ, туберкулезъ и вообще ослабленный чѣмъ-нибудь организмъ родителей способствуютъ развитію той и другой болѣзни у дѣтей. На развитіе золотухи въ частности громадное вліяніе оказываетъ золотуха родителей въ дѣтствѣ. Имѣеть ли такое же вліяніе золотуха кормилицы—неизвѣстно. Тѣмъ не менѣе, конечно, никто изъ врачей не возьметъ кормилицу съ указаніями на золотуху. Дурныя гигиеническія условія, напримѣръ, сырая квартира, преждевременное прикармливаніе крахмалистою пищей, содѣйствуютъ развитію золотухи и рахитизма. Если ребенокъ въ раннемъ дѣтствѣ страдалъ рахитизмомъ, то въ болѣе

позднемъ возрастѣ у него сплошь да рядомъ развивается золотуха. Такая общность этиологіи и нѣкоторыхъ симптомовъ говорить въ пользу близкаго сродства этихъ двухъ болѣзней.

Въ виду того, что золотуха, собственно говоря, не болѣзнь, а только почва, удобная для развитія тѣхъ или другихъ заболѣваній, говорить о ея симптомахъ, въ точномъ смыслѣ этого слова, нельзя. Можно говорить только о золотушномъ habitus'ѣ. Различаютъ два вида золотухи: торпидную и эретическую. Въ первомъ случаѣ ребенокъ отличается большою головою, одутловатымъ лицомъ, объемистымъ животомъ; подкожно-жирный слой у него рѣзко развитъ. Вслѣдствіе свойственнаго золотухѣ хроническаго насморка, происходитъ утолщеніе верхней губы и разращеніе аденоидовъ, и тогда лицо пріобрѣтаетъ еще болѣе характерный видъ. Ребенокъ вообще, какъ говорятъ, „сырой“; умственныя способности его вялы, мышцы дряблы; лимфатическія железы на шеѣ прощупываются увеличенными. Дѣти второго типа отличаются нѣжною бѣлой кожей, черезъ которую просвѣчиваютъ вены, малымъ развитіемъ подкожно-жирнаго слоя, длинными рѣсницами, голубоватою склерой, шелковистыми, мягкими, тонкими волосами, слабыми мышцами. Все сложеніе отличается особенной деликатностью. Само собой разумѣется, что не каждый золотушный ребенокъ можетъ быть подведенъ подъ тотъ или другой типъ, такъ какъ встрѣчается множество переходныхъ формъ, но, въ общемъ, эти типы установлены не безъ основанія. Особою ранимостью у золотушныхъ отличается кожа: у нихъ очень часто наблюдаются хроническія экземы, особенно головы, и другія длительныя зудящія сыпи; такъ, нерѣдко развивается *prurigo*, *prurigo mitis*, *s. strophulus*, изрѣдка наблюдается *lupus* и подкожные золотушные узлы, какъ у нашей больной.

Часто страдаютъ у золотушныхъ дѣтей и слизистыя оболочки: имъ свойственны хроническіе насморки, гипертрофіи носовыхъ раковинъ, аденоидныя разрастанія въ носоглоточной полости, увеличеніе миндалинъ и вообще хроническіе катарры какъ дыхательныхъ, такъ и пищеварительныхъ органовъ. Всѣ эти болѣзни отличаются склонностью къ длительному теченію и повторенію отъ самыхъ ничтожныхъ причинъ.

Со стороны скелета чисто-золотушные процессы встрѣчаются рѣдко, такъ какъ всякаго рода хроническія воспаленія въ сочлененіяхъ, въ позвонкахъ и остеомиэлиты фаланговыхъ костей оказываются обыкновенно, если не всегда, туберкулезнаго свойства. Наоборотъ, пораженія глазъ (*blepharitis, conjunctivitis et keratitis phlyctenulosa*) и ушей гораздо чаще возникаютъ безъ участія туберкулезныхъ бактерий.

Такія же заболѣванія можно встрѣтить и у рахитиковъ. но, сверхъ того, у послѣднихъ очень часты различныя нервныя явленія (судороги, лярингоспазмъ и т. д.), чего при золотухѣ не бываетъ, только при эретической формѣ ея наблюдается общая нервность.

Тянется золотуха годами и оканчивается обыкновенно только въ періодъ половой зрѣлости, когда въ организмѣ происходитъ какъ бы переломъ, и все приходитъ къ нормѣ. Предсказаніе само по себѣ хорошо, пока не произошло важныхъ осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ. Что касается леченія золотухи, то несомнѣнно, что большое значеніе могутъ имѣть различныя профилактическія мѣры, которыя въ общемъ сводятся къ установкѣ правильнаго гигиено-дietetическаго режима: больной не только долженъ получать соотвѣтственно его возрасту питательную пищу, но пользоваться также достаточнымъ движеніемъ на чистомъ воздухѣ какъ лѣтомъ, такъ и зимой. Матери больныхъ дѣтей очень старательно заботятся о пищѣ, но сплошь и рядомъ забываютъ о воздухѣ—это большая ошибка.

Вообще, золотушнымъ дѣтямъ рекомендуется мясо, молоко, яйца и запрещается хлѣбъ, картофель и, особенно, медъ. Прежде всего надо замѣтить, что на мучнистыя блюда и картофель нельзя смотрѣть, какъ на вещи, сами по себѣ ядовитыя для золотушныхъ субъектовъ: они вредны только тогда, когда составляютъ исключительную или главную пищу ребенка. Но, какъ прибавка къ мясной или молочной пищѣ, ни хлѣбъ, ни картофель не только не вредны, но даже полезны, такъ какъ, разнообразя пищу, они поддерживаютъ болѣе живой аппетитъ. Въ этомъ смыслѣ полезна также и всякая зелень, соленые огурцы и т. п. Разрѣшая въ большемъ или меньшемъ количествѣ хлѣбъ и картофель, мы обращаемъ

вниманіе на форму золотухи, т. е. на состояніе общаго питанія больного. При торпидной золотухѣ, т. е. при хорошо развитомъ подкожномъ жирѣ, при общей вялости больного, „покойныхъ нервахъ“ мы ограничиваемъ мучную пищу, насколько возможно, и придерживаемся больше мяса; при недостаткѣ аппетита прибѣгаемъ къ мясному соку. Наоборотъ, при эретической формѣ золотухи, когда ребенокъ худъ и нервенъ, мы не стараемся держать его исключительно на мясѣ, а охотно даемъ ему и хлѣбъ, и картофель, но только не какъ исключительную пищу. Что касается до меда, то въ діетѣ золотушныхъ онъ занимаетъ совсѣмъ особое положеніе и для нѣкоторыхъ субъектовъ онъ можетъ считаться прямо вреднымъ, такъ какъ, благодаря идиосинкразіи этихъ больныхъ, онъ вызываетъ у нихъ различныя сыпи, то въ видѣ уртикаріи, то въ формѣ болѣе или менѣе распространенныхъ экземъ и конъюнктивита. Если больной переноситъ медъ безъ всякихъ послѣдствій, то можетъ быть разрѣшенъ въ умѣренномъ количествѣ, какъ и другія сладости, которыя вредны золотушнымъ, главнымъ образомъ, тѣмъ, что портятъ аппетитъ и желудокъ; но если золотушному ребенку даютъ послѣ завтрака и обѣда одну—двѣ конфеты, то возразить противъ этого нечего.

Къ профилактическимъ мѣрамъ относится также забота о сухомъ, тепломъ и свѣтломъ жилищѣ и о культурѣ кожи. Дѣтей, расположенныхъ къ золотухѣ, слѣдуетъ приучать къ прохладной водѣ съ самаго ранняго возраста; маленькихъ, лѣтъ до двухъ, обыкновенно купаютъ въ ваннѣ, причемъ t^0 воды легко довести градусовъ до 25^0 R., а послѣ двухъ лѣтъ можно пользоваться ежедневными обтираніями всего тѣла мокрою губкой и потомъ сухою простыней или обливаніемъ съ плечъ по утрамъ водой въ 25^0 R., постепенно нисходя до 22^0 , или у дѣтей послѣ 6-ти лѣтъ—до 20^0 R. Вообще говоря, дѣтьми тучными (торпидная форма) эти холодныя обтиранія или обливанія переносятся гораздо лучше, чѣмъ худыми и нервными; для послѣднихъ вода не должна быть прохладнѣе $24-23^0$. Если ребенокъ зябнетъ послѣ обливаній, то это значитъ, что данная t^0 для него слишкомъ низка и отъ такихъ обливаній будетъ только вредъ.

Если ребенок не выносить холодных обтираний или если онъ расположенъ къ катаррамъ дыхательныхъ органовъ и притомъ обращается къ врачу въ холодное время года, то можно назначить ему *обтиранія водкой*. Такія обтиранія дѣлаются по утрамъ подъ одѣяломъ посредствомъ перчатки изъ фланели или изъ мягкаго мохнатаго полотна. Перчатка смачивается подогрѣтою водкой и проводится сначала по передней, потомъ по задней поверхности тѣла, и затѣмъ все тѣло тщательно вытирается мягкимъ полотенцемъ. Позднѣе (недѣли черезъ двѣ) берутъ водку пополамъ съ водой и еще позднѣе переходятъ къ чистой водѣ 24—22° R. Лѣтомъ всякаго рода обтиранія или обливанія лучше замѣнить купаньемъ въ рѣкѣ, если только ребенокъ старше 5-ти лѣтъ и t° воды не ниже 20° R. При рѣзко выраженной золотухѣ могутъ быть умѣстны соленныя ванны.

Соленныя ванны, равно какъ и холодныя обливанія или обтиранія, считаются средствомъ, усиливающимъ обмѣнъ веществъ въ организмѣ; чѣмъ холоднѣе ванны и чѣмъ больше въ ней соли, тѣмъ сильнѣе дѣйствіе. Холодныя соленныя ванны, а, слѣдовательно, и *морскія купанья, съ особенною пользою употребляются при торпидныхъ формахъ золотухи*, а для дѣтей *худыхъ и нервныхъ годятся только тепловатыя ванны въ 27° и не ниже 25° R.* Для легкихъ ваннъ беремъ по 1/3 ф. на ведро воды (10/0 ванна), для болѣе концентрированныхъ по 1/2 и даже по цѣлому фунту соли на ведро. Продолжительность ванны колеблется отъ 10 до 20 мин., смотря по температурѣ воды и по ребенку: чѣмъ *моложе ребенокъ, чѣмъ онъ малокровнѣе и нервнѣе, тѣмъ ceteris paribus должна быть слабѣе и короче ванна.* Обыкновенно начинаютъ съ 27° и позволяютъ сидѣть 15—20 минутъ (не зябнуть), а потомъ, черезъ 2—3 ванны, спускаютъ температуру по одному градусу, доходя въ лѣтнее время для торпидныхъ натуръ до 22°. Для чувствительныхъ, слабыхъ дѣтей первое время дѣлаютъ ванны черезъ день, потомъ ежедневно, всего отъ 30-ти до 50-ти ваннъ. Крѣпкія, полныя дѣти могутъ съ самаго начала брать ежедневныя ванны. Тотчасъ послѣ ванны ребенка обливаютъ нѣсколько болѣе холодною, чѣмъ ванна, водой и потомъ или оставляютъ на часокъ въ постели (если ребенокъ слабъ), или,

напротивъ, заставляють его погулять и побѣгать. Во время леченія ваннами полезно послѣдить за вѣсомъ ребенка: *если замѣчается паденіе вѣса, то ванны берутся послабѣе или ихъ дѣлають рѣже*. Лучшее время для леченія ваннами—лѣто.

Хотя теоретически и считается наиболѣе сильно дѣйствующими хлористый кальцій и хлористая магнезія, какъ болѣе гигроскопичныя, но дешевизны ради соленыя ванны дѣлаются обыкновенно изъ поваренной соли, сравнительно съ которой морская соль не имѣеть ровно никакихъ преимуществъ.

Холодныя морскія купанья, какъ ужъ сказано, годятся только для торпидныхъ формъ золотухи и притомъ для дѣтей не моложе 5-ти лѣтъ. На Черномъ морѣ дѣти 6—10 лѣтъ, при t° воды въ 20° R, могутъ оставаться въ водѣ отъ 3-хъ до 5-ти минутъ, а на Балтійскомъ, гдѣ вода бываетъ обыкновенно не теплѣе 15° R,—минуты $1\frac{1}{2}$ —3. Если морскія купанья для даннаго ребенка слишкомъ сильны, то это выражается прежде всего потерей аппетита и тревожнымъ сномъ, а потомъ, если, несмотря на это предостереженіе, ребенка продолжаютъ купать, онъ дѣлается раздражителенъ, начинаетъ часто жаловаться на головныя боли и замѣтно худѣть.

Нервныя, худощавыя дѣти часто представляютъ подобныя симптомы, даже и не купаясь, а просто подъ вліяніемъ морского воздуха, особенно при вѣтрахъ. По этой причинѣ дѣти, представляющія изъ себя образчики эретической формы золотухи, плохо чувствуютъ себя, напр., въ Ниццѣ весной, когда тамъ дуютъ постоянныя вѣтры съ моря, и быстро поправляются послѣ переѣзда въ защищенный Аркашонъ.

Золотушнымъ и малокровнымъ дѣтямъ морской воздухъ, вообще говоря, очень полезенъ, но еще лучше, если возможно, укрыться отъ вѣтровъ, если, напр., берегъ моря занять сосновымъ лѣсомъ, какъ это имѣется во многихъ мѣстахъ Балтійскаго побережья, напр., около Риги и Нарвы.

Родители часто предпочитаютъ везти дѣтей на лѣто на Черное море, но это неосновательно: лѣтомъ тамъ слишкомъ жарко, и подъ вліяніемъ жары дѣти теряють аппетитъ, много пьютъ и нерѣдко заболѣвають поносами. Много полезнѣе ѣхать съ слабыми дѣтьми (все равно—золотушными или просто малокровными) на прохладный берегъ Балтійскаго моря

(около Риги, по Тукумской ж. д., или около Нарвы, особенно Хунгербургъ, или въ Финляндію—Ганго и др.). Здѣсь дѣти гуляютъ на берегу или въ сосновомъ бору безъ устали цѣлые дни и, получая чуть не волчій аппетитъ, отлично поправляются, даже и не купаясь въ морѣ. Въ холодное время года, особенно на осень (августъ—декабрь), безспорно—лучше ѣхать на южное море.

Слабыя и золотушные дѣти лѣтомъ хорошо поправляются также въ горахъ, но, къ сожалѣнію, у насъ въ Россіи нѣтъ подходящихъ курортовъ: Кисловодскій паркъ тѣсенъ и сыръ, а экскурсіи въ сосѣднія горы неудобны—и по отдаленности ихъ, и по отсутствію не только дорогъ, но даже и тропинокъ. Состоятельные люди уѣзжаютъ поэтому за границу, гдѣ очень много хорошихъ мѣстъ и въ Тиролѣ, и въ Швейцаріи, и въ другихъ мѣстахъ.

При туберкулезномъ пораженіи костей и суставовъ мы посылаемъ золотушныхъ дѣтей или въ Одесскіе лиманы, или на грязи (Старая Русса, Славянскъ, Друсkenики, Сакки и др.).

Для медикаментознаго леченія золотухи рекомендуются какъ внутреннія, такъ и наружныя средства. Изъ лекарствъ всего чаще употребляются рыбій жиръ, желѣзо, креозотъ и препараты іода.

Рыбій жиръ годится далеко не для всякаго золотушнаго ребенка; показаніемъ къ нему служитъ *худоба и нервнось*, значить—эретическая форма золотухи. Мы предпочитаемъ очищенный сортъ рыбьяго жира—*ol. jecoris Aselli alb.*—какъ болѣе пріятный на вкусъ и не вызывающій отрыжки. Маленькія дѣти (2—4 л.) начинаютъ съ одной чайной ложки въ день и доходятъ до 3—4 чайныхъ ложекъ, а дѣти постарше—съ десертной и до двухъ столовыхъ. Чтобы жиръ легче переносился желудкомъ, слѣдуетъ давать его непосредственно передъ ѣдой и всего лучше закусывать или чернымъ хлѣбомъ съ солью, или паюсною икрой, или запивать небольшимъ количествомъ вина (мадера, хересъ и т. п.) Дѣтямъ, страдающимъ запоромъ, мы предпочитаемъ давать рыбій жиръ на пустой желудокъ, напр., часа за два до завтрака и до обѣда, и даемъ его въ сравнительно болѣшихъ дозахъ. Если у ребенка существуетъ отвращеніе къ этому средству и онъ не

можетъ привыкнутьъ къ нему, или если подѣ влияніемъ рыбьяго жира пропадаетъ аппетитъ, или испражненія дѣлаются слишкомъ вонючи или жидки, — то слѣдуетъ воздержаться отъ дальнѣйшихъ приемовъ. Но если ребенокъ пьетъ это средство съ удовольствіемъ и хорошо переноситъ его, то можно давать его нѣсколько мѣсяцевъ подрядъ. Лѣтомъ, когда дѣти и безъ того часто хворають поносами, обыкновенно лечение рыбьимъ жиромъ прерывается.

Почему рыбій жиръ можетъ дѣйствовать на золотуху лучше другихъ жировъ, напр., сливочнаго масла, — сказать трудно. По Buchheim'у онъ легче эмульгируется и всасывается, потому что содержитъ въ себѣ до 6% свободной олеиновой кислоты, и на этомъ основаніи Mehring предложилъ замѣнить настоящей рыбій жиръ искусственнымъ, какъ болѣе пріятнымъ на вкусъ, названнымъ имъ *липаниномъ*. Препарат этотъ есть ни что иное, какъ первый сортъ прованскаго масла съ прибавкой 6% олеиновой кислоты.

Мнѣніе Buchheim'а нельзя считать доказаннымъ, такъ какъ, кромѣ олеиновой кислоты, въ рыбьемъ жирѣ содержится еще много и другихъ примѣсей (желчь, іодъ и др.), въ числѣ которыхъ, можетъ быть, найдутся и какія-нибудь составныя части печеночныхъ клѣтокъ, благодаря которымъ лечение рыбьимъ жиромъ со временемъ будетъ отнесено, можетъ быть, къ категоріи органотерапіи. Какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ для тѣхъ больныхъ, которымъ показано употребленіе рыбьяго жира, можно давать, если онъ не переносится, другіе жиры, напр., липанинъ или сливочное масло, изъ коихъ я предпочелъ бы послѣднее, какъ жиръ животнаго происхожденія.

Жельзо назначается при всякой формѣ золотухи, если только *больной* представляеть болѣе или менѣе рѣзко выраженное *малокровіе* (блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, венозные шумы подѣ ключицей). Препараты тѣ же, что и при рахитизмѣ (см. соотвѣтствующую главу). Нѣкоторые назначаютъ его вмѣстѣ съ рыбьимъ жиромъ, напр., такъ:

Rp: Ferri jodati 3,0—5,0

Ol. jecoris Asel. 100,0 stet per 48 h.

Deinde decanta.

DS. 1—2 стол. ложки въ день. (Monti).

При слабомъ желудкѣ можно рекомендовать желѣзныя минеральныя воды, особенно *искусственную пиррофосфорную желѣзную воду Struve*. Эта вода очень пріятна на вкусъ и долго сохраняется, не давая осадка окиси желѣза, какъ это постоянно встрѣчается въ натуральныхъ желѣзныхъ водахъ. Воду эту пьютъ за завтракомъ и за обѣдомъ отъ $\frac{1}{2}$ до 2-хъ стакановъ въ день.

Креозотъ былъ предложенъ для леченія *всѣхъ проявленій золотухи Sommerbrodt*омъ, но предложеніе это, какъ видно, не встрѣтило поддержки, и въ настоящее время креозотъ назначается только при *золотухѣ, осложненной туберкулезнымъ поражениемъ костей или серозныхъ оболочекъ*. Такъ какъ креозотъ очень непріятнаго вкуса, да притомъ сильно раздражаетъ желудокъ, то его замѣняютъ обыкновенно или углекислымъ гваяколомъ, или креозоталемъ (углекислый креозотъ) и др. производными. Первый прописывается въ порошкахъ по 0,05 (ребенку 2-хъ лѣтъ) до 0,25 (ребенку 8—10 лѣтъ) раза три въ день, восходя до пріемовъ вдвое и втрое большихъ; креозоталь, какъ препаратъ жидкій, выписывается въ капляхъ, примѣрно, по столько капель, сколько больному лѣтъ, восходя до пріемовъ, втрое большихъ.

Препараты *іода* для самой золотухи значенія не имѣютъ, такъ какъ исправить аномалію общаго питанія, лежащую въ основѣ золотушнаго діатеза, они не могутъ; но тѣмъ не менѣе они часто назначаются золотушнымъ субъектамъ, именно, *при* наличности какихъ-либо *хроническихъ инфильтратовъ*, напр., въ формѣ опуханія железъ, періоститовъ и пораженія серозныхъ оболочекъ (брюшина, сочлененія). Изъ препаратовъ іода всего чаще употребляется іодистое желѣзо и іодистый кали или натръ.

Ferrum jodatum saccharatum и *syg. ferri jodati* принадлежать къ числу довольно тяжелыхъ препаратовъ и потому назначаются въ сравнительно небольшихъ дозахъ: первый по 0,02 до 0,1 на пріемъ, смотря по возрасту; второй по 2—15 капель напр.:

Rp: Ferri jodati sacch. 1,0

Sacchari 2,0

M. f. pulv., div. in part. aeq. № X.

DS. По 1 пор. 3 раза въ день (ребенку 7—10 л.).

Rp: Syr. ferri jodati 10,0

Syr. simpl. 50,0

DS. По чайной ложкѣ 3 раза въ день.

Изъ наружныхъ средствъ, кромѣ ваннъ и обтираній, при золотухѣ рекомендуются также втиранія зеленого мыла, предложенныя Kapesser'омъ, лѣтъ 20 тому назадъ. Сначала предложеніе это не нашло себѣ сочувствія, но въ послѣднее время, повидимому, леченіе зеленымъ мыломъ входитъ въ моду. Зеленому мылу приписывается не мѣстное дѣйствіе, какъ какой-нибудь мази или пластырю, а общее вліяніе на питаніе организма, подобно тому, какъ соленымъ ваннамъ. Улучшая общее питаніе, втиранія зеленого мыла дѣйствуютъ роборирующимъ и разсасывающимъ образомъ на старые инфильтраты *при хроническихъ воспаленіяхъ железъ, костей, сочлененій, серозныхъ оболочекъ*, а также при *хроническихъ болѣзняхъ кожи, глазъ и ушей*, — при чемъ втиранія дѣлаются не въ больныя мѣста, а напротивъ, въ мѣста, гдѣ кожа здорова. Зеленое мыло довольно сильно раздражаетъ кожу, и чѣмъ дольше оно остается въ соприкосновеніи съ кожей, тѣмъ сильнѣе раздраженіе. По этой причинѣ поступаютъ такъ: чайную или— для большихъ дѣтей—десертную ложку зеленого мыла втираютъ въ теченіи 5 — 7 минутъ въ спину, отъ затылка до крестца, и черезъ 15—30 минутъ смываютъ мыло теплой водой; черезъ день повторяютъ ту же процедуру. Когда черезъ нѣсколько дней замѣчаютъ воспаленіе кожи (трещины эпидермиса, краснота), то спину оставляютъ въ покоѣ, а втиранія дѣлаютъ въ грудь и животъ или въ конечности. Въ случаѣ очень большой чувствительности кожи къ мылу, втиранія производятся черезъ 2 дня.

Кромѣ общаго леченія, смотря по тѣмъ или инымъ проявленіямъ золотухи, требуется еще и мѣстное леченіе. Многія изъ этихъ проявленій выходятъ изъ сферы компетенціи дѣтскаго врача и относятся къ другимъ специальностямъ, какъ напримѣръ, туберкулезныя заболѣванія костей и суставовъ, аденоидныя разращенія, заболѣванія ушей и глазъ. Объ этихъ вещахъ я пока говорить не буду; но считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ о леченіи экземы.

Дѣтскія экземы, развивающіяся на почвѣ рахитизма или

золотухи, сплошь и рядомъ отличаются чрезвычайнымъ упорствомъ и наклоностью къ возвратамъ, такъ что такія экземы составляютъ сущее наказаніе не только для больного, но и для врача. Нерѣдко онѣ тянутся съ короткими перерывами, а то такъ и вовсе безъ антрактовъ, много мѣсяцевъ и даже лѣтъ, а потомъ съ возрастомъ исчезаютъ безъ всякаго леченія. Немудрено поэтому, что противъ хронической экземы рекомендовано множество средствъ, изъ числа которыхъ я приведу только тѣ, что обыкновенно употребляются въ нашей клиникѣ и большею частію съ успѣхомъ, хотя иногда и временнымъ.

Хроническія экземы у золотушныхъ дѣтей протекаютъ или въ видѣ мокнущихъ экземъ съ образованіемъ корокъ, или въ видѣ сухихъ, шелушащихся сыпей. При мокнущихъ экземахъ мы употребляемъ или *ung. diachyl.*, или мази съ бѣлой осадочной ртутью (*Hydr. pp. alb. 1:20 axung. porci* или *ung. cetacei*), или нафталанъ. *Ung. diachyl.* намазывается на тряпочку и накладывается на больное мѣсто, мѣняя тряпочку 1—2 раза въ день, а *ung. ex. Hydr. pp. albo*, равно какъ и нафталанъ, просто намазываются на мѣсто, занятое сыпью, раза 2—3 въ день. Если сыпь перестала мокнуть, то осторожно переходимъ къ дегтярнымъ препаратамъ, наприим. беремъ:

Rp: *Ung. diachyl.* 25,0

Ol. rusci 2,5—5,0,

или Rp: *Zinci benzoici*

Ol. fagi empyr. $\bar{a}a$ 2,0

Ung. paraffini 25,0,

или Rp: *Flor. sulfur.*

Ol. fagi $\bar{a}a$ 10,0

Saponis virid.

Axung. porci $\bar{a}a$ 20,0

Cretae albae 2,0

MDS. Мазь. (Wilkinson).

Если экзема представляется въ видѣ совсѣмъ сухой, зудящей и шелушащейся сыпи, то смазываемъ ее чистымъ дегтемъ (*Ol. rusci*) разъ или два въ день.

За послѣдній годъ мы наблюдали въ клиникѣ три случая хроническихъ золотушныхъ экземъ головы, лица и другихъ мѣстъ, не уступавшихъ обычному мѣстному леченію, но до-

вольно быстро исчезнувшихъ подъ вліяніемъ небольшихъ дозъ каломеля. Мы давали это средство по 0,005 на пріемъ, два раза въ день въ теченіе 2—3-хъ недѣль и видѣли, что зудъ исчезалъ съ первыхъ же дней, а недѣли черезъ 2—3 исчезала и сыпь. Несомнѣнно, что каломель помогаетъ не во всѣхъ случаяхъ хроническихъ экцемъ, и только дальнѣйшія наблюденія должны выяснитъ болѣе точныя показанія къ назначенію этого средства; растройства пищеварительной дѣятельности, повидимому, особой роли тутъ не играютъ.

Возвращаясь къ нашей больной, мы можемъ сказать, что у нея рядомъ съ чисто золотушнымъ страданіемъ кожи въ видѣ экземы имѣются еще и золотушныя гуммы и подозрительныя, въ смыслѣ туберкулеза, происшедшія изъ такихъ гуммъ язвы съ подрытыми краями и фокусы грануляціонной ткани, прикрытыя тонкимъ, нѣжнымъ рубцомъ, и, наконецъ, несомнѣнные туберкулезные остеоміэлиты фаланговыхъ костей.

ДИАГНОСТИКА. У нашей больной золотуха, осложненная мѣстнымъ туберкулезомъ мелкихъ костей и, можетъ быть, кожи. Въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на то, подъ вліяніемъ какихъ причинъ наша больная сдѣлалась золотушною: до 9-ти мѣсяцевъ она была при груди и ничѣмъ не хворала; квартира была теплая и сухая; родители не старики, мать совершенно здорова, а отецъ умеръ отъ случайной болѣзни. Есть только два указанія на возможность врожденной склонности къ золотухѣ. Это, во-первыхъ, сахаръ въ мочѣ у отца и „безпричинный“ выкидышъ на 1-мъ мѣсяцѣ 3-ей беременности. Последнее обстоятельство, рядомъ со врожденною слабостью перваго ребенка, умершаго вскорѣ послѣ рожденія на свѣтъ, позволяетъ подозрѣвать сифилисъ у кого-либо изъ родителей.

ПРЕДСКАЗАНИЕ серьезно, такъ какъ нельзя отрицать возможности общаго зараженія туберкулезомъ въ будущемъ, хотя таковое, конечно, не обязательно.

При наличности язвъ и абсцессовъ, больной нельзя было назначить ни соленыхъ ваннъ, ни втираній зеленаго мыла (кожа и такъ была раздражена). Внутрь дадимъ ей *guajacolum carbonicum* по 0,10 раза 3 въ день и по чайной ложечкѣ 2 раза въ день—рыбій жиръ. Язвы и грануляціонныя фокусы

слѣдуетъ выскоблить острой ложечкой, абсцессы въ подкожной клетчаткѣ—вскрыть, больные пальцы перевязать ватой, смоченной чистымъ гваяколомъ, но указательный палецъ лѣвой руки, недоступный консервативному леченію, вслѣдствіе образовавшагося на первой фалангѣ его фистулезнаго хода, надо отнять. Діета будетъ состоять изъ молока ad libitum, бѣлаго хлѣба, два раза въ день мяса.

Мать больной, узнавъ о предстоящихъ операціяхъ, поспѣшила взять больную изъ клиники, и дальнѣйшая судьба дѣвочки осталась намъ неизвѣстной.

Х.

Леченіе рахита.

Лекція 16 ноября 1899 г.

5-го ноября поступила къ намъ больная, Клавдія К., 1 года 8 мѣсяцевъ, по поводу общей слабости, кашля и мутной, дурно пахнущей мочи. Больная поступила къ намъ изъ пріюта, а потому мы имѣемъ о ней очень скудныя свѣдѣнія.

ANAMNESIS. Отецъ больной былъ по ремеслу плотникъ. Послѣ паденія съ большой высоты заболѣлъ какой-то психической болѣзнью и умеръ отъ чахотки. Мать больной плохого здоровья, сильно пьетъ. Были ли у нашей больной братья и сестры и каково было ея здоровье до поступленія въ пріютъ, ничего не извѣстно. Все время пребыванія въ пріютѣ она хворала. Говорятъ, что у нея былъ кашель, одышка, запоры, плохой аппетитъ и сонъ и крайняя общая слабость. Запахъ и мутность мочи были замѣчены только въ самое послѣднее время.

STATUS PRAESENS. Больная раздражительна и потому изслѣдованіе ея довольно трудно. Вѣсъ ея 7320 грм., при чемъ на 40 граммъ она прибавилась уже у насъ въ больницѣ. Вѣсъ годовалого ребенка долженъ быть 9000 граммъ, затѣмъ прибавка въ вѣсѣ идетъ приблизительно по 150 граммъ въ мѣсяцъ. Нашей больной 1 годъ 8 мѣсяцевъ, и вѣсъ ея долженъ бы быть 10200 граммъ; отстала она, слѣдовательно, почти на $\frac{1}{3}$ должнаго вѣса. Голова больной овальная, темянные и лобные бугры выдаются мало. Родничекъ до сихъ поръ не заросъ, въ немъ помѣщается одинъ палецъ: это уже несомнѣнно указываетъ на рахитизмъ, такъ какъ къ 16-му мѣсяцу родничекъ долженъ былъ бы зарости. По ночамъ голова не потѣетъ, но

теперь она влажная; это потому, что дѣвочка сейчасъ плакала и волновалась. Зубы бѣлы, некаріозны, число ихъ 12. По времени это почти нормально. Къ 2-мъ годамъ должно быть 20 зубовъ, къ 1-му году 9 мѣс. — 16, а потому къ 20-му мѣсяцу можетъ быть 12.

Все туловище имѣетъ форму груши. Грудная клѣтка, сдавленная съ боковъ, представляетъ узкій конецъ груши, а шарообразный, большой животъ—ея толстый конецъ. При вдыханіи ребра подаются внутрь еще болѣе, грудина выпячивается впередъ. Такъ какъ у нашей больной нѣтъ препятствій въ дыхательныхъ путяхъ, то это втяженіе указываетъ на мягкость реберъ.

При вздохѣ объемъ грудной клѣтки увеличивается; когда же ребра мягки, воздухъ не успѣваетъ войти черезъ дыхательные пути въ достаточномъ количествѣ, и ребра сгибаются подъ влияніемъ атмосфернаго давленія. Но если бы все зависѣло отъ давленія воздуха, то грудная клѣтка сдавливалась бы съ боковъ вся, а между тѣмъ у рахитиковъ мы обыкновенно наблюдаемъ выступаніе нижнихъ реберъ, увеличивающееся при вздохѣ. Это обусловливается, съ одной стороны, метеоризмомъ кишекъ и увеличеніемъ печени, которыя даютъ снизу опору для грудной клѣтки; съ другой стороны, диафрагма при мягкости реберъ, сокращаясь, увлекаетъ за собой мѣста своего прикрѣпленія, благодаря чему и образуется „перипнеймоническая“ бороздка Trouseau. У нерахитиковъ она бываетъ только при крупѣ, пнеймоніи и при крикѣ, а у нашей больной мы видимъ и это втягиваніе реберъ и перипнеймоническую бороздку при самомъ покойномъ дыханіи. При ощупываніи реберъ замѣтны утолщенія на мѣстѣ перехода кости въ хрящъ — явленіе, обычное при рахитѣ; это, такъ называемыя, рахитическія четки.

Животъ значительно вздутъ, мягокъ, напряженія стѣнокъ живота нѣтъ, и при вздохѣ рука свободно уходитъ вглубь. Несмотря на крикъ, удается прощупать тонкій, мягкій край печени по *lin. mamillaris* пальца на два ниже подреберья. Ни селезенки, ни еще чего-либо ненормальнаго ощупать не могу. Печень и селезенка припухаютъ у рахитиковъ довольно часто и бываютъ такъ плотны, что напоминаютъ ами-

лоидныя. Но это едва ли амилоидъ, а скорѣе гиперплезія, такъ какъ эти измѣненія доброкачественны, исчезаютъ при выздоровленіи и зависятъ, по всему вѣроятію, отъ страданія кишекъ, изъ которыхъ всасываются раздражающія вещества. Въ нашемъ случаѣ, я думаю, нѣтъ гиперплезіи печени, такъ какъ край послѣдней мягокъ и нѣженъ. Надо принять во вниманіе, кромѣ того, что, въ виду сдавленія грудной клѣтки, печени мало мѣста подъ ребрами, поэтому край ея выступаетъ книзу.

Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, сыпи на тѣлѣ нѣтъ. Подкожножирный слой атрофированъ. На шеѣ, въ подмышечныхъ впадинахъ и въ пахахъ прощупываются слегка увеличенныя лимфатическія железы. Мышцы очень дряблы. Сочлененія чрезвычайно подвижны, такъ что мы безъ всякаго труда подносимъ ступню больной къ ея лицу. Такая подвижность зависитъ какъ отъ слабости связокъ, такъ и отъ дряблости мышцъ и не есть особенность нашей больной, но общее свойство всѣхъ рахитиковъ. Послѣдніе могутъ быть худыми и истощенными, толстыми и жирными, но нѣтъ рахитиковъ, у которыхъ были бы крѣпкія мышцы.

Сидѣть больная можетъ, но при этомъ у нея образуется пологій горбокъ отъ самаго крестца до середины спины. Въ этой пологости и заключается отличіе рахитическаго горба отъ Поттова, при которомъ позвоночникъ искривляется подъ угломъ. Когда мы поднимаемъ нашу больную, держа ее подъ мышки, спина немного выпрямляется, полного же выпрямленія удастся достигнуть только при одновременномъ потягиваніи за нижнія конечности.

Различаютъ три степени искривленій позвоночника. Первая степень характеризуется полнымъ исчезновеніемъ горба при поднятіи ребенка подъ мышки; при второй степени искривленіе исчезаетъ только при совмѣстномъ потягиваніи за ножки. Эти двѣ степени допускаютъ хорошую прогностику, такъ какъ обыкновенно горбъ исчезаетъ вмѣстѣ съ рахитизмомъ. При третьей степени не удастся уничтожить кривизну даже и потягиваніемъ за ножки. Эта степень искривленія требуетъ уже спеціальнаго ортопедическаго леченія. Слѣдовательно, у нашей больной имѣется кифозъ второй степени.

Относительно длинныхъ костей нужно отмѣтить, что голени слегка искривлены: если ихъ сложить рядомъ, то между ними получается промежутокъ. Утолщеній на концахъ голени нѣтъ. На нижнихъ концахъ предплечій небольшія утолщенія—намекъ на, такъ называемые, „рахитическіе браслеты“.

При попыткѣ поставить больную на ноги, она ихъ не поджимаетъ, но стоять не можетъ. Въ цвѣтущемъ періодѣ рахита больные не только не стоятъ, но и не выражаютъ склонности опираться на ноги. Въ крайнихъ степеняхъ ребенокъ даже поджимаетъ ноги, когда его пытаются на нихъ ставить. Всѣ эти явленія зависятъ, по всей вѣроятности, отъ болей въ костяхъ конечностей. По мѣрѣ выздоровленія эти явленія постепенно проходятъ, такъ что по нимъ можно судить о періодѣ рахита.

При постукиваніи грудной клѣтки ничего ненормального не отмѣчается.

Особенное вниманіе при перкуссіи у рахитиковъ нужно обращать спереди на область рукоятки грудины, а сзади—на межлопаточное пространство, такъ какъ въ этихъ областяхъ очень часто наблюдается тупость, зависящая отъ припуханія и творожистаго перерожденія бронхиальныхъ железъ. У нашей больной тупости здѣсь нѣтъ.

При выслушиваніи у ней груди кое-гдѣ слышны влажные, незвонкіе хрипы. Сердце ничего ненормального не представляетъ. Appetitъ порядочный: больная съѣдаетъ за сутки 2 кружки молока, 2 котлеты, 2 порціи молочной каши. Вначалѣ была склонность къ поносамъ, теперь слабить хорошо. Кашля почти нѣтъ. Спитъ порядочно. Моча представляетъ рѣзкія особенности: она мутна, и мутность отъ фильтраціи не исчезаетъ; реакція слабо-кислая; удѣльный вѣсъ 1011; бѣлокъ не открывається. Осадка нѣтъ; его не получается и при отстаиваніи. Слѣдовательно, здѣсь — бактеріурія, которая является обычнымъ спутникомъ продолжительныхъ поносовъ.

Лихорадочнаго состоянія за время пребыванія въ клиникѣ не было.

Такимъ образомъ, изслѣдованіе нашей больной указываетъ, главнымъ образомъ, на измѣненія въ костной системѣ, кото-

рыя позволяють намъ съ увѣренностью ставить діагностику рахитизма, такъ какъ нѣтъ никакой другой болѣзни, которая характеризовалась бы рядомъ такихъ измѣненій.

Лекція 23 ноября 1899 г.

Прошлый разъ я вамъ показаль образчикъ рахитическаго ребенка и теперъ хочу поговорить съ вами о леченіи рахитизма вообще. Мы начнемъ, при этомъ, съ рѣшенія вопроса: *чѣмъ кормить рахитиковъ?*

Въ связи съ ученіемъ о развитіи рахита вслѣдствіе аутоинтоксикаціи организма изъ кишечника, часто принимаютъ за общее правило, что рахитикамъ вредна крахмалистая пища и полезно мясо. Вреденъ ли крахмалъ и даетъ ли онъ особенно много продуктовъ разложенія въ кишечникѣ, которые затѣмъ вызываютъ интоксикацію организма, не доказано. А потому и нельзя рѣшать вопроса такъ, что разъ существуетъ рахитъ,—не давать крахмала, а давать мясо. *Пища должна соответствовать возрасту*, и это самое главное правило. Крахмалъ можно было бы давать послѣ 4-хъ мѣсяцевъ, когда уже хорошо функционируютъ какъ поджелудочная железа, такъ и слюнные железы. Но, во всякомъ случаѣ, его нужно давать послѣ полугода, когда одного молока ребенку уже мало: безъ прибавки къ пищѣ крахмала питаніе дѣлается недостаточнымъ, развивается малокровіе и похуданіе. Мясо же вообще я не даю дѣтямъ до году; этого же правила нужно держаться и при діетѣ рахитиковъ, такъ какъ мясо, въ какомъ бы то ни было видѣ, даже и мясной сокъ, вызываетъ поносъ. Если котлета переваривается ребенкомъ на первомъ году жизни, то это указываетъ на необыкновенно сильные органы пищеваренія, какихъ при рахитизмѣ никогда не встрѣчается. Исключеніе иногда приходится дѣлать только для бульона: чѣмъ ребенокъ тучнѣе, тѣмъ меньше ему нужно давать крахмалъ и тѣмъ раньше назначается бульонъ. Вторымъ показаніемъ къ назначенію бульона служатъ запоры, при которыхъ его можно давать съ 6—8-го мѣсяца жизни. Назначается бульонъ не столько съ цѣлью питанія, такъ какъ въ немъ очень мало бѣлковъ, сколько съ цѣлью послабленія, вызываемаго обильнымъ содержаніемъ въ немъ солей и

экстрактивныхъ веществъ. Въ виду раздражающаго дѣйствія послѣднихъ на нервную систему, бульонъ противопоказуется у дѣтей раздражительныхъ и страдающихъ безсонницей. Имъ лучше давать жиры и крахмаль. Если нельзя давать мясо, то нельзя ли его замѣнить какими-либо искусственными препаратами, въ изобиліи предлагаемыми за послѣднее время? Относительно ихъ нужно прежде всего отмѣтить, что всѣ они—вещества бѣлковая и при сгораніи въ организмѣ дать больше калорій, чѣмъ простой бѣлокъ, не могутъ. Чайная ложечка соматозы по содержанію бѣлка равняется $\frac{2}{3}$ яйца, а между тѣмъ рекламы приводятъ случаи чрезвычайно быстрого увеличенія вѣса у дѣтей, получавшихъ подобныя препараты. Очевидно, здѣсь идетъ рѣчь о дѣтяхъ реконвалесцентахъ, которыя при отличномъ аппетитѣ питались, кромѣ соматозы, всякою пищей и потому полнѣли.

Физиологія насъ учитъ, что бѣлковыя вещества подъ вліяніемъ пищеварительныхъ соковъ, претерпѣваютъ рядъ превращеній въ альбуминъ, пептоны и т. д. По всасываніи образовавшихся продуктовъ, часть ихъ уже въ стѣнкахъ кишечника снова превращается въ бѣлки. Такое возстановленіе можетъ произойти тѣмъ легче, чѣмъ бѣлокъ былъ менѣе измѣненъ, слѣдовательно, альбумоза болѣе способствуетъ накопленію въ организмѣ бѣлковъ, чѣмъ, напримѣръ, пептонъ. Съ этой точки зрѣнія, соматоза, содержащая 80% альбумозы, полезнѣе пептоновыхъ препаратовъ.

Разница между альбумозными и пептоновыми препаратами отражается и на вкусѣ препаратовъ: чѣмъ меньше въ нихъ пептоновъ, тѣмъ меньше горечи.

Обсуждая употребленіе этихъ препаратовъ, нужно всегда имѣть въ виду, что всѣ они являются веществами, раздражающими слизистую оболочку желудка и кишечника. Они усиливаютъ отдѣленіе желудочнаго и кишечнаго соковъ и кишечную перистальтику, вслѣдствіе чего способствуютъ послабленію, а при большихъ дозахъ всѣ эти препараты, особенно пептоны, вызываютъ настоящій поносъ. Взрослый не переноситъ болѣе 20,0 соматозы pro die, да и то лишь при непродолжительномъ употребленіи; у 10-тилѣтняго ребенка уже 2 чайныхъ ложки соматозы ($1\frac{1}{2}$ яйца), принимаемая въ теченіе

нѣ нѣсколькихъ дней, могутъ вызвать разстройство пищева-
ренія. Изъ-за такого малаго количества бѣлка едва ли вы-
годно рисковать кишечникомъ.

Нѣкоторые считали умѣстнымъ примѣненіе искусствен-
ныхъ препаратовъ при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, когда
понижено отдѣленіе желудочнаго сока, но Fogt показалъ,
что сырой бѣлокъ хорошо всасывается и безъ вліянія желу-
дочнаго сока. Кромѣ того, поджелудочная железа хорошо
работаетъ и при лихорадкѣ, а потому полезнѣе дать сырое
яйцо, чѣмъ тотъ или иной изъ искусственныхъ препаратовъ.

Такимъ образомъ, выходитъ, что большія количества вредны,
а малыя приносятъ ничтожную пользу; не правъ ли Neimeis-
ter, считающій всѣ эти препараты излишними? Еще рѣзче
это выступаетъ, если принять во вниманіе высокую цѣну ихъ.
Такъ, Voigt сдѣлалъ расцѣнку для Мюнхена:

100 граммъ бѣлка въ видѣ яйца	стоятъ	20 коп.
„ „ „ „	молока	25 „
„ „ „ „	мяса	45 „
„ „ „ „	соматозы	3 руб.

Нѣкоторую пользу отъ этихъ препаратовъ можно признать
только при вялости пищеваренія, уменьшенномъ количествѣ
желудочнаго сока и ослабленіи перистальтики — и только. У
подобныхъ больныхъ послѣ пріемовъ соматозы можетъ на-
ступить улучшение аппетита и послѣдовательно поправка
общаго питанія, но въ такихъ случаяхъ соматоза дѣйстви-
вала не какъ чудодѣйственное питательное вещество, а какъ
stomachicum, вродѣ горькихъ капель. Рахитики часто стра-
даютъ запорами, и здѣсь также можно давать соматозу, но
также не какъ nutriens, а какъ слегка послабляющее stoma-
chicum.

Помимо діеты, для рахитиковъ имѣетъ большое значеніе
чистый воздухъ. Къ сожалѣнію, въ нашемъ [климатѣ этому
показанію трудно удовлетворять зимою, въ виду наклонности
рахитиковъ къ катаррамъ дыхательныхъ путей. Для людей
состоятельныхъ всего лучше увозить дѣтей на это время въ
болѣе теплый климатъ, на берегъ южнаго моря, а лѣтомъ
въ горы. Въ нашемъ климатѣ все-таки необходимо рахити-

камъ гулять, по крайней мѣрѣ, въ то время, когда у нихъ нѣтъ кашля. Послѣдній, правда, бываетъ очень часто, и поэтому рахитикъ обыкновенно хвораетъ до самой весны, а лѣтомъ поправляется.

Общепринятымъ средствомъ для леченія рахитиковъ давно уже считаются *соленныя ванны*. Дѣйствіе ихъ въ точности неизвѣстно. Считаютъ, что соленныя ванны раздражаютъ периферическую нервную систему. Раздраженіе передается центрамъ, а отсюда распространяется на всѣ органы: происходитъ усиленіе дыханія и кровообращенія, увеличивается отдѣленіе мочевины,—словомъ, происходитъ ускореніе обмѣна веществъ. Но вообще ванны употребляются эмпирически, такъ какъ несомнѣнно, что онѣ приносятъ пользу при такихъ болѣзняхъ, какъ рахитизмъ и золотуха.

Какую соль употреблять для ваннъ—безразлично. Лучше всего дѣйствуетъ та, которая болѣе гигроскопична. Такъ, хлористый кальцій лучше хлористаго натра, и поэтому, напри- мѣръ, Крейцнахская соль, сравнительно богатая хлористымъ кальціемъ, лучше поваренной; слабѣе всѣхъ дѣйствуетъ морская соль, въ которой много сѣрно-кислаго натра. Однако, эту разницу можно уничтожить, видоизмѣняя концентрацію ванны. Она должна соответствовать общей конституціи больного и, въ особенности, состоянію его нервной системы. Слишкомъ сильная концентрація вліяетъ вредно на послѣднюю. Если отъ ваннъ ухудшается аппетитъ и сонъ, и ребенокъ дѣлается капризнымъ, то нужно дѣлать болѣе слабыя ванны или дѣлать ихъ рѣже; чѣмъ ребенокъ худѣе, тѣмъ нужно брать меньше соли. Для вялыхъ, тучныхъ и торпидныхъ дѣтей ванна дѣлается крѣпче. Тѣхъ же правилъ держатся относительно температуры. Крѣпкимъ дѣтямъ дѣлаются обыкновенно болѣе прохладныя ванны, слабымъ — потеплѣе. О концентраціи ваннъ сказано въ лекціи о золотухѣ; тамъ же говорится и по поводу обтираній.

Иногда отъ ваннъ появляется зудящая сыпь, большею частію, на ногахъ (папулезная экцема), и тогда нужно пріостановиться.

Что касается до ваннъ съ прибавленіемъ отрубей или сосновыхъ шишекъ, то онѣ значенія для рахита не имѣютъ,

равно какъ и примѣсь іода и брома въ Крейцнахской и морской соляхъ.

Изъ лекарственныхъ средствъ при рахитизмѣ употребляются, главнымъ образомъ, рыбій жиръ, фосфоръ и желѣзо.

Рыбій жиръ—средство испытанное. Еще Trousseau рекомендовалъ его худымъ рахитикамъ, и напрасно нѣкоторые изъ современныхъ врачей подсмѣиваются надъ этимъ средствомъ. Даютъ его маленькимъ дѣтямъ не болѣе 2-хъ чайныхъ ложекъ въ день. Особенно показуется онъ дѣтямъ съ наклономъ къ запорамъ. Если ребенокъ совсѣмъ не переноситъ дурного вкуса рыбьяго жира, то можно замѣнить его липаниномъ въ тѣхъ же дозахъ (Ср. лекцію о золотухѣ.).

Фосфоръ рекомендованъ Kassowitz'емъ, какъ *specificum*, въ виду того, что онъ суживаетъ сосуды костнаго мозга и уплотняетъ кость. Употребленіе его возможно, по мнѣнію Kassowitz'a, даже и при поносѣ, однако Henoch, Baginsky, Monti и многіе другіе съ нимъ не согласны. Они считаютъ, что главнымъ образомъ помогаетъ рыбій жиръ, съ которымъ обыкновенно назначается фосфоръ; послѣдній же имѣетъ вліяніе только на различныя нервныя явленія, наблюдаемыя у рахитиковъ: бессонницу, боли въ конечностяхъ и т. п. Вѣроятно, вслѣдствіе исчезновенія этихъ болей и наблюдается иногда, что рахитики, уже черезъ нѣсколько дней послѣ назначенія фосфора, начинаютъ опираться на ножки и даже ходить. Этому мнѣнію держусь и я и потому назначаю фосфоръ особенно охотно рахитикамъ, страдающимъ ларингоспазмомъ, общими эклампсическими судорогами, бессонницей, болью въ конечностяхъ (не опираются на ножки).

Фосфоръ выписывается или съ рыбьимъ жиромъ, или въ эмульсіи:

Rp: Phosphori 0,01

Ol. jecoris Aselli 100,0

DS. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2 раза въ день.

Rp: Phosphori 0,01

Ol. amygdal. dulc. 30,0

Mucil. gummi arab.

Sacchari albi \overline{aa} 15,0

Aq. destill. 40,0

DS. По $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ 2 раза въ день.

При анеміи у рахитиковъ, когда бываетъ большая селезенка, восковая блѣдность лица и ушей, но ребенокъ въ то же время довольно полный,—хорошо назначить *желѣзо*. Если же ребенокъ худъ, то желѣзо пользы приноситъ мало, тутъ лучше дать мышьякъ и рыбій жиръ.

Изъ желѣзныхъ препаратовъ я предпочитаю давать Ferratin, такъ какъ онъ не имѣетъ непріятнаго вкуса и вяжущихъ свойствъ.

Rp: Ferratini 0,05

Sacchari albi 0,20

DS. По одному порошоку 2 раза въ день
(ребенку 1—2 лѣтъ).

При склонности къ запору я даю

Rp: Ferratini

Pulv. rad. Rhei aa 0,05.

S. 2 раза въ день по 1 порошоку

При разведеніи этого порошка водой, послѣдняя чернѣетъ, вслѣдствіе содержанія въ ревенѣ дубильной кислоты, которая образуетъ съ желѣзомъ чернила. Это обстоятельство особаго значенія не имѣетъ и только нужно относительно этого предупредить родителей. Можно также въ этихъ случаяхъ давать:

Rp: T-rae Ferri pomati

T-rae Rhei vinosae aa 10,0

MDS. По 10 капель 2 раза въ день.

При склонности анемичныхъ рахитиковъ къ поносу умѣстно назначеніе молочно-кислаго желѣза по 0,02, 3 раза въ день.

Если при малокровіи имѣются и нервныя явленія, то слѣдуетъ назначить желѣзо одновременно съ фосфоромъ.

Известковыхъ препаратовъ я не употребляю при рахитѣ, такъ какъ для этого нѣтъ никакой рациональной подкладки. Въ коровьемъ молокѣ известковыхъ солей гораздо больше, чѣмъ въ женскомъ, а между тѣмъ рахитъ особенно часто развивается у рожковыхъ дѣтей. Я даю только аq. Calcis (стол. ложку на стаканъ молока) при склонности къ поносу. *Горькія средства* назначаются при ослабленіи аппетита капель по 10 раза 2—3 въ день.

Нашей больной, помимо діеты, о которой я говорилъ въ прошлую лекцію, былъ назначенъ съ 9-го ноября рыбій жиръ съ фосфоромъ въ виду того, что она избѣгала опираться на ноги.

Съ 17-го ноября ей начали дѣлать обтиранія водкой по утрамъ.

Больная пробыла въ клиникѣ до 11-го декабря и выпи-салась со значительнымъ улучшеніемъ. Она свободно могла стоять въ кровати, только держась руками за рѣшетку ея.

акusher-lib.ru

Три случая атрофіи.

XI.

Хроническій катарръ кишекъ.

Лекція 26 октября 1899 г.

Сереза А., 1 г. 2 мѣс., принятъ въ клинику 30-го сентября 1899 г. по поводу хроническаго поноса.

АНАМНЕЗЪ. Отецъ по занятію слесарь, 21 года, здоровъ; мать, 21 года, страдаетъ бѣлями. Наслѣдственность въ смыслѣ туберкулеза и lues'a отрицается.

Нашъ больной, первый ребенокъ, родился въ срокъ, чистенькій. Роды были легкіе, глазки гноились. Грудью кормить мать, прикармливать стали на 3-мъ мѣсяцѣ, на 4-мъ, кромѣ манной, прикармливали и гречневою кашей, бѣлымъ хлѣбомъ; коровьяго молока не давали. Послѣдніе четыре мѣсяца ребенку, кромѣ грудного молока, давали картофель, супъ, щи, гречневую кашу на водѣ, мясо, бѣлый и черныи хлѣбъ, соленые огурцы. Зубы стали рѣзаться на 7-мъ мѣсяцѣ, до году было два. На ножки сталъ становиться на 6-мъ мѣсяцѣ, безъ поддержки не ходитъ и не ходилъ. Въ началѣ апрѣля ребенокъ перенесъ вѣтряную оспу, а въ концѣ—корь. Приблизительно во второй половинѣ мая ребенку вскрыли абсцессъ въ подчелюстной железѣ на правой сторонѣ. Настоящая болѣзнь началась, приблизительно, съ первой половины іюня (около 5-ти мѣсяцевъ тому назадъ). Больного слабило все время зеленью, со слизью, очень часто — разъ до 30-ти, самое

меньшее — разъ 10 въ сутки. Крови въ испражненіяхъ никогда не было.

Такимъ образомъ, мы должны отмѣтить слѣдующее. Ребенокъ, происходящій отъ вполне здоровыхъ родителей, уже съ 3-го мѣсяца сталъ получать пищу, не соответствующую возрасту, и съ 7-ми мѣсяцевъ, когда ему стали давать и черный хлѣбъ, и щи, и соленые огурцы, онъ началъ страдать разстройствомъ пищеваренія. Эти расстройства пищеваренія продолжались безъ перерыва въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ, вплоть до поступленія въ клинику. Все это время продолжалось то же неправильное кормленіе.

При поступленіи въ клинику онъ представлялъ изъ себя ребенка, крайне истощеннаго. Вѣсъ его былъ 4,400 граммъ. Новорожденный ребенокъ вѣситъ, въ среднемъ, 3,250 граммъ; въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ вѣсъ увеличивается на 600 граммъ въ каждый; слѣдовательно, нашъ больной по вѣсу соответствовалъ 2-хъ мѣсячному ребенку. Въ виду этого, тотчасъ же по поступленіи пришлось рѣшать вопросъ, какъ кормить его: нужно ли прикармливать или ограничиться материнскою грудью? Если молока много, то лучше всего оставить при груди, если мало — то прикармливать. Проще всего вопросъ о количествѣ молока у матери рѣшается выдавливаніемъ груди тотчасъ послѣ сосанія. Если молока много, то оно брызжетъ нѣсколькими струйками, а при маломъ количествѣ оно или совсѣмъ не течетъ или показывается только нѣсколько капель его. Но этотъ способъ пригоденъ только тогда, когда ребенокъ здоровъ и, слѣдовательно, сильно сосетъ. Если же ребенокъ слабъ, то, высосавши немного молока, онъ устаетъ и бросаетъ грудь. Вы подавите грудь, увидите, что молоко брызжетъ нѣсколькими струйками, и заключите, что молока много, а на самомъ дѣлѣ этого нѣтъ. Единственнымъ надежнымъ способомъ опредѣленія количества молока у кормящей въ подобныхъ случаяхъ является взвѣшиваніе ребенка, непосредственно передъ кормленіемъ грудью и тотчасъ послѣ кормленія. И здѣсь мы нѣсколько разъ пользовались этимъ послѣднимъ способомъ и установили, что ребенокъ высасываетъ заразъ 40—60 граммъ. Количество это для него, конечно, недостаточно. Въ теченіе

первыхъ 5-ти мѣсяцевъ дѣти высасываютъ заразъ приблизительно столько унцій молока, сколько имъ мѣсяцевъ; послѣ же 5-ти мѣсяцевъ количество высасываемаго молока остается безъ переменъ, т. е. равно 150—180 граммамъ. Суточное количество молока для дѣтей старше 5-ти мѣсяцевъ должно быть не менѣе одного литра. Столько же долженъ былъ высасывать и нашъ больной, а между тѣмъ, въ дѣйствительности, онъ высасывалъ не болѣе 500 — 600 граммъ въ сутки, т. е. только половину нужнаго количества. Отсюда мы и сдѣлали выводъ, что онъ голодаетъ, и рѣшили его прикармливать. Назначена была сливочная смѣсь: 4 ложки сливокъ, 4 ложки воды и немного сахару. Кормленіе ведется такимъ образомъ: три раза дается эта смѣсь, три раза грудь и, кромѣ того, два раза въ день жидкій молочный киселекъ изъ арорута.

Слабило его при поступленіи 6—10 разъ въ сутки. Одни испражненія были обильны, вонючи, грязнаго цвѣта, жидки, смачивали пеленки на большомъ пространствѣ. Кстати скажу, что въ нормѣ они должны смачивать на 1—1½ поперечныхъ пальца. Въ перемежку съ такими испражненіями бывали маленькія, незловонныя, съ большимъ количествомъ слизи зеленоватаго цвѣта. За послѣднее время у него нѣсколько разъ выдѣлялись испражненія золотисто-желтаго цвѣта, которыя можно было назвать совершенно нормальными. Такъ шло дѣло до сегодняшняго дня. Посмотримъ, въ какомъ видѣ представляется нашъ больной теперь.

Осмотръ ребенка показываетъ, прежде всего, его страшную худобу. Руки и ноги его крайне тонки. Кожа блѣдна, дрябла, суха. Подкожножирный слой совершенно отсутствуетъ. Мышцы атрофированы. Ноги теперь сухи, при поступленіи же ступни были отечны.

Голова у него правильная, немного только выдаются лобные бугры. Родничекъ слишкомъ великъ. Относительно измѣренія его я долженъ сказать слѣдующее. Мы мѣримъ родничекъ не отъ угла къ углу, а отъ стороны до стороны, потому что швы иногда долго не зарастаютъ, и тогда опредѣлить вершины угловъ очень трудно. При рожденіи разстояніе между сторонами равно 1 — 1½ см, т. е. поверхность родничка содержитъ 1 — 2 кв. сантиметра. Въ теченіе

первыхъ 10-ти мѣсяцевъ поверхность можетъ увеличиться до 4-хъ кв. сантиметровъ, но позднѣе родничекъ начинаетъ уменьшаться и къ 16-ти мѣсяцамъ долженъ закрыться со-всѣмъ. У нашего больного въ большомъ родничкѣ помѣщается три пальца, т. е. поверхность его болѣе 9-ти кв. сантиметровъ. Такой большой родничекъ можетъ быть или вслѣдствіе раздвиганія костей, что бываетъ при головной водянкѣ, или же вслѣдствіе замедленнаго окостенѣнія, т. е. при рахитѣ. Чтобы различить эти два процесса, нужно обратить вниманіе на швы. При головной водянкѣ швы растягиваются, какъ и родничекъ; при рахитѣ же расхожденія швовъ никогда не бываетъ. Такъ и здѣсь: если бы я могъ помѣстить палецъ въ какой-нибудь шовъ, то я сказалъ бы, что здѣсь не рахитъ. Въ нашемъ случаѣ швы закрыты. Сравнительное измѣреніе головы и груди также помогаетъ различить эти двѣ болѣзни. Въ нормѣ у годовалаго ребенка окружность головы равна окружности груди, если же голова значительно, напр., на 5—6 сант., больше, то это уже указываетъ на водянку. Однако, у атрофичныхъ дѣтей такое измѣреніе можетъ ввести въ ошибку, такъ какъ окружность груди при атрофіи подкожнаго жира и мышцъ можетъ оказаться меньше окружности головы, хотя бы водянки и не было. Какъ разъ и въ нашемъ случаѣ окружность головы (43 см) на 5 сант. больше окружности груди. Что эта большая разница обуславливается не чрезмѣрною величиной головы, а малыми размѣрами груди, можно видѣть изъ отношеній величины окружности груди къ половинѣ длины тѣла; въ нормѣ при рожденіи окружность груди у доношеннаго ребенка превышаетъ половину длины тѣла на 7—10 см, къ концу года разница эта мало измѣняется. Въ нашемъ случаѣ длина тѣла 70 см, т. е. окружность груди (38 см) почти равна $\frac{1}{2}$ длины тѣла. Смотрю зубы: внизу 2, наверху 2 уже есть и 2 рѣжутся. Въ нормѣ должно бы быть въ его возрастѣ 12 зубовъ. У нашего больного, какъ разъ половина. Такое замедленіе въ прорѣзываніи зубовъ должно быть объяснено, какъ и увеличенный родничекъ, тоже рахитизмомъ. Грудная клѣтка сдвлена съ боковъ — куриная грудь. Уже глазомъ видны на ребрахъ утолщенія — на мѣстахъ перехода костей въ хрящи — такъ называемыя, рахитическія четки.

При вдохѣ мы замѣчаемъ втяженіе реберъ на мѣстѣ прикрѣпленія къ нимъ діафрагмы. Животъ вздутъ. Опредѣляемъ мы это обыкновенно такъ. Если при лежащемъ положеніи больного передняя поверхность живота находится на одномъ уровнѣ съ грудною клѣткой, то такой животъ мы считаемъ нормальнымъ. Если поверхность живота выше груди, то животъ вздутъ; когда же грудная клѣтка возвышается надъ животомъ и гребешки подвздошныхъ костей рѣзко выступаютъ, — это впалый, ввалившійся животъ.

При этомъ нужно еще обращать вниманіе на состояніе общаго питанія больного. Жиръ, какъ извѣстно, отлагается не только въ подкожной клѣтчаткѣ, но и въ сальникѣ. У жирнаго ребенка, уже при небольшомъ количествѣ газовъ, животъ будетъ казаться вздутымъ, и, наоборотъ, у нашего истощеннаго ребенка нужно думать о значительномъ метеоризмѣ, хотя животъ выдается и не много.

При ощупываніи живота его стѣнки слегка подаются подъ рукою во время крика, при вдохѣ же рука сразу проваливается въ глубину.

Мы различаемъ тугой и мягкій животъ. Напряженіе стѣнокъ является обычнымъ спутникомъ воспалительнаго состоянія брюшины, наприм., туберкулезнаго перитонита. Напряженіе можетъ зависѣть и отъ крика, но тогда оно исчезаетъ въ моментъ вдоха. Такой животъ, какъ въ нашемъ случаѣ, мы должны считать мягкимъ.

Продолжая ощупываніе живота, справа въ паховомъ каналѣ я нахожу какое-то упругое, кругловатое тѣло, уходящее при надавливаніи кверху. Правая половина мошонки пуста и изъ этого мы заключаемъ, что это тѣло—яичко.

Такое положеніе его указываетъ, между прочимъ, на наклонность къ грыжѣ.

Когда мы имѣемъ дѣло съ такимъ истощеннымъ ребенкомъ, то всегда нужно думать о туберкулезѣ и постараться прощупать брыжжеечныя и забрюшинныя железы. Классическое мѣсто для нихъ—около пупка; брыжжеечныя лежатъ болѣе поверхностно, подвижны, забрюшинныя прощупываются въ самой глубинѣ и неподвижны. Здѣсь я не могу найти ни тѣхъ, ни другихъ.

Печень прощупывается по *lin. mamillaris* на 2 пальца ниже края реберъ; не очень плотна. Селезенка также прощупывается. Никакихъ уплотненій въ полости живота нѣтъ.

При выстукиваніи и выслушиваніи легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не находимъ. Кашля нѣтъ. Дыханіе 48 разъ въ минуту. Пульсъ 128, правильный.

Лимфатическія железы увеличены. Особенно много ихъ прощупывается въ пахахъ, а на лѣвой сторонѣ онѣ даже образуютъ большой пакетъ. При поступленіи въ клинику эти железы были довольно плотны, теперь же онѣ сдѣлались мягче.

Мочится больной подъ себя. Моча, которую удалось собрать, оказалась кислой реакціи. Бѣлка въ ней нѣтъ. Спитъ больной плохо. Вообще онъ очень непокоенъ и раздражителенъ.

Лекція 29 октября 1899 г.

За эти три дня особенныхъ перемѣнъ съ больнымъ не произошло. Слабило его раза 3—4 въ сутки, при чемъ не всѣ испражненія были одинаковы. То они были обильны, желты, почти нормальны, то содержали много слизи, хотя и въ этихъ испражненіяхъ была небольшая примѣсь кала.

ДИАГНОСТИКА. Что это у ребенка за поносъ и почему онъ такъ долго не проходитъ? Прежде, чѣмъ дать отвѣтъ на этотъ вопросъ, я хочу познакомить васъ съ номенклатурой желудочно-кишечныхъ заболѣваній, которой я придерживаюсь. Мы различаемъ:

- I. Диспепсія.
- II. Катарръ тонкихъ кишекъ.
 1. *Catarrhus intestin. acutus.*
 2. *Gastroenteritis.*
 3. *Cholera infantum.*
 4. *Atrepsia* (болѣзнь Parrot).
 5. *Tuberculosis.*
- III. Катарръ толстыхъ кишекъ.
 1. *Enteritis follicularis.*
 2. *Dysenteria.*
 3. *Tabes mesaraica.*

Диспепсія — это болѣзнь маленькихъ дѣтей. Анатомическихъ измѣненій при ней не бываетъ, такъ какъ эта болѣзнь

функціональная. Если разстроена функція желудка, то ребенокъ часто срыгиваетъ или даже у него появляется рвота вскорѣ послѣ ѣды несвернутымъ молокомъ. Функціональное разстройство кишечника сказывается вздутіемъ живота, коликой и, такъ называемымъ, диспептическимъ стуломъ. Послѣдній представляетъ смѣсь желтыхъ, бѣлыхъ и зеленыхъ комочковъ и, дѣйствительно, походитъ на рубленныя яйца. Если диспепсія продолжается слишкомъ долго, то въ испражненіяхъ появляется примѣсь слизи, что указываетъ уже на осложненіе диспепсіи *катарромъ*.

Катарръ тонкихъ кишекъ клинически выражается нечистыми, обильными испражненіями, содержащими, главнымъ образомъ, воду. Выведенію испражнений часто предшествуютъ схваткообразныя боли. Животъ всегда вздутъ.

Если рядомъ съ этими явленіями имѣется рвота, то, значитъ, затронутъ и желудокъ. Это *gastroenteritis acuta*. Отсюда переходъ къ дѣтской холерѣ постепенный. Ей свойственны тѣ же желудочно-кишечныя явленія, только сильнѣе выраженные, но, главное, къ нимъ присоединяются явленія общей интоксикаціи: кожа теряетъ свою упругость, холодна, ціанотична, пульсъ очень слабъ, глаза вваливаются, родничекъ западаетъ,—словомъ, полная картина колляпса.

Дѣтская холера наблюдается почти исключительно лѣтомъ, такъ какъ лѣтняя жара—одно изъ самыхъ важныхъ условій для ея развитія. Въ другое время года она наблюдается какъ крайняя рѣдкость. Вторымъ важнымъ этиологическимъ моментомъ является рожковое кормленіе.

Патолого-анатомическія измѣненія для послѣднихъ заболѣваній тождественны. Слизистая желудка и кишекъ красна, набухла и покрыта большимъ количествомъ слизи, т. е. получается обычная картина катаррального воспаленія. При *catarrhus intestinorum acutus* наблюдаются тѣ же измѣненія, только не бываетъ затронутъ желудокъ.

Подъ именемъ *amprensi* Parrot описалъ, какъ особенную болѣзненную форму, поносъ у новорожденныхъ дѣтей, сопровождающійся молочницей, изъязвленіями у задняго прохода и крайнимъ общимъ истощеніемъ. Въ настоящее время мы не признаемъ этого страданія за особенную болѣзненную

форму, а подобные случаи считаемъ просто атрофіей маленькихъ дѣтей вслѣдствіе продолжительнаго поноса. Молочница же является, вообще, нерѣдкимъ спутникомъ истощающихъ болѣзней.

Туберкулезъ кишекъ клинически выражается хроническимъ поносомъ, не поддающимся леченію, и всегда ведетъ къ летальному исходу.

Патолого-анатомическимъ признакомъ его являются туберкулезныя язвы въ кишкахъ.

Острый катарръ толстыхъ кишекъ у нѣмецкихъ авторовъ всегда описывается какъ *фолликулярный энтеритъ*. Измѣненія самой слизистой оболочки присоединяются къ нему только впоследствии. Я, дѣйствительно, видѣлъ случаи, гдѣ дѣти умирали вскорѣ послѣ заболѣванія, а при вскрытіи у нихъ было найдено набуханіе фолликуловъ, а слизистая казалась вполне здоровою.

Клинически фолликулярный энтеритъ выражается слизистымъ поносомъ. Каждый разъ, какъ небольшое количество слизи, скопившейся въ нижнемъ отрѣзкѣ кишки, раздражаетъ его, является позывъ. Сейчасъ же, сознательно или по рефлексу, больной выбрасываетъ эту слизь, и получаютъ, такимъ образомъ, типическія для фолликулярнаго энтерита необильныя, но очень частыя, слизистыя, иногда съ примѣсью крови, испраженія. Сопровождаются они жиленіемъ, животъ всегда бываетъ впалый.

На эту форму кишечнаго заболѣванія по клиническимъ признакамъ чрезвычайно походить *дизентерія*. Опредѣленіе дизентеріи патолого-анатомами и клиницистами различно. Клиницисты называютъ дизентеріей особую эпидемическую заразную болѣзнь, а патолого-анатомы называютъ такъ только тѣ случаи ея, гдѣ наблюдается дифтеритъ кишекъ.

Если вы спросите, какъ отличить фолликулярный энтеритъ отъ дизентеріи, то точнаго отвѣта на этотъ вопросъ не получите. Принято спорадическіе случаи считать за фолликулярный энтеритъ, а эпидемическіе—за дизентерію. Но отъ этого правила многіе отступаютъ и основываютъ поменклатуру на тяжести болѣзни: тяжелые случаи они относятъ къ дизентеріи, а легкіе—къ фолликулярному энтериту. Но такъ

какъ провести границу между легкимъ и тяжелымъ случаемъ невозможно, то понятно, что встрѣчается много такихъ случаевъ, которые одинъ назоветъ дизентеріей, тогда какъ другою отнесетъ ихъ къ категоріи фолликулярныхъ энтеритовъ.

Tabes mesaraica есть затянувшійся фолликулярный энтеритъ, который повлекъ за собой гиперплазію брыжжеечныхъ железъ съ послѣдовательною ихъ туберкулизаціей.

Какое же изъ упомянутыхъ кишечныхъ страданій можетъ быть у нашего больного? Онъ очень атрофиченъ, и заболѣваніе его можно было бы назвать атрепсіей, еслибы только онъ подходилъ по возрасту. Но ему уже болѣе года, а атрепсія—болѣзнь дѣтей, не старше 2—3-хъ мѣсяцевъ.

Скорѣе можно было думать о *tabes mesaraica*. При поступленіи были на лицо почти всѣ клиническіе признаки ея: высокая степень истощенія, продолжительный поносъ, увеличеніе паховыхъ железъ. Увеличеніе ихъ имѣетъ такое же значеніе для діагностики туберкулеза брыжжеечныхъ железъ, какое гиперплазія шейныхъ имѣетъ для бронхіальныхъ. Если при хроническомъ поносѣ паховыя железы поражены, то можно думать, что тѣмъ паче поражены и брыжжеечныя, такъ какъ онѣ лежатъ ближе къ мѣсту пораженія. Туберкулезъ тѣмъ болѣе возможенъ, что нашъ больной—рѣзкій рахитикъ. Не было на лицо только одного признака брюшной сухотки: намъ не удавалось прощупать самихъ брыжжеечныхъ железъ. Въ томъ случаѣ, когда железы прощупываются, не можетъ быть сомнѣнія въ существованіи *tabes mesaraica*. Если же железъ прощупать не удастся, то надо еще обратить вниманіе на состояніе живота: животъ мягкій, ощупывается позвоночникъ, а железъ нѣтъ,—значить, нѣтъ и сухотки; вздуть животъ, достигнуть позвоночника не удастся,—вопросъ о *tabes* остается нерѣшеннымъ. Такъ было и у насъ. Дальнѣйшее теченіе, однако, позволило исключить *tabes*. Больной сталъ немного поправляться. Вѣсъ его увеличился за время пребыванія въ клиникѣ на 2½ фунта и, кромѣ того, начинаетъ уменьшаться опухоль паховыхъ железъ; всего этого не могло бы быть при брюшной сухоткѣ.

Нѣтъ ли у нашего больного туберкулезныхъ язвъ въ кишкахъ? Разъ мы отрицали туберкулезъ железъ, то тѣмъ са-

мымъ съ большой вѣроятностью исключаемъ и туберкулезъ кишекъ.

Вообще, съ несомнѣнною діагносцировать кишечныя язвы можно только въ томъ случаѣ, когда онѣ помѣщаются въ толстыхъ кишкахъ. Присутствіе ихъ клинически выражается въ такомъ случаѣ выдѣленіемъ слизи съ обильною примѣсю гноя. Однако, при туберкулезныхъ язвахъ гноя въ испражненіяхъ, обыкновенно, не бываетъ видно, такъ какъ такія язвы всегда помѣщаются въ тонкихъ кишкахъ; гной, выдѣляющійся на ихъ поверхности, до выхода *per anum* успѣваетъ хорошо смѣшаться съ испражненіями и можетъ быть найденъ развѣ лишь подъ микроскопомъ. Слѣдовательно, безусловно отрицать туберкулезъ кишекъ, равно какъ и безъ колебаній признавать его, мы никогда не можемъ. Его можно только предполагать при наличности длительного поноса и при существованіи другихъ туберкулезныхъ пораженій и мѣстной ограниченной болѣзненности живота, указывающей на распространеніе бугорковаго процесса на брюшину.

Такимъ образомъ, у нашего больного нѣтъ ни атрепсіи, ни туберкулеза кишекъ. Обильное содержаніе слизи въ испражненіяхъ дѣлаетъ несомнѣнной діагностику фолликулярнаго энтерита. Фолликулярныхъ язвъ здѣсь нѣтъ, такъ какъ нѣтъ гноя въ испражненіяхъ, но гиперплазія брызжеечныхъ железъ, хотя и безъ туберкулизаціи, вѣроятно, существуетъ. За это говорятъ продолжительность болѣзни и припухлость паховыхъ железъ.

Но дѣло не ограничивается однимъ фолликулярнымъ энтеритомъ: здѣсь затронуты и тонкія кишки. Вздутый животъ, обильныя вонючія испражненія, чередующіяся со слизистыми дѣлаютъ такой діагнозъ несомнѣннымъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ катарромъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ, длящимся около полугода. Онъ довелъ больного до крайней степени истощенія. Измѣненія въ костной системѣ указываютъ на сильное развитіе рахитизма.

Лекція 5 ноября 1899 г.

Съ прогнозомъ дѣло стоитъ такъ, что въ больницахъ дѣти съ хроническимъ поносомъ, дошедшія до сильной степени

истощенія, умираютъ почти всегда. Въ этомъ выражается вліяніе госпитализма, который объясняютъ насыщеніемъ воздуха болѣзнетворными микробами. Въ нашей больницѣ мы отмѣтить госпитализма не можемъ, вѣроятно, вслѣдствіе отсутствія скученности больныхъ и частаго провѣтриванія. Прогностика нашего больного дѣлается поэтому лучше; тѣмъ не менѣе, она серьезна, такъ какъ больной, въ виду своей слабости, легко можетъ погибнуть отъ какого-нибудь другого случайнаго заболѣванія.

Въ леченіи подобныхъ случаевъ на первомъ планѣ должна стоять соотвѣтствующая діета. Нашему больному была назначена сливочная смѣсь три раза въ день, три раза грудь и два раза молочная каша; а изъ лекарственныхъ средствъ мы прежде всего дали чайную ложку кастороваго масла, а затѣмъ стали дѣлать вливаніе теплаго 1% раствора таннина. Но вливанія эти не удерживались, почему и были отмѣнены. Затѣмъ три дня давали Tannalbin, но также безъ успѣха, и съ 30-го сентября назначили слѣдующую микстуру:

Rp: Aq. destillatae 50,0

Argentii nitrici cryst. 0,01

MDS. По чайной ложкѣ три раза въ день.

Съ 16-го октября больного оставили безъ всякихъ лекарствъ, такъ какъ за послѣднее время онъ замѣтно поправился: испражненія у него желты, нормальны, онъ прогрессивно увеличивается въ вѣсѣ,—за мѣсяць прибылъ на 1280 граммъ. Въ лимфатической системѣ также замѣтное улучшеніе: въ лѣвомъ паху железы исчезли, не прощупываются. Улучшились даже и рахитическія явленія: четки стали выравниваться.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о мотивахъ этой терапін. Почему мы не оставили ребенка на одномъ материнскомъ молокѣ, а назначили прикормъ,—объ этомъ было уже сказано: у матери было мало молока. Назначая прикормъ, мы могли выбирать, прежде всего, между цѣльнымъ и разведеннымъ молокомъ. По возрасту больного, ему больше подходило бы цѣльное молоко, но тутъ рѣшеніе зависѣло не отъ возраста, а отъ заболѣванія кишекъ. Общее правило, котораго мы придерживаемся, состоитъ въ томъ, что чѣмъ сильнѣе

порожены кишки, тѣмъ легче должна быть пища. Для даннаго случая больше соотвѣствовало разведенное молоко, и такъ какъ больной былъ до крайности истощенъ, то прибавка жира къ молоку казалась совсѣмъ рациональною, тѣмъ болѣе, что разбавленныя сливки считаются болѣе удобоваримою пищею для маленькаго ребенка, чѣмъ разведенное молоко, какъ болѣе богатое казеиномъ (жиръ прямо всасывается, а казеинъ долженъ сначала перевариться). Вотъ почему больному дали вмѣсто разведеннаго молока сливки пополамъ съ водою. Кромѣ того, ему назначили еще и крахмалистую пищу въ видѣ киселька изъ арорута. Крахмалъ, какъ жиροобразователь, былъ нуженъ больному въ виду его сильнаго истощенія; наблюденія же показываютъ, что крахмалъ при хроническихъ поносахъ вообще и при *enteritis follicularis chron.* въ особенности не только хорошо переваривается но даже способствуетъ устраненію поноса, и потому крахмалистую діету мы постоянно назначаемъ при хроническихъ поносахъ у дѣтей. Такъ, груднымъ или вообще въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ мы даемъ или арорутъ, или муку Нестле, или манную кашку и т. п., а дѣтямъ старшаго возраста охотно даемъ гречневую кашу, кисель изъ картофельной муки и т. п., но зато строго запрещаемъ мясо и даже супъ, такъ какъ подъ вліяніемъ мясной діеты хроническій поносъ только обостряется. На куриную котлету или говядину мы смотримъ какъ на реактивъ, при помощи котораго можно узнать, прочно ли достигнутое улучшение. Если больной, страдавшій хроническимъ поносомъ, выздоровѣлъ настолько, что марается разъ въ день сосискообразнымъ каломъ, то это еще не значитъ, что онъ выздоровѣлъ, — онъ долженъ выдержать испытаніе котлетой.

Изъ медицинскихъ средствъ при хроническихъ катаррахъ кишекъ лучшими считаются дезинфицирующія и вяжущія, а спеціально при поражении толстыхъ кишекъ (при хроническомъ фолликулярномъ энтеритѣ) считается болѣе рациональнымъ вводить тѣ или другія средства черезъ прямую кишку, а не черезъ желудокъ, такъ какъ больная кишка легче достигается *per anum*. По этой же причинѣ нашему паціенту и были назначены клизмы съ танниномъ; въ другихъ случаяхъ мы назначаемъ иногда клизмы съ салицило-

вымъ натромъ. Въ выборѣ того или другого средства мы руководствуемся давностью болѣзни и видомъ испражнений: въ случаяхъ свѣжихъ, когда рѣзко выражено жилие и когда испражненія состоятъ почти только изъ слизи, они безъ запаха и выдѣляются часто, — словомъ, когда требуется, главнымъ образомъ, успокоить кишку, то мы назначаемъ для вливаній теплый 1% растворъ *natrii salicylicі*. Если же случай запущенный, испражненія вонючі, а жилия незамѣтно, то предпочитаемъ вливанія съ танниномъ; если же послѣдній не переносится кишкой и тотчасъ же, еще во время операціи, выкидывается вонъ, то вливанія или совсѣмъ отменяются, или таннинъ замѣняется салициловымъ натромъ. Въ нашемъ случаѣ вливанія до такой степени раздражали больного, что мы предпочли совсѣмъ отказаться отъ нихъ.

Касторовое масло мы считаемъ показаннымъ во многихъ случаяхъ; во-первыхъ, когда поносъ сопровождается схватками (болями) живота, во-вторыхъ, при тенезмахъ и жилии, въ-третьихъ, при очень вонючихъ испражненіяхъ, въ-четвертыхъ, при богатомъ содержаніи въ испражненіяхъ непереваренныхъ остатковъ пищи. Противопоказаніемъ для назначенія слабительныхъ вообще, и кастороваго масла въ томъ числѣ, мы считаемъ наличность воспалительной боли въ животѣ (*appendicitis, peritonitis*). Въ случаяхъ хроническаго поноса испражненія всегда очень вонючі, а, слѣдовательно, всегда можно начинать съ кастороваго масла. Послѣ слабительнаго мы назначаемъ или вливанія, или вяжущія и дезинфицирующія *per os*. Выборъ средствъ здѣсь громадный. Въ нашей клиникѣ сравнительно чаще употребляются: *magisterium bismuthi* по 0,1—0,3 на приемъ, смотря по возрасту, раза три въ день; *tannalbuminum* по 0,2—0,6 на приемъ; *naphthalinum purissimum* по 0,05—0,1 (до 2-хъ лѣтъ) три раза въ день, въ тѣхъ же дозахъ и *salolum*; *tinctura ratanhiae* по 2—10 капель, *argentum nitricum*. Вотъ нѣкоторые рецепты:

Rp: *Naphthalini*
Saloli aa 0,1
Magist. bismuthi 0,2
Sacchari 0,2

S. По 1 порошоку три раза въ день
 (ребенку 2-хъ лѣтъ).

Въ случаѣ почернѣнія мочи (отъ салола) лекарство должно быть отмѣнено.

Rp: Tannalbin 0,3
Magist. bismuthi 0,2
S. Какъ предыдущее.
Rp: T-rae ratanhiaе 2,0
Aq. destill. 45,0
Syr. simpl. 5,0

DS. По десертной ложкѣ три раза въ день.

Argentum nitricum прописывается въ растворѣ 1:3000 и даже 1:5000 и назначается три—четыре раза въ день по десертной ложкѣ какъ въ острыхъ, такъ и въ хроническихъ случаяхъ. Необходимо имѣть въ виду, что при продолжительномъ употребленіи, напр., въ теченіе мѣсяца, больной можетъ получить аргирію, т. е. кожа его почернѣетъ навсегда отъ отложившихся въ Мальпигіевъ слой частицъ серебра.

Больной выписался изъ клиники 28-го ноября съ вѣсомъ въ 5970 граммъ (прибавка въ 2 мѣсяца на 1570 грм., т. е. на 4 фунта); слабило его два—три раза въ сутки желтыми, густыми, какъ горчица, испражнениями, которыя со временемъ не воняли, но временами замѣчалась примѣсь слизи.

Малярійная кажесія (*Malaria larvata*).

Лекція 9 февраля 1899 г.

Большого мальчика 8-ми мѣсяцевъ привезли въ Москву изъ Дербента, потому что онъ худѣетъ, не спитъ по ночамъ и страдаетъ запорами.

ANAMNESIS его такой: родители люди здоровые, у нихъ четверо дѣтей. Передъ этимъ ребенкомъ у матери былъ выкидышъ отъ неизвѣстой причины; остальные же дѣти здоровы и родились въ срокъ: Въ теченіе 2¹/₂ лѣтъ, которыя мать прожила въ Дербентѣ, она страдала лихорадкой. Последняя проявлялась то въ видѣ сильныхъ пароксизмовъ съ ознобомъ, жаромъ и потомъ, то въ летучей формѣ: познобитъ недѣли двѣ и проходить. Такъ какъ при беременности хининъ считается вреднымъ, то его ей не давали, несмотря на повторявшіеся приступы лихорадки. Можетъ быть, благодаря этимъ летучимъ пароксизмамъ, ребенокъ родился недоношеннымъ недѣли на двѣ съ половиной. Хотя мать кормила его сама, но ребенокъ сталъ хворать съ первыхъ дней жизни. У него была физиологическая желтуха, что, впрочемъ, не имѣетъ значенія; но кромѣ того у него былъ зеленый стулъ съ бѣлыми комочками и слизью. Съ 9-го дня ребенокъ сталъ кричать. Поносовъ, однако, въ это время не было; были напротивъ, запоры. Такъ длилось 3 мѣсяца. Ребенокъ все безпокоился и не полнѣлъ. Его перевели на коровье молоко, но лучше ему не было; стало, пожалуй, еще хуже. Мать отмѣчаетъ, что ребенокъ днемъ бываетъ покоенъ, но всегда кричитъ по ночамъ въ опредѣленные часы: въ 7, въ 9, въ 1 часъ

и въ 4 часа. Она ставила въ это время клизмы; дѣлалось какъ будто лучше, но не надолго. Позднѣе ребенокъ сталъ потѣть по ночамъ: потѣла голова и верхняя часть спины. За недѣлю до поступленія въ клинику у мальчика появились жаръ и кашель. Тогда мать отправилась съ нимъ въ Москву, при чемъ запаслась на всю дорогу молокомъ, стерилизованнымъ по Soxlet'у. Дорогой ребенокъ чувствовалъ себя лучше, при чемъ его два раза прослабило самопроизвольно, хотя перемѣнь въ пищѣ и не было.

При поступленіи больной былъ очень худъ. Вѣсъ его былъ 3680 граммъ, т. е. такой, какой бываетъ у новорожденнаго младенца. Подкожный жиръ его совершенно атрофированъ. Голова овальная, утолщенія теменныхъ и лобныхъ бугровъ нѣтъ. Родничекъ нормальной величины для его возраста (помѣщается одинъ палець), швы не прощупываются. Слѣдовательно, голова въ порядкѣ. У ребенка куриная грудь; ребра не даютъ прочной опоры для діафрагмы и потому при дыханіи они замѣтно втягиваются. Прощупываются рахитическія четки. Животъ невеликъ, даже меньше нормальнаго. Прощупывается въ немъ острый край нормальной печени. Селезенка не прощупывается. Толчекъ сердца сейчасъ же подъ соскомъ, на своемъ мѣстѣ. Справа отъ грудины и подъ ложечкой сердцебиенія не ощущается. При поступленіи были замѣтны притупленіе и мелкопузырчатые хрипы въ лѣвомъ легкомъ сзади и спереди около соска, но теперь, черезъ 3 недѣли по поступленіи, — этихъ явленій нѣтъ. При постукиваніи передней поверхности груди ничего ненормальнаго не отмѣчается. Селезеночная тупость не увеличена.

Такимъ образомъ, объективное изслѣдованіе обнаруживаетъ *упадокъ питанія, рахитизмъ только грудной клетки, общую атрофію* — и больше ничего.

Со стороны органовъ пищеваренія мы находимъ чистый языкъ, хороший аппетитъ (5 бутылочекъ Soxlet'a молока и 3 раза кашку). Рвоты нѣтъ, слабить раза 2 въ день; слѣдовательно, запоровъ нѣтъ. Иногда ставятъ ему по причинѣ крика клизму. Марается онъ хорошими желтыми испражнениями, чуть-чуть отдающими въ зеленый цвѣтъ, что для рождковаго ребенка почти нормально. Животъ не вздутъ и

мяжокъ; слѣдовательно, хроническаго метеоризма нѣтъ. Мочится большой подъ себя. Мочу собирали съ помощью ваты и ничего ненормальнаго въ ней не нашли. T^o , въ общемъ, нормальна, только иногда бываютъ скачки до 38^o , обыкновенно же она держится ниже $37,8^o$ (измѣряютъ въ заднемъ проходѣ). Въ теченіе двухъ, трехъ недѣль инфилтраты въ легкихъ исчезли. Въ пищу онъ получаетъ молоко, разведенное Боржомомъ (2:1), съ прибавкой молочнаго сахара, одну чайную ложку на стаканъ смѣси. Молочный сахаръ здѣсь былъ назначенъ во-1), потому что молочнаго сахара вообще въ коровьемъ молокѣ мало, во-2), ребенокъ худъ и ему нужны жиροобразователи, и въ-3), въ виду запоровъ, такъ какъ молочный сахаръ немного послабляетъ. Боржомъ былъ назначенъ ему также въ виду запоровъ, но для него были показанія и со стороны кашля.

Запоры исчезли съ первыхъ же дней, но крики нисколько не уменьшились. Съ 13-го января ему стали давать guajacal по поводу влажныхъ хриповъ въ легкихъ и euchininum въ виду криковъ по ночамъ. Послѣ этого замѣтили, что крики стали меньше, короче, но совсѣмъ не прекратились. Тогда съ 22-го января стали впрыскивать подъ кожу мышьякъ, и дней черезъ 10 послѣ того ему стало значительно лучше: днемъ онъ сталъ веселѣе и по ночамъ кричить гораздо меньше. Последнюю же ночь передъ лекціей не кричалъ совсѣмъ.

ДИАГНОСТИКА. Когда къ вамъ приносятъ ребенка, сильно истощеннаго, съ жалобой, что онъ кричитъ, что у него запоръ и если при этомъ онъ кормится грудью, то всегда подумайте о томъ, не голодаетъ ли ребенокъ. При разспросѣ можно убѣдиться, что такой ребенокъ и мочится рѣдко, хотя сами матери обыкновенно на это не обращаютъ вниманія. Такіе случаи нерѣдки, и если у матери или кормилицы мало молока, то какъ разъ будутъ подобныя жалобы. Если у ребенка нѣтъ ни кашля, ни поноса, ни лихорадочнаго состоянія, то предположеніе, что ребенокъ страдаетъ отъ хроническаго голоданія, дѣлается весьма вѣроятнымъ, и, чтобъ окончательно убѣдиться въ этомъ, стоитъ только дать ребенку сверхъ груди коровьяго молока, и онъ быстро успокоится и благодаря прикорму начнетъ поправляться.

Но этотъ ребенокъ не былъ у груди, его кормили уже три мѣсяца коровимъ молокомъ въ достаточномъ количествѣ, т. е. отъ діагностики хроническаго голоданія пришлось сразу отказаться. Можно было предположить, что у него катарръ кишекъ, сопровождаемый запорами и криками, но и эта діагностика съ самаго начала казалась невѣроятной. Правда, въ испражненіяхъ нашего больного, добывавшихся клистирами, замѣчалась примѣсь слизи, что считается, между прочимъ, однимъ изъ отличительныхъ признаковъ катарральныхъ запоровъ отъ задержки испражнений, зависящей отъ вялости кишечной мускулатуры, но запоры сопровождаютъ лишь хроническій катарръ кишекъ, свойственный дѣтямъ болѣе взрослымъ, у которыхъ въ анамнезѣ, обыкновенно, значится или дизентерія, или частые поносы, а у грудныхъ дѣтей катарры кишекъ, хотя бы и хроническіе, выражаются не запорами, а поносами. У нашего больного, напротивъ, поносовъ никогда не было, запоры появились сразу, а потому у него нельзя допустить катарра, скорѣе ужъ можно предположить здѣсь, какъ предрасполагающую причину, врожденную вялость кишекъ вслѣдствіе того, что ребенокъ недоношенъ. Вообще у недоносковъ наблюдается недоразвитіе и слабость всѣхъ органовъ, а, слѣдовательно, можетъ быть и вялость кишечной мускулатуры. Такое объясненіе здѣсь можно принять, а присутствіе слизи объяснить тѣмъ, что ему часто ставили клистиры, которые, все таки, раздражаютъ слизистую оболочку нижняго отрѣзка толстой кишки. Что запоры, отъ какой бы то ни было причины, не играли въ данномъ случаѣ главной роли, видно изъ того, что крики продолжались и послѣ того, какъ, благодаря извѣстной діетѣ, стулъ былъ урегулированъ. Въ виду присутствія хриповъ, притупленія въ легкихъ и общей атрофіи, можно было думать, не туберкулезъ ли у нашего больного? Туберкулезъ у маленькихъ дѣтей не рѣдкость. Вы можете подозрѣвать его во всѣхъ случаяхъ „безпричиннаго“ истощенія, т. е., когда ребенокъ худѣетъ, не смотря на то, что онъ не голодаетъ, не страдаетъ поносомъ и никакими другими потерями соковъ. Отсутствіе лихорадочнаго состоянія не исключаетъ туберкулеза, такъ какъ онъ, доведя организмъ до извѣстной степени истощенія, можетъ

уже не сопровождается лихорадкой. У насъ, кромѣ того, были и мѣстныя явленія въ легкихъ, потому-то мы и прибавили къ euchinin'у guajacol, но туберкулезъ не могъ исчезнуть такъ быстро (въ мѣсяць), а потому теперь мы должны исключить и его. Такимъ-то путемъ, по исключеніи голоданія, хроническаго катарра кишекъ и туберкулеза, мы дошли до вопроса: не имѣемъ ли мы здѣсь дѣла съ маляріей? Ребенокъ привезенъ изъ малярійной мѣстности, мать страдала лихорадкой года два, равно какъ и во время беременности, а внутриутробное зараженіе возможно, такъ какъ наблюдалось, что во время приступовъ у матери и утробный младенецъ дѣлался безпокойнымъ и затѣмъ рождался съ большою селезенкой и печенью. Возможность зараженія маляріей, слѣдовательно, есть, но надо доказать, что послѣдняя, дѣйствительно, существуетъ. Самымъ постояннымъ признакомъ маляріи вообще, а у грудныхъ дѣтей въ особенности, считается припуханіе селезенки, — но какъ разъ этого-то симптома и не было у нашего больного. Вотъ причина, помѣшавшая мнѣ сразу остановиться на діагностикѣ маляріи и заставившая идти окольнымъ путемъ: мы вылечили кишки, — ребенокъ не поправился; прошло пораженіе легкихъ, но ночные крики не прекратились, и вотъ путемъ исключенія мы дошли до діагностики маляріи.

Лекція 12 февраля 1899 г.

Прошлый разъ, разбирая нашего больного, мы исключили у него хроническое голоданіе, катарръ кишекъ, туберкулезъ и такимъ путемъ пришли къ выводу, что у него малярія. Но одного исключенія мало, нужны еще и положительныя данныя, и мы ихъ имѣемъ. На малярію указываетъ, во-первыхъ, *этіологическій моментъ*: мать хворала ею во время беременности; во-вторыхъ, у ребенка *крики были только по ночамъ* въ опредѣленное время; въ-третьихъ, то обстоятельство, что ребенку *стало лучше отъ перемѣны мѣста* (дорогой); когда ему дали хинина, — стало еще лучше, а *инъекции мышьяка прекратили совсѣмъ крики*: ихъ не было уже двѣ ночи. Вотъ основанія для діагностики въ данномъ случаѣ *хронической формы маляріи*. Противъ этой гипотезы можно возразить, что она невѣроятна, такъ какъ нѣтъ многихъ, весьма важныхъ

для діагностики малярїи, симптомовъ, а именно: во-первыхъ, у него *не нашли плазмодій* въ крови, хотя искали ихъ нѣсколько разъ, во-вторыхъ, *нѣтъ опухолю селезенки* и печени, и въ-третьихъ, *нѣтъ повышенной температуры*.

По поводу плазмодій надо замѣтить, что если они есть въ крови, то это вѣрный признакъ малярїи; но если ихъ нѣтъ, то дѣло этимъ не рѣшается, и малярїи исключить еще нельзя. При лихорадкахъ, которыя сопровождаются высокою t^0 и притомъ недавняго происхожденія, плазмодіи въ крови, конечно, всегда найдутся, если ихъ въ надлежащее время искать. Но даже и въ этихъ случаяхъ изслѣдованіе крови можетъ дать отрицательный результатъ, если, напр., кровь взята послѣ пароксизма или послѣ нѣсколькихъ дней хи-наго леченія; да, наконецъ, бываютъ и такіе случаи, что въ крови периферическихъ сосудовъ плазмодій нѣтъ, а въ крови селезенки ихъ много. Слѣдовательно, и при правильныхъ лихорадкахъ съ повышенной температурой плазмодій иногда не находятъ, а при неправильныхъ, да вдобавокъ еще и безлихорадочныхъ формахъ отсутствіе плазмодій не составляетъ рѣдкости. Насколько я помню встрѣчавшіеся мнѣ случаи маскированной малярїи, плазмодіи въ нихъ очень часто отсутствовали, такъ что я думаю, что отсутствіе плазмодій въ нашемъ случаѣ не можетъ опровергнуть діагностику малярїи.

Относительно температуры надо сказать, что у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, самая частая форма малярїи это — болѣе или менѣе правильная *f. intermittens* съ тою лишь разницей, что чѣмъ меньше ребенокъ, тѣмъ чаще встрѣчаются разныя уклоненія отъ правильнаго типа. Уклоненія эти состоятъ или въ томъ, что въ періодѣ антрактовъ t^0 падаетъ не совсѣмъ до нормы, такъ что получается *febris remittens*; или въ томъ, что лихорадка возвращается не въ одинъ и тотъ же часъ, а съ каждымъ разомъ приступъ начинается все раньше и раньше (*febris anteponeus*); или въ томъ, что отсутствуютъ знобы въ началѣ пароксизма и поты въ концѣ. Но всѣ эти уклоненія неважны; въ клиническомъ отношеніи гораздо интереснѣе формы малярїи, протекающія безъ повышенной температуры и выражающіяся самыми разнообразными симптомами, имѣющими то общее свойство, что они повторяются периодически.

Къ такимъ симптомамъ относятся періодическій поносъ, кашель, невральгіи (у маленькихъ дѣтей періодическій крикъ), носовое кровотеченіе. Замѣчательно, что всѣ эти припадки маскированной лихорадки весьма часто появляются почему-то по ночамъ и всѣ они очень легко поддаются хинину. Я видалъ, напр., періодическіе поносы, не уступавшіе обычнымъ средствамъ въ теченіе мѣсяцевъ и прекращавшіеся послѣ 1—2 приѣмовъ хинина. Вотъ къ разряду такихъ формъ маскированной маляріи относится и нашъ случай, который въ этомъ отношеніи не представляется исключительнымъ или особенно рѣдкимъ.

Теперь относительно отсутствія опухоли селезенки и печени. Токсинъ маляріи обладаетъ различными свойствами. Онъ вызываетъ, во-первыхъ, пароксизмы, т. е. ознобъ, жаръ и потъ, во-вторыхъ, опухоль селезенки и печени, и въ-третьихъ, измѣненіе крови—анемію. Всѣ эти припадки не тѣсно связаны между собой: у однихъ больныхъ преобладаетъ одно, у другихъ—другое. Такъ, у людей, живущихъ въ малярійной мѣстности, развивается иногда болотная кахексія, хотя замѣтнаго повышенія температуры у нихъ можетъ и не быть. Отсутствуетъ иногда опухоль селезенки и въ случаяхъ съ высокой t° , а въ маскированныхъ формахъ болотной лихорадки селезенка не припухаетъ очень часто. Такимъ образомъ, мы имѣемъ право сказать, что нашъ больной страдаетъ маскированной формой маляріи, выражающейся только кахексіей и періодическими болями, которыя вызываютъ крики по ночамъ. Въ теченіе $1\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ, что больному у насъ въ клиникѣ, его кормили молокомъ съ водой (Боржомъ) и молочнымъ сахаромъ. Онъ получалъ чрезъ два часа сначала шесть ложекъ молока съ тремя ложками Боржома, потомъ постепенно дошли до чистаго молока. При поступленіи онъ имѣлъ вѣсъ 3680 гр., теперь онъ вѣситъ 4320 гр. Прибавка въ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца на 640 гр., или 450 гр. въ мѣсяць, вполне достаточная для его возраста. Запоровъ у него нѣтъ, крики теперь прекратились; такимъ образомъ, мы ему можемъ поставить хорошую прогностику.

ЛЕЧЕНІЕ. Въ леченіи болотной лихорадки очень важны мѣры профилактическія. Прежде всего больного нужно увести

въ другое мѣсто, причемъ нѣтъ необходимости увозить его далеко: напр., въ Москвѣ можно съ Самотеки или Екатерининскаго парка перевезти больного къ Страстному монастырю. Иногда достаточно, чтобы прекратились пароксизмы, перемѣнить этажъ и даже перевести въ другую комнату, если, напримеръ, въ прежней была сырая стѣна, около которой спалъ ребенокъ. Дѣло въ томъ, что малярія—самая чувствительная болѣзнь къ перемѣнѣ воздуха. Пища также играетъ роль. Въ публикѣ распространено мнѣніе, что при болотной лихорадкѣ не слѣдуетъ давать молока, яицъ и рыбы, но это совершенно невѣрно. Молоко, какъ извѣстно, составляетъ единственную пищу въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, и, конечно, замѣна его чѣмъ-либо другимъ, кромѣ вреда, ничего не принесетъ. Вообще нужно избѣгать только той пищи, которая, по опыту, производитъ расстройство пищеваренія. Болотная лихорадка или, правильнѣе, вызывающіе ее плазмодіи, послѣ прекращенія пароксизмовъ, погибаютъ не сразу; во многихъ случаяхъ они гдѣ-то надолго остаются въ организмѣ до поры до времени, ничѣмъ себя не проявляя, но при малѣйшей простудѣ или при расстройствѣ пищеваренія,—словомъ, при какомъ-либо нарушеніи равновѣсія въ организмѣ, они могутъ сейчасъ же проявить свое вліяніе; по этой причинѣ подходящая діета для малярії имѣетъ очень важное значеніе.

Что касается до леченія лекарственнаго, то на первомъ мѣстѣ надо поставить *хининъ*. Въ нашей мѣстности не требуется большихъ дозъ: для взрослого достаточно 0,5 — 0,6. Дѣтямъ даемъ въ количествѣ столькихъ гранъ, сколько больному лѣтъ, а въ свѣжихъ случаяхъ даже и половинную дозу. Хининъ дается за 4 — 6 час. до начала пароксизма. Это—старинное правило, установленное, когда еще не знали о существованіи плазмодій; теперь же для него есть рациональное основаніе. Когда плазмодіи размножаются и молодежь вступаетъ въ кровь, то послѣдствіемъ этого является пароксизмъ. Есть наблюденія, провѣренныя непосредственнымъ опытомъ (Golgi, Vasselli), что хининъ дѣйствуетъ особенно сильно на эту молодежь, хотя болѣе слабое дѣйствіе есть и на плазмодіи, заключенныя въ кровяныя тѣльца. Если вы даете хининъ за 4—6 часовъ до пароксизма, то онъ попадаетъ

въ кровь какъ-разъ къ тому времени, чтобы встрѣтить тамъ молодежь. Хининъ продолжаютъ давать и по окончаніи повышенія температуры во избѣжаніе рецидива, и мнѣнія авторъ на этотъ счетъ расходятся: одни считаютъ нужнымъ давать только три дня послѣ окончанія пароксизмовъ, другіе— 3 недѣли и даже больше. Я держусь правила давать хининъ до тѣхъ поръ, пока существуетъ опухоль селезенки. Конечно, при застарѣлой опухоли селезенки нельзя достигнуть полного сокращенія послѣдней леченіемъ хининомъ; тогда переходятъ къ другимъ средствамъ, о которыхъ я скажу потомъ. Вообще, предотвращать пароксизмъ легче, чѣмъ лечить. Поэтому, для предотвращенія возвратовъ даются по окончаніи пароксизмовъ половинныя дозы хинина.

Хининъ хотя и считается лучшимъ средствомъ противъ маляріи, но иногда и онъ остается безъ результата. Это можетъ случиться или потому, что онъ извергается рвотой, что особенно часто бываетъ у дѣтей по причинѣ его горькаго вкуса, или же лихорадка сопровождается поносами, и хининъ не успѣваетъ всосаться. Въ первомъ случаѣ, чтобы избѣжать горькаго вкуса, замѣняютъ хининъ *эйхининомъ*. Послѣдній представляетъ соединеніе хинина съ органическимъ веществомъ, которое отнимаетъ у него горькій вкусъ, но давать его приходится въ $1\frac{1}{2}$ раза больше, чѣмъ чистаго хинина. Только не выписывайте *euchininin. muriat.*, который также горекъ, какъ и *chininum muriat.* Во второмъ случаѣ, особенное вниманіе надо обратить на прекращеніе поносовъ; если же послѣдніе затягиваются, а лихорадка истощаетъ больного, то переходятъ къ подкожнымъ инъекціямъ хинина, для которыхъ берутъ наиболѣе растворимое соединеніе хинина, напр., *chininum bimumiaticum*. Для подкожныхъ впрыскиваній берутъ обыкновенно дозу, въ половину меньшую, чѣмъ для внутренняго употребленія. Такимъ образомъ, если 6-ти лѣтнему ребенку прописываемъ 6 гранъ (0,40) на пріемъ, то для подкожныхъ впрыскиваній достаточно 3 гр. (0,2). Это важно еще въ томъ отношеніи, что чѣмъ большее количество мы впрыскиваемъ, тѣмъ сильнѣе боль на мѣстѣ инъекціи. Прописываемъ хининъ для подкожныхъ впрыскиваній въ слѣдующемъ видѣ:

Rp: Chinin. bimuriatici 1.0

Aq. destill. 5.0

Въ каждомъ шприцѣ получается, такимъ образомъ, 0,20 хинина.

Иногда хининъ не дѣйствуетъ просто оттого, что больной долго и много разъ лечился хининомъ; въ подобныхъ застарѣлыхъ случаяхъ назначаются другія средства; напр., иногда помогаетъ t-га helianthi (настойка подсолнечника). Подсолнечникъ во время цвѣтенія срѣзають, стволъ рѣжутъ на куски, кладутъ въ бутылъ и наливають водкой. Затѣмъ даютъ настаиваться въ теченіе 8 дней на солнцѣ. Я замѣтилъ, что тинктура, приготовленная домашнимъ путемъ (на водкѣ), дѣйствуетъ лучше, чѣмъ аптечнаго приготовленія на спирту. Даютъ ее по 20—25 капель; а взрослому — чайную ложку. Иногда, послѣ нѣсколькихъ дней леченія t-га helianthi, полезно дать хининъ, который тогда начинаетъ дѣйствовать, хотя раньше не оказывалъ вліянія на малярію.

Если же и это средство не помогаетъ, то переходятъ къ леченію *мышьякомъ*. Мы назначаемъ это средство при двухъ условіяхъ: во-первыхъ, когда хининъ не дѣйствуетъ, и, во-вторыхъ, когда лихорадка тянулась долго и повела къ истощенію больного. Если хининъ не дѣйствуетъ въ свѣжемъ случаѣ, то мышьякъ, по нашему мнѣнію, еще не показанъ, когда нѣтъ упадка общаго питанія. Мышьякъ не обладаетъ, подобно хинину, свойствомъ дѣйствовать непосредственно на плазмодій; онъ повышаетъ только тонусъ организма, усиливая его способность самозащиты. Мышьякъ назначаютъ или черезъ желудокъ, или впрыскиваютъ подъ кожу. Послѣднее примѣняютъ тогда, когда мышьякъ плохо переносится желудкомъ, или же хотятъ давать мышьякъ въ большихъ дозахъ и а priori предполагаютъ, что больной такихъ дозъ внутрь не перенесетъ. Несомнѣнно, что подкожное введеніе мышьяка гораздо энергичнѣе вліяетъ на прекращеніе малярійныхъ приступовъ, чѣмъ внутренніе приемы. Нашему больному мы назначили мышьякъ подъ кожу. Для подкожныхъ инъекцій употребляютъ или liq. arsenical. Fowl., которую слѣдуетъ выписывать sine spir. angelic. или берутъ natrium arsenicum въ 1% растворѣ (лучше, чѣмъ natr. arsenicosum).

Rp: Natrii arsenicici 0,1
Aq. destill. 10,0

Въ полномъ шприцѣ будетъ 0,01 средства. Еще рекомендуютъ брать вмѣсто воды $\frac{1}{2}\%$ растворъ acid. carbolicі, чтобы предохранить лекарство отъ разложенія, но это излишняя предосторожность.

Взрослымъ начинаютъ впрыскиваніе съ $\frac{1}{2}$ шприца такого раствора и доходятъ, какъ maximum, до 2 шприцевъ pro die. Дѣтямъ я даю, руководясь таблицей Hufeland'a:

если 20-лѣтнему	2 шприца,
то 10 „	10 дѣлений (т. е. цѣлый шприцъ)
5 „	5 „
2 „	2 „
1 „	1 „

т. е. по одному дѣленію на годъ,—но начинаемъ съ дозъ, вдвое и даже втрое меньшихъ.

Нашему больному 8 мѣсяцевъ. Мы выписали ему сначала 0,1 : 40,0 и впрыскивали по одному дѣленію въ день; а потомъ 0,1 : 20,0 и дошли до 4-хъ дѣлений послѣдняго раствора, что соответствуетъ двумъ дѣленіямъ обычнаго раствора. Эту дозу мы впрыскивали не ежедневно, а черезъ день. Долго ли продолжать впрыскиванія? Продолжать ихъ надо, руководясь улучшеніемъ состоянія больного. Если вы сдѣлаете 10—15 впрыскиваній безъ результата, то очевидно, что мышьякъ не поможетъ, такъ какъ, если ужъ онъ помогаетъ, то довольно быстро, приблизительно въ теченіе недѣли. Если же вы достигли улучшенія, то дозу увеличивать не надо, а надо продолжать впрыскиванія въ теченіе мѣсяца или недѣль 6. Ребенокъ за это время долженъ пополнѣть. Послѣ этого начинаютъ постепенно убавлять дозу, чтобы не лишить сразу организмъ привычнаго стимула. На нашего больного мышьякъ дѣйствовалъ очень хорошо. Онъ теперь прибавился въ вѣсѣ, крики прекратились, хотя сонъ еще безпокоенъ. Мы дошли до дозы, дальше которой итти не намѣрены, и такъ какъ мать собирается въ концѣ мѣсяца уѣхать, то мы можемъ сбавлять ребенку дозу такъ, чтобы ко времени отъѣзда вернуться къ той, съ которой начали. Внутрь мышьякъ дается

или въ видѣ Фовдеровскаго раствора (дѣтямъ до $\frac{1}{2}$ капли на годъ pro dosi), 2—3 раза въ день, послѣ ѣды; или же *acidum arsenicosum*, давая запивать каждый пріемъ молокомъ, причемъ нѣтъ надобности доходить до очень большихъ пріемовъ. Мы прописываемъ:

Rp: Acidi arsenicosi 0,1
Aq. destill. 200,0

Чайную ложку этого раствора разбавляютъ 6-ю столовыми ложками воды, и даютъ полученный разбавленный растворъ черезъ 2 часа по столовой ложкѣ, запивая каждый пріемъ рюмкой молока.

Мышьякъ еще употребляется при нервныхъ страданіяхъ: хорей и невралгіяхъ, затѣмъ, при различныхъ видахъ истощенія, напр., при малокровіи. Но не всякій малокровный ребенокъ годится для леченія мышьякомъ. Если ребенокъ блѣденъ, но подкожно-жирный слой развитъ хорошо, значитъ ребенокъ подходитъ къ типу хлоротичныхъ, то ему мышьякъ поможетъ плохо,—въ этихъ случаяхъ желѣзо лучше. Но если вы имѣете ребенка худого, истощеннаго, но не блѣднаго, то здѣсь мышьякъ очень помогаетъ, точно такъ же, какъ *ol. jescoris*. Мышьякъ полезенъ еще и при кожныхъ болѣзняхъ, особенно при *psoriasis*, хотя послѣдній рѣдко встрѣчается у дѣтей. При другихъ кожныхъ болѣзняхъ, напр., при *prurigo*, *urticaria*, хронической экземѣ онъ помогаетъ, какъ средство укрѣпляющее.

Идіопатическая атрофія.

Лекція 9 ноября 1899 г.

Въ одну изъ предыдущихъ лекцій я вамъ показывалъ ребенка въ состояніи крайней атрофіи *). Ему было 1 годъ 3 мѣсяца, а по вѣсу онъ равнялся 3—4-хъ мѣсячному ребенку. Въ анамнезѣ у него значится поносъ, длившійся 8 мѣсяцевъ и прошедшій только у насъ въ больницѣ при соотвѣтствующемъ леченіи. Послѣ этого ребенокъ началъ прибавляться въ вѣсѣ очень хорошо. То была атрофія отъ хроническаго катарра кишекъ.

Больная, которую вы видите теперь, также вѣситъ много меньше нормальнаго и представляется атрофичной. Поступила она къ намъ въ клинику 22-го сентября 1899 года, 2¹/₂ мѣсяцевъ отъ роду по поводу *запора*, слизи въ испражненіяхъ и *постояннаго крика*.

АНАМНЕЗЪ ея таковъ. Отцу 33 года, послѣдній годъ у него была перемежающаяся лихорадка, которая сильно ослабила его и иногда доводила до обморока. Мать, 23-хъ лѣтъ, нѣсколько нервна. Одинъ изъ братьевъ ея туберкулезный. Тетка и бабушка со стороны матери умерли отъ чахотки. Одна сестра страдала Базедовой болѣзнью. Мать больной до первой беременности страдала сильными запорами (безъ клизмы не ходила по недѣлямъ, въ испражненіяхъ бывало много слизи). Теперь отпращенія кишечника по частотѣ нормальны, но почти всегда со слизью. Отецъ ея, братъ и сестра также стра-

*) См. случай XI, стр. 108.

даютъ постоянными запорами. Кромѣ нашей больной, есть еще другой ребенокъ 2-хъ лѣтъ, который страдалъ постоянной диспепсіей до 8-ми мѣсяцевъ, пока его не начали прикармливать коровьимъ молокомъ. Теперь онъ вполне здоровъ. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Въ началѣ послѣдней беременности мать страдала мѣсяца 2 маляріей, сопровождавшеяся поносами. То же самое повторилось и въ послѣдніе мѣсяцы беременности. За 2 дня до родовъ мать заболѣла кровавымъ поносомъ, продолжавшимся дней 10 послѣ родовъ. Роды были нормальныя, асфиксіи у ребенка не было. Родился ребенокъ 8-ми фунтовъ, сыпи и насморка послѣ рожденія у него не было. Сама мать кормила грудью 5 недѣль. Первые 10 дней испражненія у ребенка были нормальны, но затѣмъ сдѣлались запоры. Около 15-го дня отъ рожденія одинъ день былъ поносъ, послѣ котораго запоры сдѣлались еще сильнѣе. Вскорѣ въ испражненіяхъ, добывавшихся клизмой, появилась слизь, и ребенокъ сталъ много кричать. При этомъ бывало вздутіе живота и обиліе газовъ. Испражненія бывали только при внѣшнемъ содѣйствіи (большею частью клизмы или массажъ). Нѣсколько дней подрядъ выходила только одна слизь. Такъ дѣло шло, все ухудшаясь, пока кормила его сама мать, а потому рѣшено было взять кормилицу. Одинъ день передъ переходомъ къ кормилицѣ, ребенокъ оставался на *коровьемъ молокѣ* и въ этотъ день *криковъ не было и испражнялся онъ почти нормально*. Съ переходомъ къ кормилицѣ дѣло пошло попрежнему, а черезъ 1½ недѣли у нея пропало молоко и пришлось взять новую. Въ то же время ребенка начали прикармливать коровьимъ молокомъ. Во время кормленія кормилица также хворала перемежающеюся лихорадкой. Мать замѣчаетъ, что *чѣмъ болѣе грудное молоко замѣняется коровьимъ, тѣмъ меньше кричитъ ребенокъ, и испражненія становятся нѣсколько лучше*. Послѣдніе дни передъ поступленіемъ въ клинику давали по 4 чайныхъ ложки эмской воды и уголь. Кормили дѣвочку черезъ 2½ часа, причеиъ 4 раза въ день ставили клизмы и кой-когда дѣлали массажъ живота. Испражненія состояли почти изъ одной слизи. Семья больной живетъ въ Сормовѣ, близъ впаденія Оки въ Волгу. Мѣстность лихорадочная.

Состояніе ребенка при поступленіи было слѣдующее. Кожа блѣдна; подкожно-жирный слой и мускулатура развиты крайне слабо; вѣсъ—3750 граммъ.

На шеѣ прощупывается много железъ, до кедроваго орѣха величиною. Голова правильной формы; въ родничекъ не помѣщается пальца; затылокъ твердый. Четокъ на ребрахъ нѣтъ.

Аппетитъ плохой, рвоты нѣтъ. На низъ только послѣ клизмы и массажа; испражненія мягки и содержатъ много слизи. Животъ вздутъ, мягокъ; въ немъ ничего не прощупывается.

Органы дыханія и кровообращенія въ порядкѣ, температура 37,3°.

Ребенокъ много кричитъ днемъ и ночью. Послѣ клизмы на нѣкоторое время обыкновенно успокаивается. Со времени поступленія прошло 1½ мѣс., и сегодня больная оставляетъ клинику, значительно поправившись. Вѣсъ ея теперь 4770 граммъ. Слабить ее самостоятельно 1—2 раза въ день нормальными испражненіями съ незначительною примѣсью слизи. Криковъ нѣтъ.

Сравнивая ея прежнее состояніе съ настоящимъ, вы видите, что атрофія, которая была рѣзко выражена при поступленіи, теперь проходитъ. Попытаемся же разобраться въ вопросѣ о причинѣ атрофіи въ данномъ случаѣ и благодаря какому леченію наступило здѣсь выздоровленіе?

Атрофію у дѣтей мы раздѣляемъ на симптоматическую и идиопатическую. Первая происходитъ отъ различнаго рода заболѣваній, а вторая — отъ хроническаго голоданія. Симптоматическая чаще всего бываетъ послѣ хроническихъ поносовъ и тогда распознать ее нетрудно. Атрофію могутъ вызывать и нѣкоторые общія заболѣванія. Если вы при изслѣдованіи ребенка не находите ничего мѣстнаго, а видите рѣзко выраженную атрофію, ребенокъ лихорадитъ и t^0 не поднимается выше 38° съ небольшимъ, то такая атрофія чаще всего зависитъ отъ *протекающаго скрыто туберкулеза*. Если ребенокъ родился въ лихорадочной мѣстности, или родители его страдали маляріей, то можно предполагать, что причиной атрофіи является заболѣваніе ребенка *болотной лихорадкой*. Для маляріи у маленькихъ дѣтей характерно, что опухоль селезенки появляется у нихъ при этомъ очень рано — ранѣ другихъ симптомовъ маляріи. Если ребенокъ лихорадитъ болѣе или

менѣе долго, а селезенки прощупать не удастся, то ужь одно это обстоятельство сильнѣйшимъ образомъ говорить противъ маляріи. Но это только при правильныхъ формахъ. Наоборотъ, при *febris intermittens larvata* селезенка можетъ быть не увеличенной, температура нормальной и мы найдемъ только атрофію и нѣкоторыя другіе явленія.

Такъ, очень часто бываютъ періодически повторяющіеся крики по ночамъ или подь утро, періодическій поносъ, кашель и т. п. Хининъ быстро прекращаетъ всѣ эти явленія и диагностика ставится тогда заднимъ числомъ.

Вотъ три главныхъ причины симптоматической атрофіи: хроническій поносъ, туберкулезъ и малярія. Къ нимъ можно присоединить еще 4-ую, — это врожденный *lues*.

Идіопатическая атрофія зависитъ отъ хроническаго голоданія. Когда ребенокъ вскармливается на рожкѣ, онъ рѣдко голодаетъ и замѣтитъ это не трудно. Но если ребенокъ при груди, то не всегда легко опредѣлить во-время, что ему мало пищи. Эту причину атрофіи можно предполагать, если при продолжительномъ похуданіи и крикахъ существуютъ еще и запоры. Животъ у такихъ дѣтей обыкновенно ввалившійся, мочи мало, и они не страдаютъ ни рвотой, ни срыгиваніемъ. Изъ терапіи вы почерпнете подтвержденіе этой диагностики; дайте въ такомъ случаѣ коровье молоко, и если ребенокъ станетъ покойнѣе, то это укажетъ, что крикъ его зависѣлъ не отъ боли, а отъ голода. Уменьшеніе атрофіи при дальнѣйшемъ прикармливаніи еще болѣе подтвердитъ диагностику.

Нашъ ребенокъ живетъ въ лихорадочной мѣстности; отецъ, мать и послѣдняя кормилица страдали маляріей; у матери были приступы ея и во время беременности. Все это указываетъ на возможность маляріи у нашей больной, но противъ нея говорила нормальная температура, какъ до поступленія въ клинику, такъ и у насъ; не было и увеличенія селезенки. Однако, имѣя въ виду возможность маскированной маляріи, я назначилъ ей тотчасъ по поступленіи хининъ:

Rp: Chinini muriatici 0,06
Aq. destill. 50,0
Ac. muriatici dil. q. s. ad sol.
DS. 3 раза въ день по $\frac{1}{2}$ чайной ложкѣ.

Получала она его 3 дня и результата никакого. Такимъ образомъ, малярія, по нашему мнѣнію, была окончательно исключена.

Съ другой стороны, въ анамнезѣ есть указанія на идиопатическую атрофію: ребенокъ началъ кричать, когда его кормила еще мать; передали его сперва одной кормилицѣ, потомъ другой, а крикъ не прекращался, и ребенокъ худѣлъ все болѣе и болѣе. Только одинъ день ребенокъ былъ покоемъ, именно, когда кормилицы у него не было, и онъ получалъ коровье молоко.

Обращаю ваше вниманіе, что это показаніе матери не вынужденное, — она заявила объ этомъ фактѣ сама, а не была наведена нашими вопросами. Противъ хроническаго голода-нія говоритъ, какъ будто, то обстоятельство, что ребенка прикармливали 4 раза въ день разведеннымъ молокомъ. Но разведеніе было такое, что онъ получалъ заразъ не болѣе 1—1½ столовыхъ ложекъ цѣльнаго молока. Количество грудного молока, которое онъ высасывалъ заразъ, равнялось 30—50 грам., какъ показали взвѣшиванія у насъ въ клиникѣ (вмѣсто нужныхъ ему 90—100). Значить, въ общемъ онъ получалъ около 1/3 нужнаго ему количества пищи.

Въ виду всего сказаннаго я рѣшилъ назначить болѣе энергичное прикармливаніе. Сначала попробовали дать цѣльное молоко съ прибавкой 1/4 части Боржома 2 раза въ день по 6-ти столовыхъ ложекъ. На слѣдующій же день у ребенка появилась рвота, даже и послѣ грудного молока; тогда прикармливаніе совершенно прекратили и назначили противъ рвоты *t-gram Nucis vomicae* по 1/2 капли на приемъ:

Rp: T-rae Nucis vomicae 1,0

Elix. viscer. Hoffm. 5,0

MDS. По 3 капли 2 раза въ день.

Это средство дѣйствуетъ, съ одной стороны, на процессы броженія въ желудкѣ, съ другой — на боли живота. Давали, кромѣ того:

Rp: Bismuthi subnitr. 0,06

Cerii oxalici 0,01

DS. 3 раза въ день по 1 порошку.

Относительно церія уставлено эмпирическимъ путемъ, что онъ дѣйствуетъ противъ рвоты, а висмутъ былъ данъ, какъ

обычное дезинфицирующее средство при желудочно-кишечных заболѣваніяхъ. Подъ вліяніемъ этихъ средствъ рвота тотчасъ прекратилась, и мы снова начали ребенка прикармливать. На этотъ разъ было взято уже не молоко, а Biedert'овская сливочная смѣсь № 1 (1 часть сливокъ и 3 части воды), въ которой изъ 3-хъ частей воды одна была замѣнена Боржомомъ. Сначала больная получала эту смѣсь два раза въ день по три столовыхъ ложки, а черезъ день ей давали уже по шести ложекъ три раза; кромѣ того, четыре раза въ сутки ей давали сосать грудь. Эту пищу больная получала съ 3-го по 8-ое октября, когда къ смѣси прибавили вторую ложку сливокъ (двѣ ложки сливокъ, двѣ ложки воды и одна ложка Боржома). 11-го октября смѣсь снова была усилена: сливокъ взяли двѣ ложки, воды—4, молока—2 и Боржома—1. Все это время ребенокъ былъ гораздо покойнѣе, чѣмъ прежде, но въ вѣсѣ прибавлялся не совсѣмъ удовлетворительно, а именно, на 300 граммъ въ двѣ недѣли (за промежутокъ отъ 27-го сентября до 13-го октября). Прибавку можно бы считать достаточной для нормальнаго ребенка, но для атрофичнаго она мала, такъ какъ онъ долженъ наверстывать потерянное. Увеличить количество пищи препятствовало отсутствіе аппетита у ребенка, а потому 13-го числа ему были назначены впрыскиванія мышьяка, такъ какъ въ виду слабости желудка и кишекъ внутреннее употребленіе его казалось неудобнымъ.

Намъ уже приходилось говорить о дозировкѣ мышьяка при подкожныхъ впрыскиваніяхъ у дѣтей. Нашему ребенку по обычному разсчету пришлось бы впрыскивать только $\frac{1}{8}$ дѣленія Правацевскаго шприца. Для удобства дозировки мы выписали такъ:

Rp: Liq. arsenic. Fowleri sine spir. angel. 1,0
Aq. distill. 7,0

и начали впрыскивать съ одного дѣленія шприца.

Черезъ 16 дней дошли до одного дѣленія нормальнаго Fowler'овскаго раствора. Въ это время у ребенка появились поносъ и крики. Приемъ мышьяка внутрь, безъ сомнѣнія, вызываетъ очень часто расстройство пищеваренія, но и подкожное впрыскиваніе его не остается безъ вліянія на кишечникъ. У взрослыхъ кромѣ того появляется сухость глотки,

металлическій вкусъ во рту, эритемы или угри на кожѣ и, наконецъ, параличи. Всѣ эти симптомы интоксикаціи организма и служатъ указаніемъ того, что мышьякъ слѣдуетъ прекратить. И нашему ребенку съ 29-го числа мышьякъ пришлось отмѣнить. Поносъ прекратился, и больная стала быстро поправляться. Прибавка въ вѣсъ за послѣдній мѣсяць пребыванія въ клиникѣ равна 900 граммъ, т. е. въ $1\frac{1}{2}$ раза больше нормы.

Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ идиопатическою атрофіей вслѣдствіе хроническаго голоданія. Прикорма молокомъ оказалось недостаточно для излеченія атрофіи; пришлось прибѣгнуть къ мышьяку, какъ средству, возбуждающему жизнедѣятельность тканей. По окончаніи мышьяковаго леченія поправленіе пошло быстрыми шагами.

При поступленіи больной нельзя было отвергать возможности атрофіи вслѣдствіе скрытаго туберкулеза; противъ говорило развѣ только отсутствіе лихорадочнаго состоянія. Благоприятный результатъ леченія позволяетъ намъ съ увѣренностью исключить его. Относительно врожденнаго lues'a какъ причины атрофіи въ данномъ случаѣ въ виду отсутствія какихъ бы то ни было основаній для такого предположенія, не можетъ быть и рѣчи. Что касается до хроническаго катарра кишекъ, на который могла бы указывать примѣсь слизи къ испражненіямъ, то по этому поводу ограничусь замѣчаніемъ, что катарръ кишекъ у такихъ маленькихъ дѣтей никогда не выражается запорами, а всегда поносомъ; обиліе же слизи хотя и служило выраженіемъ несомнѣннаго катарра, но не толстыхъ кишекъ вообще, а только нижняго отрѣзка ея (небольшой proctitis), по всей вѣроятности, вслѣдствіе частаго употребленія клизмъ. Этотъ proctitis не могъ вызвать ни запора, ни криковъ, ни атрофіи.

Леченіе диспепсіи у грудныхъ дѣтей*).

За послѣднее время я получилъ два письма отъ товарищей изъ провинціи на одну и ту же тему—какъ лечу я диспепсію у дѣтей, вскармливаемыхъ материнскою грудью? Предполагая на основаніи этихъ писемъ, что вопросъ о терапіи диспепсіи интересуется и другихъ врачей, я рѣшился отпечатать мою лекцію, читанную по этому поводу студентамъ, хотя заранѣе прошу извиненія у тѣхъ изъ товарищей, которые, не найдя въ моихъ совѣтахъ ничего новаго или оригинальнаго, посѣтуютъ на меня за непроизводительно потраченное ими время; впрочемъ, постараюсь быть краткимъ и, предполагая въ читателѣ знакомство съ симптомами диспепсіи, перехожу прямо къ леченію этой болѣзни у дѣтей, воспитывающихся при материнской груди.

Хотя всѣ авторы, писавшіе о дѣтской діететикѣ, единогласно свидѣтельствуютъ, что самою лучшею пищею для ребенка служитъ молоко его матери, но тѣмъ не менѣе въ нашъ нервный вѣкъ диспепсія у дѣтей, не получающихъ ничего, кромѣ материнской груди, встрѣчается часто, особенно у первенцовъ. Служитъ ли этому главною причиною общая нервность современныхъ женщинъ интеллигентнаго круга или тутъ играетъ роль наслѣдственность, такъ какъ отказъ матерей кормить своихъ дѣтей собственной грудью передается сплошь и рядомъ изъ поколѣнія въ поколѣніе и грудныя железы потомства приходятъ, наконецъ, въ состоя-

*) Напечатано въ журналѣ „Дѣтская медицина“ 1899 г., № 1.

ніе атрофіи отъ бездѣтельности—сказать трудно, но вѣрно то, что диспепсія у грудныхъ дѣтей встрѣчается нерѣдко и притомъ отъ разныхъ причинъ.

Изъ различныхъ формъ диспепсіи грудныхъ дѣтей я прежде всего выдѣлю въ отдѣльную группу тѣ случаи диспепсіи, которые отличаются отъ другихъ случаевъ тѣмъ, что, несмотря на сильные и продолжительные приступы коликъ, серьезно нарушающихъ сонъ, и несмотря на частый стулъ, избыливающей остатками неперевареннаго молока, ребенокъ не только не худѣетъ, а, напротивъ того, *тучнѣетъ, т. е. прибавляется въ вѣсъ больше, чѣмъ полагается это въ нормѣ*. Такая форма диспепсіи встрѣчается, главнымъ образомъ, у дѣтей первыхъ трехъ мѣсяцевъ жизни. Предполагать такую форму можно всегда, если мать жалуется на зеленое маранье при частомъ срыгиваніи и безпрестанномъ крикѣ ребенка, стоящаго въ возрастѣ нѣсколькихъ недѣль отъ роду, а между тѣмъ больной представляетъ округленность членовъ и хорошо развитый, упругій, подкожный жирный слой; несмотря на частыя испражненія съ выходомъ газовъ, животикъ сильно вздутъ. Убѣдиться въ томъ, что дѣло идетъ именно о такой формѣ диспепсіи всего проще посредствомъ ежедневнаго взвѣшиванія ребенка, причеиъ не трудно опредѣлить и количество высасываемаго молока (взвѣшиваніемъ до и тотчасъ послѣ кормленія). Если нѣтъ вѣсовъ, то о количествѣ высасываемаго молока судимъ по остатку молока въ груди тотчасъ послѣ того, какъ къ ней прикладывался ребенокъ. Имѣя дѣло съ такого рода диспепсіей, можно быть увѣреннымъ, что причина болѣзни—*перекармливаніе*, которое, въ свою очередь, можетъ имѣть двоякую причину: въ однихъ случаяхъ перекармливаніе происходитъ просто отъ того, что ребенокъ *сосетъ* или слишкомъ *долго* или слишкомъ *часто*, хотя молоко само по себѣ превосходнаго качества, тогда какъ въ другомъ ряду случаевъ ребенокъ не только получаетъ молока больше, чѣмъ слѣдуетъ, но и само молоко *слишкомъ богато плотными составными частями* (такъ называемое „тяжелое молоко“). При диспепсіяхъ первой категоріи (простое перекармливаніе) помочь горю легче, такъ какъ тутъ достаточно уменьшить количество высасываемаго молока, для чего рекомендуется

1) прикладывать ребенка къ груди не чаще, какъ черезъ два часа и 2) не давать сосать грудь долѣе 10-ти минутъ, а если и такой срокъ оказался бы чрезмѣрнымъ, то его можно уменьшить до 7-ми и даже до 5-ти минутъ; вообще говоря, *слѣдуетъ дозволять ребенку оставаться при груди только въ теченіе того времени, пока онъ сосетъ усердно*, а какъ только онъ начинаетъ отдыхать, смотрѣть по сторонамъ, то значить довольно.

Въ случаяхъ диспепсіи второй категоріи (тяжелое молоко) дѣло нѣсколько сложнѣе, такъ какъ одной діеты, въ смыслѣ уменьшенія количества пищи, недостаточно, а необходимо постараться измѣнить составъ молока. Въ тѣхъ случаяхъ, когда „тяжелое“ молоко производится искусственно, хотя и безсознательно самой кормящей женщиной, то для устраненія диспепсіи бываетъ достаточно устранить нѣкоторыя неправильности въ кормленіи; къ числу этихъ неправильностей относится, во 1-хъ, обыкновеніе многихъ кормилицъ сдаивать передъ кормленіемъ накопившееся молоко, и во 2-хъ, даваніе всякій разъ обѣихъ грудей. Дѣло въ томъ, что, когда грудь отдыхала часа четыре (что случается всегда, если груди даются поочереды съ двухчасовыми промежутками), то молоко какъ бы отстаивается—сначала идетъ жидкое, совѣмъ синее молоко, а потомъ бѣлое, густое; слѣдовательно, если кормилица сдоитъ первыя порціи молока, то ребенокъ получить только одно густое, тяжелое; то же самое произойдетъ и при даваніи черезъ короткіе промежутки обѣихъ грудей съ тою лишь разницей, что въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ еще легче пересосетъ, такъ какъ изъ двухъ полныхъ грудей онъ въ единицу времени высосетъ больше, чѣмъ изъ одной (изъ полной груди молоко само льется). *Слѣдовательно, надо не только уменьшить количество пищи, но и назначить давать груди поочереды и отнюдь не сдаивать жидкое молоко.*

Если молоко слишкомъ густо, такъ сказать, отъ природы и указанныхъ мѣръ оказывается недостаточно, то рекомендуемъ измѣнить діету кормящей женщины въ смыслѣ уменьшенія мяса и усиленія мучной пищи; другими словами, мы назначаемъ вегетаріанскій режимъ (молоко, разнаго рода кашни, макароны, картофель, варенныя овощи etc.) и разрѣшаемъ ку-

сокъ мяса только разъ въ день. Въ подходящихъ случаяхъ диспепсіи такое измѣненіе діеты оказываетъ блистательное дѣйствіе, хотя нельзя отрицать и того, что встрѣчаются матери или кормилицы, у которыхъ молоко остается тяжелымъ, несмотря ни на какую діету; въ подобныхъ случаяхъ мы рекомендуемъ или перемѣнить кормилицу, или заpastись терпѣніемъ до 6-ти недѣль, или, въ крайности, до 3-хъ мѣсяцевъ, послѣ какового срока диспепсія отъ тяжелаго молока обыкновенно исчезаетъ, если только неправильная иннервация молочныхъ железъ, служившая причиной ненормальнаго состава молока, не усилится еще болѣе и не поведетъ къ уменьшенію количества молока, а когда молока мало и оно притомъ дурного качества, то получается вторая форма диспепсіи, которая отличается отъ диспепсіи вслѣдствіе перекармливанія противоположнымъ признакомъ—быстрымъ похуданіемъ ребенка, т. е. потерей вѣса, не соответствующей незначительному поносу.

Эта диспепсія, сопряженная съ голоданіемъ, сопровождается иногда склонностью къ запору, отсутствіемъ рѣзко выраженнаго метеоризма и частыхъ вѣтровъ, но что особенно рѣзко отличаетъ ее отъ первой формы, это—отсутствіе срыгиванія. Совѣтъ врача въ подобныхъ случаяхъ находится, между прочимъ, въ зависимости отъ возраста ребенка: если ребенку не больше 2—3-хъ мѣсяцевъ отъ роду, а между тѣмъ молока у матери мало и оно неудобоваримо, то можно быть увѣреннымъ, что скоро оно совсѣмъ изсякнетъ, и потому слѣдуетъ рекомендовать взять кормилицу. Надѣяться на поправку материнской груди можно лишь въ томъ случаѣ, если убыль молока произошла вслѣдствіе какой-нибудь определенной, скоро проходящей, т. е. случайной, причины, наприм., отъ лихорадочнаго состоянія, нервнаго потрясенія и т. п. Въ подобныхъ случаяхъ можно подождать съ перемѣной кормилицы и недѣли на двѣ назначить прикормъ коровьимъ молокомъ, на $\frac{1}{3}$ разведеннымъ водой, или ячменнымъ отваромъ, или 6% растворомъ молочнаго сахара.

Если диспепсія и убыль молока появляются поздно, когда ребенокъ достигъ возраста 6—7 мѣсяцевъ, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ удается обойтись безъ перемѣны кор-

милицы, просто при помощи прикармливанія ребенка коровьимъ молокомъ, чѣмъ достигается двойная цѣль: устраняется голоданіе ребенка и излечивается диспепсія. Съ теоретической точки зрѣнія можетъ показаться страннымъ, какимъ образомъ прибавка къ грудному молоку, которое не переносится ребенкомъ, одной—двухъ порцій еще болѣе тяжелаго коровьяго молока можетъ излечить диспепсію; а между тѣмъ ежедневная практика вполнѣ подтверждаетъ это, не позволяя сомнѣваться въ существованіи такого факта. Дѣло-то въ томъ, что химія молока еще не сказала своего послѣдняго слова, и сплошь и рядомъ приходится имѣть дѣло съ диспепсіей отъ „тяжелаго“ молока (оно не исчезаетъ, несмотря на самое правильное даваніе груди), а между тѣмъ изслѣдованіе молока не находитъ въ немъ серьезныхъ отклоненій отъ нормы, и намъ кажется довольно вѣроятнымъ предположеніе, что прикармливаніе, давая отдыхъ груди, тѣмъ самымъ способствуетъ возстановленію ея функцій. Смотря по количеству молока у кормящей, прикармливаютъ сначала разъ или два въ день, а потомъ и чаще, имѣя въ виду черезъ 2—3 мѣсяца совсѣмъ отнять ребенка отъ груди.

Если коровье молоко тоже плохо переносится или если нельзя достать хорошаго молока, то для прикорма можно брать какіе-нибудь суррогаты (молочные консервы) или различные сорта дѣтской муки (Нестле, Куфেকে и др.). Для маленькихъ дѣтей, въ возрастѣ до 4-хъ мѣсяцевъ, плохо справляющихся съ крахмаломъ, всего лучше брать англійскій препаратъ—Mellins food. Въ этой мукѣ Меллина дѣйствительно весь крахмалъ переведенъ въ декстринъ и въ сахаръ, такъ что подъ микроскопомъ совершенно не видно характерныхъ по своей слоистости крахмальныхъ зеренъ, и отъ іода микроскопическій препаратъ не окрашивается въ синій цвѣтъ. Для приготовленія дѣтской пищи берутъ 1 ч. муки на 4—8 ложекъ воды и кипятятъ, получая жидкость густоты пюре, сладковатаго вкуса, съ букетомъ солода.

Резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ тому заключенію, что, если ребенокъ, получающій только грудь матери, страдаетъ диспепсіей и много кричитъ, то надо прежде всего выяснитъ количество молока у кормящей. Если молоко вы-

дѣляется въ избыткѣ, то непосредственно послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ дѣсыта, изъ груди легко выдавливается молоко въ нѣсколько струй; если же молока мало, то или ничего не выдаивается или показываются лишь отдѣльныя капли очень густого молока. (Болѣе точные результаты получаются посредствомъ взвѣшиванія ребенка до и послѣ кормленія; къ этой мѣрѣ мы прибѣгаемъ въ случаяхъ сомнительныхъ, когда, напр., тугая грудь не позволяетъ вѣрно судить о количествѣ молока). Въ случаѣ обилія молока назначаемъ діету ребенку и матери, при недостаткѣ его — прикармливаніе или передачу ребенка кормилицѣ.

Во многихъ случаяхъ молоко матери дурно переносится ребенкомъ отъ разныхъ случайныхъ причинъ, легко устраняемыхъ; такъ напр., одна мать безъ всякой нужды, но съ благимъ намѣреніемъ увеличить количество молока, ѣстъ селедки и пьетъ много пива, другая принимаетъ какія-нибудь лекарства, переходящія въ молоко (мышьякъ, слабительныя), третья, боясь оставить ребенка, сидитъ безвыходно въ комнатахъ, — всѣ эти погрѣшности могутъ служить причиной диспепсіи и должны быть устранены. Специально для кормилицъ можно указать, какъ на причину диспепсіи, на два обстоятельства: первое состоитъ въ той часто повторяемой ошибкѣ, что берутъ въ кормилицы женщину изъ бѣдной крестьянской семьи, жившей почти исключительно на хлѣбѣ, огурцахъ и картофелѣ, и сразу сажаютъ ее на обильную мясную діету; кормилица быстро „поправляется“, жирѣетъ, а ребенокъ начинаетъ страдать диспепсіей; въ дальнѣйшемъ получается цвѣтушій видъ у кормилицы, но молока у нея дѣлается все меньше и меньше; стоитъ такую зажирѣвшую кормилицу перевести на менѣе питательную пищу, на гречневую кашу и т. п., какъ количество молока у нея увеличивается, а диспепсія у ребенка уменьшается. Второе обстоятельство состоитъ въ томъ, что кормилицы нерѣдко обманываютъ нанIMATEЛЯ и выдаютъ себя за недавно родившую, тогда какъ она, быть можетъ, успѣла откормить одного ребенка. Чтобы избѣгнуть обмана, слѣдуетъ потребовать метрическую выписку о ребенкѣ кормилицы или познакомиться съ нимъ лично. Для приблизительнаго опредѣленія „возраста“ молока можно

пользоваться химической пробой Умикова, которая состоитъ въ слѣдующемъ: 5 к. с. молока смѣшиваютъ съ 2,5 к. с. 10% раствора амміака и подогреваютъ смѣсь въ водяной банѣ при 60° въ теченіе ¼ часа. Молодое молоко принимаетъ при этомъ блѣдно-розовую окраску, но чѣмъ оно старше, тѣмъ окраска дѣлается все темнѣе и темнѣе, такъ что при нѣкоторомъ навыкѣ можно научиться узнавать приблизительный возрастъ молока по степени окраски смѣси. Далѣе, причиной порчи молока, а слѣдовательно причиной диспепсіи у ребенка могутъ быть регулы у кормящей, хотя химическія изслѣдованія такого молока и не открываютъ въ немъ существенныхъ отклоненій отъ нормы. Какъ поступать въ подобныхъ случаяхъ? Здѣсь опять приходится индивидуализировать: если регулы не сопровождаются заболѣваніемъ ребенка, то на нихъ можно не обращать особаго вниманія, достаточно поставить матери на видъ, что ей угрожаетъ беременность, въ случаѣ которой кормленіе грудью не можетъ долго продолжаться. Если регулы являются рано (послѣ 6—12 недѣль) и ребенокъ реагируетъ на нихъ диспепсіей, то слѣдуетъ взять кормилицу, если же регулы являются послѣ 6 мѣсяцевъ, то пора ребенка начать прикармливать и постепенно переводить его на коровье молоко, приноравливая отнятіе отъ груди не на лѣто, такъ что если съ появленіемъ регулъ молоко начинаетъ замѣтно убывать и приближается лѣто, то лучше взять кормилицу.

Причина диспепсіи не всегда лежитъ въ молокѣ, но иногда и въ самомъ ребенкѣ; такъ напр., въ нѣкоторыхъ случаяхъ диспепсія у ребенка является однимъ изъ самыхъ раннихъ симптомовъ рахитизма; это бываетъ преимущественно у дѣтей, живущихъ въ спертomъ воздухѣ, въ сырой квартирѣ, никогда не выносимыхъ на воздухъ. Одновременно съ диспепсіей, а то такъ и раньше ея, ребенокъ дѣлается блѣденъ, подкожножлѣтчатожирный слой и мышцы дряблы, на затылкѣ прощупываются мягкія мѣста, при чемъ изслѣдованіе молока не открываетъ въ немъ ничего ненормальнаго; въ подобныхъ случаяхъ, прежде чѣмъ передавать ребенка другой кормилицѣ, слѣдуетъ попытаться повліять на диспепсію переменной обстановки и выходомъ ребенка на воздухъ, даже и зимой.

Но кромѣ рахитизма причиной диспепсіи могутъ быть и

нѣкоторыя другія общія заболѣванія организма, напр., различные лихорадочные процессы, изъ которыхъ съ особеннымъ удареніемъ слѣдуетъ указать на малярію, которая въ грудномъ возрастѣ можетъ протекать даже безъ повышенія температуры, выражаясь періодически появляющимися коликами (крикъ, особенно по ночамъ) и диспептическимъ стуломъ. Лучшимъ средствомъ тутъ будетъ хининъ, (0,03—0,05) или Euchinin (0,05—0,10), часа за 4 до приступа.

Большую частію въ самомъ же ребенкѣ слѣдуетъ искать причины диспепсіи у недоносковъ, которые, благодаря врожденной слабости всего организма и въ частности органовъ пищеваренія, часто страдаютъ диспепсіей, несмотря на безупречное материнское молоко; они переѣдаютъ, несмотря на весьма умѣренное сосаніе. Причинное леченіе въ такихъ случаяхъ требуетъ особой осторожности въ кормленіи и назначеніи соляной кислоты съ пепсиномъ:

Rp: Ac. muriatici
Pepsini ros. \overline{aa} 0,5
Aq. destill. 50,0,
Syr. simp. 5,0

DS. По чайной ложкѣ послѣ кормленія.

Когда врачъ разобрался въ этиологіи даннаго случая диспепсіи и по возможности устранилъ предполагаемыя причины ея, то ему остается еще назначить симптоматическое леченіе въ видахъ устраненія диспептического стула, рвоты и коликъ.

Въ случаяхъ сильнаго безпокойства ребенка, при частыхъ, зеленыхъ, но скудныхъ по количеству испражненіяхъ и при вздутомъ животѣ, мы начинаемъ леченіе назначеніемъ слабительнаго. Большинство авторовъ рекомендуетъ въ такихъ случаяхъ каломель по 0,03—0,05 на приемъ *per se* или вмѣстѣ съ 0,5 *magnes. ustae*, но хорошіе же результаты получаются и при касторовомъ маслѣ $\frac{1}{2}$ —1 чайн. ложки на приемъ. Послѣ слабительнаго даютъ или 1% соды или 1% раствора соляной кислоты съ какою-нибудь эвирной настойкой, напр:

Rp: Aq. menth. pp.
Aq. destill. \overline{aa} 25,0
Natrii bicarbon. 0,5

DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ

или Rp: Inf. rad. valerian. ex 1,0 ad 45,0

Ac. muriat. dil. 0,5

Syr. simpl. 5,0

DS. Какъ предыдущее.

Сода показана главнымъ образомъ при избыткѣ кислотъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ (испражненія раздражаютъ кожу въ окружности ani, очень кислыя отрыжки и срыгиванія), кислота же назначается главнымъ образомъ при рвотѣ мало свернутымъ молокомъ.

При частыхъ коликахъ къ той или другой микстурѣ полезно прибавить немного опи́я, въ видѣ, напр., t-rae opii simpl. съ такимъ расчетомъ, чтобъ на день приходилось не болѣе одной капли на годъ (ребенку 6 мѣсяцевъ — $\frac{1}{2}$ капли) для дѣтей моложе $\frac{1}{2}$ года лучше брать t - ram opii benzoicam, которая въ 20 разъ слабѣ простой тинктуры и потому легче дозируется; pro die можно назначать по 2 капли на каждый мѣсяць, напр:

Rp: Aq. destillat.

Aq. foeniculi aa 25,0

Natr. bicarb. 0,5

T-rae opii benzoicae gtt. XII

Syr. simpl. 5,0

DS. По чайной ложкѣ черезъ 2 часа

(ребенку 3-хъ мѣс.).

Во время приступа коликъ полезно массировать животикъ ребенка, растирая прованскимъ масломъ по направленію ободочной кишки, съ цѣлью способствовать выходу газовъ и прекращенію коликъ. Въ публикѣ почему-то въ большомъ употребленіи, такъ наз., бобковая мазь—ol. laugі, которая между тѣмъ сильно раздражаетъ кожу и послѣ нѣсколькихъ втираній можетъ произвести весьма сильное воспаленіе кожи съ послѣдовательнымъ лупленіемъ эпидермиса. Гораздо скорѣе и вѣрнѣе, чѣмъ массажъ, на прекращеніе коликъ дѣйствуетъ клистирь изъ простой воды 24° R., въ количествѣ 4—6 столов. ложекъ. Успокоеніе наступаетъ тотчасъ послѣ выхода вмѣстѣ съ клистиромъ газовъ и испражнений. Для предотвращенія возвратовъ приступовъ полезны согрѣвающая компрессъ на животъ и на ночь теплая ванна (29 — 30°), 6 — 7 минутной продолжительности.

Бронхопнеймонія у рахитина.

Лекція 5 октября 1899 г.

Больной, Вася К. 1½ г., положенъ въ клинику 27-го сентября 1899 г. по поводу сильнаго кашля и жара.

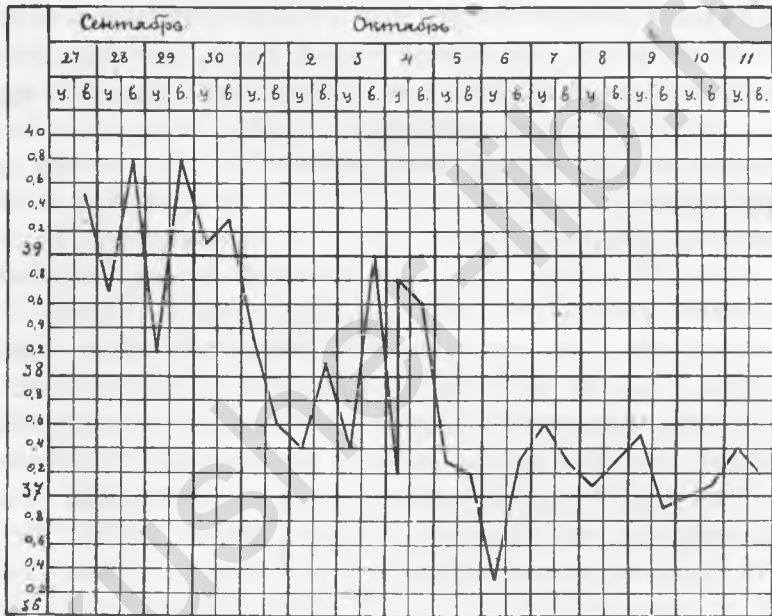
ANAMNESIS. Родители больного: отецъ, 50-ти лѣтъ, повидимому туберкулезный (нѣсколько разъ воспаленіе въ легкихъ), мать—48-ми, страдаетъ ревматизмомъ. Отецъ по профессіи молотобоецъ (кузнецъ).

Всѣхъ дѣтей 14; нашъ больной послѣдній. Въ живыхъ еще только одинъ мальчикъ 10-ти лѣтъ, пользующійся хорошимъ здоровьемъ. Остальныя дѣти умирали въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ, отъ кори (6), остраго поноса со рвотой; одна дѣвочка умерла 6 недѣль отъ рвоты и поноса. Былъ одинъ выкидышъ; мертворожденныхъ не было. Нашъ больной родился въ срокъ, чистенькій, кормился первыя двѣ недѣли искусственно въ пріютѣ, пока мать лежала послѣ родовъ въ больницѣ, гдѣ ее лечили отъ ревматизма. Выйдя изъ больницы, мать пріучила его къ груди и кормила больше года. Послѣднее время прикармливала кашкой. Нѣсколько разъ за это время у него бывалъ поносъ, который скоро прекращался отъ леченія. Зубы стали рѣзаться на 7-мъ мѣс., къ году было 8—9 зубовъ, ходить началъ около года, но скоро пересталъ. Настоящая болѣзнь началась съ апрѣля. Кашлялъ все лѣто, но немного, по временамъ бывалъ жаръ. 25-го числа этого мѣсяца сдѣлалась рвота, сильный жаръ, кашель усилился. Съ этими явленіями больной помѣщенъ

въ клинику. Квартира, гдѣ живетъ больной, сырая, въ нижнемъ этажѣ.

Итакъ, дѣло идетъ о ребенкѣ 1½ лѣтъ, который поступилъ въ клинику по поводу кашля и лихорадочнаго состоянія. Въ анамнезѣ есть нѣсколько пунктовъ, указывающихъ на наслѣдственную слабость нашего больного. Во 1-хъ, отецъ часто хворалъ воспаленіемъ легкихъ, во 2-хъ, у матери было много родовъ (14). Ей теперь 48 лѣтъ; нашему больному полтора года; слѣдовательно, перваго она родила, когда ей было около 20 лѣтъ, если считать приблизительно 2 года на беременность и кормленіе каждаго ребенка. При такихъ частыхъ родахъ дѣти не могутъ быть крѣпкими, особенно рожденныя послѣдними. Наблюденія одного врача, завѣдывавшаго санаторіей для чахоточныхъ въ Герберсдорфѣ, показали ему, что довольно часто въ здоровыхъ семьяхъ, совершенно свободныхъ отъ чахоточной наслѣдственности, заболѣваютъ туберкулезомъ въ той или иной формѣ и въ томъ или иномъ возрастѣ дѣти, родившіяся послѣ 7-й беременности. Важно въ анамнезѣ нашего больного и то обстоятельство, что шесть человекъ умерло отъ кори. Корь обыкновенно протекаетъ благополучно; отъ нея умираютъ только маленькія дѣти, а болѣе взрослыя лишь при наклонности къ туберкулезу. У нихъ корь очень часто осложняется тяжелымъ воспаленіемъ легкихъ или даже туберкулезнымъ менингитомъ. Смертность же безъ туберкулеза наблюдается при исключительно сильной инфекціи, что, впрочемъ, бываетъ крайне рѣдко. Здѣсь дѣти умирали въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ, слѣдовательно, уже не очень маленькими, и это обстоятельство указываетъ на расположеніе семьи къ туберкулезу. Первые зубы у нашего больного рѣзались своевременно, ходить онъ сталъ около года; словомъ, развивался правильно, несмотря на неблагопріятныя наслѣдственныя данныя. Послѣдніе 5 мѣсяцевъ онъ страдалъ кашлемъ и иногда даже лихорадилъ, но сильно расхворался онъ только 15-го сентября, т. е. за 10 дней до поступленія въ клинику, когда при усилившемся кашлѣ у него появились сильный жаръ и рвота. За время пребыванія въ больницѣ t° держится у него довольно высокая, но до крайности неправильная. Такъ, при поступленіи у него

было 38,1, вечеромъ 39,9, потомъ паденіе до 37,5, потомъ опять подъемъ до 40 и т. д. (см. кривую). Вѣсъ его при поступленіи былъ 6800 гр., а сегодня (черезъ 10 дней) — 6270. Нашему больному 1½ года; если считать вѣсъ нормальнаго ребенка при рожденіи 3000 гр., и принять во вниманіе, что къ пяти мѣсяцамъ онъ удваивается, то не трудно убѣдиться, что по вѣсу нашъ больной равенъ пяти—шести-мѣсячному ребенку. До такой степени онъ похудѣлъ и истощился. У насъ онъ еще потерялъ въ вѣсѣ, что естественно, такъ какъ онъ все время лихорадитъ и у него поносъ.



Осмотръ ребенка даетъ слѣдующее: дыханіе 45 — 50 разъ въ минуту, пульсъ 128 ударовъ, слабый, плохого наполненія. При t° въ 38° дыханіе могло бы быть 30 въ минуту; такъ что здѣсь оно абсолютно учащено, но оно учащено и по отношенію къ пульсу: у насъ дыханіе относится къ пульсу какъ 1 : 2½ вмѣсто 1 : 3½ — 4 какъ бываетъ въ нормѣ. Голова у него аккуратная: лобные и теменные бугры не увеличены, родничекъ заросъ, что къ 1½ годамъ совершенно нормально. Слѣдовъ рахитизма на костяхъ черепа нѣтъ. Лицо блѣдно, пра-

вая щека замѣтно припухла и представляетъ особую восковую блѣдность. При ощупываніи она оказывается мягкой; такого твердаго ядра, какое бываетъ при абсцессѣ или номѣ, не прощупывается. Грудь сдавлена съ боковъ, грудина нѣсколько выдается впередъ; есть, слѣдовательно, рахитическая, такъ называемая, куриная грудь; помимо этого, на мѣстахъ соединенія реберъ съ хрящами замѣчаются рахитическія утолщенія или четки.

Животъ умѣренно вздутъ, при давленіи довольно мягокъ и не болѣзненъ. Ноги худы. Подкожно-жирный слой развитъ слабо. Железистая система въ очень хорошемъ видѣ: ни шейныя, ни подмышечныя, ни паховыя железы не прощупываются.

Теперь относительно органовъ пищеваренія. Запаха изо рта нѣтъ; зубы въ отчаянномъ состояніи: передніе совсѣмъ сгнили, коренные, которыхъ четыре, тоже очень плохи. Рвоты все время, какъ онъ лежитъ у насъ, не было. Слабитъ отъ 4 до 6 разъ въ сутки, стулъ жидкій, содержитъ значительную примѣсь слизи и непереваренной пищи въ видѣ бѣлыхъ свертковъ молока и отчасти манныхъ крупъ.

При постукиваніи груди находимъ, что съ лѣвой стороны, тотчасъ подъ ключицей, соотвѣтственно верхней долѣ легкаго, звукъ значительно тупѣе, чѣмъ на правой, гдѣ онъ громче и полнѣе. Разница эта рѣзче выступаетъ при тихомъ постукиваніи. Вообще постукиваніе дѣтской груди лучше производить полегче, такъ какъ при сильныхъ ударахъ сотрясаются также и сосѣднія части, ясный звукъ которыхъ можетъ заглушить притупленіе; и чѣмъ меньше ребенокъ, тѣмъ тише должно быть постукиваніе. При перкуссіи области сердца получаемъ довольно ясный и громкій звукъ на всемъ пространствѣ, такъ что нѣтъ даже особенной разницы сравнительно съ правой стороной, что указываетъ, конечно, на эмфизематозное растяженіе переднихъ краевъ лѣваго легкаго, прикрывшихъ сердце. Итакъ, при постукиваніи передней поверхности груди мы находимъ на лѣвой сторонѣ притупленіе, распространяющееся отъ ключицы до нижняго края *m. pectoralis majoris*, что соотвѣтствуетъ всей верхней долѣ.

Вторая особенность—это отсутствие сердечной тупости. Выслушивание даетъ намъ слѣдующее: на правой сторонѣ ве-
зикалярный дыхательный шумъ, на лѣвой—всюду разбро-
саны влажные хрипы; но соотвѣтственно верхней долѣ слы-
шится неопредѣленный дыхательный шумъ съ бронхіальнымъ
оттѣнкомъ и много мелкопузырчатыхъ звонкихъ хриповъ.
На правой сторонѣ сзади тоже есть хрипы, но ихъ очень
мало. Въ лѣвомъ же легкомъ сзади, на всемъ пространствѣ
сверху до низу, средніе и мелкопузырчатые хрипы; мѣстами
они бьютъ въ ухо, слѣдовательно, консонирующие; болѣе всего
ихъ *in fossa suprascapularis* и между угломъ лопатки и позво-
ночникомъ. Хрипы эти не очень мелки — субкрепитирующие.
Когда ребенокъ кричитъ, то въ этихъ же мѣстахъ и спереди
подъ лѣвой ключицей мы находимъ бронхофонию.

При постукиваніи спины сверху и до угла лопатки звукъ
на лѣвой сторонѣ немного тупѣе, несмотря на то, что пра-
вое плечо нѣсколько поднято, такъ какъ нянька держитъ
ребенка не совсѣмъ правильно; при устраненіи сколіоза и
при симметричномъ положеніи плечъ, разница въ перку-
торномъ звукѣ выступаетъ еще рѣзче. Я пользуюсь этимъ
случаемъ, чтобы указать вамъ на громадное значеніе, при-
сущее положенію грудной клѣтки при перкуссии. Если по-
звоночникъ немного согнуть, то на сторонѣ вогнутости, т. е.
на той сторонѣ, на которой лопатка и плечо стоятъ ниже,
вы можете получить тупой звукъ, быстро исчезающій при
выпрямленіи спины; на это обстоятельство всегда надо об-
ращать вниманіе. Итакъ, на лѣвой сторонѣ вверху звукъ
тупѣе, чѣмъ на правой. Ниже лопатки никакой тупости нѣтъ,
несмотря на то, что тамъ слышно много влажныхъ, консон-
ирующихъ хриповъ. Вотъ *status praesens* нашего больного.
Резюмируемъ теперь все, что объ немъ мы узнали.

Мы имѣемъ дѣло съ ребенкомъ до крайности истощен-
нымъ, съ ясно выраженнымъ рахитизмомъ груди. Ребенокъ
крайне блѣденъ. У него распухла щека, представляющая
восковую блѣдность, при мягкой консистенціи; ребенокъ каш-
ляетъ и при объективномъ изслѣдованіи оказывается, что
у него поражено лѣвое легкое, главнымъ образомъ въ своей
верхней долѣ. Хрипы разбросаны и въ другихъ мѣстахъ, но

не имѣютъ того рѣзкаго консонирующаго характера, какъ въ лѣвомъ легкомъ вверху. У ребенка лихорадочное состояніе съ большими и неправильными колебаніями температуры.

Лекція 8 октября 1899 г.

Передъ вами больной, котораго вы видѣли прошлый разъ; я не успѣлъ тогда показать вамъ его мочу, представляющую рѣзкія особенности: она нейтральной реакціи, содержитъ немного бѣлка и уже при выходѣ изъ пузыря пахнетъ амміакомъ и мутна, при чемъ мутность эта такого рода, что при взбалтываніи дѣлается волнообразной; мутность не отстаивается при стояніи и не исчезаетъ при фильтраціи черезъ бумажный фильтръ. Такая мутность всегда зависитъ отъ бактерій. Это, слѣдовательно, случай бактеріуріи. Подробнѣе о такой мочѣ я уже говорилъ съ вами, теперь ограничусь замѣчаніемъ, что у насъ дѣло идетъ не о простой бактеріуріи, а о катаррѣ мочевыводящихъ путей, такъ какъ въ мочѣ, кромѣ бактерій (*bacter. coli commune*), микроскопъ открываетъ еще и гнойныя тѣльца. Въ виду отсутствія пузырныхъ симптомовъ у нашего больного надо думать, что примѣсь катарральныхъ продуктовъ зависитъ отъ страданія почечныхъ лоханокъ, тѣмъ болѣе, что *bact. coli commune* чаще вызываетъ раздраженіе въ почечныхъ лоханкахъ, чѣмъ въ пузырьѣ.

Вернемся теперь къ изслѣдованію легкихъ у нашего больного. Я хочу обратить ваше вниманіе на одно мѣсто, именно на легочный язычекъ верхней доли лѣваго легкаго—это одно изъ любимыхъ мѣстъ при локализациі катарральныхъ пневмоній. Я выстукиваю кнаружи отъ сосковой линіи, какъ разъ около лѣваго соска, и нахожу здѣсь тупость. Такъ какъ вслѣдствіе эмфиземы сердечная тупость у нашего больного исчезла, то объяснять тупой звукъ кнаружи отъ соска растяженіемъ лѣваго желудочка или скопленіемъ жидкости въ полости околосердечной сумки никоимъ образомъ нельзя, тѣмъ болѣе что толчекъ верхушки находится на своемъ мѣстѣ.

Съ тѣхъ поръ, какъ вы видѣли этого больного, въ немъ произошли перемѣны: ребенокъ сталъ бодрѣе, больше сидитъ, t° не подымалась за послѣдніе дни выше 37,5 по мѣстныя

явленія въ легкихъ стали скорѣе какъ будто хуже: тупость стала рѣзче, и хриповъ стало больше.

ДИАГНОСТИКА въ нашемъ случаѣ не трудна, такъ какъ несомнѣнно, что лихорадочное состояніе зависитъ здѣсь отъ мѣстныхъ причинъ, т. е. отъ страданія легкаго, на что указываютъ кашель и хрипы. При диагностикѣ подобныхъ случаевъ приходится разбираться между катарромъ бронховъ, капиллярнымъ бронхитомъ и пнеймоніей. У насъ катарръ среднихъ и крупныхъ бронховъ хотя и существуетъ, но не играетъ главной роли, такъ какъ онъ не могъ бы вызвать ни одышки, ни притупленія перкуторнаго звука, ни мелкопузырчатыхъ хриповъ. Другое дѣло капиллярный бронхитъ: одышка при немъ бываетъ иногда до такой степени сильна, что можетъ сопровождаться даже ціанозомъ. Диагностика капиллярнаго бронхита основывается на томъ, что при отрицательныхъ результатахъ выстукиванія слышны мелкопузырчатые хрипы, но не громкіе, не бьющіе въ ухо, а какъ бы въ отдаленіи, и при томъ рѣзкая одышка и болѣе или менѣе сильное лихорадочное состояніе. Констатированіе чистаго капиллярнаго бронхита при вскрытіи удается очень рѣдко, такъ какъ закупорка мелкихъ бронховъ слизью очень быстро ведетъ къ спаденію соотвѣтствующихъ участковъ легкаго, и потому при аутопсіи рядомъ съ капиллярнымъ бронхитомъ встрѣчаются или остатки ателектаза, или мелкіе фокusy катарральной пнеймоніи. Ателектазъ при жизни опредѣляется съ трудомъ: если онъ большой и даетъ обширное притупленіе, то принимается за пнеймонію, если маленькій, то при немъ не получается объективныхъ признаковъ. Вообще же диагностику ателектаза можно ставить тогда, когда тупость быстро мѣняется мѣсто или исчезаетъ послѣ глубокихъ вдоховъ. Въ нашемъ случаѣ на диагностикѣ капиллярнаго бронхита остановиться нельзя, такъ какъ болѣзнь тянется долго и есть очень замѣтное притупленіе, которое вмѣстѣ съ консонирующими, мелкопузырчатыми хрипами несомнѣнно указываетъ на пнеймонію.

Мы знаемъ 4 формы пнеймоніи: крупозную, катарральную, туберкулезную и гипостатическую. Последнюю можно сейчасъ же исключить, такъ какъ она встрѣчается исключительно у больныхъ тяжелыми лихорадочными болѣзнями, напр., при

тифъ, скарлатинѣ и т. п. Необходимыми условіями для развитія гипостатической пнеймоніи являются, во 1-хъ, долгое лежаніе на спинѣ и во 2-хъ, ослабленіе сердечной дѣятельности.

Гипостатическая пнеймонія, иначе называемая застойнымъ воспаленіемъ легкаго, наблюдается въ отлогахъ частяхъ, т. е. въ заднихъ частяхъ нижнихъ долей. Нашъ больной не такъ слабъ, и процессъ у него, какъ мы видѣли, происходитъ преимущественно въ верхней долѣ. Остальные виды пнеймоній можно раздѣлить на двѣ группы: острая форма—это крупозная пнеймонія, и подострая, куда относятся катарральная и туберкулезная пнеймонія. О крупозной пнеймоніи здѣсь рѣчи не можетъ быть, такъ какъ она поражаетъ здороваго человѣка вдругъ, тянется 5—7 дней и сразу кончается критическимъ паденіемъ ^t^o. Начало лихорадочнаго состоянія сопровождается приливомъ крови къ какой-нибудь долѣ легкихъ, выражающимся появленіемъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, но уже черезъ 2—3 дня является обширный инфильтратъ пораженной доли легкаго, фибринозный экссудатъ свертывается и закупориваетъ легочные пузырьки. Сообразно этому соответственно той или другой легочной долѣ появляется обширный тупой звукъ, бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Дня черезъ 3—4 экссудатъ начинаетъ разрѣшаться, дѣлаться жидкимъ, появляются мелкопузырчатые хрипы (*crepitatio redux*), лихорадка критически въ теченіе нѣсколькихъ часовъ падаетъ до нормы, и послѣ того выздоровленіе наступаетъ быстро. Разлитого бронхита при крупозномъ воспаленіи легкихъ обыкновенно не бываетъ; въ мѣстахъ, свободныхъ отъ воспаления, хриповъ нѣтъ, а слышится только нормальное или даже усиленное везикулярное дыханіе. Въ нашемъ случаѣ противъ крупозной пнеймоніи говоритъ вялое, затяжное теченіе и распространенность катарральныхъ хриповъ. Напротивъ, все говоритъ за пнеймонію катарральную, правильнѣе, за бронхопнеймонію. За это прежде всего говоритъ общее состояніе здоровья субъекта, съ которымъ мы имѣемъ дѣло: больной нашъ уже около 5-ти мѣс. кашляетъ, иногда лихорадитъ и мѣсяца 3 страдаетъ поносомъ. Онъ очень истощенъ, а извѣстно, что именно у такихъ-то дѣтей и развивается обыкновенно бронхопнеймонія. Далѣе извѣстно, что развитію бронхопнеймоніи

всегда предшествуетъ катарръ бронховъ, то въ острой формѣ, въ какой онъ встрѣчается, напр., при кори и гриппѣ, то въ подострой или хронической, какъ это бываетъ при коклюшѣ или у рахитиковъ; въ нашемъ случаѣ какъ разъ отмѣчается затянувшійся бронхитъ у рахитика. Самая картина пнеймоніи у нашего больного тоже говоритъ въ пользу ея катаррального происхожденія, такъ какъ, кромѣ уплотненія верхней доли, мы имѣемъ разлитой бронхитъ въ смыслѣ пораженія среднихъ и мелкихъ бронховъ. Мѣстами мелкопузырчатые хрипы отличаются звонкимъ характеромъ въ такихъ мѣстахъ, гдѣ еще нѣтъ замѣтнаго притупленія, но гдѣ, въ силу звонкости хриповъ, мы должны допустить существованіе небольшихъ фокусовъ уплотненія легочной ткани, т. е. островковъ катарральной пнеймоніи. Если всѣ эти данныя заставляютъ насъ признать въ нашемъ случаѣ наличность бронхопнеймоніи, то на уплотненіе верхней доли лѣваго легкаго мы можемъ смотрѣть какъ на результатъ слиянія нѣсколькихъ маленькихъ фокусовъ въ одинъ большой, т. е. мы имѣемъ право допустить существованіе, такъ наз., генерализованной катарральной пнеймоніи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при кори и гриппѣ, обширныя уплотненія той или другой доли легкаго развиваются до такой степени быстро, что рѣшеніе вопроса о томъ, съ крупозною ли или съ катарральною пнеймоніей имѣется дѣло, является затруднительнымъ.

Въ нашемъ случаѣ существованіе бронхопнеймоніи спору не подлежитъ; вопросъ же только въ томъ, катарральная ли это пнеймонія или туберкулезная? У взрослыхъ подобные вопросы нерѣдко рѣшаются очень просто и быстро посредствомъ изслѣдованія мокроты на туберкулезныя палочки; но у маленькихъ дѣтей это изслѣдованіе довольно затруднительно, такъ какъ они не отхаркиваютъ мокроты; приходится вызывать кашель искусственно, для чего прижимаютъ корень языка и собираютъ накапливающуюся мокроту; но и тутъ рѣшить трудно, откуда она явилась, такъ какъ можетъ быть слизь изъ носа, изъ зѣва и даже изъ желудка. Необходимости въ этомъ изслѣдованіи нѣтъ, такъ какъ для цѣлей леченія это безразлично, и достаточно только вѣроятной діагностики. Для типичной катарральной пнеймоніи характерно начало въ заднихъ

частяхъ легкихъ между угломъ лопатки и позвоночникомъ симметрично по обѣимъ сторонамъ его. Если бы эта пнеймонія развилась у нашего больного послѣ какой-нибудь острой болѣзни, и не было бы у него туберкулезной наслѣдственности, я могъ бы еще думать, что это катарральная пнеймонія; но въ нашемъ случаѣ пнеймонія развилась у рахитика съ туберкулезною наслѣдственностью, развилась безъ всякой видимой причины и при томъ заняла главнымъ образомъ верхнюю долю, да еще на одной сторонѣ; поэтому я болѣе склоняюсь въ пользу туберкулезной формы.

Еще у нашего больного есть опухоль щеки съ восковою блѣдностью наружныхъ покрововъ. Подобная опухоль щеки можетъ встрѣтиться при stomacase, номѣ и флюсѣ. Діагностика этихъ случаевъ можетъ быть рѣшена прямо по запаху: при первыхъ двухъ страданіяхъ всегда есть вонь изо рта, которой у нашего больного рѣшительно нѣтъ; значить это простой флюсъ, что и подтверждается осмотромъ рта. У больного замѣчается ограниченная припухлость десны около 1-го нижняго кореннаго зуба лѣвой стороны.

Затѣмъ остается еще выяснитъ натуру поноса. Больного слабятъ отъ 3 до 7 разъ въ сутки жидкимъ стуломъ, въ которомъ замѣчается значительная примѣсь слизи и остатковъ непереваренной пищи. Это присутствіе въ стулѣ избытка воды и слизи указываетъ, что у него пораженъ весь трактъ кишечника, т. е. у него хроническій катарръ тонкихъ и толстыхъ кишекъ. Если бъ были поражены только толстыя кишки, то въ перемежку съ чисто-слизистыми скудными испражненіями, выдѣлялся бы болѣе обильный, хорошо переваренный каловый стулъ. Итакъ, діагностика нашего случая будетъ такая: *подострая, впрямую туберкулезная бронхопнеймонія* у истощеннаго рахитика, хроническій катарръ толстыхъ и тонкихъ кишекъ и флюсъ.

Что касается до предсказанія, то при бронхопнеймоніи оно вообще менѣе благопріятно, чѣмъ при рп. scrouposa; но тутъ много значить, у кого и послѣ какой болѣзни развилась бронхопнеймонія. Всего лучше протекаютъ пнеймоніи послѣ кори и гриппа; хуже при коклюшѣ. Еще хуже, если она развивается у рахитика, который страдалъ долго бронхитомъ, какъ было

въ нашемъ случаѣ. Всего хуже предсказаніе при туберкулезной пневмоніи.

Если мы примемъ во вниманіе, что въ нашемъ случаѣ пневмонія появилась у рахитика очень истощеннаго, съ туберкулезной наслѣдственностью, 14-го ребенка изъ семьи съ большой смертностью, то предсказаніе мы должны поставить очень серьезное. Но все-таки отчаяваться не надо, такъ какъ туберкулезъ у нашего больного хотя и вѣроятенъ, но не доказанъ; есть одно обстоятельство, говорящее противъ туберкулеза у нашего больного, это — цѣлость лимфатическихъ железъ; припомните, мы нигдѣ не могли прощупать ихъ увеличенными: ни на шеѣ, ни подъ мышками, ни въ пахахъ.

Переходя къ леченію бронхопневмоніи, я прежде всего отмѣчу, что въ нѣкоторыхъ руководствахъ, особенно въ нѣмецкихъ, рекомендуются между прочимъ холодныя ванны въ 16°, 14°, даже въ 12° R! Я не знаю, какъ онѣ дѣйствуютъ, такъ какъ никогда не могъ рѣшиться испробовать ихъ, зная, какъ трудно переносятъ ихъ дѣти при другихъ лихорадочныхъ процессахъ, напр., тифѣ, но за-то я имѣю нѣкоторую опытность относительно теплыхъ ваннъ, которыя могу энергично рекомендовать, какъ въ острыхъ (коревыхъ), такъ и въ подострыхъ случаяхъ бронхопневмоніи. На благопріятное вліяніе теплыхъ ваннъ можно рассчитывать всегда, если только дѣло идетъ не о туберкулезной пневмоніи. Французы рекомендуютъ по 2—3 ванны въ день по 36—38° C., но я ограничиваюсь обыкновенно одной ванной въ сутки, t° въ 37—38° C. (29—30 R.) и держу больного въ ней 20—10, даже 5 мин., смотря по тому, какъ больной переноситъ ванну (каковъ пульсъ). Передъ ванной дается возбуждающее: вино, валеріана. На теплую ванну мы смотримъ, какъ на отличное отвлекающее. Вотъ и нашему больному мы стали съ 4-го числа дѣлать теплыя ванны, и какъ разъ съ этого дня начинается паденіе t° и улучшеніе общаго состоянія; какъ показало дальнѣйшее наблюденіе — это было начало прочнаго улучшенія. Такое дѣйствіе вамъ могло бы показаться случайнымъ совпаденіемъ, но такъ какъ при леченіи бронхопневмоній теплыми ваннами подобнаго рода „совпаденіе“ встрѣчается довольно часто, то болѣе вѣроятно допустить причинную зависимость

улучшенія отъ теплыхъ ваннъ. Кромѣ того больному назначенъ углекислый гваяколъ. Вы знаете, что это средство употребляется при чахоткѣ. Я употребляю смолистыя вещества, каковы гваяколъ, креозотъ и др., не только при чахоткѣ, при которыхъ средства эти якобы портятъ почву для развитія туберкулезныхъ бациллъ, какъ думаютъ нѣкоторые, но вообще считаю ихъ показанными во всѣхъ случаяхъ бронхіальнаго катарра съ обильными влажными хрипами и во всѣхъ случаяхъ хроническаго бронхита, такъ какъ смотрю на креозотъ и его производныя, какъ на средства, уплотняющія разрыхленныя слизистыя оболочки и ограничивающія отдѣленіе слизи. Въ виду катарра кишекъ больному назначена исключительно молочная діета и висмутъ по такой формулѣ:

Rp: Bismuthi subnitrici 0,2
Guajacol. carbonic. 0,06
Sacch. albi 0,2
M f. pulv. DS. 3 пор. въ день.

Изъ лекцій 26 ноября 1899 г.

Больной, котораго вы видѣли въ послѣдній разъ мѣсяца 1½ тому назадъ, сегодня оставляетъ клинику; съ тѣхъ поръ онъ до такой степени поправился, пополнѣлъ и поздоровѣлъ, что его узнать нельзя; довольно сказать, что вѣсъ его со времени окончанія лихорадки (5-го октября) по 23 ноября, т. е. въ 7 недѣль, поднялся съ 6270 до 8480, что составляетъ въ недѣлю болѣе $\frac{3}{4}$ фунта. Мальчикъ въ настоящее время совершенно здоровъ; онъ питается не только молокомъ и манною кашей, но даже и котлетой; марается онъ 1—2 раза въ день нормальнымъ стуломъ, кашля нѣтъ, тупой звукъ въ лѣвой верхней долѣ и хрипы давно исчезли; расположеніе духа и сонъ прекрасные, но больной еще не ходитъ, что зависитъ отъ рахитизма. Улучшеніе шло не совсѣмъ гладко, такъ какъ отъ 2-го по 10-е ноября, безъ всякой видимой причины, у него снова появилось значительное лихорадочное состояніе съ отдѣльными повышеніями до 40°, и за это время снова обострился процессъ въ легкомъ. Лечение состояло сначала (съ $\frac{27}{ix}$ по $\frac{4}{x}$) въ назначеніи согрѣвающего компресса вокругъ всей груди и внутрь гваяколъ съ висмутомъ, а съ $\frac{4}{x}$ по $\frac{10}{x}$ компрессъ былъ замѣненъ теплыми ваннами; послѣ

^{15/} х, когда поносъ прекратился, былъ назначенъ гваяколь съ желѣзомъ (Rr: Guajacoli carbon. 0,06, Ferratini 0,03. DS. Три порошка въ день). Во время обостренія легочнаго процесса, въ теченіе 5-ти дней, снова дѣлались ванны. Гваяколь съ желѣзомъ больной принимаетъ и теперь.

Если въ заключеніе мы еще разъ вернемся къ діагностикѣ даннаго случая, то въ виду столь быстрого выздоровленія должны признать наше предположеніе насчетъ туберкулезнаго характера пнеймоніи ошибочнымъ; гораздо вѣроятнѣе, что это была гриппозная бронхопнеймонія на почвѣ хроническаго бронхита у рахитика. На вопросъ о томъ, можно ли считать выздоровленіе въ данномъ случаѣ прочнымъ, — отвѣтъ долженъ быть отрицательнымъ, такъ какъ въ виду рахитизма и бывшаго хроническаго катарра бронховъ необходимо допустить у нашего больного значительное расположеніе къ бронхиту и къ повторенію пнеймоній, а потому, въ цѣляхъ профилактики, надо рекомендовать ему, во 1-хъ, общее укрѣпляющее леченіе, чтобы по возможности скорѣе устранить рахитизмъ и, во 2-хъ, старательно оберегать его отъ простуды. Въ цѣляхъ укрѣпляющаго леченія мы назначимъ ему продолжать гваяколь съ желѣзомъ еще мѣсяца два, и по утрамъ пусть обтираютъ его простою водкой и потомъ сухимъ, мохнатымъ полотенцемъ (эти обтиранія слѣдуетъ производить подъ одѣяломъ, чтобы не остужать больного); діета должна быть разнообразна: молоко, крахмалистыя вещества и мясо; если котлета не будетъ переноситься желудкомъ ребенка, то придется замѣнить ее или бутылочнымъ бульономъ, или мяснымъ сокомъ по $\frac{1}{2}$ —1 унціи въ день. Особенно важно для больного имѣть сухую и теплую квартиру. При умѣренномъ морозѣ (5—7° R.), когда нѣтъ вѣтра, больного можно выносить на воздухъ, но, конечно, тепло одѣтымъ, особенно ноги не должны зябнуть. Если квартира не совсѣмъ тепла, то слѣдуетъ одѣть больного въ шерстяное бѣлье.

Вася К. 2-го января 1900 года снова поступилъ въ клинику. По словамъ матери, первая недѣля послѣ выписки прошла очень хорошо, оставался только небольшой кашель. Однако, черезъ нѣсколько времени кашель началъ усиливаться, а за

недѣлю до поступленія появились снова жаръ и одышка. При изслѣдованіи оказалось, что ребенокъ со времени выписки потерялъ въ вѣсѣ 900 граммъ. Дыханіе было у него 80 разъ въ минуту, сопровождалось раздуваніемъ ноздрей и втягиваніемъ подложечной области. Пульсъ 164 раза въ минуту, слабъ, но правильный. T^0 — 39,2. При перкуссіи груди кнаружи отъ лѣваго соска найдено небольшое притупленіе на пространствѣ въ серебряный рубль величиною. Сзади подъ правой лопаткой также найдено притупленіе, распространявшееся до средней аксиллярной линіи. При выслушиваніи въ этихъ мѣстахъ слышны звонкіе хрипы, а сзади—и бронхіальное дыханіе; всюду въ легкихъ—разсѣянные влажные хрипы. Въ остальныхъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. Ребенокъ безпокоенъ, спитъ очень плохо.

3-го января t^0 была 39^0 утромъ и вечеромъ; никакихъ переменъ какъ въ общемъ состояніи, такъ и въ мѣстныхъ явленіяхъ не было. 4-го января утромъ t^0 упала до 35,8, а въ 11 $\frac{1}{2}$ ч. дня больной умеръ при явленіяхъ коллапса. Аутопсія была произведена 5-го января. Оба легкія приращены къ грудной клѣткѣ на всемъ своемъ протяженіи. Вещество лѣваго легкаго нормально, вещество праваго, очень объемистаго, легкаго, плотно на ощупь на всемъ протяженіи, сѣровато-краснаго цвѣта, кусочекъ его тонетъ въ водѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи ни бугорковъ, ни туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Одна изъ бронхіальныхъ железъ увеличена, сочна, но признаковъ бугорковъ въ ней не замѣчается. Сердце, печень, почки, селезенка и кишки ничего особеннаго не представляютъ. Брызжеечныя железы увеличены, въ одной изъ нихъ замѣчается творожистое перерожденіе.

DIAGNOSIS ANATOMICA. Pneumonia catarrhalis pulmonis d. Synechiaie pleurales lateris utriusque.

Pneumonia et meningitis cerebrospinalis.

Лекція 10 декабря 1899 г.

Екатерина Ю., 3-хъ лѣтъ и 1 мѣсяца, представляетъ большой интересъ въ діагностическомъ отношеніи. Поступила она въ клинику по поводу жара, рвоты и головной боли 7-го декабря.

ANAMNESIS. Болѣзнь началась 6-го числа. Съ утра больная оставалась въ постели, спала весь день, часто вскрикивая; жаловалась на головку и боль въ бокахъ. Къ вечеру мать замѣтила жаръ, а ночью поднялась рвота, причѣмъ вырвало четыре раза, сперва иищей, затѣмъ слизью и зеленью. Въ пятый разъ больную вырвало въ амбулаторіи. Отецъ больной 40 лѣтъ, худой, кашляетъ. Братъ его умеръ отъ чахотки. Мать 25-ти лѣтъ, здорова. Больная — второй ребенокъ у родителей. Первый ребенокъ умеръ 4 года тому назадъ отъ воспаления легкихъ. 1 $\frac{1}{2}$ мѣсяца тому назадъ у матери былъ выкидышъ на 5-мъ мѣсяцѣ отъ неизвѣстной причины. Наша больная родилась въ срокъ, чистенькой. Асфикси и болѣзней новорожденныхъ не было. До 6-ти недѣль кормилась грудью матери, затѣмъ перешла на рожокъ, сразу на цѣльное молоко. Прикармливать стали на 9-мъ мѣсяцѣ кашей; начало прикармливанія сопровождалось поносомъ около недѣли. Зубы стали рѣзаться на 9-мъ мѣсяцѣ, ходить стала году и не переставала. До 2-хъ лѣтъ была совершенно здорова. Въ ноябрѣ прошлаго года заболѣла воспаленіемъ легкаго, хворала тяжело и долго, всего около 2-хъ мѣсяцевъ. Въ концѣ февраля заболѣла корью. Лежала дома

около мѣсяца и долго кашляла. Передъ пасхой мать замѣтила на головѣ у дѣвочки корки, но сыпь эту не лечили. Въ маѣ этого года открылась течь изъ уха; лечили спринцеваніемъ, причемъ течь то прекращалась, то снова появлялась. Въ первыхъ числахъ ноября заболѣлъ сначала одинъ глазъ, затѣмъ другой. Врачъ нашель *masulam cognae* и назначилъ желтую ртутную мазь, отъ которой глаза поправились. Послѣднее время дѣвочка была, по словамъ матери, здорова, отмѣчаются только потеря аппетита, нѣкоторая наклонность къ запорамъ и небольшой кашель.

Мы видимъ изъ анамнеза, что больная наша воспитывалась на рожкѣ и ничѣмъ особеннымъ не хворала до 2-хъ лѣтняго возраста, но съ этихъ поръ начинается рядъ болѣзней. Происходитъ она изъ семьи туберкулезной и сама представляетъ ясные симптомы золотухи (безпричинная хроническая сыпь съ корками на головѣ, течь изъ ушей, заболѣваніе глазъ). И вотъ такой ребенокъ захварываетъ острою болѣзнью, начавшейся съ *жара, рвоты и головной боли*. При поступленіи, кромѣ того, было констатировано *сведеніе затылка и сонливость*, которая впрочемъ, по словамъ матери, была уже и наканунѣ,—по всѣмъ этимъ признакамъ болѣзнь похожа на мозговую.

Такъ какъ дѣйствія желудка не было, то дѣвочкѣ 8-го числа назначили вѣнское питье черезъ два часа по десертной ложкѣ. Дано было четыре ложки и, хотя уже двухъ-трехъ такихъ пріемовъ было бы достаточно, чтобы вызвать послабленіе у ребенка такого возраста, здѣсь все-таки дѣйствія не было. Поставили тогда клистиръ и получили небольшой стулъ. Съ тѣхъ поръ послабленія не было. Температура при поступленіи 39° (см. кривую на стр. 176).

Переходя къ осмотру больной, мы видимъ, что она лежитъ, скукожившись, на лѣвомъ боку — позиція легавой собаки. Голова закинута назадъ почти подъ прямымъ угломъ; ребенокъ покашливаетъ, — кашель отрывистый, сухой. При малѣйшемъ прикосновеніи больная начинаетъ кричать. Положить себя на спину она не позволяетъ, сейчасъ же поворачивается на бокъ, дѣлая для этого сознательныя движенія, а не потому, чтобы на спинѣ она оказывалась въ неустой-

чивомъ равновѣсїи. Очевидно, что затылокъ сведенъ и что выпрямленіе его болѣзненно. Изъ всего этого мы выводимъ, что больная находится въ *вынужденномъ положенїи на боку*.

На головѣ и за ушами корки—и по цвѣту, и по положенію экзематознаго характера; это не favus, хотя корки слегка желтоваты, потому что распространяются и на части кожи, непокрытыя волосами и, кромѣ того, корки эти существуютъ только нѣсколько мѣсяцевъ, а favus получилъ бы такое распространеніе развѣ только въ нѣсколько лѣтъ.

Правый глазъ весь красный, по краю роговой оболочки видны расширенныя сосуды, зрачекъ расширенъ, но это зависить отъ впусканія атропина. По опредѣленію окулиста здѣсь простой keratitis phlyctenulosa, но не iridocyclitis, обстоятельство важное, такъ какъ послѣдній указывалъ бы на распространеніе процесса изъ полости черепа (meningitis cerebrospinalis).

На тѣлѣ, ягодицахъ и бедрахъ папулезная зудящая сыпь. Железы въ пахахъ и подъ мышками не увеличены; на шеѣ увеличены, что въ виду страданія кожи головы вполне естественно. Общее питаніе удовлетворительно; отековъ нѣтъ.

Пульсъ 160 въ минуту, очень слабый и маленькій. Дыханіе считать трудно вслѣдствіе криковъ дѣвочки, оно около 32, что по отношенію къ пульсу (1:5) особеннаго учащенія не представляетъ. Ноздри слегка растянуты, но особенной игры крыльями носа нѣтъ; слѣдовательно, сильной одышки незаметно. Животъ мягкій, невздутый, но и не вполнѣ корытообразный. На правой сторонѣ груди, подъ ключицей, звукъ при постукиваніи нѣсколько яснѣе, чѣмъ на лѣвой. При постукиваніи по лѣвой сторонѣ больная кричитъ больше, такъ что, повидимому, здѣсь постукиваніе болѣзненно. Обращаю на это ваше вниманіе, такъ какъ при верхушечныхъ пневмонїяхъ, которыя долго не выясняются, болѣзненность при постукиваніи появляется раньше другихъ признаковъ воспаленія легкихъ, т. е. измѣненія перкуторнаго звука и бронхиальнаго дыханія. При выслушиваніи на лѣвой сторонѣ вверху бронхиальное дыханіе и довольно звонкіе хрипы. Fremitus pectoralis здѣсь яснѣе выраженъ, чѣмъ на правой. Моча очень мутная и очень кислая. При нагрѣваніи очень сильная мутность

сначала исчезаетъ, но при дальнѣйшемъ кипяченіи моча снова мутится, и эта мутность не исчезаетъ отъ уксусной кислоты. Первоначальная мутность, очевидно, зависитъ отъ уратовъ, а мутность при кипяченіи—отъ бѣлка, такъ какъ фосфаты исчезали бы отъ прибавленія уксусной кислоты. Изслѣдование мочи по Эсбаху показало до 5‰ бѣлка. Въ осадкѣ, кромѣ мочекислыхъ солей, есть гялиновые и зернистые цилиндры и изрядное количество лимфоидныхъ элементовъ.

Резюмируя нашъ случай, мы отмѣчаемъ слѣдующія явленія: 1) со стороны нервной системы—рвота, жаръ, головная боль, сведеніе затылка, раздражительность, постоянные монотонные крики, запоры, мягкій ввалившійся животъ; 2) есть указанія на легочную болѣзнь: нѣкоторое притупленіе звука подъ лѣвою ключицей, здѣсь же звонкіе хрипы, бронхиальное дыханіе, усиленный *fremitus pectoralis*; 3) высокое лихорадочное состояніе, которое можетъ быть и при мозговомъ и при легочномъ страданіи, наконецъ 4) измѣненія въ мочѣ, говоряція за пораженіе почекъ.

Итакъ, нужно рѣшить цѣлый рядъ вопросовъ: нѣтъ ли здѣсь менингита и, если есть, то какая форма? Не можетъ ли быть воспаленіе легкихъ съ мозговыми явленіями, или воспаленіе легкихъ, осложненное воспаленіемъ мозга? Наконецъ, не зависитъ ли вся эта картина отъ уреміи?

Въ затруднительныхъ для діагностики случаяхъ иногда можетъ помочь особый способъ изслѣдованія,—такъ называемый, поясничный уколъ Quincke, который былъ рекомендованъ не только какъ діагностическое, но и какъ терапевтическое средство при острой головной водянкѣ. Техника выполненія его довольно простая: стерилизованная игла отъ правацовскаго шприца вкалывается сзади въ промежутокъ между 2-мъ и 3-мъ или 3-мъ и 4-мъ поясничными позвонками по средней линіи, — жидкость вытекаетъ сама безъ высасыванія. Если оболочки мозга здоровы, то вытекаетъ прозрачная жидкость; въ случаѣ же существованія воспалительнаго процесса, свойства жидкости бываютъ различны: примѣсъ гноя несомнѣнно указываетъ на гнойный цереброспинальный менингитъ, но и прозрачная жидкость не исключаетъ его, такъ какъ подъ микроскопомъ или путемъ опытовъ надъ животными въ ней

можно открыть присутствіе диплококка Weichselbaum'a. Тѣми же способами изслѣдуютъ жидкость и на туберкулезныя палочки.

Терапевтическое значеніе этого способа невелико; только при рѣзкихъ признакахъ скопленія жидкости — сильномъ сведеніи затылка и спины, головной боли и гиперестезіи — можно ожидать симптоматическаго улучшенія. Последнее обстоятельство, я думаю, можетъ проявиться и въ нашемъ случаѣ, почему я и хочу сейчасъ произвести эту операцію; а ради одной діагностики я ее, пожалуй, и не сталъ бы дѣлать, такъ какъ не въ далекомъ будущемъ болѣзнь выяснится и безъ прокола поясницы. Приступая къ операціи, слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеченія жидкости не происходитъ, и она не получается даже и при вытягиваніи шприцемъ, и тогда дѣло распознаванія ничего не выигрываетъ.

Проколъ и въ данномъ случаѣ также жидкости не далъ.

Лекція 11 декабря 1899 г.

Возвращаясь ко вчерашнему случаю, я долженъ прежде всего сказать, что здѣсь дѣло, конечно, не въ нефритѣ, такъ какъ, во 1-хъ, въ день поступленія бѣлка въ мочѣ у больной не было, а, во 2-хъ и главнымъ образомъ, судороги не такія, какія свойственны нефриту. У нашей больной изъ судорожныхъ явленій имѣется только сведеніе затылка, т. е. спазмъ тонического характера; а при уреміи бываютъ, напротивъ, клоническія судороги во всемъ тѣлѣ, которыя могутъ повторяться неопредѣленное число разъ въ теченіе 24—48 часовъ, и потомъ судороги прекращаются, не оставляя слѣдовъ, или на нѣкоторое время остаются какія-нибудь послѣдствія, какъ напр., слѣпота, парезы и т. д.; но однимъ сведеніемъ затылка уремія никогда не выражается. Въ 3-хъ, противъ уремій говоритъ и слишкомъ быстрое развитіе картины тяжелыхъ мозговыхъ припадковъ среди полного здоровья.

Но вотъ исключить менингитъ никоимъ образомъ нельзя. Можно сказать только, что это не туберкулезная форма менингита, несмотря на дурную наследственность больной. При туберкулезномъ менингитѣ, мы не встрѣчаемъ такого остраго

начала, при немъ всё явленія развиваются постепенно; а сонливость и сведеніе затылка наступаютъ не ранѣе конца недѣли. Здѣсь же въ первый день по поступленіи и на второй день болѣзни было уже сведеніе затылка и сонливость, не смотря на которую больная отличалась крайней раздражительностью. Труднѣе ужъ исключить менингитъ отъ заболѣванія уха, такъ какъ течъ изъ уха у больной есть и продолжается она давно. Но все-таки допустить ушной процессъ въ этиологіи менингита въ данномъ случаѣ трудно на основаніи отсутствія другихъ характерныхъ симптомовъ пораженія уха, каковы: вонь, отечность сзади уха или спереди по направленію ко лбу, болѣзненность *processus mastoidei*.

Всего больше походитъ нашъ случай на *meningitis cerebrospinalis*, каковой процессъ начинается тѣми же симптомами, какъ заболѣла и наша больная: жаръ, сильная головная боль, повторная рвота, раздражительность, гиперестезіи всей кожи и раннее (уже на 2-ой день) появленіе сведенія затылка, вслѣдствіе чего больной принимаетъ вынужденное положеніе на томъ или другомъ боку. Однако, когда больная поступила въ клинику, я не рѣшился высказаться опредѣленно за цереброспинальный менингитъ, такъ какъ меня удерживало отъ этого, повидимому, ничтожное обстоятельство — больная покашливала. Кашель былъ не силенъ и не частъ, но онъ сопровождался нѣкоторымъ раздуваніемъ ноздрей, т. е. однимъ изъ объективныхъ симптомовъ одышки, а между тѣмъ чистому цереброспинальному менингиту не свойственны ни кашель, ни одышка; слѣдовательно, допуская менингитъ, надо было предположить еще осложненіе его какимъ нибудь груднымъ страданіемъ; а разъ мы дошли до предположенія грудного процесса, то явился вопросъ, нельзя ли объяснить всю картину болѣзни этимъ груднымъ процессомъ, не прибѣгая къ предположенію менингита? Для этого можно бы было предположить двѣ гипотезы: во-первыхъ, не есть ли это мозговая форма инфлюэнцы — *influenza cephalica*, и, во-вторыхъ, не имѣемъ ли мы дѣло съ, такъ называемой, цереброспинальной формой пневмоніи? *Influenza* — болѣзнь общая, но можетъ локализоваться въ различныхъ органахъ, и вотъ при локализации микробовъ Pfeiffer'a или ихъ токсиновъ въ нерв-

ной системѣ получается иногда картина очень похожая на острый или подострый менингитъ. Въ однихъ случаяхъ тутъ дѣло идетъ о ложномъ, въ другихъ—о настоящемъ менингитѣ. Разница между этими двумя формами не столько въ симптомахъ, сколько въ тяжести теченія: ложный менингитъ начинается вмѣстѣ съ лихорадкой и въ большинствѣ случаевъ черезъ нѣсколько дней вмѣстѣ съ нею и кончается, иногда же явленіе раздраженія со стороны мозговыхъ оболочекъ продолжается нѣкоторое время и послѣ паденія температуры. Къ этой послѣдней категоріи относится, напр., мальчикъ, который поступилъ къ намъ на-дняхъ по поводу сведенія затылка. Дома онъ болѣлъ нѣсколько дней жаромъ; затѣмъ жаръ спалъ, но сведеніе затылка осталось. Оставаясь у насъ безъ леченія, онъ скоро поправился. Настоящій менингитъ при инфлюэнцѣ бываетъ большею частью гнойный, и въ гною находятъ бациллы инфлюэнцы. Это—болѣзнь тяжелая и большею частью опасная. Объ influenza serhalica мы могли бы говорить лишь въ томъ случаѣ, если бы у нашей больной не было никакихъ объективныхъ измѣненій со стороны легкихъ, и если бы всѣ мозговые симптомы исчезли въ 5—7 дней; но такъ какъ мы констатировали несомнѣнныя явленія пнеймоніи въ верхней долѣ лѣваго легкаго, то намъ приходится считаться только со второю гипотезой, т. е. съ вопросомъ о томъ, нельзя ли объяснить всѣ явленія у нашей больной верхушечною церебральною пнеймоніей, причемъ мы не коснемся пока патогенеза ея, такъ какъ и для предсказанія, и для леченія почти все равно, вызывается ли воспаленіе диплококкомъ Fraenkel'я или инфлюэнчною бациллою Pfeiffer'a. Скажемъ только, что и тотъ и другой микробъ можетъ быть производителемъ болѣзни, но бацилла, повидимому, встрѣчается чаще, чѣмъ коккъ. Barthez и Rilliet различали двѣ формы мозговыхъ пнеймоній: судорожную и менингеальную. Первая встрѣчается у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ, и характеризуется главнымъ образомъ повторными приступами общихъ судорогъ и сильнымъ жаромъ. Всѣ мозговія явленія проходятъ съ паденіемъ температуры, а иногда даже и раньше. При менингеальной формѣ судорогъ нѣтъ, но явленія менингита (гиперестезія, апатія или сонливость, сведенный

затылокъ, запоръ, ввалившійся животъ) выражены бываютъ ясно. Эта форма болѣе свойственна дѣтямъ старше 2-хъ лѣтъ. Замѣчательно, что церебральныя пнеймоніи большею частію локализируются въ верхнихъ доляхъ, и что онѣ обыкновенно довольно долго не выясняются. Если въ нашемъ случаѣ имѣется церебральная пнеймонія, то она должна быть отнесена ко второй формѣ, т. е. къ менингеальной. Такъ какъ въ нашемъ случаѣ существованіе верхушечной пнеймоніи несомнѣнно, то намъ остается выбрать одну изъ слѣдующихъ двухъ гипотезъ: имѣемъ ли мы дѣло только съ воспаленіемъ легкаго, причемъ мозговые симптомы надо считать за результатъ интоксикаціи, или, кромѣ воспаленія легкихъ, надо допустить еще и менингитъ. При діагностикѣ болѣзней врачу въ сущности всегда приходится строить гипотезы, причемъ лучшей гипотезой считается та, которая проще объясняетъ все припадки. Если, напр., одной болѣзнью можно удовлетворительно объяснить всю картину болѣзни, то нѣтъ надобности предполагать комбинацію двухъ болѣзней. Прилагая это общепринятое правило къ нашему случаю, мы должны сказать, что, такъ какъ картина болѣзни у дѣвочки нашей можетъ быть объяснена церебральной, верхушечной пнеймоніей, то намъ нѣтъ необходимости предполагать здѣсь еще и менингитъ. Вотъ, если бы имѣлись какіе-нибудь симптомы специально свойственные менингиту, напр., парезъ лицевого нерва или нѣкоторыхъ мышцъ глазного яблока (косоглазіе) и др., тогда пришлось бы прибѣгнуть къ болѣе сложной гипотезѣ, т. е. предположить и воспаленіе легкаго, и менингитъ. Едва ли нужно пояснять вамъ, что вопросъ о діагностикѣ въ данномъ случаѣ имѣетъ далеко не одинъ только теоретическій интересъ, но также и чисто практическій, такъ какъ отъ того или иного рѣшенія его зависитъ и предсказаніе, и леченіе. Итакъ, пока діагнозъ такой: *верхушечная пнеймонія съ менингеальными явленіями (pneumonia cerebralis)*. Но ошибка возможна, и дальнѣйшее теченіе должно показать, нѣтъ ли здѣсь все-таки настоящаго менингита, осложняющаго воспаленіе легкихъ.

PROGNOSIS. Разъ, по нашему мнѣнію, дѣло идетъ только о пнеймоніи, то предсказаніе мы можемъ поставить благоприят-

ное, такъ какъ отъ острыхъ пнеймоній, хотя бы и церебральныхъ, дѣти почти никогда не умираютъ. Острыя воспаленія легкихъ бываютъ опасны только въ тѣхъ случаяхъ, когда уплотнѣніе очень обширно (двустороннія пнеймоніи), или ребенокъ очень юнъ (на 1-мъ году жизни пнеймоніи много опаснѣе, чѣмъ у дѣтей послѣ 2-хъ лѣтъ), или воспаленіе развивается у ребенка, ослабленнаго какой-нибудь другою болѣзнью (напр., рпеуптоніа, какъ осложненіе скарлатины, тифа, дифтеріи и др.), или, наконецъ, если воспаленіе легкаго поражаетъ туберкулезнаго субъекта. Изъ условій, ухудшающихъ прогнозъ, въ нашемъ случаѣ имѣется только одно, а именно то, что больная наша, несомнѣнно, золотушная, т. е. такой субъектъ, у котораго всякій воспалительный инфильтратъ является удобною почвою для развитія туберкулезной бациллы (см. лекцію о золотухѣ). Но будемъ надѣяться, что этого не случится, такъ какъ развитіе туберкулеза на почвѣ острой, идиопатической пнеймоніи встрѣчается крайне рѣдко.

Второе обстоятельство, нѣсколько омрачающее прогнозъ, это — неувѣренность въ діагностикѣ относительно исключенія менингита.

ЛЕЧЕНИЕ. Больной давали, какъ сказано выше, вѣнское питье, но послабленія не было. Вчера ей назначенъ былъ каломель. Каломель дается при многихъ болѣзняхъ и притомъ съ различною цѣлью. Во-первыхъ, его даютъ, какъ средство противовоспалительное, въ дозахъ 0,0025 до 0,005 раза 4 въ день; во-вторыхъ, какъ слабительное, въ дозахъ отъ 0,02 до 0,05 черезъ часъ по порошокъ до дѣйствія не больше 6-ти порошокъ, послѣ чего, если нѣтъ послабленія, дается касторовое масло.

Я лично противовоспалительнымъ дозамъ каломеля придаю мало значенія и даже избѣгаю ихъ, такъ какъ, чѣмъ меньше доза каломеля, тѣмъ легче она всасывается, вызывая ртутный стоматитъ, тогда какъ большія дозы удаляются изъ организма вмѣстѣ съ жидкимъ стуломъ, который онѣ вызываютъ. Слабительныя дозы каломеля я даю довольно часто въ началѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, при пнеймоніи, рожѣ, особенно при мозговыхъ явленіяхъ, такъ какъ думаю, что во многихъ случаяхъ въ патогенезѣ мозговыхъ явленій

при горячках принимаетъ участіе между прочимъ и самоотравленіе изъ кишечника. Каломель же лучше дезинфицируетъ кишки, чѣмъ, напр., касторовое масло. Вотъ нашей больной и было дано 0,05 каломеля два раза, послѣ чего ее прослабило жидковатымъ стуломъ.

Что же дѣлать дальше? При мозговыхъ явленіяхъ можно бы поставить мушку на затылокъ, но у больной и безъ того есть раздраженіе почекъ, а потому мушку ставить опасно, такъ какъ кантаридинъ несомнѣнно вліяетъ на почки и можетъ усилить явленія нефрита.

Прямо дѣйствовать на воспаленіе легкихъ какими бы то ни было средствами мы не можемъ, а потому приходится дѣйствовать симптоматически; и, такъ какъ на первый планъ у нашей больной выступаютъ нервные симптомы въ видѣ крайней раздражительности и сведенія затылка, то показаны три рода средствъ: жаропонижающія, наркотическія и бромиды. Такъ какъ повышеніе температуры у нашей больной не особенно велико, то надлежащихъ показаній для antipyretica здѣсь нѣтъ. Но если бы при нервныхъ явленіяхъ (сильная головная боль, бессонница и др.) температура стойко держалась выше 40°, то мы охотно дали бы приемъ фенацетина (0,1) и, если бы было нужно, то черезъ 2 часа повторили бы его. Изъ двухъ другихъ средствъ я предпочту въ данномъ случаѣ бромистые препараты, а не наркотическіе, такъ какъ послѣдніе могутъ вызвать запоръ, что, конечно, нежелательно. Мозговья явленія могутъ навести врача на мысль назначить іодистый калий или втиранія ртутной мази, но въ нашемъ случаѣ я считаю эти средства излишними, такъ какъ не допускаю здѣсь мозговой болѣзни, а, съ другой стороны, я избѣгаю давать іодъ вскорѣ послѣ каломеля, чтобы не образовалось въ кишечникѣ іодистой ртути.

Лекція 14 декабря 1899 г.

За три протекшихъ дня у нашей больной по мѣрѣ выясненія пнеймонического фокуса мозговья явленія замѣтно ослабѣли: голова менѣе закинута назадъ, такъ что больная можетъ лежать и на спинѣ, раздражительность меньше, сознаніе полное. Температура 13-го числа упала. Что это за

паденіе? Если бы пнеймонія въ нашемъ случаѣ была крупозная, то тогда это паденіе указывало бы на кризисъ, и, слѣдовательно, мы могли бы надѣяться на скорое окончаніе болѣзни. Но въ нашемъ случаѣ отнести пнеймонію къ крупозной едва ли возможно, такъ какъ этому противорѣчить температура: она слишкомъ низка и при томъ дѣлаетъ большія колебанія, что болѣе характерно для пнеймоній гриппозныхъ; а если такъ, то мы должны имѣть въ виду наклонность гриппозныхъ воспаленій къ затяжному теченію, которое можетъ прерываться многократными паденіями температуры почти до нормы и новыми повышеніями, причемъ воспаление легкаго можетъ принять бродячій характеръ, т. е. повышенію температуры можетъ соотвѣтствовать образованіе новыхъ воспалительныхъ фокусовъ въ той или другой долѣ легкаго. Какъ пойдетъ здѣсь дѣло, это будетъ видно, а пока мы можемъ сказать, что это былъ случай церебральной пнеймоніи, въ началѣ сильно замаскированный менингитическими явленіями. А отсюда вытекаетъ такое правило: когда у больного сильный жаръ, мозговые симптомы и кашель, то всегда нужно быть осторожнымъ съ діагностикой менингита, такъ какъ черезъ нѣсколько дней можетъ выясниться пнеймонія.

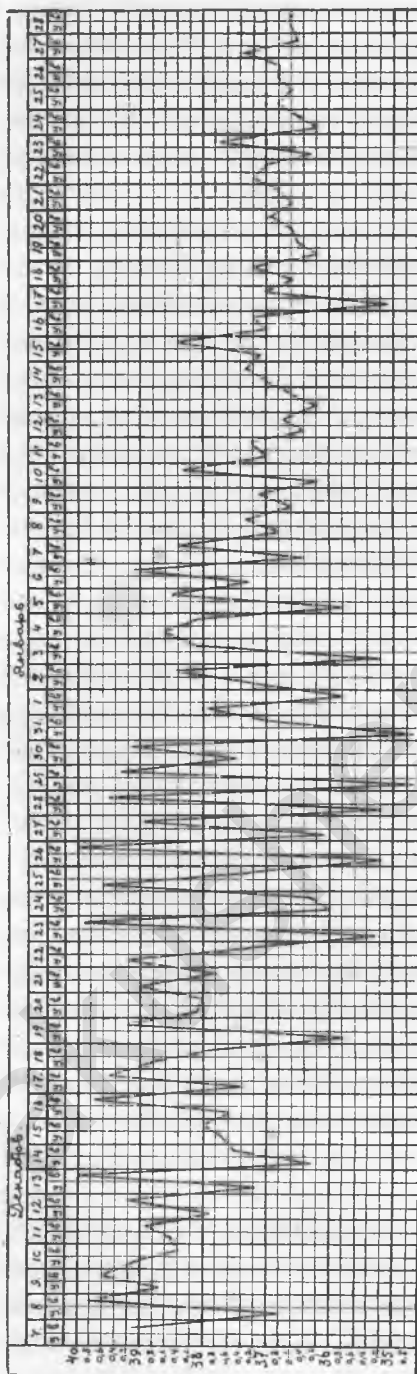
Лекція 21 января 1900 г.

Я хочу вамъ показать сегодня еще разъ больную, которую вы видѣли въ половинѣ декабря. Послѣ перваго паденія температуры значительнаго улучшенія не наступило; сведеніе затылка и спины не исчезло и до сихъ поръ. Температура все время до 11-го января представляла очень рѣзкія колебанія: бывали подъемы до 40° и паденія до 34,7°; въ этомъ отношеніи особенно рѣзко выдѣляется періодъ съ 21-го по 31 декабря. Была неправильность и со стороны объективныхъ признаковъ въ легкихъ. Обыкновенно при церебральныхъ пнеймоніяхъ черезъ нѣсколько дней притупленіе исчезаетъ и наступаетъ разрѣшеніе. Въ нашемъ случаѣ притупленіе и крепитирующие хрипы держатся до сихъ поръ. Кроме того, у нашей больной нужно отмѣтить наклонность къ запорамъ; начались они еще до настоящей болѣзни, а за послѣдній мѣсяць сдѣлались постоянными. Можно было бы объяснить ихъ тѣмъ, что больная

мало ѣсть, но тогда уже совсѣмъ непонятной является рвота. Она была въ самомъ началѣ болѣзни, затѣмъ 20 декабря ребенка вырвало 3 раза, черезъ 5 дней вырвало одинъ разъ, а съ 30-го декабря рвота стала повторяться почти ежедневно 1—2 раза; за послѣдніе 9 дней только одинъ обошелся безъ рвоты.

Теперь посмотримъ больную. Она очень истощена. Вѣсъ ея 8200 граммъ, а при поступленіи былъ 10740. Пульсъ 128—правильный, но слабого наполненія. Дыханіе—32. Больная можетъ лежать на спинѣ. При подниманіи за голову шея не сгибается, а поднимается все туловище; ребенокъ при этомъ кричитъ. Сидѣть больная можетъ и мы видимъ, что спина у нея согнута, а нѣсколько дней назадъ она была даже выгнута. Корокъ на головѣ нѣтъ. Десны разрыхлены, красны, запаха изо рта теперь нѣтъ, но былъ дня 3 назадъ. Около верхнихъ рѣзцовъ небольшія изъязвленія; значить, есть небольшое stomacase. Языкъ довольно чистый. Аппетитъ очень плохой; нѣсколько дней тому назадъ она выпивала за сутки только $\frac{1}{2}$ кружки молока, а послѣдніе дни 1 — $1\frac{1}{2}$ кружки. Даютъ ей еще нутрозу по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ въ день. Этотъ легко растворимый и легко всасывающійся казеиновый препаратъ легче переносится слабыми желудками, чѣмъ препараты пептоновые, напр., соматоза. Въ мочѣ, вы помните, былъ бѣлокъ и цилиндры: тогда это дало поводъ подозрѣвать у нея начало уремии, но этотъ бѣлокъ и цилиндры держались только однѣ сутки; съ тѣхъ поръ до настоящаго времени въ мочѣ нѣтъ ничего патологическаго. При изслѣдованіи легкихъ находимъ тупость спереди, на лѣвой сторонѣ, отъ ключицы до нижняго края *m-li pectoralis majoris*. Тупость эта продолжается и въ подмышечную впадину. Въ области притупленія слышны трескучіе хрипы, хотя и не очень обильные. Въ остальныхъ мѣстахъ груди ясный звукъ и везикулярное дыханіе. Сонъ порядочный.

Намъ нужно теперь, обративши вниманіе на теченіе болѣзни за прошедшій мѣсяцъ, вновь обсудить вопросъ, съ какимъ заболѣваніемъ мы имѣемъ дѣло. Начнемъ съ лихорадки. Можно ли её объяснить пнеймоніей? Уже съ самаго начала температура говорила противъ крупозной пнеймоніи. Сама по



себѣ она была для нея недостаточно высока, а рѣзкія колебанія, которыя она давала, совсѣмъ не свойственны крупозной пневмоніи: напротивъ, при гриппозной они наблюдаются очень часто. Но самыя типичныя температурныя кривыя съ рѣзкими паденіями наблюдаются при бродячихъ пневмоніяхъ, которыя, думаю я, въ большинствѣ случаевъ также относятся къ гриппознымъ. При такихъ пневмоніяхъ каждое новоповышеніе температуры сопровождается развитіемъ новаго воспалительнаго фокуса въ легкомъ. Объяснить лихорадку въ такихъ случаяхъ очень легко. Иногда только бываетъ, что нельзя найти настоящаго фокуса: нѣтъ ни бронхіальнаго дыханія, ни тупости, появляются только мелко-пузырчатые хрипы. Черезъ нѣсколько часовъ температура падаетъ, и хрипы исчезаютъ. Въ другихъ случаяхъ не удается даже найти и хриповъ, и французскіе авторы объясняютъ такія повышенія температуры *приливами крови*. Вотъ и въ нашемъ случаѣ, нельзя ли смотрѣть на повышение температуры, какъ на результатъ такихъ приливовъ? Это

очень невѣроятно. Невозможно, чтобы въ теченіе мѣсяца все дѣло ограничивалось одними приливами безъ развитія гдѣ-либо настоящаго воспалительнаго фокуса. Между тѣмъ, ихъ не было найдено ни разу. Если бы такой фокусъ развился въ центрѣ легкаго, то это выразилось бы усиленіемъ кашля и ускореніемъ дыханія, чего у нашей больной опять таки не было ни разу.

Не зависитъ ли лихорадка отъ всасыванія пирогеннаго начала изъ существующаго воспалительнаго фокуса въ легкихъ? Но такихъ сильныхъ и продолжительныхъ колебаній при затяжныхъ пнеймоніяхъ мы никогда не видали. Только нарывъ въ легкихъ могъ бы вызвать такую лихорадку. Но я не склоненъ ставить такую діагностику. Во-первыхъ, противъ нея говоритъ продолжительность болѣзни,—нарывъ уже давно долженъ былъ бы вскрыться,—а во-вторыхъ, невозможно было бы улучшеніе, которое все-таки отмѣчается за послѣднее время.

Допустить туберкулезную пнеймонію тоже нельзя, такъ какъ подобная интермиттирующая лихорадка возможна только при кавернахъ, которыхъ у нашей больной нѣтъ.

Въ общемъ, я прихожу къ заключенію, что объяснить эти колебанія температуры затянувшейся пнеймоніей, абсцессомъ или туберкулезомъ легкихъ было бы натяжкой.

Вторымъ симптомомъ, останавливающимъ наше вниманіе, является сведеніе затылка и спины. Здѣсь прямо можно сказать, что оно не зависитъ отъ церебральной пнеймоніи, такъ какъ послѣдняя никогда не бываетъ затяжной. Не описано, по крайней мѣрѣ, ни одного случая, гдѣ бы церебральные симптомы, зависѣвшіе отъ пнеймоній, держались въ теченіе мѣсяца, какъ мы видимъ у нашей больной. Остается предположить, что сведеніе здѣсь зависитъ отъ пораженія мозговыхъ оболочекъ, т. е. отъ менингита. Въ такомъ случаѣ очень просто объясняется и рвота. Допустить здѣсь катарръ желудка очень трудно, такъ какъ рвота, несмотря на леченіе и почти полное отсутствіе пищи, продолжается 2 недѣли. Какихъ-либо лекарственныхъ средствъ, раздражающихъ желудокъ, мы также не давали. Болѣзнь почекъ ее объяснить, пожалуй бы, можно, если-бы бѣлокъ и цилиндры уже давно не исчезли.

Подобная интермиттирующая температура могла бы быть вызвана малярией, но у насъ нѣтъ никакихъ указаній на нее: плазмодии не найдены, селезенка не увеличена и, наконецъ, хининъ оказался недѣйствительнымъ.

Диагностика менингита находить себѣ подтвержденіе еще и въ упорныхъ запорахъ, развившихся въ теченіе этой болѣзни.

Какой же здѣсь менингитъ? Конечно, не туберкулезный, хотя ребенокъ и золотушный. Туберкулезный менингитъ давно бы уже повлекъ за собою спячку и летальный исходъ въ 2—3 недѣли, а здѣсь болѣзнь тянется долѣе мѣсяца и есть даже нѣкоторое улучшеніе.

Остраго гнойнаго менингита здѣсь также быть не можетъ. Развивается онъ послѣ травмы, рожи, otitis media и т. п. Начинается бурно, жаромъ и судорогами, и никогда не бываетъ хроническимъ.

Нашъ случай принадлежитъ къ числу серьезныхъ цереброспинальных менингитовъ. Эта форма можетъ затягиваться на неопредѣленно долгое время. Но свойственна ли этимъ формамъ такая температура, какъ у насъ? Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ цереброспинальный менингитъ можетъ протекать съ температурой интермиттирующаго характера, какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей; такія формы описываются даже и въ учебникахъ и именно подъ названіемъ интермиттирующей формы цереброспинальнаго менингита. Такая лихорадка появляется иногда съ первыхъ же дней заболѣванія, когда о нагноеніи еще не можетъ быть и рѣчи. Интермиттирующий характеръ лихорадки долженъ быть объясненъ, какъ и при малярии, свойствомъ микроорганизмовъ цереброспинальнаго менингита періодически выдѣлять токсины.

На основаніи всего сказаннаго мы дѣлаемъ такой выводъ. У насъ былъ случай рѣдкаго совпаденія цереброспинальнаго менингита и верхушечной пневмоніи. Совпаденіе это заставило меня склониться къ диагностикѣ церебральной пневмоніи, и только стойкость мозговыхъ симптомовъ убѣдила меня теперь, что здѣсь существуетъ и цереброспинальный менингитъ. Если бы пневмоніей была поражена не верхушка легкаго, диагностику эту можно было бы поставить гораздо раньше.

Истощеніе нашей больной объясняется продолжительною лихорадкой и отсутствіемъ аппетита.

ПРОГНОСТИКА при менингитѣ не всегда плохая. При цереброспинальномъ менингитѣ, затянувшемся до третьей недѣли, дѣти въ большинствѣ случаевъ выздоравливаютъ. Дѣти моложе 1 года часто представляютъ рѣзкое сведеніе спины и тѣмъ не менѣе поправляются. У насъ былъ 5 лѣтъ назадъ больной, нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, съ такимъ сведеніемъ шейныхъ и спинныхъ мышцъ, что затылокъ больного касался пятокъ. Больной этотъ все-таки выздоровѣлъ и въ настоящее время у него существуетъ только нѣкоторая неправильность походки, а въ остальныхъ отношеніяхъ онъ вполне здоровый ребенокъ.

Въ нашемъ случаѣ, гдѣ нѣтъ сильнаго сведенія, мы тѣмъ болѣе можемъ надѣяться на хорошій исходъ, хотя настоящее улучшеніе мы еще не можемъ считать за переходъ къ выздоровленію, такъ какъ новое ухудшеніе возможно.

ЛЕЧЕНІЕ велось симптоматически. При слабости сердца давался *coffein*. 27-го декабря подъ лѣвую ключицу поставили мушку, что мы дѣлаемъ только при затянувшихся пневмоніяхъ. Въ виду колебаній температуры былъ большой соблазнъ назначить хининъ. Мы сдѣлали это, но пользы онъ не принесъ и потому былъ скоро отмѣненъ. Больной дѣлалъ еще горячія ванны (30—31° R). Показанія къ нимъ были какъ со стороны легкихъ, такъ и со стороны мозговыхъ оболочекъ, такъ какъ я считаю ванны вообще хорошимъ отвлекающимъ средствомъ при воспаленіи внутреннихъ органовъ. Въ данномъ случаѣ, однако, очевидной пользы онъ не принесли.

По случаю рвоты давали *segiun oxalicum*, но безуспѣшно; назначили Боржомъ, но рвота и до сихъ поръ продолжается. Что же дѣлать намъ теперь съ больной? Можно было бы назначить ей мушку на затылокъ; но мѣсто на груди, гдѣ была поставлена первая, очень долго не заживало, поэтому я отказался отъ мысли поставить еще мушку. У такихъ истощенныхъ дѣтей она легко можетъ вызвать мѣстную гангрену, и я видалъ такіе случаи.

Изъ внутреннихъ средствъ при менингитахъ часто употребляется іодъ и мышьякъ, но первый ослабляетъ организмъ, и

поэтому мышьякъ здѣсь будетъ лучше. Онъ, конечно, не дѣйствуетъ на микробовъ, вызывающихъ менингитъ, но, улучшая общее питаніе, помогаетъ организму побороть инфекцію. Въ виду сильнаго истощенія ребенка, мы здѣсь начнемъ впрыскивать съ одного дѣленія Fowler'овъ растворъ черезъ день. Можетъ случиться, что и подкожныя впрыскиванія мышьяка повлекутъ за собою усиленіе рвоты, и тогда ихъ придется прекратить.

Получаетъ наша больная въ пищу молоко и нутрозу. Въ виду склонности къ запору, можно прибавить бульонъ, который обладаетъ нѣсколько послабляющимъ дѣйствіемъ; мы возьмемъ телячій и будемъ разводить имъ молоко на $\frac{1}{3}$.

Прибавка къ молоку телячьяго бульона очень хорошо повліяла на запоры, которые прекратились съ перваго же дня, а въ дальнѣйшемъ бульонъ пришлось отмѣнить, по случаю жидковатаго стула. Черезъ нѣсколько дней послѣ послѣдней лекціи К. Ю. заболѣла легкою скарлатиной, почему была переведена въ скарлатинный баракъ. Въ настоящее время (21 февраля) она находится на пути къ выздоровленію: аппетитъ у нея значительно улучшился, рвоты и запоровъ давно уже нѣтъ, сведеніе затылка и спины исчезло, больная сидитъ въ кровати.

Туберкулезный цереброспинальный менингитъ.*Лекція 23 октября 1899 г.*

Елена М., 5^{1/2} лѣтъ отъ роду, принята въ клинику 20 октября по поводу жара и частаго болѣзненнаго мочеиспусканія.

ANAMNESIS. Родители больной — люди здоровые. Отцу 29 лѣтъ, по ремеслу онъ башмачникъ; матери 26 лѣтъ. Всѣхъ дѣтей въ семьѣ четверо — всѣ живы. Мертворожденныхъ не было, но четыре года назадъ былъ выкидышъ. Передъ этимъ мать была помята толпой на народномъ праздникѣ. Наша больная, по счету первая, родилась въ срокъ, чистенькая, въ слабой степени асфиксіи, такъ какъ роды были продолжительные. Глаза не гноились. Мать кормила грудью 10 мѣсяцевъ, послѣ чего ребенокъ сразу былъ переведенъ на коровье молоко, манную кашу и бѣлый хлѣбъ. Зубы рѣзались на 8-мъ мѣсяцѣ. Зуборащеніе никакими болѣзненными явленіями не сопровождалось. На ножки стала становиться 1-го года 3-хъ мѣсяцевъ, ходить 1-го года 7-ми мѣсяцевъ и не переставала. Изъ болѣзней отмѣчается въ возрастѣ около года поносъ, длившійся три мѣсяца, 4-хъ лѣтъ — вѣтреная оспа, а въ концѣ марта этого года болѣли ноги; больная передъ этимъ, по словамъ матери, простудилась. Жила она въ сырой, хотя и теплой, квартирѣ.

Настоящая болѣзнь началась недѣли 1^{1/2} назадъ жаромъ и головною болью, больная слегла въ постель. Недѣлю назадъ мать замѣтила, что дѣвочка часто мочится и притомъ

съ сильною болью. Моча вытекаетъ то по каплямъ, то струйками въ нѣсколько приѣмовъ. За послѣднее время развился запоръ. При поступленіи температура была 38,5°, а пульсъ 90. У маленькихъ дѣтей пульсъ очень возбуждимъ, и при этой температурѣ у ребенка въ возрастѣ 5 лѣтъ, какъ наша больная, онъ навѣрное долженъ былъ быть болѣе 100 въ минуту. Поэтому здѣсь мы должны были считать пульсъ замедленнымъ. Дѣвочка была очень раздражительна. Сыпи на кожѣ и гиперестезіи не было: брали складку кожи, и крики не усиливались. Болѣзненности при давленіи на остистые отростки замѣтно не было, но можно было ясно констатировать тугоподвижность затылка и спины: попытка согнуть спину пассивно вызывала усиленный крикъ. Органы груди были въ порядкѣ. Печень и селезенка не увеличены. Рвоты не было. Болѣзненного и неправильнаго мочеиспусканія у насъ не наблюдалось.

Температура затѣмъ начала падать; сегодня у нея 36,9°. Пульсъ 68, слабого наполненія. При ощупываніи пальцемъ онъ кажется правильнымъ, но небольшія уклоненія при такомъ изслѣдованіи легко пропустить. Лучшіе результаты даетъ выслушиваніе сердца, которое у дѣтей раздражительныхъ можно производить со спины, чтобы они не видѣли инструмента. Въ нашемъ случаѣ при выслушиваніи можно замѣтить, что нѣкоторые удары сердца слабѣе остальныхъ.

Больная не можетъ лежать на спинѣ,—при попыткѣ привести ее въ такое положеніе она сейчасъ же поворачивается на бокъ. У нея, слѣдовательно, можно констатировать вынужденное положеніе на боку. Въ нашемъ случаѣ это объясняется сведеніемъ затылка: ребенку больно лежать на спинѣ, почему онъ и поворачивается. Этотъ признакъ можетъ служить, между прочимъ, для дифференціальной діагностики менингита отъ тифа, при которомъ ребенокъ большею частью лежитъ на спинѣ. Затылокъ больной не сгибается; болѣзненности въ спинѣ нѣтъ. Третьяго дня сведеніе было выражено рѣзче. Парезовъ въ лицевыхъ и глазныхъ мышцахъ нѣтъ. Когда я сегодня утромъ подошелъ къ больной, она лежала съ открытыми глазами, и мнѣ показалось, что лѣвый глазъ немного косилъ вверху, но сейчасъ въ этомъ убѣдиться

трудно. Исслѣдованія внутреннихъ органовъ я теперь производить не буду, такъ какъ всѣ они въ порядкѣ. Замѣчу только, что грудная клѣтка представляетъ явные слѣды бывшаго рахитизма и что на шеѣ и подъ мышками прощупываются нѣсколько увеличенныя и довольно плотныя лимфатическія железки, свободно катающіяся подъ пальцемъ. Большая сильно истощена, на бедрахъ кожа виситъ складками. Моча кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1,038; она мутна, — въ осадкѣ много уратовъ. Бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ нѣтъ. Appetitъ очень плохъ. Рвоты не было. На низъ — запоры. Течи изъ ушей нѣтъ.

ДИАГНОСТИКА. Сведеніе затылка и спины указываетъ на пораженіе центральной нервной системы — на менингитъ. Правда, сведеніе затылка наблюдается иногда и при невозможныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, но тогда температура должна быть около 40°, а у насъ 21 октября утромъ температура была 38,5°, а сведеніе уже существовало. Можно было бы подумать, пожалуй, о мозговой формѣ инфлюэнцы, при которой очень высокая температура необязательна; отсутствіе рвоты въ началѣ болѣзни также говорило бы за нее, — но противъ нея было длительное теченіе: больная поступила къ намъ на 10-й день болѣзни. Сегодня, впрочемъ, колебаній въ діагностикѣ менингита быть не можетъ: температура упала до 36,9°, а мозговья явленія, особенно спячка, даже усилились: появилось неправильное сердцебіеніе и абсолютное замедленіе пульса. Существуетъ, слѣдовательно, полная дисгармонія между температурой и нервными явленіями.

Какая же это форма менингита? Допустить въ данномъ случаѣ *meningitis convexitatis cerebri purulenta* нельзя, мы не имѣемъ для этого никакихъ этиологическихъ данныхъ (ушибъ головы, течь изъ ушей и проч.), да притомъ такіе случаи протекаютъ гораздо болѣе остро, т. е. съ высокою температурой, бредомъ, общими судорогами, и летальный исходъ наступаетъ обыкновенно въ 3—5 дней.

Простого серознаго менингита здѣсь ожидать тоже нельзя, такъ какъ это болѣзнь очень маленькихъ дѣтей (до 2 лѣтъ). Остается, слѣдовательно, выбирать между туберкулезнымъ менингитомъ и цереброспинальнымъ. Цереброспинальный ме-

нингитъ начинается сразу, а туберкулезный, обыкновенно, имѣеть періодъ предвѣстниковъ безъ мозговыхъ припадковъ. У ребенка пропадаетъ аппетитъ, онъ блѣднѣеть, худѣеть, становится скучнымъ и только черезъ нѣсколько дней и даже недѣль (до 6-ти) появляются первые признаки пораженія мозга. Къ сожалѣнію, въ нашемъ случаѣ мы не можемъ вполне положиться на анамнезъ. Въ обычной больничной практикѣ очень часто приходится слышать, что туберкулезный менингитъ развился якобы среди полного здоровья, безъ всякихъ предвѣстниковъ, между тѣмъ какъ въ частной практикѣ, когда имѣешь дѣло съ людьми, менѣе озабоченными нуждой и потому лучше наблюдающими за переменами въ здоровьѣ своихъ дѣтей, отсутствіе предвѣстниковъ наблюдается крайне рѣдко. Вотъ почему мы въ данномъ случаѣ не можемъ придавать діагностическаго значенія показанію родителей насчетъ внезапнаго начала болѣзни среди полного здоровья; да и вообще указанія на начало болѣзни у нашей больной очень сбивчивы, мы даже не знаемъ, была ли у нея рвота. При поступленіи (на 10-ый день болѣзни) температура была 39,3°. Обыкновенно при туберкулезномъ менингитѣ лихорадка не бываетъ выше 38,5°, но туберкулезный менингитъ можетъ сопровождаться милиарнымъ туберкулезомъ другихъ органовъ; тогда возможна и болѣе высокая температура. При церебрально-спинальномъ менингитѣ температура бываетъ выше, чѣмъ при туберкулезномъ, и отличается вообще сильными колебаніями. Въ нашемъ случаѣ t° сама по себѣ не даетъ основаній для какихъ-либо заключеній о натурѣ мозгового страданія.

Что касается до сведенія затылка, то оно бываетъ и при той, и при другой формѣ, но при церебрально-спинальномъ менингитѣ сведеніе является на второй и даже на первый день болѣзни, а при туберкулезномъ много позднѣе, вмѣстѣ со спячкой. Когда появилось сведеніе въ нашемъ случаѣ, мы не знаемъ, — мы нашли его уже при поступленіи. Сведеніе спины гораздо болѣе свойственно церебрально-спинальному менингиту. Разбирая далѣе симптомы, мы можемъ отмѣтить, что температура у нашей больной упала до нормы, а болѣзненные явленія прогрессируютъ. Напротивъ, при церебрально-

нальномъ менингитѣ паденіе температуры всегда совпадаетъ съ ослабленіемъ всѣхъ мозговыхъ симптомовъ. Кромѣ того, нѣтъ гиперестезіи кожи и болѣзненности при давленіи на остистые отростки. Значитъ, у насъ нѣтъ ясныхъ признаковъ для meningitis cerebrospinalis epidemica, но неясность анамнеза не позволяетъ остановиться съ увѣренностью и на туберкулезномъ менингитѣ, за который говоритъ рахитическій habitus больного, его сильное истощеніе, продолжительность болѣзни и спячка при нормальной температурѣ, тогда какъ за цереброспинальный менингитъ говоритъ внезапное начало болѣзни съ сильнаго жара, большое безпокойство и сведеніе спины. Въ концѣ концовъ съ увѣренностью можно предполагать лишь острую головную водянку, а вопросъ о происхожденіи ея останется пока нерѣшеннымъ, что, впрочемъ, не имѣетъ важнаго значенія, хотя предсказаніе при несомнѣнномъ туберкулезномъ менингитѣ хуже, чѣмъ при цереброспинальномъ. Въ виду указаній въ анамнезѣ на затрудненіе при мочеиспусканіи, намъ нужно еще считаться съ возможностью уреміи. Но моча здѣсь безъ бѣлка, отековъ нѣтъ, да и задержки въ выведеніи мочи мы въ клиникѣ не наблюдали, и такимъ образомъ это предположеніе само собою отпадаетъ.

ЛЕЧЕНІЕ. Какая бы форма менингита ни была, разницы въ леченіи не будетъ. Оно состоитъ, главнымъ образомъ, изъ отвлекающихъ средствъ. Начали съ ваннъ, которыми надѣялись еще уменьшить и спазмъ спинныхъ мышцъ. 21-го числа была сдѣлана ванна въ 30—31° въ продолженіе 15 минутъ. Въ ваннѣ больная сидѣла хорошо, но вечеромъ развилось сильное возбужденіе; конечно, оно не могло зависѣть отъ ванны, поэтому на другой день ванна была повторена, и на этотъ разъ возбужденія не было. Спазмъ спины уменьшился. Ванны я думаю продолжать и дольше. Изъ другихъ отвлекающихъ средствъ употребляютъ пиявки и мушки. Первые показаны въ начальномъ періодѣ (столько пиявокъ, сколько лѣтъ больному), а здѣсь ихъ ставить уже поздно. Мушка, напротивъ, ставится въ болѣе поздніе періоды, когда можно уже предполагать экссудатъ. Нашей больной мушка вполне показана, и мы поставимъ ей сегодня въ $\frac{1}{2}$ карты величиною

ад пущам. Внутрь все время дается іодистый калий, какъ средство, способствующее устраненію всякихъ подострыхъ и хроническихъ воспаленій.

Изъ лекціи 26 октября 1899 г.

Больная Елена М., вчера умерла. Спазма спины у нея уже не было 24-го числа, за-то развилась спячка. Вслѣдствие этого, діагностика туберкулезнаго менингита сдѣлалась болѣе вѣроятною.

При вскрытіи оказался милиарный туберкулезъ оболочекъ какъ головного, такъ и спинного мозга. Бугорки были найдены на основаніи мозга; тамъ же былъ серозно-желатинозный гнойный экссудатъ. Въ мозговыхъ желудочкахъ — скопленіе серозной жидкости. Извилины мозга уплощены. Кромѣ того, обильные милиарные бугорки были найдены въ оболочкахъ спинного мозга. Объяснилась и высокая температура, бывшая въ началѣ болѣзни: на плеврахъ и на верхней поверхности печени была найдена свѣжая высыпь милиарныхъ бугорковъ. Кромѣ того, были найдены старья сращенія легкихъ съ грудною стѣнкой и казеозное перерожденіе бронхиальныхъ и брыжжеечныхъ железъ. Очевидно, что раньше ребенокъ страдалъ поносами и кашлемъ, хотя въ анамнезѣ и нѣтъ указаній на хроническій кашель.

XVIII.

Хроническая головная водянка.

Лекція 12 ноября 1899 г.

Вася И., 1½ года, положенъ въ клинику 31 октября по поводу отековъ ногъ, жара и плохого общаго состоянія.

ANAMNESIS. Отцу 38 лѣтъ; по профессіи онъ столяръ, давно кашляетъ. Матери 30 лѣтъ, здорова. Всѣхъ дѣтей было 10 человѣкъ, въ томъ числѣ мертворожденныя сросшіяся двойни. Было еще 2 выкидыша на 4-мъ и 7-мъ мѣсяцѣ послѣ 3-хъ дѣтей, родившихся въ срокъ. 7 человѣкъ умерло до года отъ поносовъ. Сыни ни у кого изъ нихъ не было. Изъ оставшихся въ живыхъ двѣ дѣвочки, 12-ти и 9-ти лѣтъ, здоровы. Нашъ больной въ семьѣ послѣдній. Родился онъ на мѣсяцъ недоношенный, чистенькій, глаза не гноились. Кормился грудью матери 1 годъ; на 8-мъ мѣсяцѣ стали прикармливать манною кашей, хлѣбомъ, а вскорѣ стали давать всякую пищу. Прикармливаніе вызвало поносы, которые затѣмъ стали смѣняться запорами; нормальныхъ же испражнений болѣе не было ни разу.

Съ годъ тому назадъ мать стала замѣчать, что у ребенка временами на 3—5 дней опухаютъ лицо и ноги. Когда отекъ исчезалъ, ребенокъ дѣлался покойнѣе, улучшался и аппетитъ. За послѣднія двѣ недѣли отеки стали постоянными. Бѣтъ плохо, много пьетъ, очень безпокоенъ, горитъ по ночамъ. Помѣщеніе, гдѣ живетъ больной, сырое, но теплое.

STATUS PRAESENS. При осмотрѣ больного прежде всего бросается въ глаза его большая голова. Она при измѣреніи

оказывается на 14 см больше половины длины тѣла (окружность головы 49 см, ростъ 70). На ней замѣчаются увеличенные лобные и теменные бугры. Фонтанель велика, — въ ней помѣщаются три пальца. Швы между черепными костями сильно разошлись, такъ что перепонка, соединяющая края теменныхъ костей (стрѣловидный шовъ) шириной около 1 см. Кожа блѣдна. Подкожная клѣтчатка и мышцы дряблы, атрофированы. Ступни слегка отечны. При давленіи на нихъ остается ямка. Нѣсколько дней тому назадъ это было выражено еще рѣзче. Мышцы конечностей и сочленовныя связки настолько слабы и дряблы, что легко удастся поднести ступню больного къ его лицу. Обыкновенно ребенокъ 1 года и 2 мѣсяцевъ можетъ и сидѣть, и ходить. Попробуемъ его посадить. Оказывается, что онъ не только не можетъ сидѣть, но даже не въ состояніи удержать голову, которая бесильно падаетъ въ ту или другую сторону, смотря по дѣйствию силы тяжести. Попробуемъ поставить на ноги. Больной даже и попытки не дѣлаетъ опереться на нихъ. Но это зависитъ не отъ паралича, такъ какъ при покалываніи булавкой ребенокъ быстро отдергиваетъ руки и ноги.

Кости конечностей не искривлены; никакихъ утолщеній на нихъ нѣтъ. Грудная клѣтка довольно правильная; только при вздохѣ получается намекъ на куриную грудь; замѣтны небольшія рахитическія четки. Во рту 10 зубовъ; каріозныхъ среди нихъ нѣтъ.

Животъ вздутъ, умѣренно упругій. Аппетитъ плохой: выпиваетъ 2—3 кружки молока въ день (400—600 граммъ), а по возрасту своему онъ минимумъ долженъ бы выпивать по одному литру. Рвоты не было и нѣтъ.

Поступилъ онъ къ намъ съ поносомъ. Слабило раза 3—5 въ день жидкими, вонючими, не очень обильными испражнениями съ примѣсью слизи. Очевидно, былъ на лицо типичный хроническій фолликулярный энтеритъ. Только при немъ бываетъ обыкновенно ввалившійся животъ, а у нашего больного животъ былъ вздутъ. Такой метеоризмъ указываетъ, что были затронуты и тонкія кишки. Въ настоящее время у него поноса нѣтъ. Его слабятъ колбасообразными испражнениями 1—2 раза въ день. Тѣ испражнения, которыя вы видите, по-

лучены уже послѣ назначенія ему мяса. Сдѣлали мы это въ видѣ опыта и, какъ видите, поноса не вызвали. Кашля нѣтъ. Легкія нормальны. Дыханіе около 40 разъ въ минуту. Сердце здорово. Пульсъ 122, правильный, слабого наполненія.

Лимфатическія железы въ пахахъ слегка увеличены. Моча въ свѣжемъ состояніи свободна отъ осадка, бѣлка не содержитъ. Спитъ ребенокъ хорошо; вообще раздражителенъ, кричитъ не только при дотрогиваніи, но уже при одномъ осмотрѣ.

Потливости незамѣтно. Температура у насъ въ клиникѣ колеблется въ предѣлахъ нормы. Со времени поступленія больного до сегодняшняго дня все леченіе было направлено противъ поноса. Велось оно по обычной системѣ: назначили молочную діету, дали *ol. ricini* и затѣмъ, какъ дезинфицирующее, былъ назначенъ нафталинъ и салоль по 0,06—3 раза въ день. Постепенно число испражнений стало уменьшаться. Характеръ ихъ также измѣнился. Послѣднія испражнения, какъ вы видѣли, вполнѣ нормальны. Нельзя, конечно, сказать, что поносъ у него прошелъ совсѣмъ; онъ только утихъ благодаря соотвѣтствующему леченію и діетѣ. Но еще вопросъ, будетъ ли дѣло итти такъ гладко при продолжительной мясной діетѣ. Я на это надѣюсь мало, такъ какъ энтеритъ продолжается около 10 мѣсяцевъ, а леченіе начато съ недѣлю тому назадъ. Кромѣ катарра кишекъ, у нашего больного есть и другія ненормальныя явленія. Такъ, у него существуетъ отекъ ногъ. Явленіе это довольно обычное у дѣтей, долго страдавшихъ поносами. Нѣкоторые объясняли такіе отеки гидреміей. Дѣло имъ представлялось въ такомъ видѣ: больной, вслѣдствіе поноса, потерялъ большое количество бѣлка; кровь отъ этого стала жиже, и жидкая часть ея стала усиленно просачиваться въ отлогихъ мѣстахъ тѣла. Но это объясненіе не выдерживаетъ критики. Конгеймъ опытами надъ животными показалъ, что введеніе большого количества жидкости въ кровеносную систему не вызываетъ водянокъ, несмотря на высокую степень гидреміи. Кромѣ того, не всякое истощеніе ведетъ къ отекамъ. Ихъ, на примѣръ, никогда не бываетъ при истощеніи отъ хроническаго голоданія. И, съ другой стороны, не очень продолжительный поносъ можетъ повлечь за собой отеки и даже водянку полостей еще до наступленія истощенія. Сходное яв-

леніе наблюдается при скарлатинѣ: иногда развиваются отеки безъ слѣдовъ бѣлка въ мочѣ. Въ двухъ подобныхъ случаяхъ (Nepoch'a и Leube) при вскрытіи былъ найденъ нефритъ, несмотря на отсутствіе симптомовъ его при жизни. Но въ обоихъ случаяхъ было мало мочи и былъ обильный осадокъ моче-кислыхъ солей; тамъ, вѣроятно, бѣлокъ не былъ найденъ вслѣдствіе закупорки пораженныхъ частей почекъ. Ничего подобнаго нельзя допустить для такого случая, какъ нашъ, гдѣ количество мочи не уменьшено и никакого осадка нѣтъ. Сверхъ того, подобныя водянки быстро проходятъ отъ назначенія сердечныхъ средствъ (*digitalis*, *coffeinum*). Очевидно, поэтому, что въ развитіи этихъ водянокъ важную роль играетъ ослабленіе сердечной дѣятельности. Но одного его недостаточно: нужно допустить, что существуетъ еще измѣненіе стѣнокъ капилляровъ, которое зависитъ, въ свою очередь, отъ интоксикаціи. При скарлатинѣ существуетъ и то, и другое; и сильное поврежденіе сосудистыхъ стѣнокъ, и ослабленіе сердечной дѣятельности.

Очевидно, то же происходитъ и при поносѣ. При всякомъ поносѣ въ кишечникѣ много различныхъ микроорганизмовъ. Выдѣляемые ими токсины, всасываясь, могутъ отравлять весь организмъ и при сильной ядовитости способны даже въ короткое время вызвать ослабленіе сердечной дѣятельности и измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ. При такихъ условіяхъ развитіе водянки вполне понятно.

Такимъ образомъ, я думаю, что и у нашего больного водянка зависитъ отъ интоксикаціи изъ кишечника. Скрыто протекающаго нефрита допустить здѣсь нельзя, потому что, помимо отсутствія бѣлка, у него много свѣтлой, нормальной мочи.

Отчего зависитъ увеличеніе головы у нашего больного? Большая голова бываетъ при рахитѣ, при головной водянкѣ и при гипертрофіи мозга. Въ данномъ случаѣ рахитизмъ существуетъ, но главная причина все-таки не въ немъ. Нельзя объяснять рахитизмомъ случаи, гдѣ существуетъ такое *расхожденіе швовъ*, что можно помѣстить въ нихъ палець. При рахитѣ вы найдете размягченіе затылка, можете найти подвижность костей, но не расхожденіе ихъ. Значитъ, здѣсь или водянка, или гипертрофія мозга.

Послѣдняя, однако, есть настолько рѣдкая вещь, что всегда можно ставить діагностику головной водянки, если у больного большая голова съ расхожденіемъ швовъ. Въ литературѣ описано очень мало случаевъ гипертрофіи мозга. Это—болѣзнь врожденная; при ней бываетъ разрастаніе и нервныхъ, и соединительно-тканныхъ элементовъ. При сильномъ развитіи это разрастаніе можетъ обусловить расхожденіе костей. Подозрѣвать эту болѣзнь можно, когда ребенокъ во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ является нормальнымъ: нѣтъ ни слабости мышцъ, ни раздражительности, ни упадка умственныхъ способностей.

Такимъ образомъ, здѣсь болѣзнь нельзя объяснить ни гипертрофіей мозга, ни рахитизмомъ. Съ другой стороны, *слабость мышцъ, особенно шейныхъ* (недержание головы), раздражительность и расхожденіе швовъ позволяютъ съ точностью ставить діагностику головной водянки.

Лекція 13 ноября 1899 г.

Мы различаемъ съ анатомической стороны двѣ формы головной водянки: *hydrocephalus internus*, когда жидкость скопляется въ мозговыхъ желудочкахъ, и *hydrocephalus externus*, когда она находится въ субдуральномъ пространствѣ. По патогенезу установлено три формы: врожденная, воспалительная и застойная. По теченію головная водянка можетъ быть острою и хроническою.

Съ какою же формой мы имѣемъ дѣло? Исключить острую головную водянку легко. Она является результатомъ туберкулезнаго или серознаго (вентрикулярнаго) воспаленія мозговыхъ оболочекъ и тянется всего 2—3 недѣли. Расхожденія швовъ при ней не бываетъ, начало болѣзни обозначается рвотой и безпокойствомъ, но, уже спустя немного дней, ребенокъ дѣлается сначала апатиченъ, а потомъ сонливъ, и вмѣстѣ со спячкой наступаютъ и другіе признаки сдавленія мозга, въ видѣ замедленнаго, неправильнаго пульса, расширенія зрачковъ, запора, неправильнаго дыханія, сведенія затылка и, наконецъ, судорогъ. При хронической формѣ, напротивъ, симптомы сдавленія мозга наступаютъ сравнительно поздно, что обуславливается расхожденіемъ костей

отъ медленнаго выпотѣванія жидкости. Нашъ случай, несомнѣнно, относится къ послѣдней формѣ.

Наружную головную водянку отъ внутренней по симптомамъ отличить невозможно, такъ какъ явленіе при той и другой вполне одинаковы. Выясненію вопроса могутъ помочь патогенезъ и анамнезъ каждаго отдѣльнаго случая.

По происхожденію различаютъ двѣ формы наружной головной водянки. Въ однихъ случаяхъ это *hydrocephalus ex vasuo*. Вслѣдствіе хроническихъ поносовъ, всѣ органы подвергаются атрофіи, въ томъ числѣ и мозгъ, объемъ котораго до такой степени уменьшается, что въ полости черепа образуется пустое пространство, которое у маленькихъ дѣтей, при незакрытыхъ еще швахъ, ведетъ, съ одной стороны, къ захожденію краевъ костей черепа одной на другую и къ западенію родничка, а съ другой, къ выпотѣнію серозной жидкости въ субдуральное пространство.

Въ нашемъ случаѣ въ анамнезѣ есть хроническіе поносы. Ребенокъ истощенъ, у него есть отекъ ступней, все это какъ бы указываетъ на возможность развитія *hydrocephalus ex vasuo*. Но кардинальными симптомами его являются западеніе фонтанели и захожденіе костей другъ на друга, а у насъ имѣется обратное: фонтанель напряжена, а швы разошлись.

Другая форма наружной головной водянки является результатомъ воспаленія внутренней поверхности твердой мозговой оболочки (*pachymeningitis chronica interna haemorrhagica*). Анатомически болѣзнь эта выражается сначала образованіемъ на внутренней поверхности *durae matris* ложныхъ оболочекъ, богатыхъ тонкостѣнными сосудами, которые легко разрываются, давая поводъ къ образованію гематомы, а позднѣе — хроническимъ выпотѣніемъ серозной жидкости подъ твердой, мозговою оболочкой.

Размѣры головы у ребенка въ такомъ случаѣ увеличиваются, швы расходятся, родничекъ напрягается. Въ анамнезѣ у такихъ больныхъ мы находимъ указаніе на повторные острые общемозговые припадки, въ видѣ судорогъ и пр. Эта форма чаще встрѣчается у взрослыхъ, но иногда и у очень истощенныхъ дѣтей съ рахитизмомъ или сифилисомъ въ анамнезѣ.

И эту форму въ нашемъ случаѣ допустить нельзя, такъ какъ никакихъ мозговыхъ припадковъ у этого больного не было.

Такимъ образомъ, у него вѣроятнѣе предположить внутреннюю головную водянку, на которую указываетъ, между прочимъ, и чрезвычайная слабость шейныхъ мышцъ. Симптомъ этотъ, когда онъ рѣзко выраженъ, какъ напр., у нашего больного, имѣетъ довольно важное діагностическое значеніе для хронической головной водянки, такъ какъ во многихъ случаяхъ онъ является очень рано, напр., раньше, чѣмъ можно констатировать ненормальное увеличеніе головы.

Параллельно съ этимъ парезомъ мышцъ является и атрофія ихъ. Такое похуданіе и слабость можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ, напр., отъ хроническихъ поносовъ, но тамъ ребенокъ все-таки можетъ держать свою голову, несмотря на сильное истощеніе. Въ случаѣ обостренія процесса могутъ явиться тоническіе спазмы конечностей и усиленіе рефлексовъ, а также рвота и запоры; всѣ эти симптомы не обязательны при хронической головной водянкѣ. Если, какъ и у насъ, нѣтъ ни рвоты, ни тоническихъ спазмовъ въ конечностяхъ, то мы имѣемъ основаніе предполагать, что болѣзнь находится въ стационарномъ состояніи. Въ числѣ признаковъ хронической головной водянки во всѣхъ учебникахъ приводится скошеніе глазъ внизъ, но надо сказать, что это бываетъ только въ тяжелыхъ случаяхъ, а въ такомъ, какъ нашъ, констатировать его нельзя; отсутствіе этого симптома никоимъ образомъ не можетъ говорить противъ существованія небольшой головной водянки.

Hydrocephalus internus chronicus въ громадномъ большинствѣ случаевъ—страданіе врожденное. Иногда уже въ утробѣ матери развивается увеличеніе головы. Въ этихъ случаяхъ въ анамнезѣ можно найти указаніе на трудные роды. Патогенезъ его неизвѣстенъ. На эту болѣзнь нужно смотрѣть, какъ на одно изъ проявленій вырожденія въ семьѣ. Старый сифилисъ родителей, не передающійся, какъ таковой, алкоголизмъ, старческой возрастъ и различныя истощающія болѣзни,—все это можетъ быть причиной у потомства врожденной слабости, рахитизма, пороковъ развитія (напр., расщепленіе неба), различныхъ уродствъ, а также и хронической головной водянки, развивающейся на почвѣ внутри-утробнаго воспаленія эпендимы

желудочковъ. Среди братьевъ и сестеръ больного мы всегда почти можемъ найти тѣ или другіе недочеты въ развитіи. Такъ и въ нашемъ случаѣ: матери всего лишь 30 лѣтъ, а у нея было уже 12 беременностей, которыя, конечно, ослабили ея здоровье; 2 кончились выкидышами, были двойни, сросшіяся вмѣстѣ, — все это показываетъ, что семья нашего больного вырождающаяся. Кромѣ того, нашъ больной недоношенъ и послѣдній въ семьѣ, — могъ ли онъ быть крѣпкимъ и здоровымъ.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ хроническая головная водянка является исходомъ остраго серознаго менингита (*meningitis ventricularis*). При этой формѣ увеличеніе головы можетъ быть тоже довольно значительнымъ, такъ что швы порядкомъ расходятся, но существенная разница отъ врожденной головной водянки въ амамнезѣ: послѣдняя развивается незамѣтно, опредѣлить время ея начала нельзя, тогда какъ первая начинается симптомами острой головной водянки, о которыхъ сказано выше. У нашего больного головная водянка, конечно, врожденнаго происхожденія.

ПРОГНОСТИКА. Полнаго выздоровленія при хронической головной водянкѣ никогда не бываетъ, но можно рассчитывать на остановку процесса. Тогда предсказаніе *quo ad vitam* становится недурнымъ, но насколько будутъ возможны для больного движенія и каковы будутъ его умственные способности, — все это зависитъ отъ степени сдавленія мозга, которую сейчасъ опредѣлить еще нельзя.

ЛЕЧЕНІЕ безсильно. Въ оперативное пособіе я не вѣрю, а изъ терапевтическихъ средствъ можно пользоваться только общеукрѣпляющими и симптоматическими мѣрами. Въ нашемъ случаѣ мы прежде всего обратимъ вниманіе на кишечникъ. Будемъ держать больного на молочной и крахмалистой пищѣ. Если дѣло пойдетъ лучше, то можно дать и нѣжное мясо: курицу, телятину. Для улучшенія питанія можно будетъ потомъ назначить мясной порошокъ, мясной сокъ по 15 грм. *pro die* и желѣзо или рыбій жиръ. Послѣдній только въ томъ случаѣ, если позволить состояніе кишечника. Въ виду того, что нашъ больной рахитикъ, вполнѣ умѣстны будутъ фосфоръ и соленныя ванны, а, главное, чистый воздухъ.

XIX.

Ложный менингитъ *).

Подъ именемъ ложнаго менингита въ литературѣ описываются такого рода случаи, въ которыхъ на первый планъ выступаютъ мозговые симптомы, симулирующіе воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, а между тѣмъ въ дѣйствительности никакого менингита не оказывается: больной или скоро выздоравливаетъ, или, если умираетъ, то при вскрытіи оболочки мозга представляются здоровыми. По происхожденію и причинамъ случаи ложнаго менингита весьма разнообразны и могутъ быть подведены подъ три группы. Къ 1-ой мы относимъ случаи ложнаго менингита, развивающіеся подъ вліяніемъ острыхъ заразныхъ болѣзней; первое мѣсто изъ этихъ послѣднихъ безусловно принадлежитъ крупозной пневмоніи у маленькихъ дѣтей. Всѣмъ извѣстно, что особенно часто осложняются мозговыми симптомами пневмоніи верхушекъ, такъ что подобныя формы описываются даже подъ именемъ мозговыхъ пневмоній. Онѣ протекаютъ со рвотой, при высокихъ температурахъ и повторныхъ судорогахъ, симулируя остро-гнойный менингитъ, но обыкновенно кончаются быстрымъ выздоровленіемъ. На второмъ мѣстѣ изъ остро-заразныхъ болѣзней, протекающихъ иногда подъ маской менингита, я ставлю инфлюэнцу; намъ не разъ приходилось наблюдать случаи инфлюэнцы, начинавшіеся рвотой и головою болью, а вслѣдъ затѣмъ протекавшіе при умѣренномъ жарѣ, апатіи и запорѣ, — словомъ, симулируя менингитъ туберкулезный.

*) Напечатано въ журналѣ „Дѣтская медицина“ 1897 г., № 6.

Ко 2-ой группѣ мы относимъ случаи ложнаго менингита, развившіеся подѣ вліяніемъ какого-либо отравленія. Обыкновенно отравленія въ дѣтскомъ возрастѣ происходятъ случайно благодаря неумѣреннымъ дозамъ нѣкоторыхъ лекарствъ, каковы, напр., опій и др. narcotica, или средства, вызывающія судороги, къ которымъ относится, напр., сантонинъ. Въ практическомъ отношеніи интересно отмѣтить, что къ числу средствъ, могущихъ вызвать картину ложнаго менингита, принадлежитъ также и вино. Весной нынѣшняго года мнѣ встрѣтился весьма интересный случай подобнаго рода. Дѣло шло о ребенкѣ 1 г. 1 м., который въ апрѣлѣ заболѣлъ какимъ-то жаромъ и ослабѣлъ; лечили его виномъ, давая черезъ 2 часа по чайной ложкѣ портвейна; вскорѣ послѣ того больного раза два-три вырвало, и онъ сдѣлался вялъ и сонливъ, вслѣдствіе чего доза вина была увеличена, а когда наступила спячка, то пригласили меня. Начало болѣзни со рвоты, за которой послѣдовала спячка при умѣренномъ лихорадочномъ состояніи, безъ кашля и безъ всякихъ другихъ мѣстныхъ явленій, — все это сильно напоминало картину острой головной водянки; но дѣло было все-таки не совсѣмъ чисто: не было ни сведенія затылка, ни замедленнаго пульса, ни мозгового взгляда, ни глубокихъ вздоховъ, — словомъ, при діагнозѣ случая я сказалъ матери только то, что у ребенка мозговые симптомы, но что будетъ дальше, я не знаю. Лечение состояло въ отмѣнѣ вина и въ назначеніи валерьяны; эффектъ блистательный: уже на слѣдующій день ребенокъ былъ крикливъ и безпокоенъ, а еще черезъ 1—2 дня совсѣмъ здоровъ. Діагностика подобныхъ случаевъ нетрудна, если имѣется подробный анамнезъ; гораздо больше можетъ встрѣтиться затрудненій при нѣкоторыхъ формахъ *самоотравленія* организма; для дѣтскаго возраста самая важная изъ нихъ — уремія, которая въ своей конвульсивной формѣ можетъ симулировать острый менингитъ до неузнаваемости, если только врачъ забудетъ поизслѣдовать мочу.

Къ 3-й группѣ относятся случаи ложнаго менингита, какъ выраженіе *нейроза*. Однимъ изъ этихъ случаевъ приписывается рефлекторное происхожденіе, другимъ — истерическое. Къ числу рефлекторныхъ ложныхъ менингитовъ относятся, между прочимъ, случаи кишечнаго происхожденія. Подобные случаи

извѣстны уже давно; довольно подробныя исторіи болѣзни можно найти въ старомъ руководствѣ Barthez и Rilliet, а также у Неносн'а. Обыкновенно бываетъ такъ, что болѣзнь начинается со рвоты и запора, а вслѣдъ затѣмъ появляется небольшое лихорадочное состояніе (t° до 38 и выше), головная боль, общая слабость и апатія, пульсъ замедленъ и иногда даже неправиленъ,—словомъ все какъ въ началѣ туберкулезнаго менингита; послѣ слабительнаго всѣ припадки довольно быстро исчезаютъ. Подобные случаи несомнѣнно встрѣчаются, но имѣютъ ли они рефлкторное происхожденіе, это еще вопросъ; вѣроятнѣе предположить самоотравленіе организма вслѣдствіе всасыванія вредныхъ продуктовъ изъ кишечника; впрочемъ, для насъ важно не столько выясненіе патогенеза подобныхъ случаевъ, сколько констатированіе ихъ реальности.

Нашъ случай принадлежитъ къ этой послѣдней группѣ, такъ какъ мы имѣли дѣло съ нейрозомъ, но относится ли онъ къ, такъ наз., рефлкторнымъ формамъ ложнаго менингита или къ истерическимъ, это я предоставлю рѣшить вамъ самимъ.

Больная С. М., 8-ми лѣтъ, поступила въ клинику 27-го сентября 1897 г. по поводу головной боли, головокруженія и общей слабости. Такъ какъ она была доставлена въ клинику чужими людьми, то анамнезъ ея крайне скуденъ: извѣстно только, что сестра ея, которая была на годъ старше ея, умерла на 1-мъ году жизни отъ „воспаленія мозга“; наша больная до 3-хъ лѣтъ жила въ деревнѣ, имѣла большой животъ и золотушныя железы на шеѣ и долго лечилась солеными ваннами; позднѣе, кажется, ничѣмъ не хворала; родители ея люди здоровые; отцу теперь лѣтъ 30, матери 28. За недѣлю до начала настоящей болѣзни дѣвочка поступила въ городскую школу и съ тѣхъ поръ изъ веселаго ребенка превратилась въ серьезнаго и скучнаго. За двѣ недѣли до поступления въ клинику съ дѣвочкой сдѣлалась отъ неизвѣстной причины упорная рвота, продолжавшаяся двое сутокъ; съ тѣхъ поръ больная слегла и постоянно жалуется на головную боль и головокруженіе и страдаетъ упорнымъ запоромъ (безъ клистира по 3 дня не ходитъ), ради каковыхъ симптомовъ и поступила въ клинику.

STATUS PRAESENS 3-го октября былъ слѣдующій. Дѣвочка средняго сложенія, худощавая, но не истощенная, нѣсколько блѣдна, апатична; на шеѣ прощупываются катающіяся подъ пальцемъ железки; форма черепа правильная, позвоночникъ подвиженъ и безболѣзненъ; пассивныя движенія во всѣхъ сочлененіяхъ свободны. *Языкъ чистъ, запаха изо рта нѣтъ. Аппетитъ довольно хороший*; больная получаетъ двѣ кружки молока съ бѣлымъ хлѣбомъ и кружку супу; тошноты и рвоты нѣтъ; *животъ нѣсколько вздутъ* (нижній край печени стоитъ на цѣлый палецъ выше края грудной клѣтки) и отнюдь *не мягокъ*, а, напротивъ, довольно *резистентъ*, при давленіи безболѣзненъ; въ лѣвой подвздошной области прощупываются комки кала, на низѣ *запоры*—во все время пребыванія въ клиникѣ ни разу не было самопроизвольнаго стула. Моча идетъ свободно, она не содержитъ ни бѣлка, ни другихъ какихъ-либо патологическихъ примѣсей и выдѣляется въ достаточномъ количествѣ (около 800 к. с.). Размѣры печени и селезенки нормальны; со стороны сердца тоже ничего ненормальнаго, кромѣ только частоты сокращеній: *пульсъ замѣтно замедленъ* (56—60 ударовъ въ 1') и иногда *неправилень*; наполненіе среднее. Лихорадки нѣтъ (t^0 все время колеблется ниже 37,5). Органы дыханія здоровы, кашля нѣтъ; голосъ очень слабъ, и больную нельзя заставить говорить такъ громко, чтобы можно было изслѣдовать *fremitus pectoralis*. На вопросы больная отвѣчаетъ довольно быстро и правильно и вообще сознаніе у нея сохранено вполне. Никакихъ параличей ни въ сферѣ *n. facialis*, ни въ конечностяхъ, ни въ глазныхъ мышцахъ не замѣчается (раньше въ исторіи болѣзни отмѣчено неравенство зрачковъ, но 3-го октября этого симптома не было), но всѣ произвольныя движенія очень слабы, такъ что больная не можетъ преодолѣвать даже и самаго небольшого противодѣйствія; стоять больная совсѣмъ не можетъ, она жалуется при вертикальномъ положеніи на головокруженіе и моментально падаетъ. При производствѣ пассивныхъ движеній никакой ригидности въ мышцахъ не замѣчается, затылочные мышцы тоже расслаблены. Сидитъ больная съ трудомъ (тоже жалуется на головокруженіе), атаксіи при движеніи конечностей не замѣтно; рефлексy со сли-

зистыхъ оболочекъ и съ подошвъ ослаблены, равно какъ и сухожильные съ колѣна. Чувствительность кожи къ прикосновенію и уколу всюду сохранена, на какую-либо боль, кромѣ головной, больная не жалуется. Обоняніе, зрѣніе и слухъ сохранены хорошо; зрачки умѣренно расширены и хорошо реагируютъ на свѣтъ и на аккомодацию (раньше въ дневникѣ отмѣчено почти полное отсутствіе реакціи зрачковъ на свѣтъ).

Итакъ, резюмируя исторію болѣзни въ двухъ словахъ, мы получимъ: дѣвочка, въ дѣтствѣ золотушная и потерявшая старшую сестру отъ менингита, послѣ поступленія въ школу становится скучною и вялою, а спустя нѣсколько дней съ нею дѣлается двухъ-дневная, повторная рвота и головная боль, и больная ложится въ постель; она съ трудомъ сидитъ въ постели и совсѣмъ не можетъ стоять вслѣдствіе головокруженія; у нея упорный запоръ и замедленный, не совсѣмъ правильный пульсъ. Діагностика туберкулезнаго менингита напрашивалась, такъ сказать, сама собой: въ пользу ея говорилъ и анамнезъ (смерть сестры отъ менингита, золотуха въ дѣтствѣ), существованіе періода предвѣстниковъ и начальной рвоты, наконецъ, наличность такихъ характерныхъ для менингита признаковъ, какъ головная боль, головокруженіе, слабость, апатія, замедленный пульсъ и запоръ. Однако, демонстрируя студентамъ этотъ случай на лекціи, я не могъ удовлетвориться діагностикой туберкулезнаго менингита, такъ какъ противъ этого говорили нѣсколько вздутый и довольно тугой животъ и продолжительность болѣзни: со времени рвоты прошло уже 19 дней, а между тѣмъ нѣтъ ни сведенія затылка, ни сонливости, ни параличей со стороны глазныхъ или какихъ-либо другихъ нервовъ, проходящихъ по основанію мозга.

Трудно было также остановиться на предположеніи рефлкторнаго (или отравнаго) псейдо-менингита вслѣдствіе запора, такъ какъ несмотря на слабительное, назначенное въ самомъ началѣ болѣзни и на строгую діету, болѣзнь все-таки очень затянулась. Въ концѣ лекціи, въ присутствіи больной, было мною сказано, что въ подобныхъ случаяхъ отчаяваться отнюдь не слѣдуетъ; весьма возможно, что черезъ недѣлю больная будетъ уже ходить. Леченіе было назначено противъ

запоровъ: ежедневныя клизмы и по стакану карльсбадской воды въ три приема. Результатъ леченія какъ будто подтверждалъ кишечное происхожденіе болѣзни, такъ какъ уже черезъ день больная начала стоять, а на слѣдующій день ходить. Я думаю, однако, что дѣло здѣсь, какъ и вообще въ случаяхъ, т. н., рефлекторныхъ параличей, не такъ просто. Если, напр., параличъ ногъ у больного исчезаетъ послѣ операціи фимоза или послѣ изгнанія глисть, то говорятъ, что въ первомъ случаѣ причиной паралича былъ фимозъ, а во второмъ глисты; но подобные случаи допускаютъ и иное объясненіе. Глисты и фимозъ встрѣчаются очень часто, а параличи при нихъ — крайне рѣдко; значить кромѣ этихъ причинъ нужна еще и почва, т. е. особое состояніе нервной системы, сущность котораго намъ неизвѣстна, и которое мы приравниваемъ къ состоянію нервной системы у истеричныхъ, такъ что, можетъ быть, не глисты и не фимозъ являются главной причиной параличей, а истерія, а такъ какъ истеричныя дѣти легко поддаются внушенію, то понятно, что изгнаніе глисть или операція фимоза, можетъ быть, дѣйствуютъ не сами по себѣ, т. е. не путемъ удаленія причины, а путемъ внушенія или самовнушенія. По отношенію къ нашему случаю я предполагаю, что мы имѣли дѣло съ, такъ наз., *pseudo-meningitis hysterica*, развившейся подъ вліяніемъ случайнаго засоренія желудка; излеченіе произошло не отъ Карльсбада, а подъ вліяніемъ внушенія: дѣвочка попала въ аудиторію, т. е. въ обстановку для нея совершенно необычную, была предметомъ лекціи, во время которой слышала, что ей будутъ давать какую-то воду и ставить ежедневно клистиры, и что черезъ нѣсколько дней она будетъ ходить. Все это при легкой внушаемости истеричныхъ дѣтей могло повліять на нее такимъ благопріятнымъ образомъ, что она, дѣйствительно, вскорѣ встала на ноги и пошла. Отсутствіе истерическихъ клеймъ въ видѣ анестезій или гиперестезій, конечно, не можетъ исключить истеріи, такъ какъ клейма эти необязательны; наслѣдственность больной за неполнотою анамнеза осталась невыясненной; но что больная была нервна, это видно изъ того, какъ измѣнился ея характеръ съ момента поступленія въ школу; мало того, тетка больной, приходившая взять ее изъ

клиники, на прощанье рассказала намъ, что наканунѣ рвоты съ дѣвочкой произошло что-то совсѣмъ необыкновенное—она была очень возбуждена и даже вдругъ запѣла въ классѣ. Подобная эксцентричная выходка, конечно, не свидѣтельству-еть о нормальномъ состояніи нервной системы.

Однимъ словомъ, мое мнѣніе объ этомъ случаѣ такое: это былъ случай истерической абазіи-астазіи, которая благодаря случайной рвотѣ и нѣкоторымъ, довольно обыкновеннымъ спутникамъ истеріи, каковы: запоръ, замедленный пульсъ и головная боль, представлялась въ формѣ тубергулезнаго менингита,—это то, что описывается подъ именемъ *pseudo-meningitis hysterica*.

Острая атаксія въ дѣтскомъ возрастѣ *).

Острая атаксія, т. е. такого рода разстройство координаціи, которое развивается въ теченіе короткаго времени (отъ нѣсколькихъ дней до немногихъ недѣль), вообще встрѣчается довольно рѣдко, а въ дѣтскомъ возрастѣ въ особенности. Острая атаксія не составляетъ какой-либо обособленной болѣзни, такъ какъ это только симптомъ, который можетъ встрѣтиться при различныхъ болѣзняхъ нервной системы и притомъ какъ центральной, такъ и периферической. Атаксія проявляется главнымъ образомъ въ нижнихъ конечностяхъ и въ тяжелыхъ случаяхъ ведетъ къ невозможности ходьбы и даже стоянія. Въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ случаи острой атаксіи совсѣмъ не упоминаются, а въ специальной литературѣ по нервнымъ болѣзнямъ подобные случаи приводятся подъ различными названіями, изъ коихъ наиболѣе употребительны ложная спинная сухотка—*pseudo-tabes* и периферическая нервная сухотка—*tabes peripherica s. nervo-tabes peripherica*. Первое изъ этихъ названій показываетъ только, что атаксія въ подобныхъ случаяхъ обуславливается не первичнымъ сѣрымъ перерожденіемъ заднихъ столбовъ, а какой-нибудь другой причиной, а второе названіе произошло отъ того, что для многихъ случаевъ *pseudo-tabes* было доказано происхожденіе атаксіи вслѣдствіе воспаления или паренхиматознаго перерожденія периферическихъ нервовъ. Последнее названіе, однако, не можетъ быть при-

*) Напечатано въ журналѣ „Дѣтская медицина“, 1896 г., № 3.

мѣнено ко всѣмъ случаямъ острой атаксіи, такъ какъ едва ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что pseudo-tabes не всегда обуславливается нейритомъ.

Въ этиологическомъ отношеніи всѣ случаи острой атаксіи могутъ быть раздѣлены на 4 группы:

1. *Токсическая форма* — pseudo-tabes toxica. У взрослыхъ это самая частная форма, въ дѣтскомъ возрастѣ она встрѣчается до крайности рѣдко, такъ какъ дѣти рѣдко имѣютъ случай подвергаться хроническому отравленію тѣми ядами, отъ которыхъ происходитъ эта форма. На нервомъ мѣстѣ изъ этихъ ядовъ слѣдуетъ поставить алкоголь, на второмъ мышьякъ, свинецъ и ртуть. Острая атаксія въ подобныхъ случаяхъ развивается вслѣдствіе хроническаго паренхиматознаго нейрита.

Дѣтскому возрасту гораздо болѣе свойственна вторая форма ложной спинной сухотки, являющаяся вслѣдствіе различныхъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній.

2. *Инфекціонная форма* — pseudo-tabes infectiosa. Изъ всѣхъ остро-заразныхъ болѣзней на первомъ мѣстѣ безспорно стоитъ дифтерія, ведущая къ характернымъ параличамъ, а иногда и къ явленіямъ атаксіи путемъ пораженія какъ периферическихъ нервовъ, такъ и центральной нервной системы. Громадное большинство случаевъ острой атаксіи въ дѣтскомъ возрастѣ принадлежитъ именно къ категоріи атаксіи дифтерійнаго происхожденія; но помимо дифтерии къ атаксіи могутъ вести и тифъ, и оспа, и скарлатина, а между прочимъ и сифились.

3. Третью группу составляютъ случаи атаксіи, отличающіеся характеромъ *нейроза*. Въ подобныхъ случаяхъ больной не представляетъ никакихъ симптомовъ, на основаніи которыхъ мы имѣли бы право признать у него какія-либо матеріальныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ или въ центральной нервной системѣ, да притомъ же и быстрый исходъ въ выздоровленіе подъ вліяніемъ того или иного леченія, или подъ вліяніемъ внушенія и проч., тоже не гармонируетъ съ предположеніемъ нейритнаго происхожденія болѣзни. Къ этой категоріи относятся, напримѣръ, ataxia hysterica, въ видѣ астазіи и абазіи (два такихъ случая мы при-

вели въ № 1-мъ журнала „Дѣтская медицина“); сюда же принадлежатъ случаи атаксіи *рефлекторнаго происхожденія*. Эти послѣднія формы особенно интересны въ практическомъ отношеніи, такъ какъ при правильномъ распознаваніи такая атаксія дѣлается легко доступной вліянію этиологической терапіи, которая ведетъ обыкновенно къ быстрому выздоровленію; на основаніи литературныхъ данныхъ можно думать, что въ этиологіи рефлекторныхъ атаксій большую роль играетъ раздраженіе половыхъ органовъ, именно онанизмъ и фимозъ. Весьма интересный образчикъ острой атаксіи отъ онанизма приводитъ, на примѣръ, Непосч на стр. 214 своего руководства (8-е нѣмец. изд., 1895 г.). Случай этотъ касается 7-ми лѣтняго мальчика, онанировавшаго съ 5-ти лѣтъ. Ребенокъ вялъ, страдаетъ безсонницей и ночнымъ недержаніемъ мочи. За послѣднія двѣ недѣли пересталъ ходить и безъ поддержки не можетъ даже стоять и сидѣть; при поддержкѣ жалуется на головокруженіе, передвигается подобно табегіку при явленіяхъ ясно выраженной атаксіи; въ постели всѣ движенія ногъ довольно свободны; чувствительность сохранена; моча и калъ задерживаются съ трудомъ, иногда выдѣляются произвольно. При употребленіи тепловатыхъ, ежедневныхъ, десяти-минутныхъ ваннъ съ холодными обливаніями головы и спины и при строгомъ надзорѣ за ребенкомъ съ цѣлью воспрепятствовать ему онанировать, уже черезъ двѣ недѣли замѣтно было значительное улучшеніе, а черезъ мѣсяць полное выздоровленіе.

Что фимозъ у дѣтей можетъ быть причиной паралича нижнихъ конечностей, доказывается многочисленными, описанными въ литературѣ случаями; но иногда подъ вліяніемъ той же причины встрѣчается *pseudo-tabes*. Такъ напр., Hunt (Oester. Jahrb. f. Paed., 1876., S. 128) рассказываетъ про одного 6-ти лѣтняго мальчика, который издавна отличался шаткой походкой, часто падалъ и вообще плохо контролировалъ свои ноги; кромѣ того, у него замѣчалось подергиваніе въ лицѣ, невнятная рѣчь, вздрагиванія по ночамъ и неполная подвижность языка. Крайняя плоть сращена съ головкой вплоть до отверстія мочеиспускательнаго канала. Полное и быстрое выздоровленіе вслѣдъ за операцией фимоза (*circumcisio*). Въ случаѣ Lewis Sayre

(Arch. f. Kinderkr., 1887, S. 460) дѣло идетъ тоже о 6-ти-лѣтнемъ мальчикѣ, который за послѣдніе три года часто ходилъ нетвердой походкой, а за послѣднія двѣ недѣли и вовсе слегъ. Выздоровленіе черезъ 10 дней послѣ устраненія фимоза и сращеній плоти съ головкой.

Къ 4-ой группѣ относятся случаи острой атаксіи *центрального происхожденія*, т. е. случаи, зависящіе отъ какого-либо поврежденія той или иной части головного мозга (см. ниже). По всей вѣроятности, къ этой именно группѣ слѣдуетъ причислить и тотъ случай острой атаксіи, что встрѣтился намъ въ клиникѣ осенью 95-го года.

Случай этотъ состоитъ въ слѣдующемъ: Дѣвочка В. С., 7-ми лѣтъ, помѣщена въ клинику 6-го сентября 1895 года по поводу общей слабости, благодаря которой больная не только не ходитъ, но не можетъ даже ни стоять, ни сидѣть.

АНАМНЕЗЪ. Больная—дочь фабричнаго слесаря; отецъ ея и мать, а также и два брата (8 и 2 лѣтъ) здоровы; выкидышей и недоносковъ у матери не было; указаній на наследственный туберкулезъ и сифилисъ, равно какъ на алкоголизмъ, или нервныя болѣзни у близкихъ родныхъ нѣтъ. На первомъ году жизни дѣвочка воспитывалась при материнской груди, но несмотря на это, нерѣдко страдала поносами и потому ходить начала поздно (къ двумъ годамъ). До мая 95 г. В. С. не хворала ничѣмъ серьезнымъ, но въ теченіе мая и іюня у нея былъ сильный кашель и жаръ; болѣзнь эта была опредѣлена врачомъ, какъ коклюшъ, осложненный воспаленіемъ легкаго. Едва успѣла дѣвочка оправиться отъ этой болѣзни, какъ въ іюль снова заболѣла жаромъ и упорной многодневной рвотой, а въ дальнѣйшемъ теченіи къ этому присоединились разные признаки острой головной водянки, каковы: сильная головная боль, спячка, запрокидываніе назадъ головы и даже общія судороги. Врачи опредѣляли болѣзнь, какъ туберкулезный менингитъ, и ставили абсолютно смертельное предсказаніе, но больная тѣмъ не менѣе мало-по-малу стала выздоравливать и мѣсяца черезъ 1½ отъ начала болѣзни, когда сознаніе вполне возстановилось, аппетитъ и отпавленія кишекъ были нормальны, именно 6-го сент. дѣвочку помѣстили въ клинику, главнымъ образомъ, изъ-за того, что

дѣвочка не могла ни стоять, ни сидѣть и плохо владѣла руками; вообще всѣ движенія конечностей выполнялись съ трудомъ, были вялы и рѣзко атактичны.

Въ теченіе трехмѣсячнаго пребыванія въ клиникѣ состояніе больной значительно улучшилось; въ это время она была демонстрирована студентамъ, причемъ отмѣченъ слѣдующій status praesens.

Большая средняго сложенія, подкожно-клѣтчатый жирный слой развитъ умѣренно, кожа и видимыя слизистыя оболочки не особенно блѣдны; лимфатическія железы не прощупываются ни на шеѣ, ни въ другихъ мѣстахъ; волосы и ногти нормальны, скелеть сформированъ правильно; черепъ симметриченъ, безъ рѣзко выраженныхъ бугровъ и вдавленій, при ощупываніи и постукиваніи безболѣзненъ; позвоночникъ вполнѣ подвиженъ, безболѣзненъ. Со стороны органовъ пищеваренія, мочеполовыхъ, дыханія и кровообращенія ничего патологическаго отмѣтить нельзя: аппетитъ хорошъ, на низъ бываетъ ежедневно, густо, отпращенія пузыря и прямой кишки вполнѣ подчинены волѣ; тоны сердца чисты, пульсъ около 90 въ 1', правиленъ; тупой звукъ селезенки и печени не увеличенъ; температура за все время пребыванія въ клиникѣ колебалась около 37°.

Со стороны нервной системы на первый планъ выступаетъ то обстоятельство, что больная совершенно *утратила чувство равновѣсія*: будучи поставлена на ноги, она не можетъ сохранить вертикальнаго положенія даже въ продолженіе одной секунды, а падаетъ тотчасъ же, какъ палка, т. е. не сгибая ни ногъ, ни туловища. Сила рукъ и ногъ при грубомъ изслѣдованіи представляется нормальной: лежа въ постели, больная съ такой силой можетъ сгибать и разгибать колѣни, что взрослый человѣкъ лишь съ большимъ трудомъ можетъ воспрепятствовать этимъ движеніямъ, если противодѣйствуетъ, удерживая голень; больная, между прочимъ, *легко* и съ силой *производитъ дорзальную флексію стопы*, свободно супинируетъ и разгибаетъ кисти, но при нѣкоторыхъ движеніяхъ проявляетъ атаксію: она, напр., не можетъ коснуться пяткой одной ноги колѣна другой, не сразу касается пальцемъ той или другой руки кончика носа и т. п., причемъ нетрудно замѣтить, что атаксія въ ногахъ у нея выражена рѣзче,

чѣмъ въ рукахъ. *Мышечное чувство сохранено*: больная съ закрытыми глазами отлично опредѣляетъ положеніе своихъ конечностей и узнаетъ пассивныя движенія; *слабости мышцъ*, въ частности въ сгибателяхъ и разгибателяхъ колѣна и стопы, *незамѣтно*, но голеностопныя сочлененія представляются нѣсколько болѣе подвижными, чѣмъ это бываетъ обыкновенно въ нормѣ. *Питаніе мышцъ* представляется *нормальнымъ*: не замѣтно ни атрофіи, ни дряблости мышцъ, напротивъ икроножныя представляются на-ощупь очень плотными и упругими; тоже слѣдуетъ сказать и про мышцы бедра. *Сухожильные колѣнные рефлексы замѣтно повышены*, но ригидности въ суставахъ нѣтъ; электровозбудимость къ фарадическому току мышцъ голени, хотя и порядочно сохранена, но сравнительно съ мышцами предплечья нѣсколько понижена; такъ напр., съ *peroneus* сокращеніе при разстояніи катушекъ на 65" умеренной силы, а съ *ulnaris* при 75"—живое.

Тактильная и болевая *чувствительность* сохранены и, по видимому, *нормальны*; фарадическій токъ вызываетъ болевое ощущеніе на нижнихъ конечностяхъ при разстояніи катушекъ 65—70", что, какъ показало сравнительное изслѣдованіе на здоровомъ,—нормально или близко къ нормѣ. Рефлексъ съ подошвы живы, также и брюшной рефлексъ вызывается легко. Зрачки нормальной величины и реагируютъ на свѣтъ хорошо; глоточный рефлексъ живой; зрѣніе и слухъ нормальны. Рѣчь монотонна, прерывиста, скандирована; психика нормальна, выраженіе лица покойное; лицевые и глазные нервы цѣлы, головныхъ болей нѣтъ; сонъ хорошъ; ни на какія боли не жалуется; давленіе по тракту сѣдалищнаго нерва и на мышцы бедра и голени безболѣзненно.

ДИАГНОСТИКА въ данномъ случаѣ представляется затруднительною, такъ какъ вопросъ о происхожденіи и локализациі болѣзненнаго процесса, по моему мнѣнію, не допускаетъ вполне опредѣленнаго отвѣта. Если мы спросимъ себя, отъ пораженія какихъ отдѣловъ нервной системы можетъ зависѣть атаксія вообще, то должны будемъ отвѣтить, что атаксія — не такой симптомъ, который опредѣленно указывалъ бы на локализацию процесса, такъ какъ она можетъ зависѣть какъ отъ пораженія головного или спинного мозга, такъ и отъ страданія пери-

ферическихъ нервныхъ волоконъ двигательныхъ или чувствительныхъ, или тѣхъ и другихъ одновременно.

Координаціонный центръ, завѣдующій правильностью движеній, лежитъ не въ одномъ какомъ-нибудь опредѣленномъ мѣстѣ, а въ разныхъ мѣстахъ; изъ нихъ наиболѣе извѣстны кора мозга (поврежденіе ея можетъ обусловить появленіе, такъ наз., корковой атаксіи), мозжечекъ (церебеллярная атаксія или мозжечковая), Вароліевъ мостъ и продолговатый мозгъ (бульбарная атаксія), но несомнѣнно, что въ головномъ мозгу есть еще и другія мѣста, имѣющія отношеніе къ координаціи и поврежденіе которыхъ ведетъ къ атаксіи. Однимъ словомъ, атаксія, подобно хоревѣ, не есть фокусный симптомъ и, чтобъ опредѣлить локализацию болѣзненнаго процесса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, необходимо всякій разъ обращать вниманіе на характеръ атаксіи, на сопутствующіе симптомы и на этиологическіе моменты. Что касается характера атаксіи и сопутствующихъ симптомовъ, то по отношенію къ корковой атаксіи важно отмѣтить, что она часто бываетъ одностороннею (двусторонность атаксіи безъ идиотизма хотя и возможна, но встрѣчается крайне рѣдко), развивается быстро до значительной степени и постепенно распространяется соотвѣтственно расположенію отдѣльныхъ центровъ (сначала поражаются ноги, потомъ руки и, наконецъ, *facialis*); кромѣ атаксіи появляются еще и другіе симптомы пораженія коры, каковы, напр., кортикальная эпилепсія, параличи, афазія и проч.

При церебеллярной атаксіи больной жалуется на головокруженіе, при ходьбѣ онъ шатается изъ стороны въ сторону, какъ пьяный, вслѣдствіе потери чувства равновѣсія; но при лежаніи въ постели онъ производитъ движенія конечностями правильно, не проявляя атаксіи; руки не поражаются. Въ нашемъ случаѣ, хотя на первый планъ и выступала потеря чувства равновѣсія, но замѣчалась атактичность въ движеніяхъ при лежаніи не только въ нижнихъ конечностяхъ, но также и въ верхнихъ.

При бульбарной атаксіи поражаются всѣ четыре конечности, какъ было и въ нашемъ случаѣ, но притомъ появляются еще и бульбарные симптомы, которыхъ въ нашемъ случаѣ не было.

Спинальная форма атаксии отличается хроническимъ, прогрессивнымъ течениемъ, разстройствомъ чувствительности, потерей сухожильныхъ рефлексовъ, нечувствительностью зрачка къ свѣту.

Изъ этого краткаго описанія различныхъ центральныхъ формъ атаксии видно, что нашъ случай не подходитъ ни подъ одну изъ нихъ. Это обстоятельство, въ связи съ тѣмъ фактомъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ острая атаксія, какъ показываетъ наблюдение, обуславливается поражениемъ периферическихъ нервовъ, подало поводъ нѣкоторымъ специалистамъ, которыхъ мы приглашали на консилиумъ къ этой больной, высказаться въ томъ смыслѣ, что атаксія въ нашемъ случаѣ имѣетъ периферическое происхождение, (что это, слѣдовательно, одинъ изъ случаевъ, такъ наз., *tabes peripherica*, какъ результатъ множественнаго нейрита). Въ пользу этого мнѣнія они приводили паденіе электровозбудимости (правда, едва-едва замѣтное) въ мышцахъ голени и нѣкоторую слабость голеностопныхъ сочлененій. Но съ этою діагностикой мы рѣшительно не можемъ согласиться, такъ какъ въ нашемъ случаѣ отсутствовали рѣшительно всѣ основные и необходимые симптомы нейрита, и діагностика послѣдняго предполагала существованіе нейритовъ, которые выражаются одною лишь атаксией безъ пораженія какъ двигательныхъ, такъ и чувствительныхъ волоконъ, но подобные случаи еще никѣмъ не описаны; напротивъ, на основаніи литературныхъ данныхъ *) мы можемъ утверждать, что ложная спинная сухотка, обусловленная множественнымъ нейритомъ, характеризуется слѣдующими главнѣйшими симптомами: чувствительность въ пораженныхъ конечностяхъ замѣтно понижается, особенно на периферіи конечностей; коленный рефлексъ ослабѣваетъ или совсѣмъ исчезаетъ; нервные стволы и мышцы бываютъ обыкновенно болѣзненны при давленіи, мышечная сила слабѣетъ; мышечная слабость и разстройство чувствительности наблюдаются иногда и въ верхнихъ конечностяхъ, тазовые органы функціонируютъ нор-

*) Brouardel. *Traité de médec.*, T. VI., *Tabes*. „Врачъ“, 1895, № 4, 6 и 45., „Медицина. Обзор.“, 1890 г., № 6, стр. 569 и 1886 г., № 20, стр. 659.

мально. Питаніе мышцъ болѣе или менѣе страдаетъ и доходить иногда до рѣзко выраженной атрофіи. Иногда встрѣчаются параличи и черепныхъ нервовъ. Начало болѣзни обозначается, большею частію, стрѣляющими болями въ ногахъ; атаксія развивается быстро (въ нѣсколько недѣль) и нерѣдко кончается полнымъ выздоровленіемъ. Симптомы, подчеркнутые нами, отсутствовали въ нашемъ случаѣ; въ особенности еще разъ отмѣтимъ, что сухожильные рефлексы были значительно усилены, что дѣвочка отлично локализовала даже самыя легкія прикосновенія къ ея ногамъ, что питаніе и сила мышцъ ногъ были вполне нормальны и не было ни малѣйшей болѣзненности въ ногахъ. На основаніи всего сказаннаго мы рѣшительно отрицаемъ существованіе въ нашемъ случаѣ периферической pseudo-tabes и должны искать иного объясненія. Мнѣ кажется, что исключить центральное страданіе нервной системы въ нашемъ случаѣ нельзя; если картина болѣзни не соотвѣтствуетъ тому, что должно было бы быть при пораженіи извѣстныхъ центровъ, завѣдующихъ координаціей (см. выше), то ничто не мѣшаетъ допустить, что поражены не самыя центры, а нарушена проводимость въ системѣ ассоціаціонныхъ путей въ, такъ называемыхъ, сочетающихъ волокнахъ въ головномъ или въ спинномъ мозгу; въ обоихъ случаяхъ расстройства чувствительности можетъ и не быть. Что не всѣ случаи острой атаксії, происходящія подъ вліяніемъ той или иной острой болѣзни, имѣютъ периферическій характеръ, это несомнѣнно, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобныхъ атаксій, окончившихся довольно скоро летальнымъ исходомъ, при вскрытіи находили распространенныя, острыя, міэлитическія гнѣзда въ спинномъ мозгу (Real. Encyclop., T. I., Ataxia). Замѣтимъ еще, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ атаксія, начавшись въ видѣ острой формы, переходитъ въ хроническую, причемъ часто развивается картина множественнаго склероза, который и встрѣчался не разъ при аутопсіяхъ, что дало поводъ Westphal'ю утверждать, что во многихъ случаяхъ причиной нервного расстройства послѣ острыхъ болѣзней бываетъ разсѣянный міэлитъ. Но, конечно, не всѣ случаи атаксії послѣ острыхъ болѣзней кончаются летально; напротивъ, нерѣдко

наступает и выздоровленіе и притомъ иногда довольно скоро. Для подобныхъ случаевъ можно предположить, что дѣло не дошло до образованія настоящихъ міелитическихъ гнѣздъ, т. е. до разрушенія волоконъ спинного мозга, а все ограничилось воспалительнымъ инфильтратомъ, который потомъ благополучно рассосался.

Наша больная выписалась изъ клиники въ январѣ съ значительнымъ улучшеніемъ: она могла стоять безъ поддержки долѣе минуты, могла ходить вокругъ кровати, держась за край ея, могла влѣзть на кровать безъ посторонней помощи, атаксія въ рукахъ почти совсѣмъ исчезла, вообще она производила впечатлѣніе выздоравливающей. Дальнѣйшая судьба ея намъ неизвѣстна.

Что же было у нея? На основаніи симптомовъ мы отрицаемъ у нея периферическое происхожденіе атаксіи, а на основаніи анамнеза предполагаемъ, что первоначально дѣвочка заболѣла разлитымъ мозговымъ процессомъ, всего вѣроятнѣе въ формѣ цереброспинальнаго менингита, кончившагося выздоровленіемъ, но съ временнымъ (не стойкимъ) поврежденіемъ нѣкоторыхъ мѣстъ спинного или головного мозга (разстройство рѣчи), но опредѣлить эти мѣста точнѣе мы не беремся.

О симптомахъ острой атаксіи я распространяться не буду, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ они соотвѣтствуютъ картинѣ полинейрита, о которомъ уже говорилось. Діагностика причины болѣзни въ большинствѣ случаевъ выясняется изъ анамнеза; дифтерійная атаксія диагностируется сравнительно легко, такъ какъ ей предшествуютъ, а нерѣдко и сопутствуютъ, характерные симптомы паралича небной занавѣски и глотки. Отъ обыкновенной хронической *tabes dorsalis* острой атаксіи отличаются, главнымъ образомъ, быстротой развитія (желающимъ подробнѣе ознакомиться съ дифференціальной діагностикой острой атаксіи отъ хронической можно рекомендовать VI томъ *Traité de médecine Brouardel'*я, главу *Des nevrites*, стр. 806, а также статью проф. Даркшевича во „Врачѣ“, 1895 г., № 4—6).

ПРЕДСКАЗАНІЕ при острыхъ атаксіяхъ, вообще говоря, благоприятно, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ насту-

пасть полное выздоровленіе черезъ нѣсколько недѣль (дифтерійная атаксія) или мѣсяцевъ; въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ наступить и смертельный исходъ; такъ напимѣръ, при дифтерійной атаксії онъ обусловливается обыкновенно параличемъ сердца.

При леченіи острыхъ атаксій прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на этиологическій моментъ: нельзя ли устранить причину? Въ началѣ алкогольной атаксії, а также при хроническихъ отравленіяхъ ртутью, свинцомъ, мышьякомъ и проч., уже одно причинное леченіе можетъ повести къ выздоровленію. Въ дѣтскомъ возрастѣ атаксія развивается, болѣею частью, въ періодѣ выздоровленія отъ острыхъ различныхъ болѣзней, когда причинное леченіе уже не можетъ быть примѣнено; инъекціи сыворотки при дифтерійной атаксії бесполезны. Такъ какъ всѣ подобнаго рода больные отличаются блѣдностью и общей слабостью, то показано общее укрѣпляющее леченіе препаратами желѣза, питательной пищей (кумысь) и воздухомъ. Противъ параличей, зависящихъ отъ нейритовъ, рекомендуется массажъ (когда ему не препятствуетъ чрезмѣрная болѣзненность мышцъ и нервовъ; при дифтерійныхъ атаксіяхъ и параличахъ обыкновенно не бываетъ ни того, ни другого), электризація и ванны (но только и то, и другое не въ свѣжихъ случаяхъ). Изъ лекарствъ рекомендуются препараты стрихнина, напимѣръ, въ формѣ *t-ra nucis vom.* по 3—5 капель на пріемъ (дѣтямъ отъ 4 до 9 лѣтъ) раза 3 въ день.

Слабость ногъ и параллегія у дѣтей. *).

Изъ лекцій, читанныхъ въ 1895 г.

Матери довольно часто обращаются ко врачу съ жалобой на параличъ ногъ у своихъ дѣтей; при разспросѣ оказывается, что либо ребенокъ не начиналъ еще ходить, хотя ужъ давно бы пора, либо онъ прежде ходилъ, но потомъ пересталъ. Въ настоящее время у насъ въ клиникѣ случайно скопилось нѣсколько подобнаго рода больныхъ, и потому я намѣренъ поподробнѣ остановиться на семіотическомъ значеніи этого симптома и поговорить объ его причинахъ.

Причины слабости ногъ у дѣтей крайне разнообразны, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно трудно высказаться по этому поводу вполне опредѣленно. На сужденіе врача о причинѣ слабости ногъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ большое вліяніе оказываетъ, между прочимъ, возрастъ больного, такъ какъ нѣкоторыя формы параплегій, или слабости ногъ встрѣчаются, главнымъ образомъ, или даже исключительно, только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5, тогда какъ другія формы гораздо болѣе свойственны дѣтямъ старшаго возраста. По этой причинѣ всѣ случаи дѣтскихъ параллегій, или слабости ногъ мы раздѣляемъ на двѣ группы: 1) слабость ногъ у маленькихъ дѣтей и 2) параплегіи у дѣтей старшаго возраста.

I. *Слабость ногъ у маленькихъ дѣтей.* Если ребенокъ развивается правильно, то къ концу года онъ твердо стоитъ на

*) Напечатано въ журналѣ „Дѣтская медицина“, 1896 г., № 1.

ножкахъ, а въ началѣ 2-го года выучивается ходить; слѣдовательно, если къ полутора годамъ онъ еще не ходитъ или даже и не стоитъ, то мы имѣемъ право говорить въ подобномъ случаѣ о слабости, или о параличѣ ногъ, и прежде всего думаемъ о рахитизмѣ, такъ какъ *рахитизмъ является самой частой причиной слабости ногъ у маленькихъ дѣтей*. Чтобы имѣть право съ увѣренностью поставить діагностику рахитической слабости ногъ, необходимо, чтобы данный больной удовлетворялъ четыремъ главнымъ условіямъ, а именно: 1) чтобъ онъ былъ рахитикъ; 2) чтобъ онъ находился въ возрастѣ отъ 1¹/₂ до 5 лѣтъ (послѣ 4-хъ лѣтъ рахитизмъ выказываетъ склонность къ самопроизвольному излеченію, а потому крайне рѣдко удается видѣть рахитическую слабость ногъ у ребенка послѣ 5-ти лѣтъ); 3) чтобы слабость ногъ отличалась характеромъ рахитической слабости и 4) чтобы слабость ногъ не могла быть объяснена какой-либо иной причиной.

Условія эти требуютъ комментарій. Рахитизмъ, какъ извѣстно, проявляется, главнымъ образомъ, на костяхъ, но не всѣ кости поражаются одновременно и въ равной степени; раньше всего, именно уже съ первыхъ мѣсяцевъ жизни, можно замѣтить рахитическія измѣненія черепа въ видѣ размягченія затылка, разрастанія лобныхъ и теменныхъ бугровъ, увеличенія размѣровъ большого родничка и поздняго закрытія швовъ; къ концу года ясно выступаютъ измѣненія грудной клѣтки въ видѣ четкообразныхъ утолщеній реберъ въ мѣстахъ перехода кости въ хрящъ, и въ тяжелыхъ случаяхъ—образованіе куриной груди; въ теченіе второго года поражаются и конечности—сначала припухаютъ эпифизы (особенно хорошо это замѣтно на нижнихъ конечностяхъ, около голеностопныхъ сочлененій, а на рукахъ — около запястныхъ), а попозднѣе размягчаются діафизы, и происходятъ рахитическія искривленія, а иногда и надломы длинныхъ костей конечностей. Для діагностики рахитизма вовсе не нужно, чтобъ налицо были всѣ перечисленные симптомы, этого даже и не бываетъ никогда, такъ какъ размягченіе затылка обязательно (за весьма рѣдкими исключеніями) исчезаетъ уже къ концу года, а швы закрываются еще раньше, несмотря на то, что рахитизмъ продолжаетъ прогрессировать; значитъ, для діагностики рахитизма головы остается только

разращеніе бугровъ и незакрытая фонтанель, но и это не всегда, такъ какъ въ случаяхъ поздняго начала рахитизма, напр., на 2-мъ—3-мъ году, голова и грудь могутъ остаться не тронутыми, а поражаются только конечности, а отсюда тотъ выводъ, что *отсутствіе признаковъ рахитизма костей черепа и грудной клетки не исключаетъ рахитической слабости ногъ, если только есть утолщенія нижнихъ эпифизовъ голени и предплечій или искривленіе тѣхъ или другихъ длинныхъ костей (чаще всего бедеръ)*. Въ дѣйствительности и рахитизмъ головы, и четкообразное утолщеніе реберъ при рахитической слабости ногъ отсутствуютъ крайне рѣдко.

Что касается до характерныхъ особенностей рахитической слабости ногъ (3-е условіе), то главнѣйшія изъ этихъ особенностей состоятъ въ слѣдующемъ:

1) Лежа въ постели, больной свободно сгибаетъ и разгибаетъ ноги; слѣдовательно, *полнаго паралича нѣтъ*, но тѣмъ не менѣе больной не только не можетъ стоять или ходить, но онъ даже *не опирается на ножки*, а поджимаетъ ихъ, если его держать въ вертикальномъ положеніи, захвативши подъ мышки. Этотъ симптомъ—поджиманіе ногъ—важенъ въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, онъ появляется очень рано, когда несомнѣнные признаки рахитическихъ измѣненій костей ногъ еще не замѣтны, напр., на первомъ году жизни (грудной ребенокъ твердо опирался на ножки и съ нѣкотораго времени утратилъ эту способность), и заставляетъ родителей своевременно обратиться ко врачу; во 2-хъ, важенъ этотъ симптомъ еще и потому, что, въ случаѣ улучшенія, симптомъ этотъ исчезаетъ раньше, чѣмъ восстанавливается способность ходьбы. Коротко сказать, если ребенокъ, при попыткахъ поставить его на ноги, поджимаетъ ихъ, то это вѣрный признакъ того, что рахитизмъ въ данномъ случаѣ находится въ цвѣтущемъ состояніи, т. е. въ полномъ разгарѣ.

2) При рахитической слабости ногъ всѣ мышцы, какъ конечностей, такъ равно и туловища, представляются на ощупь весьма дряблыми, тонкими, какъ бы атрофированными, но для діагностики важно то, что *атрофія* эта вполнѣ *симметрична* и въ ногахъ выражена не рѣзче, чѣмъ въ рукахъ; признакъ этотъ настолько важенъ, что, если у больного одна нога за-

мѣтно худѣе другой, то одного этого симптома достаточно, чтобы съ полной увѣренностью исключить рахитизмъ, какъ причину слабости ногъ въ данномъ случаѣ.

3) Вслѣдствіе дряблости мышцъ и расслабленія связокъ замѣчается ненормально большая подвижность въ сочлененіяхъ, особенно въ бедренныхъ, такъ что съ необыкновенной легкостью можно пригнуть вытянутую ногу къ животу и подвести пальцы ногъ ко рту ребенка; подобныя движенія больной нерѣдко производитъ и самъ, лежа въ кровати. Признакъ этотъ относится тоже къ числу постоянныхъ, а потому *тугость сочлененій или спастическое состояніе мышцъ исключаютъ рахитическую слабость ногъ*. Вслѣдствіе слабости мышцъ туловища позвоночникъ при сидячемъ положеніи сгибается, образуя поясничный кифозъ.

4) Чувствительность всюду сохранена; мочевой пузырь и rectum функционируютъ правильно.

5) Въ анамнезѣ обыкновенно удается констатировать тѣ или другія причины рахитизма (рано начали прикармливать или совсѣмъ не давали грудного молока, ребенокъ часто хворалъ разстройствомъ пищеваренія или кашлемъ, жилъ въ сырой квартирѣ и проч.). Слабость ногъ развивалась постепенно и потому точно обозначить время, съ котораго началась слабость, мать не можетъ.

Отсутствіе того или другого изъ перечисленныхъ признаковъ дѣлаетъ діагностику рахитической слабости ногъ мало вѣроятной или вовсе невозможной. Вотъ напр., ребенокъ 2¹/₂ лѣтъ, поступившій въ нашу больницу недѣли двѣ тому назадъ по случаю того, что онъ еще не стоитъ на ножкахъ; открытый родничекъ, выдающіеся лобные и теменные бугры, слегка сдавленная съ боковъ грудная клѣтка, утолщенные эпифизы близъ запястья и дряблость бедренныхъ мышцъ ясно указываютъ на то, что передъ нами рахитикъ, и съ перваго взгляда мы было подумали, что въ этомъ-то и суть, но при осмотрѣ ребенка сейчасъ же бросилось въ глаза, что дѣло не такъ-то просто; оказалось именно, что спина больного не только не представляетъ обычнаго рахитическаго кифоза, но она ненормально пряма; далѣе оказалось, что при попыткѣ положить ребенка на спину, онъ начинаетъ плакать, какъ бы

отъ боли, и сейчасъ же ищеть руками точку опоры въ своей постели; пассивное сгибаніе головы и спины оказалось весьма болѣзненнымъ вслѣдствіе сведенія заднешейныхъ и спинныхъ мышцъ. Въ виду подобныхъ симптомовъ мы предположили у ребенка начинающійся шейный спондилитъ и потому, уложивъ его въ постель, назначили леченіе вытяженіемъ *).

Рахитическую слабость ногъ всего легче смѣшать съ *паралегией* вслѣдствіе *спинального дѣтскаго паралича*, (*poliomyelitis spinalis*), анатомическая сущность котораго состоитъ въ весьма остромъ воспаленіи сѣраго вещества переднихъ роговъ спинного мозга. Сходство съ рахитической слабостью ногъ состоитъ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ дѣло касается маленькихъ дѣтей, такъ какъ спинальный параличъ рѣдко появляется послѣ 5-ти лѣтъ; и тамъ, и здѣсь мышцы представляются дряблыми, разслабленными, атрофированными; чувствительность сохранена; мочевоу пузырь и *rectum* функционируютъ правильно. Въ чемъ же разница? Во-первыхъ, въ анамнезѣ: при рахитизмѣ слабость ногъ развивается медленно, незамѣтно, а при полиомиелитѣ чрезвычайно быстро: среди полного здоровья, безъ опредѣленной причины съ ребенкомъ дѣлается жаръ, нерѣдко со рвотой, иногда съ судорогами; дня черезъ 3 — 5 лихорадочное состояніе прекращается, но ребенокъ не можетъ встать — у него общій параличъ. Въ теченіе первыхъ двухъ-трехъ недѣль параличи мало-по-малу исчезаютъ, и въ концѣ концовъ остается обыкновенно параличъ только одной ноги; въ дальнѣйшемъ теченіи парализованныя мышцы быстро подвергаются атрофії, такъ что, спустя мѣсяць отъ появленія паралича, больная нога замѣтно худѣе здоровой, да притомъ она и холоднѣе; электровозбудимость, какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ, быстро исчезаетъ, какъ къ фарадическому, такъ и къ постоянному току; въ дальнѣйшемъ теченіи діагностика становится еще болѣе легкою, такъ какъ больная конечность отстаеъ въ развитіи, она дѣлается короче здо-

*) Замѣтное улучшение, наступившее черезъ мѣсяць, говорило какъ будто за правильность нашего предположенія; но, когда спустя 2 мѣсяца ребенокъ умеръ отъ туберкулезнаго менингита, то при вскрытіи оказалось между прочимъ, не спондилитъ, а *rachymeningitis* въ шейной части спинного мозга.

ровой. Если параличъ остался въ обѣихъ ногахъ, и онѣ худѣютъ, стало быть, симметрично, то сходства съ рахитической слабостью ногъ нѣсколько больше, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, но діагностика все-таки не трудна, во-первыхъ, въ виду анамнеза, а во-вторыхъ, въ виду того, что здѣсь дѣло идетъ не о слабости ногъ, а о параличѣ: ребенокъ при уколѣ ноги булавкой будетъ плакать отъ боли, но не отдернетъ ноги; при поднятіи ребенка подъ мышки въ вертикальномъ положеніи ноги будутъ висѣть, какъ плети, но никогда не поджимаются активно. Достоинно замѣчанія также и то, что у рахитиковъ всѣ мышцы слабы, а при спинальномъ параличѣ сильная атрофія мышцъ ногъ не соответствуетъ порядочному состоянію мышцъ туловища и верхнихъ конечностей.

По началу болѣзни съ лихорадочнаго состоянія, рвоты и судорогъ и по быстрому развитію распространенныхъ параличей, которые въ первое время мало-по-малу исчезаютъ, пока не останется стаціонарный параличъ въ одной изъ конечностей, на poliomyelitis spinalis очень похожъ, такъ наз., *Strümpel'евскій параличъ*—polioencephalitis, анатомическую сущность котораго Strümpel предполагаетъ въ остромъ воспаленіи сѣраго вещества головного мозга.

Дальнѣйшее сходство этихъ двухъ процессовъ состоитъ въ полной невредимости мочевого пузыря и прямой кишки и въ сохраненіи чувствительности въ пораженныхъ членахъ. Существенная разница между ними состоитъ въ томъ, что церебральный параличъ Strümpel'я носитъ характеръ центрального паралича, т. е. парализованныя мышцы въ теченіе долгаго времени (цѣлыхъ мѣсяцевъ) сохраняютъ электровозбудимость и не подвергаются атрофіи; хотя въ дальнѣйшемъ теченіи больная конечность и отстаетъ въ ростѣ отъ здоровой, однако парализованныя мышцы не только не разслаблены, но находятся въ состояніи усиленнаго тонуса (спастическій параличъ); а потому и сухожильные рефлексы при церебральномъ параличѣ усилены. При спинальномъ параличѣ всего чаще стойкій параличъ остается въ ногѣ; а при параличѣ Strümpel'я—въ рукѣ; нерѣдко при послѣднемъ поражается также и n. facialis, а именно на той же сторонѣ, гдѣ и параличъ

руки. Въ видѣ параплегии параличъ Strümpel'я не встрѣчается.

По полной атрофіи мышцъ съ утратой электровозбудимости и сухожильныхъ рефлексовъ въ разслабленныхъ членахъ, большое сходство со спинальнымъ параличемъ представляютъ случаи параплегии вслѣдствіе *множественнаго воспаления нервовъ*—*neuritis multiplex*, которое, хотя и не описывается въ нѣкоторыхъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ, но тѣмъ не менѣе встрѣчается иногда и у маленькихъ дѣтей. При *neuritis multiplex* параличи всегда симметричны и всего сильнѣе выражены на периферіи конечностей, т. е. ступни и кисти поражаются сильнѣе бедеръ и плечъ. Въ отличіе отъ полиомиелита, воспаление нервовъ не начинается такъ остро; параличи развиваются медленно, причемъ бываетъ сильная боль въ конечностяхъ; боль эта особенно усиливается при давленіи по тракту нервовъ.

Далѣе, слабость или параличъ ногъ у маленькихъ дѣтей можетъ зависѣть отъ врожденныхъ или въ самомъ раннемъ возрастѣ приобретенныхъ *болѣзней головного или спинного мозга*. Изъ болѣзней головного мозга на первомъ планѣ по частотѣ появленія надо поставить макро-и микроцефалію. Въ обоихъ случаяхъ кромѣ слабости ногъ выступаетъ на сцену ослабленіе умственныхъ способностей и несоотвѣтствіе величины головы длинѣ тѣла и периферіи груди. Въ нормальномъ состояніи на первомъ году жизни окружность головы сантиметра на 2 превышаетъ окружность груди и сант. на 10 больше половины длины тѣла; на второмъ году окружность груди сравнивается съ периферіей головы, а на 3-мъ, 4-мъ перегоняетъ ее; точно также понемногу сглаживается разница между окружностью головы и половиной роста. Измѣренія головы въ случаяхъ микроцефаліи (идіотіи), равно какъ и въ случаяхъ хронической головной водянки (макроцефаліи) показываютъ рѣзкое отклоненіе отъ этой нормы: въ первомъ случаѣ голова несоразмѣрно мала, а во второмъ слишкомъ велика. Хотя и при рахитѣ наблюдается иногда сравнительно большая голова, превышающая грудь сантиметровъ на 5—6, но это свойственно только дѣтямъ съ очень узкой, т. н., куриной грудью; по отношенію же къ половинѣ длины тѣла разница

не бываетъ столь несоразмѣрной, какъ при хронической головной водянкѣ, да притомъ рахитики отличаются обыкновенно смышленностью. Съ полной увѣренностью можно предполагать хроническую головную водянку въ томъ случаѣ, когда, кромѣ нѣкотораго увеличенія головы, замѣчается спастическое состояніе ногъ, чего никогда не бываетъ при рахитизмѣ.

Врожденныя страданія мозга, сопровождающіяся явленіями спастическаго паралича нижнихъ конечностей или ригидностью мышцъ, не всегда могутъ быть сведены къ хронической головной водянкѣ; напротивъ того, тутъ могутъ играть роль очень разнообразныя процессы, натура которыхъ при жизни можетъ быть опредѣлена далеко не всегда. Сюда относятся случаи двусторонняго церебральнаго спастическаго дѣтскаго паралича (*diplegia cereбрalis s. spastica infantum*), а также случаи дѣтской окоченѣлости членовъ или болѣзнь Little'я. При вскрытіи подобныхъ субъектовъ находятъ то остатки кровоизліянія на поверхности полушарій, то ограниченный или разлитой склерозъ мозга, то дефекты въ мозгу, такъ наз., поренцефалію, то кисты или рубцы. Болѣзнь Little'я, равно какъ и случаи церебральныхъ диплегій въ формѣ спастическаго паралича всѣхъ четырехъ конечностей, или только въ видѣ спастической параплегіи, принадлежатъ къ числу рѣдкостей, и потому для врача-практика они не имѣютъ особаго значенія, что и даетъ намъ право не останавливаться на болѣе подробномъ ихъ описаніи.

II. *Слабость или параличъ ногъ у дѣтей старшаго возраста* встрѣчаются рѣже, чѣмъ у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни, и притомъ причины параплегіи у нихъ не столь разнообразны.

Самой частой причиной паралича ногъ у дѣтей въ возрастѣ послѣ 5-ти лѣтъ мы считаемъ *костяную позвоночника*—*Spondylitis, s. malum Pottii*. При этомъ страданіи дѣло идетъ о туберкулезномъ воспаленіи тѣла позвонка, который мало-по-малу размягчается разрастающимися фунгозными грануляціями и подъ вліяніемъ тяжести туловища раздавливается, вслѣдствіе чего позвоночникъ сгибается, образуя угловатый горбъ. Параличъ ногъ можетъ наступить при Поттовой болѣзни или отъ воспаленія спинного мозга, или отъ сдавленія

нія его; въ дѣйствительности параплегія отъ сдавленія спинного мозга встрѣчается при спондилитѣ гораздо чаще, чѣмъ отъ поперечнаго міэлитита. Если горбъ успѣлъ уже образоваться, то узнать спондилитъ не трудно, если же горбика нѣтъ, то для діагностики перваго періода спондилита весьма важно констатировать *неподвижность спины* (если предложить больному поднять что-нибудь съ пола, то онъ не нагибается, а присѣдаетъ, сгибая ноги; если заставить его согнуть спину, то онъ наклоняетъ туловище вмѣстѣ съ тазомъ, но спина остается при этомъ прямой; рукой, приложенной къ остистымъ отросткамъ, не трудно замѣтить, что эти послѣдніе при подобномъ сгибаніи больного совсѣмъ не расходятся) и *боль въ спинѣ* при давленіи на извѣстный остистый отростокъ.

При параплегіи, зависящей отъ сдавленія спинного мозга, въ отличіе отъ паралича ногъ вслѣдствіе *myelitis transversae*, постоянно замѣчается тотъ фактъ, что *двигательная способность страдаетъ значительно больше, нежели чувствительность*.

Въ большинствѣ случаевъ спондилита долго дліящаяся параплегія отличаются спастическимъ характеромъ, т. е. замѣчается ригидность сочлененій ногъ вслѣдствіе тонического спазма мышцъ и значительное усиленіе рефлексовъ. Мочевой пузырь и rectum, хотя и поражаются, но до нѣкоторой степени они все-таки подчиняются волѣ.

Если параплегія обусловлена не сдавленіемъ спинного мозга, а воспаленіемъ его во всей толщѣ (поперечный міэлитъ—*myelitis transversa*), то вмѣстѣ съ параличемъ ногъ будетъ полная анестезія ихъ и параличь сфинктеровъ.

Второе мѣсто по частотѣ появленія занимаетъ *параплегія истерическаго происхожденія*, которая встрѣчается одинаково часто, какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ, преимущественно, въ возрастѣ отъ 10 до 15 лѣтъ. Въ однихъ случаяхъ больной совершенно не владѣетъ своими ногами, это будетъ *paraplegia hysterica*, въ другихъ онъ, находясь въ постели, мѣжетъ производить ногами всѣ произвольныя движенія, но рѣшительно не въ состояніи ходить и стоять—*abasia-astasia hysterica*. Благодаря счастливой случайности, я могу показать вамъ типическихъ представителей обѣихъ этихъ группъ, а

именно мальчика съ полной картиной *astasia-abasia*, и дѣвочку съ истерической параплегіей, но предварительно я скажу нѣсколько словъ о характерѣ истерическихъ параличей вообще.

Одною изъ самыхъ характерныхъ особенностей истерическаго паралича можно считать то, что по свойствамъ своимъ онъ настолько своеобразенъ, что не только не можетъ быть объясненъ какими-либо анатомическими измѣненіями въ нервной системѣ, но не допускаетъ даже рѣшенія вопроса о мѣстѣ пораженія, т. е. онъ не подходитъ ни къ периферическимъ, ни къ центральнымъ параличамъ. Для примѣра укажу вамъ на дѣвочку 12-ти лѣтъ, поступившую къ намъ изъ пріюта по поводу полного паралича лѣвой руки. Параличъ случился у нея вдругъ, ровно мѣсяць тому назадъ, безъ всякаго повода. При поступленіи параличъ распространялся на всю конечность отъ пальцевъ до плеча, причемъ была вполнѣ утрачена также и чувствительность. Такъ какъ моноплегія, протекающая съ анестезіей, всего скорѣе можетъ быть периферическаго происхожденія, то надо бы ожидать встрѣтить у нашей больной атрофію всѣхъ мышцъ лѣвой руки съ утратой электровозбудимости, а между тѣмъ у нея ни того, ни другого не оказалось, значитъ параличъ этотъ не можетъ быть признанъ периферическимъ; но, съ другой стороны, нельзя его считать и центральнымъ, такъ какъ, если предположить, что онъ зависитъ отъ очень ограниченнаго фокуса въ правой половинѣ полушарія, въ области передней центральной извилины, въ томъ мѣстѣ именно, гдѣ помещается волевой центръ руки, то этимъ мы не объяснили бы анестезію, а предположить болѣзненный фокусъ въ другомъ какомъ-либо мѣстѣ не допускаетъ моноплегическаго характера паралича. Какъ въ этомъ случаѣ, такъ и вообще *истерическіе параличи, всего больше похожи на притворные.*

По распространенію истерическіе параличи ничего особенно характернаго не представляютъ, такъ какъ встрѣчаются въ самыхъ разнообразныхъ формахъ, каковы: моноплегія, параплегія, гемиплегія, параличъ всѣхъ четырехъ конечностей, или въ видѣ параличей отдѣльныхъ областей, на примѣръ, мышцъ гортани, мочевого пузыря, прямой кишки. Въ этомъ отношеніи можно отмѣтить только одно, что нѣкоторыя мышцы

поражаются крайне рѣдко, а другія сравнительно часто; къ числу послѣднихъ относятся, напримѣръ, мышцы гортани (истерическая афонія, стенотическое дыханіе вслѣдствіе паралича расширителей голосовой щели, хриплое дыханіе вслѣдствіе паралича заднечерпаловидныхъ мышцъ и зависящаго оттого западанія или сгибанія черпаловидныхъ хрящей въ просвѣтъ голосовой щели); рѣдко, напротивъ, поражаются лицевой и подъязычные нервы, такъ что цѣлость n. facialis и языка въ случаяхъ гемиплегіи говоритъ до нѣкоторой степени въ пользу истеріи, а наличность этого паралича почти исключаетъ истерію.

Что касается до *развитія* истерическаго паралича, то въ большинствѣ случаевъ онъ появляется вдругъ, обыкновенно послѣ приступа судорогъ или психическаго возбужденія (ср. нашъ первый случай, см. ниже) или послѣ какой-нибудь травмы, особенно если послѣдняя сопровождалась испугомъ; при этомъ нерѣдко случается, что между травмой и параличемъ проходитъ нѣсколько часовъ или даже дней, и подобные антракты довольно характерны для истерическаго паралича. Въ другихъ случаяхъ истерическій параличъ развивается постепенно, и въ такомъ случаѣ ему нерѣдко предшествуетъ боль въ заинтересованныхъ конечностяхъ или явленія спазма (см. нашъ второй случай).

Степень паралича крайне разнообразна и колеблется отъ небольшой слабости или скорой утомляемости до полного паралича, часто съ одновременною анестезіей кожи. Въ однихъ случаяхъ параличъ бываетъ спастическій (нашъ второй случай), въ другихъ мышцы расслаблены (послѣднее встрѣчается чаще), но во всякомъ случаѣ *питаніе мышцъ и электровозбудимость сохраняются долго*. Полный параличъ встрѣчается рѣдко, обыкновенно же нѣкоторыя движенія остаются; особенно характерно для истеріи, если извѣстныя мышцы хорошо производятъ только нѣкоторыя движенія, тогда какъ другія движенія не могутъ быть произведены, хотя для выполнения ихъ должны бы работать тѣ же мышцы (см. нашъ первый случай); въ случаѣ Говсѣева („Библиотека врача“, 1895 г., стр. 403), напр., 35-ти лѣтняя женщина совсѣмъ не могла стоять, но умѣла ходить.

Истерическіе параличи могутъ быстро исчезать подѣ вліяніемъ психическихъ стимуловъ, гипноза и даже внушенія въ бодрственномъ состояніи (см. оба наши случая), но зато они склонны къ возвратамъ, причемъ парализуются или тѣ же самыя мышцы, что были и прежде парализованы, или поражается новая группа мышцъ.

Параличъ нерѣдко бываетъ первымъ и до поры до времени единственнымъ проявленіемъ истеріи, а потому отсутствіе какихъ-либо другихъ припадковъ истеріи отнюдь не можетъ служить доказательствомъ того, что данный параличъ не есть истерическій; но если другіе симптомы истеріи могутъ быть констатированы, то діагностика, конечно, облегчается; сюда относятся, напимѣръ, признаки *психической неустойчивости*, приступы временной потери сознанія, различнаго рода галлюцинаціи, каталепсія и т. п. Въ другихъ случаяхъ преобладаютъ *судорожные припадки* въ видѣ мѣстныхъ или общихъ судорогъ (къ мѣстнымъ судорогамъ принадлежатъ икота, кашель, какіе-нибудь особенные звуки, повторяющіеся періодически), или *параличи*, причемъ одно явленіе можетъ быстро замѣняться другимъ; весьма типичны для истеріи безпричинныя *анестезіи* или *гиперестезіи* и невралгіи (всего чаще въ видѣ болей живота или головы), а также различные *припадки со стороны внутреннихъ органовъ*: рвота (нерѣдко періодическая), афонія, астма, затрудненіе глотанія, задержаніе мочи и проч.

Продолжительность истерическихъ параличей очень неопредѣлена—отъ нѣсколькихъ дней до многихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ, а потому предсказаніе серьезно, хотя въ дѣтскомъ возрастѣ параличи рѣдко продолжаются долго. Что касается до дифференціальной діагностики отдѣльныхъ формъ паралича, то въ случаяхъ моноплегіи важное значеніе имѣетъ отсутствіе атрофіи, говорящее за центральное происхожденіе паралича, тогда какъ отсутствіе спастическаго состоянія мышцъ и наличность анестезіи рѣшительно говорятъ противъ фокуснаго пораженія мозговой коры.

При гемиплегіи въ пользу истеріи можетъ говорить цѣлость лицевого и подъязычнаго нервовъ, анестезія кожи и отсутствіе причинъ для кровоизліянія или мозговой эмболіи.

Истерическую параплегию легко принять за симптомъ мѣлзита или спондилита, особенно когда есть боль при давленіи на нѣкоторые остистые отростки вслѣдствіе гиперестезіи кожи спины; подвижность позвоночника при сгибаніи спины и отсутствіе всякаго намека на Поттовъ горбъ должны предостеречь отъ ошибки; важна также цѣлость функцій мочевого пузыря и rectum. Въ случаѣ существованія анестезіи ногъ, при истерической параплегии нечувствительность кожи обыкновенно ограничивается только ногами, но щадитъ крестецъ и половые органы, а при мѣлзитѣ она распространяется и на эти части, и на туловище соотвѣтственно мѣсту пораженія позвоночника. Отсутствіе подошвеннаго рефлекса явленіе при истеріи обыкновенное (по Bizzard'у даже постоянное, и потому очень характерное), а при спондилитѣ щекотаніе подошвы обыкновенно вызываетъ рефлекторное движеніе или во всей ногѣ, или, по крайней мѣрѣ, хоть въ пальцахъ. Сухожильные рефлексy при истерической параплегии сохранены, но клонуса стопы обыкновенно не бываетъ; въ случаяхъ спастической формы истерической параплегии наблюдается *ложный клонусъ стопы*, происходящій отъ подергиванія икроножныхъ мышцъ, и отличающійся отъ настоящаго клонуса своей не-правильностью: послѣ нѣсколькихъ подергиваній наступаетъ покой, а потомъ опять появляются подергиванія (см. нашъ второй случай).

Истерическая параплегія въ однихъ случаяхъ наступаетъ вдругъ, въ другихъ постепенно; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается спастическое состояніе мышцъ нижнихъ конечностей, но мочевого пузыря и прямая кишка почти никогда не поражаются.

Что касается спеціально той формы, которую Blocq описалъ въ 88-мъ году подъ именемъ abasie-astasie, то она характеризуется невозможностью стоянія (astasie) и ходьбы (abasie) при вполне сохраненной чувствительности и нормальной силѣ мышцъ, причемъ сухожильные и кожные рефлексy остаются нормальными, нѣтъ ни спастическихъ явленій, ни атрофіи мышцъ, ни болей, ни головокруженія,—словомъ ничего, кромѣ только невозможности стоянія и ходьбы. Эта форма всего чаще встрѣчается въ возрастѣ отъ 10 до

15 лѣтъ (Говсѣевъ I. с. собралъ 54 случая астазіи, изъ коихъ на возрастъ отъ 6 до 15 л. приходится 23 случ., т. е. 42%).

Послѣ этого вступленія наши случаи будутъ понятны безъ дальнѣйшихъ комментарій.

СЛУЧАЙ I. Мальчикъ К. Л., 11 лѣтъ, поступилъ въ клинику 19 января 1895 г. по поводу паралича ногъ. Происходить онъ изъ туберкулезной семьи; отецъ алкоголикъ, мать страдаетъ мигренями, дѣдъ по матери умеръ въ припадкѣ бѣлой горячки. Прежде всегда здоровый, мальчикъ К. заболѣлъ параличемъ при такихъ условіяхъ: въ ноябрѣ 1894 г. онъ сильно испугался въ школѣ крика учителя и весь затрясся; учитель велѣлъ вывести его изъ класса, но тутъ съ мальчикомъ случился какой-то припадокъ съ потерей сознанія, и онъ очнулся только дома на слѣдующій день; съ этихъ поръ больной уже не могъ ни ходить, ни стоять, во всѣхъ же другихъ отношеніяхъ онъ былъ совсѣмъ здоровъ. 5-го декабря вечеромъ больной сразу громко вскрикнулъ и впалъ въ безсознательное состояніе, причемъ были легкія подергиванія въ плечахъ и въ ногахъ; такое состояніе продолжалось около часу, пока больной пришелъ въ себя; послѣ того въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ по вечерамъ, какъ разъ передъ отходомъ ко сну, съ нимъ повторялись легкіе припадки, но безъ крика, причемъ больной бессмысленно водилъ глазами по сторонамъ, на вопросы не отвѣчалъ; послѣдній припадокъ съ крикомъ, потерей сознанія и галлюцинаціей зрѣнія повторился 18 декабря тоже вечеромъ и длился $\frac{3}{4}$ часа. Послѣ того припадковъ больше не было, а ходить и стоять больной все такъ же не въ состояніи, какъ и раньше.

STATUS PRAESENS. Больной хорошаго сложенія и питанія; кожа и слизистыя оболочки окрашены нормально. Органы пищеваренія, дыханія, кровообращенія и мочеполовые ничего ненормального не представляютъ; позвоночникъ безболѣзненъ при давленіи и свободно сгибается. Со стороны нервной системы отклоненія сводятся къ тому, что больной не можетъ ни стоять, ни ходить вслѣдствіе того, что при попыткахъ поставить его на ноги, онъ сгибаются въ колѣняхъ и бедренныхъ сочлененіяхъ какъ будто вполне парализован-

ныя, а между тѣмъ, лежа въ постели, больной съ значительной силой производитъ всевозможныя движенія обѣими ногами; мало того, онъ можетъ стоять на колѣняхъ и даже передвигаться на четверенькахъ. Мышцы нижнихъ конечностей не атрофированы, электровозбудимость и сухожильные рефлексы сохранены, анестезій и гиперестезій нѣтъ, спастическихъ явленій нѣтъ; тазовые органы здоровы.

ДИАГНОСТИКА истерической *astasia-abasia* основывалась, главнымъ образомъ, на невозможности объяснить явленія поражениемъ спинного мозга (цѣлость позвоночника, отсутствие анестезій и паралича сфинктеровъ) и на томъ, что всѣ движенія ногъ производятся съ полною силой, а невозможно только стоянiе и ходьба. Диагностика вполне подтвердилась результатами терапiи; больному было сказано, что, если при приложенiи машинки (индуктивный токъ) боль сегодня будетъ слабѣе, чѣмъ завтра, то онъ навѣрное выздоровѣетъ на 5-ый день (въ субботу). Конечно, мы на завтра пустили токъ по сильнѣе. Рано утромъ, часовъ въ 5, въ субботу больной проснулся и радостно потребовалъ у сидѣлки какъ можно скорѣе чулки, онъ хочетъ ходить; его обули, и онъ сейчасъ же пошелъ послѣ двухмѣсячнаго лежанiя въ постели. Онъ пробылъ въ клиникѣ всего 17 дней и выписался здоровымъ. Замѣтимъ кстати, что легкая внушаемость рѣзко проявилась и въ случаѣ паралича руки у 12-ти-лѣтней дѣвочки, рѣчь о которой шла выше. Она поступила въ клинику 2-го окт. 95 г., параличъ продолжался у нея цѣлый мѣсяць; 3-го октября мы пустили индуктивный токъ, и когда получили сокращенiе мышцъ парализованной руки, то, обративъ на это обстоятельство вниманiе больной, самымъ увѣреннымъ тономъ заявили ей, что черезъ три дня она будетъ здорова; 6-го окт. она была демонстрирована студентамъ какъ больная, у которой еще вчера былъ полный параличъ руки, а теперь она свободно подымала руку выше головы.

СЛУЧАЙ П.— Дѣвочка М., 10 лѣтъ, поступила въ клинику 1-го февр. 95 г. по поводу паралича ногъ. Больная сирота, и потому собрать удовлетворительнаго анамнеза не удалось. Настоящая болѣзнь началась двѣ недѣли тому назадъ: больная проснулась ночью отъ сильной боли въ ногахъ и въ спинѣ;

къ утру боли стихли, но походка стала затруднительною и шаткою, дня три спустя больная совсѣмъ перестала ходить и не могла даже сидѣть; дня два послѣ того было задержаніе мочи и испражнений; по временамъ съ тѣхъ поръ появляются боли въ ногахъ. За все время не было ни лихорадочнаго состоянія, ни рвоты, ни головной боли.

STATUS PRAESENS. Больная средняго сложенія и питанія, слизистыя оболочки и кожа окрашены нормально; наклонность къ запорамъ, животъ нѣсколько вздутъ; со стороны легкихъ и сердца все въ порядкѣ. Сознаніе и рѣчь нормальны, высшіе органы чувствъ тоже; головные нервы не затронуты, верхнія конечности при мелкихъ движеніяхъ дрожать, вслѣдствіе чего питаніе очень затруднено, но сила рукъ нормальна. Въ ногахъ явленія рѣзко выраженнаго спастическаго паралича съ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ; настоящаго клонуса стопы нѣтъ; но, если, при положеніи больной на спинѣ, поднять вытянутую ногу за пальцы, то сейчасъ же появляется сильное подергиваніе икроножныхъ мышцъ, которое продолжается довольно долго, то ослабѣвая, то усиливаясь; подошвеннаго рефлекса при легкомъ щекотаніи нѣтъ, при грубомъ раздраженіи подошвы появляется; пассивныя движенія ноги во всѣхъ сочлененіяхъ затруднены вслѣдствіе ригидности мышцъ; замѣтная анестезія въ бедрахъ и въ нижней части живота, и въ лицѣ; электровозбудимость сохранена; трофическихъ разстройствъ нѣтъ, сфинктеры нормальны.

ДИАГНОСТИКА истерической формы спастической паралича была въ данномъ случаѣ нетрудна; *острое развитіе спастическихъ явленій* исключало всякую возможность, такъ наз., идиопатическаго спастическаго паралича, зависящаго, какъ предполагаютъ, отъ первичнаго перерожденія боковыхъ столбовъ спинного мозга; нельзя было допустить также и спондилита, такъ какъ этому противорѣчило и острое развитіе болѣзни и полная подвижность и безболѣзненность спины; поперечный міэлитъ отъ какой-либо другой причины исключался цѣлостью тазовыхъ органовъ и ограниченностью анестезіи: однимъ словомъ, *внезапное появленіе ригиднаго паралича*, исключая болѣзни головного и спинного мозга, рѣшительно говорило въ пользу истеріи; подтвержденіемъ служили—ослаб-

ленный подошвенный рефлексъ, своеобразный клонусъ стопы и результаты леченія; первые 10 дней давался антиспазминъ, но безъ результата; тогда, какъ и въ первомъ случаѣ, сдѣлано было внушеніе (безъ усыпленія), что параличъ пройдетъ черезъ пять дней (18-го февраля), причемъ съ цѣлью вліять на психику назначена легкая фарадизація и внутрь antipyrim; нѣкоторая подвижность ногъ появилась уже 16-го числа, а 18-го отмѣчено: „движенія въ ногахъ свободны, больная можетъ поднять ногу въ вытянутомъ положеніи, двигаетъ пальцами, сама садится и даже можетъ немного ходить“. Черезъ мѣсяць дѣвочка выписалась совершенно здоровой.

Третья форма паралича ногъ, имѣющая большое значеніе для врача-практика, есть *paraplegia postdiphtherica*. Послѣдифтерійные параличи развиваются обыкновенно въ періодѣ выздоровленія, недѣли черезъ 2—3—4 отъ начала болѣзни зѣва, и всегда начинаются съ паралича мягкаго неба и глотки, что выражается тѣмъ, что ребенокъ, поправившійся отъ дифтерии, начинаетъ говорить съ носовымъ оттѣнкомъ голоса и часто поперхивается при питъѣ, причемъ нерѣдко проглатываемая жидкость выливается черезъ носъ. Такое начало болѣзни патогномично для дифтерійнаго нейрита; въ дальнѣйшемъ теченіи параличъ постепенно распространяется на новыя мышцы: страдаетъ аккомодация, потомъ появляется слабость въ ногахъ (этому предшествуютъ иногда парестезіи въ видѣ ощущенія ползанія мурашекъ, войлока подъ подошвой и т. п.), доходящая при случаѣ до полнаго паралича; еще позднѣе ослабѣваютъ руки. Дифтерійные параличи, какъ и другія формы множественнаго нейрита, всегда симметричны и въ теченіе недѣли или мѣсяцевъ кончаются выздоровленіемъ, если только вслѣдствіе паралича діафрагмы не наступитъ смерть въ разгарѣ болѣзни.

О другихъ, гораздо болѣе рѣдкихъ формахъ слабости или паралича ногъ мы скажемъ только нѣсколько словъ, такъ какъ практическое значеніе этихъ параличей невелико.

Параличи могутъ зависѣть отъ страданія головного или спинного мозга или отъ пораженія периферическихъ нервовъ.

Паралитическая слабость ногъ, зависящая отъ заболѣванія головного мозга, характеризуется тѣмъ, что, кромѣ слабости

ногъ, всегда есть еще и другіе симптомы со стороны головного мозга, въ видѣ ослабленія умственныхъ способностей, приступовъ головной боли, судорогъ, парезовъ лицевыхъ мышцъ и т. п.

Изъ болѣзней спинного мозга специально дѣтскому возрасту принадлежитъ, такъ наз., спинальный параличъ, о которомъ было сказано въ первой главѣ, такъ какъ начало болѣзни падаетъ обыкновенно на первое пятилѣтіе жизни, у дѣтей же старшаго возраста приходится имѣть дѣло съ послѣдствіями этого паралича въ видѣ сильнѣйшихъ атрофій парализованныхъ членовъ и послѣдовательныхъ контрактуръ отъ сокращенія уцѣлѣвшихъ антагонистовъ.

Дѣтскому же возрасту свойственъ и, такъ наз., спастическій идиопатическій параличъ—*paralysis spinalis spastica*, характеризующійся тѣмъ, что постепенно развивающійся парезъ нижнихъ конечностей сопровождается напряженіемъ мышцъ и, слѣдовательно, ригидностью суставовъ; сведеніе всего рѣзче выражено въ икрожныхъ мышцахъ и въ аддукторахъ бедра; если больной еще ходитъ, то походка его весьма типична: онъ ступаетъ на цыпочки, колѣни его прижаты другъ къ другу, и онъ какъ бы слегка подпрыгиваетъ; болѣзнь тянется много лѣтъ и начинается большею частью съ первыхъ лѣтъ жизни. Кардинальные признаки этой формы спастическаго паралича: 1) полное отсутствіе атрофій мышцъ и разстройствъ чувствительности, 2) нормальная дѣятельность мочевого пузыря и прямой кишки; 3) нормальная электровозбудимость нервовъ и мышцъ; 4) нормальная функція головного мозга и 5) рѣзко усиленные сухожильные рефлексы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ спастическая параплегія, кажущаяся съ перваго взгляда какъ бы идиопатическою, есть ни что иное, какъ остатки церебральной диплегии или болѣзни Little'я, въ пользу чего могутъ говорить такіе симптомы, какъ ослабленіе умственныхъ способностей, слабость или ригидность верхнихъ конечностей и анамнезъ. Параплегія отъ пораженія периферическихъ нервовъ сводится къ множественному нейриту—*neuritis multiplex*, о которомъ было говорено выше.

Въ заключеніе остается упомянуть еще о слабости ногъ вслѣдствіе *прогрессивной атрофіи мышцъ*, болѣзни свойствен-

ной по преимуществу дѣтскому возрасту, но все-таки очень рѣдкой. Сущность болѣзни состоитъ въ первичномъ заболѣваніи мышцъ; главное отличіе отъ параличей нервнаго происхожденія состоитъ въ томъ, что при прогрессивной мышечной атрофіи *параличъ наступаетъ послѣ атрофіи* и развивается крайне медленно. Специально отъ полиоміэлиты отличіе въ анамнезѣ и въ томъ, что при мышечной атрофіи процессъ распространяется *симметрично*, причемъ часто поражаются *мышцы плеча и туловища*, чего при полиоміэлитѣ обыкновенно не бываетъ. Распространяться о различныхъ формахъ мышечныхъ атрофій мы не будемъ, такъ какъ не рѣдкости должны быть предметомъ этой статьи, въ которой мы имѣли въ виду подробнѣе описать лишь тѣ параличи, которые чаще встрѣчаются, и съ которыми, слѣдовательно, каждому врачу-практику приходится имѣть дѣло.

Лечение дѣтской хорей *).

Изъ лекцій осенняго семестра 1897 г.

Дѣтская, или Sydenham'ова хорей принадлежитъ къ числу болѣзней, отличающихся наклопностью къ самопроизвольному излеченію по прошествіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ, а потому задача леченія можетъ состоять только въ сокращеніи продолжительности болѣзни и въ облегченіи припадковъ. Цѣли эти одними лекарствами недостижимы; если больной продолжаетъ учиться и ходить въ школу, если онъ просиживаетъ съ товарищами до полуночи, часто утомляется и волнуется, то при подобныхъ условіяхъ ему никакія лекарства не помогутъ; болѣзнь или прогрессируетъ, или остается *in statu quo*, или рецидивируетъ. Но стоитъ только больного поставить въ правильныя условія жизни, напр., помѣстить въ больницу, какъ хорей начинаетъ замѣтно ослабѣвать даже безъ всякихъ лекарствъ. Подобные случаи встрѣчаются въ больничной практикѣ довольно часто и ясно указываютъ на важное значеніе въ дѣлѣ леченія хорей правильнаго гигиено-діететическаго режима, а потому однимъ изъ самыхъ необходимыхъ условій для успѣшнаго леченія хорей мы считаемъ возможно *полный покой* какъ тѣлесный, такъ и душевный.

Мало-мальски сильно выраженная хорей требуетъ постельнаго содержанія; мы оставляемъ больного въ постели до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ у него безпрестанныя подергиванія и пока онъ не будетъ способенъ не только свободно ходить,

*) Напечатано въ журналѣ „Медицинское Обозрѣніе“ 1898 г.

но даже и бѣгать; но и такимъ больнымъ, у которыхъ хорея проявляется почти только при произвольныхъ движеніяхъ, мы все еще совѣтуемъ хотя два въ день по часу проводить въ постели и, во всякомъ случаѣ, не подвергаться физическому утомленію, хотя умѣренные прогулки на свѣжемъ воздухѣ желательны.

Такъ какъ при всякой хореѣ ослабѣваютъ и умственные способности, каковы память, вниманіе и соображеніе, то ученіе всего лучше прекратить совсѣмъ; посѣщеніе школы нельзя позволять больнымъ даже и при самой легкой формѣ хореи, такъ какъ больной неизбежно будетъ подвергаться разнаго рода волненіямъ; очень часто учителя наказываютъ хореиковъ за невниманіе, а товарищи насмѣхаются надъ ихъ невольными гримасами и подчасъ дѣйствительно смѣшными ужимками. Не слѣдуетъ забывать, что умственные способности восстанавливаются у хореиковъ обыкновенно медленнѣе физическихъ силъ, а потому школьныя занятія нельзя начинать ранѣе полного прекращенія хореи и восстановленія силъ; но, такъ какъ средній срокъ продолжительности хореи опредѣляется авторами въ $2\frac{1}{2}$ — 3 мѣсяца, то легко можетъ случиться, что выполненіе только-что высказаннаго условія потребуетъ отъ ученика потери цѣлаго полугодія и повлечетъ недопущеніе его къ экзамену. Съ этимъ слѣдуетъ мириться, ибо весьма неосновательно поступаютъ родители, если они просятъ учебное начальство отложить экзамены до осени: вѣдь, при этомъ условіи ребенокъ вынужденъ усиленно заниматься все лѣто, что можетъ вести къ возвратамъ болѣзни, вообще весьма склонной къ рецидивамъ, и здоровье будетъ надорвано въ конецъ; а между тѣмъ, оставаясь въ томъ же классѣ еще на годъ, больной во 1-хъ, хорошо отдохнетъ, а во 2-хъ, ему легче будетъ учиться и не представится поводовъ къ умственному переутомленію, которое, по статистикѣ Maskenzie, играетъ роль производящей причины хореи въ 16% всѣхъ случаевъ.

О діетѣ много говорить не приходится. Такъ какъ почти всѣ хореики отличаются блѣдностью и другими признаками упадка питанія, то они требуютъ питательной діеты—молока, яицъ, мяса. Кромѣ діеты, необходимъ также и правильный

образъ жизни; чѣмъ больше больной спитъ, тѣмъ лучше; во всякомъ случаѣ онъ долженъ пораньше (напр., въ 9 ч. веч.) лечь въ постель и не заниматься въ кровати чтеніемъ.

Что касается *фармацевтическаго леченія*, то тутъ предложено такъ много средствъ, что перечислить ихъ довольно трудно, а потому мы приведемъ лишь тѣ, которыя употребляемъ въ нашей клиникѣ.

Самымъ главнымъ лекарствомъ противъ хорей мы считаемъ *мышьякъ*, рекомендованный еще Romberg'омъ и принятый въ настоящее время почти всеми.

Смотря по случаю, мы даемъ мышьякъ или въ обыкновенныхъ (малыхъ) дозахъ, или въ сравнительно очень большихъ. Къ малымъ дозамъ мы прибѣгаемъ въ легкихъ и тяжелыхъ случаяхъ хорей, а также у больныхъ, плохо переносящихъ мышьякъ. Большія дозы назначаются въ нашей клиникѣ въ случаяхъ тяжелой хорей (больной съ трудомъ ходить или вовсе не можетъ стоять на ногахъ, не можетъ вытянуть пальцевъ, поднести ложки ко рту и т. п.).

При леченіи хорей большими дозами мышьяка мы слѣдуемъ методу Comby. Этотъ врачъ назначаетъ мышьякъ въ такихъ громадныхъ приемахъ (отъ 0,01 до 0,04 pro die, тогда какъ по русской фармакопее высшая доза для взрослога — 0,02 pro die), что съ перваго взгляда подобныя дозы кажутся совсѣмъ невѣроятными, а между тѣмъ оказывается, что въ большинствѣ случаевъ дѣти выносятъ такое леченіе довольно хорошо.

Вмѣсто *kalii arsenicosi*, входящаго въ составъ Fowler'овскихъ капель, Comby предлагаетъ *acidum arsenicosum*, какъ легче переносимую желудкомъ, и прописываетъ ее въ растворѣ 1:1000 (ac. arsenicosi 0,1, aq. destill. 100,0. DS. Двѣ чайныхъ ложки на 6 стол. лож. воды). Для перваго дня леченія онъ беретъ 10 грм. этого раствора, разбавляетъ его 6-ью столовыми ложками воды и даетъ черезъ 2 часа по столовой ложкѣ, запивая каждый приемъ лекарства небольшимъ количествомъ молока; на 2-ой день онъ беретъ на 6 столов. ложекъ 15 грм. раствора, на 3-ий — 20, потомъ 25, 30, 35 и на 7-ой день — 40 грм. Съ 8-го дня онъ начинаетъ въ той же прогрессіи уменьшать приемъ, и такимъ образомъ все лече-

ніе продолжается ровно двѣ недѣли, въ теченіе которыхъ больной успѣетъ принять 350 миллиграммовъ ас. arsenicosi (0,350)!!

Если бы мы захотѣли давать такіе же приемы мышьяка въ формѣ Фовлеровскихъ капель, то нужно было бы начать съ 1 грм. (16 капель) на 1-ый день и дойти до 4 грм. (64 капли) на 7-ой день, а между тѣмъ наблюденія показываютъ, что дѣти рѣдко переносятъ больше 10—12 кап. pro die, и потому слѣдуетъ думать, что ас. arsenicosum переносится дѣйствительно лучше, чѣмъ kalium arsenicosum.

Въ нашей клиникѣ методъ Comby примѣняется въ нѣсколько измѣненномъ видѣ. Маленькимъ дѣтямъ (4—6 лѣтъ) мы даемъ на 1-ый день только полъ-чайной ложечки, дѣтямъ старшаго возраста (10—12 л.) чайную ложку и на такія же количества увеличиваемъ дозу ежедневно до 7-го дня, а потомъ съ такою же постепенностью спускаемся. Наша максимальная доза будетъ для маленькихъ дѣтей только $3\frac{1}{2}$ чайныхъ ложки (14 грм.), а для дѣтей старшаго возраста—7 чайныхъ ложекъ (или 28 грм.). Въ нынѣшнемъ семестрѣ мы лечили такимъ способомъ три случая. Вы видѣли ихъ передъ началомъ леченія и увидите еще разъ сегодня, по окончаніи леченія.

Четвертый случай мы лечили большими дозами мышьяка въ прошломъ году и во всѣхъ случаяхъ получили очень хорошіе результаты, хотя и не всегда намъ удавалось доходить до максимальнаго приема. Въ случаѣ появленія тошноты, рвоты или жидкаго стула, мы приостанавливались на день или на два и потомъ опять возвращались къ мышьяку, но давали его въ нѣсколько меньшемъ количествѣ, чѣмъ то, при которомъ появились припадки раздраженія желудка. Рвоту мы наблюдали у двухъ нашихъ больныхъ, а именно у дѣвочки 7-ми лѣтъ при 5-ти чайныхъ ложкахъ лекарства (0,2 ас. arsenic.), и у мальчика 6-ти лѣтъ. Въ обоихъ случаяхъ рвота продолжалась только по одному дню; черезъ день можно было снова начать леченіе нѣсколько уменьшенными дозами; рвота не повторялась.

Опишу наши случаи въ самыхъ краткихъ словахъ:

1. Дѣвочка, 12 лѣтъ, очень хорошаго общаго питанія, съ крѣпкими мышцами, прежде всегда здоровая, заболѣла въ

январѣ 1896 г. острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ и хворала имъ съ 8 по 25 января и потомъ во второй разъ съ 7 по 15 февраля, когда вслѣдъ за исчезаніемъ сочленовныхъ болей появилась хорея. При поступленіи въ клинику 7 марта, хорея въ полномъ разгарѣ; до 12-го больная оставалась безъ леченія, хорея за это время усилилась, больная не могла ни стоять, ни сидѣть. Съ 12 по 26 марта принимала мышьякъ по методу Comby, т. е. съ 10 грм. раствора 1:1000 дошла до 40 грм. и потомъ опять спустилась до 10 грм. Рѣзкое улучшение отмѣчено уже 17-го, а къ концу леченія мышьякомъ дѣвочка была уже почти совсѣмъ здорова. За все время леченія не было ни тошноты, ни поноса.

2. Дѣвочка, 7 лѣтъ, очень блѣдная, худая, съ слабыми мышцами, заболѣла хореей въ первый разъ осенью 1895 г., потомъ осенью 1896 г., а теперь поступает по поводу второго рецидива, начавшагося за 2 мѣсяца до поступленія въ клинику; съ 11 сент. по 6 окт. она принимала *liq. arsen. Fow.* по 3 капли въ день, но безъ замѣтнаго результата, потомъ до 16 октября антипиринъ по 1,0, но также безъ толку: больная не могла ни сидѣть, ни стоять, ни говорить; съ 17 октября назначено *ас. arsen.*, начиная съ чайной ложки и увеличивая каждый день по чайной ложкѣ. Больная дошла въ 5-ть дней до 5 чайн. лож. (20 грм. раствора, или 0,02 *ас. arsenic.*), но тутъ пришлось по случаю рвоты приостановить леченіе на два дня, послѣ чего возобновили приемы по 4 чайн. ложки и стали спускаться. Къ концу второй недѣли леченія, 29 окт., дѣвочка была на ногахъ и почти совсѣмъ здорова.

3. Мальчикъ, 6 л., порядочно упитанный, но блѣдный, съ дряблыми мышцами, заболѣлъ хореей за 10 дней до поступленія въ клинику. Вслѣдствіе сильныхъ и безпрестанныхъ подергиваній не можетъ ни ходить, ни подносить ложки ко рту и проч. Поступилъ онъ 16 ноября и до 20-го принималъ сульфоналъ, который остался безъ вліянія на хорею. Съ 20-го *ас. arsenic.* 1:1000; начали съ $\frac{1}{2}$ чайн. ложки (2 грм.) и въ 8 дней дошли до 4 чайн. лож. (16 грм.), потомъ стали спускаться; въ періодѣ уменьшенія приемовъ (при 3-хъ чайн. ложкахъ) случилась рвота, вслѣдствіе чего на одинъ день прекратили давать лекарство; къ концу двухъ недѣль рѣз-

кое улучшение: больной свободно бѣгаетъ, хорошо говорить и проч. 10-го декабря выписался здоровымъ.

4. Дѣвочка, 10-ти лѣтъ, малокровная, очень плаксивая. Хорея за 3 недѣли до поступления въ клинику. Поступила 4 ноября, ѣсть сама не можетъ, ходить съ трудомъ, говорить невнятно; до 11 ноября ни малѣйшаго улучшения; съ 12-го назначенъ мышьякъ по 4 грм. раствора 1:1000 и ежедневно прибавляли по 2 грм.; дошли только до 18 грм. (4½ чайн. ложки) и не стали повышать дальнѣйшихъ приѣмовъ, такъ какъ къ этому времени (черезъ недѣлю отъ начала леченія) замѣтно было рѣзкое улучшение; на этой дозѣ стояли съ недѣлю, потомъ стали спускаться; леченіе мышьякомъ продолжалось 3 недѣли, и 2 декабря дѣвочка выписалась здоровою и веселою, о прежней плаксивости не было и помина. Во все время леченія не было ни рвоты, ни поноса.

Весьма интересными оказались измѣненія вѣса больныхъ во время приѣмовъ мышьяка въ большихъ дозахъ.

	Вѣсъ при пост. въ больницу.	При началѣ леч. Ас.	При окончаніи леченія.	При выпискѣ.
Мальч. 6 л. .	16/xi 18200	23/xi 18000	3/xii 19570	9/xii 19770
Дѣвочка 7 л.	11/x 18660	16/x 18010	29/x 20460	23/xi 20500
„ 10 л.	4/xi 25000	12/xi 24520	2/xii 26510	

Въ 4-мъ случаѣ правильныхъ взвѣшиваній не дѣлали.

Во всѣхъ случаяхъ въ періодѣ приѣмовъ мышьяка наблюдалась громадная прибавка вѣса; такъ, въ первомъ случаѣ до начала леченія мальчикъ потерялъ въ 8 дней 200 грм., а въ слѣдующіе 11 дней подъ вліяніемъ мышьяка прибавился на 1570 грм. (143 грм. въ день). Дѣвочка, 7 лѣтъ, въ первый мѣсяцъ своего пребыванія въ больницѣ убавилась въ вѣсѣ на 650 грм., а въ слѣдующія 2 недѣли, во время леченія Ас прибыла въ вѣсѣ на 2450 грм., что составляетъ въ день въ среднемъ по 175 грм. Дѣвочка, 10 лѣтъ, въ первые 8 дней, до леченія Ас, потеряла 480 грм., а во время мышьяковаго леченія въ теченіе 3-хъ недѣль прибавилась на 1990 грм., или по 95 грм. въ день; послѣ отгмны мышьяка вѣсъ хотя и продолжалъ прибавляться, но уже гораздо медленнѣе: у мальчика по 33 грм. въ день, а у дѣвочки по 2 грм.

На основаніи нашихъ, правда, немногихъ случаевъ и на основаніи случаевъ Comby мы можемъ сдѣлать тотъ выводъ, что ас. arsenicosum, дѣйствительно, можетъ переноситься дѣтьми въ громаднхъ дозахъ, благоприятное вліяніе которыхъ на теченіе хорей не подлежитъ сомнѣнію. При этомъ рѣзко поправляется также и общее питаніе. Благодѣтельное дѣйствіе большихъ дозъ мышьяка съ особенной убѣдительною проявляется въ свѣжихъ случаяхъ хорей, какъ на примѣръ, у нашего 6-лѣтняго мальчика, котораго вы видѣли 3 недѣли назадъ, на 10-ый день болѣзни, когда онъ не могъ ни стоять, ни сидѣть и котораго вы видите теперь почти совсѣмъ здоровымъ. Если припомнить, что среднимъ срокомъ продолжительности хорей считается 2¹/₂—3 мѣсяца, то успѣхъ, достигнутый въ этомъ случаѣ, конечно, заслуживаетъ вниманія. Интересно также отмѣтить, что наша больная, 7-ми лѣтъ, поступивши въ клинику 11-го сентября, почти цѣлый мѣсяць принимала небольшія дозы мышьяка, но подъ вліяніемъ ихъ не только не поправилась, но даже похудѣла немного, а при большихъ дозахъ прибавлялась въ вѣсъ почти по ¹/₂ фунта въ сутки!

Если прекращать приемы мышьяка при первыхъ признакахъ раздраженія желудка и кишекъ, то бояться появленія припадковъ болѣе серьезнаго отравленія, напр., въ видѣ сильнаго поноса съ болями живота и рвотой, нѣтъ основаній, такъ какъ съ прекращеніемъ приемовъ желудочныя явленія прекращаются очень скоро. Насчетъ возможности развитія мышьяковыхъ параличей дѣло еще не совсѣмъ выяснено. Comby рассказываетъ, что въ одномъ очень упорномъ случаѣ хорей онъ началъ было второй циклъ леченія, но не могъ довести его до конца, такъ какъ слабость экстензоровъ кистей, появившаяся у больной, указывала на появленіе мышьяковыхъ параличей; послѣ отмѣны As параличи скоро прошли.

Но что параличи могутъ появиться у нѣкоторыхъ больныхъ и безъ повторенія „цикла леченія“ доказываетъ другой случай Comby *).

*) Gaz. des hôpitaux, 1896, № 83.

Дѣвочка, 7-ми лѣтъ, лечившаяся мышьякомъ по методу Comby; на 5-ый день хорея исчезла, но леченіе продолжалось до 11-го дня. На 6-ой и на 7-ой дни рвота безъ боли живота и безъ поноса. Черезъ 6 недѣль послѣ того дѣвочку опять привели въ больницу и именно по поводу параличей, появившихся черезъ мѣсяць послѣ хореи. Сначала парализовались ноги, потомъ туловище и руки, при этомъ недержаніе кала и мочи, потеря чувствительности и сухожильныхъ рефлексовъ. Въ теченіе слѣдующихъ шести недѣль, подъ влияніемъ стрихнина (сначала по 0,002, потомъ по 0,006 grо die), ваннъ и электричества, наступило выздоровленіе.

Имѣя въ виду возможность подобныхъ случайностей, мы и нашли нужнымъ нѣсколько убавить дозы мышьяка сравнительно съ тѣми, что рекомендованы Comby; можетъ быть, дальнѣйшія наблюденія докажутъ намъ, что очень большія дозы при леченіи хореи и вовсе не нужны, а что можно ограничиться 3 — 4 ложечками, какъ это было въ нашемъ третьемъ случаѣ, у дѣвочки 10 лѣтъ.

Назначая мышьякъ въ разныхъ другихъ болѣзняхъ, мы имѣли случай убѣдиться, что выносливость дѣтей къ этому средству очень неравномѣрна; намъ попадались больные, не переносившіе даже и одной чайной ложки нашего раствора; такія дѣти, равно какъ и тѣ, которыя страдаютъ катарромъ желудка и кишекъ или просто расположены къ поносу, не годятся для леченія мышьякомъ per os, но имъ можно впрыскивать его подъ кожу въ видѣ неразбавленной liq. arsen. Fowl. (sine spir. angel. parat.) по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ до цѣлаго шприца на разъ.

Выше было уже сказано, что легкіе, но затяжные случаи хореи лечатся въ нашей клиникѣ небольшими дозами мышьяка. Въ подобныхъ случаяхъ выписывается тотъ же самый растворъ мышьяковистой кислоты (1:1000) и назначается по $\frac{1}{2}$ чайной ложки на день въ разведеніи 6-ю ложками воды, постепенно восходя до 1—2 чайн. ложекъ, смотря по возрасту. Мы продолжаемъ такія дозы до полного прекращенія хореи и до поправки общаго питанія, но во всякомъ случаѣ не долѣе 2—2 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ.

Если мышьякъ не переносится даже и въ малыхъ дозахъ,

то приходится пробовать другія лекарства, изъ которыхъ употребляемъ то или другое, смотря по показаніямъ; такъ, если хорея имѣетъ явно ревматическое происхожденіе и сопровождается болью въ сочлененіяхъ, то можно назначить *салициловые препараты* или *антипиринъ*; дѣтямъ 10—12 лѣтъ мы даемъ эти оба средства по 2 грм. pro die, дѣтямъ 5—6 л.—по 1 грм. Французскіе врачи рекомендуютъ антипиринъ при хореѣ въ гораздо большихъ дозахъ, напр., для 10-лѣтняго 5 грм. (Legoux), но такія дозы безразличны для организма; самъ же Legoux говоритъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется сыпь на всемъ тѣлѣ въ видѣ различныхъ эритемъ, общая слабость, рвота, головокруженіе, боль живота, поносъ.

По нашимъ наблюденіямъ салицилаты, хотя и хорошо успокоиваютъ ревматическія боли, но на хорею, хотя бы и явно ревматическую, они рѣдко оказываютъ благопріятное дѣйствіе; въ этомъ отношеніи антипиринъ имѣетъ замѣтное преимущество.

Бромистые препараты назначаются нами не столько по случаю самой хорей, сколько ради общей раздражительности нервной системы. Всѣ хорейки бываютъ нервны и раздражительны, но у нѣкоторыхъ общая нервозность доходитъ до такой степени, что больной совсѣмъ не можетъ владѣть собой: онъ плачетъ, напр., при простомъ разговорѣ съ докторомъ, не выносить ни малѣйшихъ замѣчаній, тревожно спитъ и пр.; вотъ такимъ больнымъ мы и назначаемъ бромиды, именно смѣсь изъ разныхъ солей брома въ 3⁰/₀ растворѣ, напр.:

Rp: Natrii bromati
 Kalii brom.
 Ammon. brom. aa 1,0
 Aq. destil. 100,0

DS. По десертной или стол. ложкѣ 4 раза въ день.

Въ общемъ мы прибѣгаемъ къ этимъ средствамъ довольно рѣдко.

Въ тяжелыхъ случаяхъ хорей, когда больной страдаетъ такою бессонницей, что хорейныя подергиванія не прекращаются даже и ночью, необходимо бороться съ бессонницей, какъ съ симптомомъ опаснымъ, ибо если хорейки когда-либо

умирають отъ истощенія, то это бываетъ именно въ такихъ случаяхъ, когда больной не имѣетъ отдыха даже и ночью. Здѣсь показаны снотворныя средства, въ особенности хлораль-гидратъ, по 0,1 на годъ и на приемъ, напр., для ребенка 10 лѣтъ по 1,0 на ночь, 5-лѣтнему—0,5 и т. д.; въ случаѣ надобности можно повторять приемъ каждый часъ до дѣйствія, а также sulfonal (на ночь столько дециграммовъ, сколько больному лѣтъ) или опій и др. При бессонницѣ и вообще въ случаяхъ сильной хореи полезны также теплыя ванны (29—30° R.) по 15—20 минутъ вечеромъ.

Если на первый планъ выступаетъ блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, то считаемъ показаннымъ *желѣзо*, изъ многочисленныхъ препаратовъ котораго мы всегда чаще употребляемъ пилюли Bland'a и ферратинъ:

Rp: Ferri sulfurici
Kalii carbon. e tartaro aa 5,0
Mucil. g. tragac. q. s.
ut f. pil. № 40. Consp.
DS. По 2—5 пилюль на приемъ, 2 раза
въ день, послѣ ѣды.
Rp: Ferratini 2,0—4,0
Sacchar. 25,0
DS. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки наравнѣ съ
краями 2 раза въ день.

Желѣзо мы назначаемъ преимущественно такимъ больнымъ, которые не переносятъ мышьяка или уже достаточно его принимали.

Если острые симптомы хореи прошли, а легкія подергиванія въ лицѣ и конечностяхъ остаются надолго, то можно совѣтовать перемѣну климата и путешествіе; изъ внутреннихъ средствъ въ такихъ затяжныхъ, но легкихъ случаяхъ можно рекомендовать стрихнинъ, въ формѣ, напр., *t-rae nucis vom.* по 3—5 капель, раза 2—3 въ день, передъ ѣдой.

Итакъ, для большинства случаевъ хореи мы рекомендуемъ мышьякъ, если можно, то въ большихъ дозахъ, а если больной плохо переноситъ ихъ, то хотя бы въ малыхъ, но не меньше какъ 1—2 чайн. ложки раствора *ac. arsenic. 1:1000 pro die*, и потомъ желѣзо; при бессонницѣ—хлораль и теплыя ванны.

Замѣчу въ заключеніе, что хорейки обыкновенно легко поддаются гипнотическому усыпленію, оказывающему на хорей очень благопріятное вліяніе. Желательно бы собрать побольше случаевъ леченія хорей гипнозомъ и опубликовать результаты; на основаніи видѣннаго мною я ожидаю, что они окажутся хорошими.

акusher-lib.ru

Бульбарный симптомокомплексъ въ дѣтскомъ возрастѣ *).

Подъ именемъ бульбарнаго симптомокомплекса мы понимаемъ совокупность симптомовъ, указывающихъ на параличъ въ области нервовъ, выходящихъ изъ продолговатаго мозга. Симптомы эти касаются, главнымъ образомъ, языка, губъ, мягкаго неба и глотки (n. n. hypoglossus, facialis—нижняя и средняя вѣтви, accessorius и иногда glosso-pharyngeus и vagus). Парезъ языка прежде всего выражается въ разстройствѣ артикуляціи, причемъ особенно дурно выговариваются язычныя буквы — *p, l, z, u*, потомъ затрудняется жеваніе и глотаніе (пища западаетъ между щеками и зубами и не можетъ быть вынута языкомъ), а въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ языкъ лежитъ совсѣмъ неподвижно, и кончикъ его не можетъ быть выдвинуть даже до зубовъ. Параличъ губъ выражается, главнымъ образомъ, ослабленіемъ круговой мышцы (m. orbicularis), вслѣдствіе чего больной не можетъ вытянуть губъ (разучивается свистать) и съ трудомъ выговариваетъ гласныя *y, o*, и согласныя *n, b, m*; кусокъ пищи, взятый зубами или губами, не можетъ быть препровожденъ въ ротъ безъ помощи пальцевъ; при параличѣ мягкаго неба, небная занавѣска остается неподвижной (не поднимается) ни при фонаціи, ни при дыханіи, а потому голосъ получаетъ носовой оттѣнокъ, а проглатываемое питье легко попадаетъ въ носъ или гортань, вызывая перхоту и кашель. Въ тяжелыхъ случаяхъ могутъ появиться симптомы паралича блуждающихъ нервовъ въ видѣ сердеч-

*) Напечатано въ журналѣ „Медицинское обозрѣніе“ 1894 г.

ныхъ припадковъ (частый, малый, неправильный пульсъ) и разстройства дыханія.

Такъ какъ подобные симптомы могутъ происходить подъ вліяніемъ весьма разнообразныхъ измѣненій, какъ въ самомъ продолговатомъ мозгу, такъ и въ другихъ частяхъ центральной нервной системы или въ соответственныхъ нервахъ, то понятно, что на основаніи однихъ только бульбарныхъ симптомовъ нельзя еще сдѣлать никакого заключенія не только о сущности болѣзни, но даже и о локализациіи процесса, и потому задача діагностики въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бульбарнаго симптомокомплекса должна состоять въ рѣшеніи 2-хъ вопросовъ: во-первыхъ, какая именно часть нервной системы поражена и, во-вторыхъ, въ чемъ состоитъ патолого-анатомическая сущность процесса.

Изъ всѣхъ болѣзней, сопровождающихся бульбарными симптомами, наибольшей извѣстностью въ невропатологіи пользуется та форма пораженія продолговатаго мозга, анатомическая сущность которой состоитъ въ первичной дегенеративной атрофіи сѣрыхъ ядеръ, лежащихъ въ области дна 4-го желудочка и въ послѣдовательной атрофіи парализованныхъ мышцъ и нервовъ. Въ клиническомъ отношеніи болѣзнь эта, извѣстная подъ именемъ *прогрессивнаго* или *ядернаго бульбарнаго паралича* (также типическій бульбарный параличъ, *paralysis labio-glosso-pharyngea*) характеризуется прогрессивно усиливающимся параличемъ и атрофіей мышцъ иннервируемыхъ бульбарными нервами, о чемъ было ужъ сказано выше. Прогрессивный бульбарный параличъ развивается или въ видѣ самостоятельной болѣзни, т. е. первично, или онъ присоединяется къ аналогичному процессу въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, составляющему сущность прогрессивной мышечной спинальной атрофіи или бокового амиотрофическаго склероза (въ послѣднемъ случаѣ перерожденіе не ограничивается сѣрымъ веществомъ спинного мозга, но распространяется и на боковые столбы бѣлаго вещества).

Въ отличіе отъ всѣхъ другихъ формъ бульбарнаго симптомокомплекса, ядерный бульбарный параличъ можетъ быть названъ настоящимъ бульбарнымъ параличемъ, тогда какъ всѣ другіе случаи бульбарнаго симптомокомплекса, зависящіе не отъ страданія продолговатаго мозга, а отъ какихъ-нибудь

другихъ причинъ, относятся къ рубрикѣ *ложнаго бульбарнаго паралича* — *paralysis pseudo-bulbaris*. (Мы придерживаемся здѣсь номенклатуры французскихъ авторовъ, принятой, между прочимъ, и въ недавно вышедшемъ 3-мъ томѣ большого руководства *Manuel de médecine par Debove et Achard, 1894, p. 391*, посвященномъ ученію о нервныхъ болѣзняхъ; при этомъ нелишне отмѣтить, что Gowers и нѣкоторые другіе понимаютъ подъ именемъ ложно-бульбарнаго паралича только такіе случаи, въ которыхъ бульбарные симптомы обуславливаются поражениемъ извѣстныхъ частей полушарій большого мозга).

Источникомъ происхожденія ложнаго бульбарнаго паралича могутъ быть слѣдующія обстоятельства: 1) поражение головного мозга, именно, если болѣзненный процессъ занимаетъ симметрическія мѣста въ области нижней части центральныхъ извилинъ, гдѣ залегаютъ центры лицевыхъ и подъязычныхъ нервовъ, или на пути волоконъ, идущихъ отъ этихъ центровъ къ соответственнымъ ядрамъ въ продолговатомъ мозгу; 2) прижатіе или воспаленіе нервныхъ стволовъ на основаніи мозга вслѣдствіе остраго или хроническаго базиллярнаго менингита, и 3) вслѣдствіе воспаленія нервовъ на ихъ дальнѣйшемъ протяженіи. Такимъ образомъ, по происхожденію можно различать церебральный, базиллярный и невритическій ложно-бульбарный параличъ. Но это еще не все: въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ ложнаго бульбарнаго паралича, кончившихся летально, но при вскрытіи которыхъ, несмотря на тщательное микроскопическое изслѣдованіе, не оказалось ничего патологическаго ни въ центральной, ни въ периферической нервной системѣ, ни въ мышцахъ. (О подобныхъ случаяхъ мы скажемъ поподробнѣе ниже). Въ виду вышесказаннаго всѣ случаи бульбарнаго симптомокомплекса, согласно *Permantier* *), можно классифицировать такимъ образомъ:

- | | | |
|------------------------|---|---|
| 1. Бульбарный параличъ | } | ядерный (прогрессивный, типическій).
ядерно - корешковый (склерозъ продолг. мозга, опухоли его, кровонизліянія и проч.). |
|------------------------|---|---|

*) *Debove et Achard, Manuel de médecine. T. III, 1894.*

2. Церебральный параличъ { корковый.
подкорковый или фасцику-
лярный.
3. Базилярный параличъ—менингитъ основанія, сдавленіе нервныхъ стволовъ на основаніи черепа.
4. Периферическій параличъ—нейритъ.
5. Параличъ, какъ нейрозъ—безъ замѣтныхъ анатомическихъ измѣненій.

Къ этимъ пяти группамъ слѣдуетъ прибавить еще и 6-ю—*параличъ миопатическій* вслѣдствіе первичной атрофіи соотвѣтственныхъ мышцъ (миопатическая атрофія).

Если послѣ этого нѣсколько длиннаго вступленія мы обратимся къ специально интересующему насъ вопросу, то прежде всего отмѣтимъ тотъ интересный фактъ, что, хотя бульбарный симптомокомплексъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается и очень рѣдко, но тѣмъ не менѣе намъ удалось найти въ литературѣ представителей всѣхъ перечисленныхъ группъ (за исключеніемъ только церебральной формы ложно-бульбарнаго паралича *), по крайней мѣрѣ, поскольку можно судить объ этомъ на основаніи клиническихъ данныхъ, такъ какъ случаевъ, подтвержденныхъ вскрытіемъ, оказалось очень мало.

Что касается до прогрессивнаго бульбарнаго паралича, то, хотя подъ этимъ именемъ и описано съ полдюжины случаевъ, но не представлено ни одного вскрытія, а между тѣмъ въ однихъ случаяхъ симптомы, въ другихъ теченіе были такого рода, что доказательными считать ихъ нельзя; такъ напр., случаи Frerichs'a и Wachsmuth'a оспариваются Kussmaul'емъ, случаи Hitzig'a и Kayser'a — Erb'омъ, Stadthagen'a и Blumenthal'я — Gowers'омъ, случай Remak'a — Goldflam'омъ, такъ что въ концѣ концовъ образчикомъ типическаго прогрессивнаго бульбарнаго паралича въ дѣтскомъ возрастѣ остается одинъ только случай Hoffmann'a **), да и тотъ безъ аутопсіи, хотя и кончился летально.

*) Сочиненіе Leresche'a—Etude sur la paralysie glosso-labіée cérébrale. Paris, 1890—не было намъ доступно.

***) Deut. Zeitschr. f. Nervenheil. 1891, Bd. I, S. 165—169.

Случай этотъ относится къ деревенскому мальчику 11-ти лѣтъ. Этиологія во всѣхъ отношеніяхъ отрицательная, дифтеріи не было навѣрное. Болѣзнь началась за 6 мѣсяцевъ до поступления въ больницу носовымъ отдѣнкомъ голоса и слюнотеченіемъ; черезъ 4—5 недѣль затрудненное глотаніе съ попаданіемъ жидкой пищи и питья въ носъ и гортань; вскорѣ послѣ того замѣчена слабость губъ (невозможность вытягиванія губъ, свиста и проч.), но жеваніе и замыканіе вѣкъ и остальная мимика нормальны. При поступленіи въ клинику констатированы носовой голосъ, едва внятная рѣчь, парезъ въ области нижней и средней вѣтвей *n. facialis* съ легкой атрофіей соотвѣтственныхъ мышцъ и намекомъ на реакцію перерожденія въ мышцахъ губъ; надуваніе щекъ и тушеніе свѣчи почти невозможно; небная занавѣска на лѣвой сторонѣ парализована, но ея правая половина функционируетъ; глотаніе совершается медленно, больной часто поперхивается; языкъ тонокъ и узокъ, въ немъ замѣтны фибриллярныя сокращенія; высовываніе языка и всѣ вообще произвольныя движенія его очень ограничены (кончикъ едва выступаетъ за нижніе зубы), частичная реакція перерожденія. Сердцебиеніе правильное, 64—72 въ минуту. Парезъ и атрофія *m. st-cl.-mastoidei* и значительная слабость глубокихъ шейныхъ мышцъ. Фибриллярныя, фасцикулярныя и отчасти хореобразныя подергиванія въ мышцахъ плечевого пояса, плеча, предплечія и кистей, а также въ мышцахъ туловища и бедра. Мышцы плечевого пояса и плеча тонки, слабы, но не парализованы; правое плечо на 0,6 снт. тоньше лѣваго; утонченіе мышцъ туловища и бедеръ; сила въ ногахъ сохранена. Чувствительность сохранена всюду, ригидности нигдѣ нѣтъ. Сухожильные рефлексы въ верхнихъ конечностяхъ ослаблены, надколенные—ясно выражены, но не усилены. Смерть черезъ годъ отъ начала болѣзни. Вскрытія не было.

Въ этомъ случаѣ прогрессивный бульбарный параличъ у 11-ти-лѣтняго мальчика явился, повидимому, первично, а позднѣе къ нему присоединились симптомы прогрессивной мышечной атрофіи вслѣдствіе распространенія ядерной атрофіи на передніе рога сѣраго вещества спиннаго мозга и, какъ бываетъ обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ, параличъ

и атрофія начались не съ рукъ, а съ шеи и плечевого пояса. Въ примѣчаніи Hoffmann указываетъ еще на Remak'a, который описалъ якобы настоящій ядерный бульбарный параличъ у 12-ти-лѣтней дѣвочки, умершей черезъ 8 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни; но случай этотъ не доказателенъ не только по отсутствію аутопсіи, но и по теченію; къ нему мы еще вернемся.

Выше уже было упомянуто, что у взрослыхъ бульбарный параличъ нерѣдко заканчиваетъ картину амиотрофическаго бокового склероза. Въ такихъ случаяхъ дѣло начинается обыкновенно со слабости рукъ, а нѣсколько мѣсяцевъ спустя слабѣютъ и ноги; съ теченіемъ времени въ ослабѣвшихъ мышцахъ все болѣе и болѣе выясняется атрофія ихъ, начинающаяся съ кисти и идущая кверху (мякоть ладоней, потомъ *m. interossei* и мышцы на разгибательной сторонѣ предплечій), электровозбудимость мышцъ падаетъ параллельно атрофіи, мѣстами получается реакція перерожденія. Характерно также усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ съ самаго начала болѣзни, какъ въ рукахъ (*biceps* и *triceps*), такъ и въ ногахъ, и полное сохраненіе чувствительности кожи. Въ ногахъ прежде всего (еще до атрофіи) выступаютъ спастическія явленія, затрудняющія, какъ пассивныя, такъ и активныя движенія. По мѣрѣ прогрессированія болѣзни, черезъ 1—2 года отъ начала, начинаютъ появляться бульбарные симптомы, которые и ведутъ къ летальному исходу путемъ расстройства дыханія.

Подобные случаи встрѣчаются иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ, о чемъ свидѣтельствуютъ, напр., 5 случаевъ Seeligmüller'a *), изъ коихъ четыре относятся къ роднымъ братьямъ и сестрамъ одной семьи. Начало болѣзни падало во всѣхъ случаяхъ уже на первый годъ (разучивались сидѣть), на 2-мъ году появлялись уже контрактуры; бульбарные симптомы появлялись рано (у одного мальчика на 7-мъ году, у другихъ на 6-мъ). Вообще симптомы были тѣ же, что у взрослыхъ, только развитіе болѣзни шло гораздо медленнѣе: у одного изъ дѣтей S. она тянулась 12 лѣтъ.

*) Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh., V B., 1880, S. 167—174.

Что въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются иногда бульбарные параличи, зависящіе не отъ первичнаго перерожденія ядеръ, а отъ какихъ-нибудь другихъ болѣзней продолговатаго мозга—это не подлежитъ сомнѣнію, такъ какъ подтверждено вскрытіемъ.

Такъ напр., не дальше какъ въ ноябрѣ 1893 года въ нашей клиникѣ умерла дѣвочка 6-ти лѣтъ 2-хъ мѣсяцевъ, Пелагея Камохина, при вскрытіи которой оказалось, что лѣвая сторона Варолева моста и отчасти продолговатаго мозга была занята опухолью, величиной съ лѣсной орѣхъ, мягкой консистенціи, оказавшеюся при микроскопическомъ изслѣдованіи гліомо-саркомой. Больная поступила въ клинику всего только за сутки до летальнаго исхода и была такъ слаба, что подробно изслѣдованію мы ее не подвергали. При поступленіи былъ констатированъ параличъ правой половины тѣла и лѣваго n. facialis; вслѣдствіе паралича языка и небной занавѣски глотаніе и рѣчь были до крайности затруднены; голосъ съ сильно носовымъ оттѣнкомъ; больная въ сознаніи, но сонлива и апатична, жалуется на постоянную головную боль и по временамъ громко вскрикиваетъ; вѣки лѣваго глаза не замыкаются. На низъ запоръ 3 дня, печень и селезенка не увеличены; пульсъ замедленъ и неправиленъ. Въ анамнезѣ нѣтъ ни сифилиса, ни туберкулеза. Дѣвочка начала ходить 11-ти мѣсяцевъ и до прошлаго года была совершенно здорова, послѣ того благополучно перенесла воспаленіе легкаго и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ — коклюшъ. Настоящая болѣзнь началась недѣли за 3 до поступленія въ клинику; прежде всего мать замѣтила поблѣднѣніе лица и перекашивание глазъ, дня черезъ 3 перекаосилось лицо, а еще дня черезъ 3 больная стала волочить правую ногу и плохо дѣйствовала рукой, но ни рвоты, ни судорогъ, ни головной боли пока еще не было; послѣдняя появилась только за недѣлю до летальнаго исхода, въ это же время замѣченъ носовой оттѣнокъ голоса и невнятность выговора, а вслѣдъ затѣмъ и глотаніе сдѣлалось труднымъ, причемъ жидкость часто выливалась черезъ носъ или попадала въ гортань. На другой день послѣ поступленія въ клинику больную 2 раза вырвало, сонливость усилилась и послѣ кратковре-

менныхъ судорогъ въ парализованныхъ конечностяхъ больная умерла.

Къ этой же категоріи бульбарнаго паралича относится и случай d'Espine и Picot *).

Дѣло касается ребенка 2½ лѣтъ, умершаго отъ остраго менингита поверхности полушарій. Съ 16-го мѣсяца жизни стали замѣчать значительное увеличеніе головы и слабость ногъ, потомъ мало-по-малу развились симптомы бульбарнаго паралича. При вскрытіи нашли значительную гипертрофію мозга, вѣсившаго 1250 grm., и *склерозъ продолговатаго мозга* въ области ядеръ hypoglossi и ниже-наружной части пирамидъ, съ атрофіей XI и XII паръ головныхъ нервовъ; они нашли далѣе двусторонній боковой склерозъ спинного мозга вѣроятно, вслѣдствіе нисходящаго перерожденія.

Сюда же относятся случаи пораженія продолговатаго мозга при множественномъ склерозѣ; какъ было это, напр., въ наблюденіяхъ Dreschfeld'a **), касающихся двухъ братьевъ.

Старшему было 8 лѣтъ 9 мѣсяцевъ. На 15 мѣсяцѣ жизни онъ перенесъ два приступа эклямпсіи, послѣ чего у него остался нистагмъ и дрожаніе и слабость въ ногахъ; съ тѣхъ поръ болѣзнь медленно, но постоянно прогрессировала. При поступленіи въ больницу, больной, несмотря на порядочное состояніе питанія, не можетъ ни ходить, ни стоять; при попыткахъ къ движенію появляется *дрожаніе во всемъ тѣлѣ*; постоянный *нистагмъ*; дно глаза нормально; рѣзко выраженный *бульбарный симптомокомплексъ*: языкъ почти совсѣмъ утратилъ произвольныя движенія, хотя и не атрофированъ; постоянное истеченіе слюны, глотаніе жидкостей очень затруднено; при питьѣ появляется сильное дрожаніе головы; верхнія конечности паретичны, движенія ихъ ограничены и сопровождаются рѣзко выраженнымъ треморомъ; атрофій мышцъ и сведеній нѣтъ; чувствительность и электровозбудимость нормальны, сухожильные рефлексы не усилены; ноги парализованы сильнѣе рукъ, но тоже безъ атрофій и безъ разстрой-

*) Manuel des maladies de l'enfance, 2-me édition, p. 381.

**) Unger. Ueb. multiple inselförmige Sclerose des Centralnervens, im Kindersalter. 1887, S. 21.

ства чувствительности; ноги вытянуты и слегка сведены, сухожильные рефлексy усилены; тазовые органы нормальны. Органы живота и груди здоровы. Тѣ же явленія были и у младшаго, только начало было гораздо болѣе медленнымъ и постепеннымъ съ шаткой походки и дрожанія ногъ.

Выше мы уже упомянули о томъ, что по анатомической своей сущности и по теченію прогрессивный (ядерный) бульбарный параличъ аналогиченъ прогрессивной спинальной мышечной атрофіи, но, помимо того, встрѣчается еще и острое страданіе продолговатаго мозга, аналогичное острому переднему полиоміелиту—*poliomyelitis anterior acutissima, s. paralysis spinalis infantum*—острое воспаление переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга. Въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ объ остромъ воспаленіи съ послѣдовательнымъ перерожденіемъ ядеръ, отъ которыхъ берутъ начало двигательные корешки. Теченіе болѣзни въ томъ и другомъ случаяхъ одинаково: послѣ остраго, лихорадочнаго начала быстро появляются распространенные параличи, которые впослѣдствіи мало-по-малу исчезаютъ, и въ концѣ концовъ остается стойкій, атрофическій параличъ (съ характеромъ периферическаго паралича) въ нѣкоторыхъ мышцахъ конечностей или лица. Изъ бульбарныхъ нервовъ всего чаще поражается *n. facialis*. Подобный случай описалъ, напр., Неносъ *).

У дѣвочки, 2½ л., послѣ двухдневнаго жара появляется параличъ правой руки и лѣваго *n. facialis* (верхней и нижней вѣтви); параличъ лица исчезъ черезъ 4—5 недѣль, а рука осталась атрофированной, хотя съ теченіемъ времени въ ней возстановились почти всѣ движенія.

Участіе *n. facialis* въ данномъ случаѣ Неносъ объясняетъ предположеніемъ, что одновременно съ образованіемъ міэлитическаго гнѣзда въ правомъ переднемъ рогѣ шейнаго утолщенія развился небольшой фокусъ въ ядрѣ лѣваго лицевого нерва.

Въ случаѣ Eisenlohr'a **) перерожденіе передняго ядра

*) Hensch. Vorles. üb. Kinderkrankh., 3. Aufl., 1887, S. 239.

**) Ub. acute Bulbus—u. Pons-Affectionen. Arch. f. Psychiatr. IX и X B. (реф. Jahr. f. Kinderh., XVI, S. 221).

лицевого нерва и рѣзко выраженная атрофія ствола и вѣтвей лѣваго n. facialis были доказаны микроскопическимъ изслѣдованіемъ; замѣчательно, что за предѣлами ядра измѣненій не было.

Дѣло шло о ребенкѣ 1-года, у котораго послѣ нѣскольконедневныхъ судорогъ появились правосторонняя гемиплегія и параличъ лѣваго лицевого нерва, съ потерей электровозбудимости и съ атрофіей соотвѣтственныхъ мышцъ. Параличъ конечностей черезъ 2 года исчезъ, а въ области n. facialis онъ оказался стойкимъ. Ребенокъ умеръ черезъ 3 года отъ туберкулеза.

Авторъ разсматриваетъ этотъ случай, какъ острую бульбарную форму дѣтскаго паралича, которая, подобно спинальной формѣ, должна быть сведена на воспаленіе сѣраго вещества. Что касается до начальной гемиплегіи, то она зависѣла отъ расстройства кровообращенія (серознаго пропитыванія) въ окрестности лицевого ядра.

Подобныхъ случаевъ дѣтскаго паралича, съ участіемъ лицевого нерва, можно найти въ литературѣ нѣсколько; но для насъ гораздо интереснѣе такіе случаи бульбарной формы дѣтскаго паралича, въ которыхъ поражаются нѣсколько бульбарныхъ ядеръ, вслѣдствіе чего появляется бульбарный симптомокомплексъ въ острой формѣ. Къ числу такихъ весьма рѣдкихъ наблюденій относится, по нашему мнѣнію, случай Норре-Seyley'a *).

Дѣвочка 14-ти лѣтъ. Болѣзнь ея началась внезапно, на 4-мъ году жизни, повторными приступами судорогъ въ теченіе 8-ми дней; съ тѣхъ поръ остался параличъ лица и языка, при полной неповрежденности конечностей. Авторъ изслѣдовалъ больную черезъ 10 лѣтъ отъ начала болѣзни и нашелъ слѣдующее: слюнотеченіе, сморщиваніе лба и сведеніе бровей возможно, но слабо; смыканіе вѣкъ нормально; передняя часть языка атрофирована, задняя нормальна; языкъ не можетъ быть высунутъ; небная завѣска парализована и атрофирована, а потому носовой голосъ и попаданіе жидкой пищи въ носъ и въ гортань; вслѣдствіе паралича губъ и

*) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1892, II B., S. 188—196.

языка вводитъ пищу въ ротъ пальцами; больная выговариваетъ только *a* и *e*, и потому совершенно не можетъ говорить, но хорошо объясняется письмомъ, такъ какъ умственные способности у нея очень хороши. Электровозбудимость въ парализованныхъ мышцахъ нѣсколько ослаблена. Благодаря фарадизации и упражненію въ разговорѣ, было достигнуто нѣкоторое улучшение въ состояніи языка, губъ и мягкаго неба, вслѣдствіе чего облегчилось жеваніе и глотаніе.

Авторъ діагносцировалъ закончившійся *полиоміэлитъ бульбарныхъ ядеръ*. Отъ прогрессивнаго бульбарнаго паралича данный случай отличается своей стаціонарностью и острымъ началомъ.

Норре-Seyleger ссылается на аналогичные случаи остраго полиоміэлита продолговатаго мозга, описанные Medin'омъ, наблюдавшимъ эпидемію дѣтскаго паралича въ Stockholm'ѣ. Въ числѣ его больныхъ у троихъ было констатировано: моноплегія *facialis*, параличи *hypoglossi*, *accessorii*, *vagi* и *oculomotorii*; въ случаяхъ, дошедшихъ до вскрытія, онъ находилъ воспалительно-дегенеративныя измѣненія въ ядрахъ поименованныхъ нервовъ.

Норре-Seyleger думаетъ, что къ этой же категоріи относятся также случаи врожденнаго бульбарнаго паралича, на примѣръ, случай Hitzig'a *), касающійся 6-лѣтней дѣвочки съ параличомъ *m. orbicularis*, языка (едва могъ быть высунуть до зубовъ), небной занавѣски, съ слюнотеченіемъ, съ парезомъ *m. recti int.* праваго глаза и полной анартріей. Гальваническое леченіе привело почти къ полному излеченію, что, конечно, не говорить въ пользу предположенія насчетъ перерожденія ядеръ.

Интересенъ случай *врожденнаго паралича бульбарныхъ нервовъ* изъ практики Норре-Seyleger'a.

Дѣвочка, 5-ти лѣтъ, съ самаго рожденія отличалась неподвижностью лица; вѣки закрываются не совсѣмъ; лобъ не морщится, слюнотеченіе. Въ возрастѣ 2-хъ лѣтъ замѣчено затрудненіе въ ходбѣ, особенно слабость правой ноги; на 4-мъ году однократный приступъ судорогъ, съ потерей со-

*) Berl. kl. Wochenschr. 1878, № 37, S. 465.

знанія; губы не могутъ быть вытянуты, ротъ обыкновенно открытъ, языкъ нѣсколько тонокъ, но высовывается хорошо, мягкое небо подымается слабо; жеваніе и глотаніе совершаются хорошо. Голосъ носовой; нѣкоторыя согласныя, особенно *r* и *m*, выговариваются съ трудомъ. Чувствительность и умственные способности нормальны, также и тазовые органы. Послѣ 2-хъ мѣсячной фарадизаціи походка нѣсколько улучшилась.

Слабость ногъ авторъ относитъ на счетъ poliomyelitis anter. lumbalis, а параличъ лица онъ объясняетъ внутритрубною заболѣваніемъ ядеръ лицевого нерва, причемъ ссылается на работу Möbius'a—Ueber infantilen Kernschwund. (Münch. Med. Woch. 1892, №№ 2—4).

Бульбарный симптомокомплексъ вслѣдствіе *множественнаго нейрита* въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще встрѣчается послѣ дифтеріи. Обычными симптомами въ подобныхъ случаяхъ являются: параличъ небной занавѣски, носовой голосъ, затрудненное глотаніе, съ попаданіемъ жидкости въ носъ и гортань, невозможность свиста и задуванія свѣчи, но при этомъ не бываетъ, обыкновенно, ни паралича языка, ни серьезнаго расстройства рѣчи. Если параличъ не распространяется на дыхательныя мышцы или на сердце, или, если не развивается воспаленіе легкаго вслѣдствіе западанія пищи въ дыхательныя пути, то черезъ нѣсколько дней или недѣль параличъ проходитъ безъ всякихъ дальнѣйшихъ послѣдствій, независимо отъ того, были ли поражены еще и конечности, или нѣтъ. Стаціонарность дифтерійнаго паралича или прогрессированіе его до степени хроническаго бульбарнаго паралича съ пораженіемъ конечностей принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ; анатомо-патологическая сущность подобныхъ случаевъ остается загадочной. Сюда относится, на примѣръ, наблюденіе Stadthagen'a *), описанное имъ подъ именемъ „случая острововиднаго склероза послѣ дифтеріи“. Въ виду того, однако, что до аутопсіи дѣло не дошло и что при жизни больной не представлялъ ни нистагма, ни дрожанія при волевыхъ движеніяхъ, ни головокруженія,—словомъ

*) Arch. f. Kinderheilk., V, 1884, S. 1—12.

никакихъ, наиболѣе постоянныхъ и характерныхъ симптомовъ множественнаго склероза, діагностика остается *in suspensu*.

Случай былъ слѣдующій: мальчикъ 11-лѣтъ на 4-мъ году перенесъ дифтерію, послѣ которой появился параличъ мягкаго неба; черезъ нѣсколько мѣсяцевъ параличъ мягкаго неба улучшился, но носовой тембръ голоса остался и къ этому вскорѣ присоединился парезъ правой ноги, которая при ходьбѣ волочилась и походка сдѣлалась шаткой. Въ такомъ состояніи мальчикъ оставался 5 лѣтъ; за послѣдніе два года ослабѣла и правая рука, а за 6 мѣсяцевъ до поступления въ больницу развились несомнѣнные бульбарные симптомы, причемъ ослабѣли и лѣвыя конечности.

STATUS PRAESENS. Мальчикъ разумно отвѣчаетъ на вопросы, но рѣчь его очень невнятна вслѣдствіе крайне малой подвижности языка, кончикъ котораго едва доводится до зубовъ; пищу больной просовываетъ въ ротъ пальцами, но глотаетъ онъ свободно какъ плотные комки, такъ и жидкости; свистъ и вытягиваніе губъ невозможны; слюнотеченіе; чувствительность языка, губъ, а также вкусъ, сохранены такъ же, какъ и электровозбудимость. Мягкое небо парализовано; рѣчь монотонна, невнятна. Трофическихкихъ разстройствъ въ парализованныхъ мышцахъ незамѣтно. Въ конечностяхъ замѣчается комбинація паралича съ напряженіемъ мышцъ; послѣднее выступаетъ особенно рѣзко при пассивныхъ движеніяхъ; атрофіи и потери чувствительности нѣтъ, электровозбудимость нормальна, сухожильные рефлексy усилены.

Къ 5-ой группѣ нашей таблицы принадлежатъ случаи *нейроза*, протекающаго въ видѣ бульбарнаго симптомокомплекса. Нѣкоторые изъ подобныхъ случаевъ кончились выздоровленіемъ, другіе летально и при аутопсіи послѣднихъ оказалось, что даже самое тщательное микроскопическое изслѣдованіе цѣлой серіи послойныхъ разрѣзовъ не могло открыть никакихъ замѣтныхъ измѣненій не только въ продолговатомъ мозгу, но и вообще въ центральной нервной системѣ; совершенно нормальными оказывались также нервные стволы и мышцы. Такіе случаи описаны Wilks'омъ (молодая дѣвушка), Oppenheim'омъ (служанка 29-лѣтъ), Eisenlohr'омъ (18-лѣтняя дѣвушка), Shaw'омъ, Senator'омъ (рабочій 41 г.).

Goldflam въ своей статьѣ „Объ излечимыхъ случаяхъ бульбарнаго симптомокомплекса съ участіемъ конечностей“ *) приводитъ собственныхъ 4 случая какъ бы бульбарнаго паралича съ параличемъ конечностей, кончившіеся выздоровленіемъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ отъ начала болѣзни и, сопоставляя ихъ съ вышеупомянутыми случаями Orpenheim'a и др. авторовъ (всего 16 случаевъ), доказываетъ, что всѣ эти случаи должны быть отнесены въ отдѣльную группу особаго нейроза, протекающаго настолько своеобразно, что его діагностика возможна и при жизни. Особенности подобныхъ случаевъ состоятъ въ слѣдующемъ:

1. *Этіологія*: болѣзнь поражаетъ, главнымъ образомъ, молодыхъ субъектовъ, безразлично какъ мужчинъ, такъ и женщинъ, и притомъ безъ всякихъ замѣтныхъ причинъ и безъ предшествовавшихъ острыхъ болѣзней.

2. *Симптомы*: чувствительная сфера не поражается, но мышцы могутъ пострадать во всемъ тѣлѣ. Параличи начинаются обыкновенно въ области головныхъ нервовъ, всего чаще именно разстройствомъ жеванія, глотанія, артикуляціи, — словомъ, бульбарными симптомами; позднѣе парезъ, или параличъ распространяется на мышцы туловища и конечностей; парезы всегда бываютъ двусторонними, строго симметричными. *Facialis* поражается обыкновенно въ нижней и средней вѣтви, но иногда и въ верхней (иногда одна послѣдняя), парезъ двигательныхъ волоконъ *n. trigemini* (*m. masseter*) является однимъ изъ самыхъ раннихъ, постоянныхъ и выдающихся симптомовъ; въ дальнѣйшемъ теченіи поражается и *vagus*, что выражается частымъ, малымъ, неправильнымъ пульсомъ, а въ особенности приступами опаснаго удушья, во время котораго наступаетъ иногда смерть. Изъ вышележащихъ нервовъ часто страдаетъ *oculomotorius*, особенно его вѣтвь, идущая къ *m. levator palpebrae super.* Въ конечностяхъ всего чаще и прежде всего парализуются мышцы, прикрѣпляющіяся къ туловищу (проксимальныя части конечностей поражаются больше, чѣмъ дистальныя; въ этомъ состоитъ, между прочимъ, существенное отличіе этого страда-

*) Deuts. Zeitschr. f. Nervenh., 1893, Bd. IV, S. 312—332.

нія отъ прогрессивной спинальной мышечной атрофіи); Парализованными оказываются *deltoideus, ileo-psoas, glutei, rect. femoris*, а на туловищѣ—мышцы затылка, шеи, рѣже мышцы живота и діафрагма. Для данной формы заболѣванія характерна не степень пареза (колеблющагося отъ незначительной слабости до полного паралича), а быстрая утомляемость мышцъ, которая выражается въ томъ, что самой непродолжительной работы ослабѣвшихъ мышцъ достаточно, чтобы довести ихъ до полного паралича; такъ на примѣръ, послѣ нѣсколькихъ жевательныхъ движеній наступаетъ параличъ жевателей, послѣ короткаго разговора рѣчь дѣлается совѣтъ невозможной, послѣ нѣсколькихъ фонацій утрачивается движеніе въ небной занавѣскѣ и т. п. Послѣ короткаго отдыха параличъ проходитъ. Этой легкой утомляемостью объясняется, между прочимъ, показаніе многихъ авторовъ, что въ ихъ случаяхъ параличи усиливались къ вечеру. Паретическія мышцы не подвергаются атрофіи, не бываетъ также ни фибриллярныхъ подергиваній, ни значительнаго пониженія электровозбудимости; сухожильные рефлексy сохранены, иногда нѣсколько усилены или ослаблены, нерѣдко замѣчается какъ бы утомляемость ихъ, т. е. при первыхъ ударахъ по сухожилю реакція сильнѣе, чѣмъ при слѣдующихъ. Функція тазовыхъ органовъ, а также чувствительность и психика остаются нормальными.

3. *Теченіе*. Всѣмъ случаямъ свойственно быстрое развитіе и прогрессивное усиленіе явленій въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, потомъ слѣдуетъ остановка на достигнутой высотѣ и, наконецъ, постепенное ослабленіе всѣхъ припадковъ до полного выздоровленія. Характерны колебанія въ силѣ симптомовъ, т. е. ремиссіи, смѣняющіяся ожесточеніями, и тѣ и другія продолжаются отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, подобная волнообразность теченія свойственна всѣмъ періодамъ болѣзни; въ періодъ выздоровленія вдругъ наступаютъ значительныя ухудшенія, производящія впечатлѣніе настоящихъ возвратовъ, во время которыхъ можетъ наступить смерть въ одномъ изъ приступовъ удушья. Продолжительность болѣзни колеблется отъ 6 мѣсяцевъ до 2¹/₂ лѣтъ.

4. *Диагностика*. Противъ прогрессивнаго бульбарнаго па-

ралича говорятъ: молодой возрастъ больного, быстрое развитіе, распространеніе паралича на мышцы туловища и проксимальныя части конечностей, раннее пораженіе жевателей, параличь въ области верхней вѣтви п. *facialis*, отсутствіе атрофіи и потери электровозбудимости въ парализованныхъ мышцахъ, раннее наступленіе приступовъ удушья, большая утомляемость мышцъ и волнообразность теченія.

Въ числѣ 16 случаевъ, собранныхъ Goldflam'омъ, значится и случай Remak'a.

Дѣвочка, 12-ти лѣтъ, заболѣла въ февралѣ 1890 г. инфлюэнцой съ воспаленіемъ лѣваго уха (параличь п. *facialis*). Въ іюлѣ замѣчено неполное замыканіе вѣкъ во время сна и неясность рѣчи послѣ сколько-нибудь продолжительнаго разговора (утомляемость языка); въ сентябрѣ—затрудненное глотаніе, рѣдкое миганіе, малоподвижное выраженіе лица, губы не вытягиваются, языкъ не можетъ быть высунутъ далѣе зубовъ, мягкое небо при фонаціи поднимается мало, а послѣ повторныхъ фонацій совсѣмъ не поднимается (утомляемость небной занавѣски), голосъ носовой, продолжительная рѣчь невозможна. При гальваническомъ леченіи улучшеніе рѣчи и глотанія, но потомъ наступаетъ снова ухудшеніе и появляются приступы одышки. Въ октябрѣ—слабость рукъ, сильное удушье, потомъ опять улучшеніе, но въ ноябрѣ смерть во время приступа одышки. Вскрытія не было.

Къ 6-й группѣ мы относимъ случаи міопатическаго бульбарнаго симптомокомплекса вслѣдствіе первичной атрофіи соответственныхъ мышцъ. Эксквизитный случай подобнаго рода, описанный Reinhold'омъ *), хотя и относится къ женщинѣ 32 лѣтъ, но такъ какъ первые симптомы появились у нея на 12-мъ году жизни, и такъ какъ носовой оттѣнокъ голоса замѣчался также у ея брата и сестры, то возможно допустить, что эта форма паралича, по крайней мѣрѣ, въ раннихъ степеняхъ развитія встрѣчается иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ.

Въ случаѣ R. больная представляла слабость и отчасти атрофію въ области мимическихъ мышцъ лица (не исключая и верхней вѣтви п. *facialis*), языка, небной занавѣски, жева-

*) Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., 1893, B. IV, S. 189—199.

телей и *sterno-cl.-mast.*,—словомъ, вполне выраженный бульбарный симптомокомплексъ. Отъ настоящаго бульбарнаго паралича разница состояла въ участіи мышцъ лба, круговой глаза, въ ранней и рѣзко выраженной атрофіи жевателей (у больной образовался даже привычный вывихъ нижней челюсти), тогда какъ языкъ сохранилъ еще достаточно движеній и не былъ атрофированъ и, наконецъ, въ крайне медленномъ теченіи, такъ какъ въ теченіе 12-ти лѣтъ болѣзнь оставалась почти стаціонарною. Больная умерла отъ пнеймоніи. Подробное изслѣдованія продолговатаго и спинного мозга и периферическихъ нервовъ дало вполне отрицательные результаты, тогда какъ мышцы представляли очень рѣзкія измѣненія въ смыслѣ исчезанія мышечныхъ волоконъ, какъ при *dystrophia muscularis progressiva Erb'a*.

Если даже у взрослыхъ людей не всегда можно опредѣлить при жизни причину бульбарнаго симптомокомплекса, то нечего удивляться, что и въ дѣтскомъ возрастѣ не мало найдется случаевъ весьма трудныхъ для діагностики. Многіе изъ нихъ болѣе или менѣе похожи на случаи прогрессивнаго бульбарнаго паралича, но въ каждомъ изъ нихъ есть что-нибудь или со стороны симптомовъ, или въ теченіи, что не позволяетъ отнести его къ категоріи типическаго ядернаго паралича, и діагностика его остается подъ вопросомъ.

Къ этой категоріи относится, напр., случай *Stadthagen'a*, о которомъ сказано выше, случай *Kauser'a* и многіе другіе.

Случай *Kauser'a* *): мальчикъ 12 л., безъ наслѣдственности къ нервнымъ болѣзнямъ. За годъ до поступленія въ больницу замѣчено, что мальчикъ часто держитъ ротъ открытымъ; $\frac{1}{2}$ года спустя появилось обильное слюнотеченіе, а черезъ нѣсколько недѣль послѣ того — парезъ праваго n. *facialis*, разстройство рѣчи вслѣдствіе уменьшенія движеній языка и слабость верхнихъ конечностей, особенно правой. *St. praesens*. Субъектъ анемиченъ, фибриллярныя сокращенія въ языкѣ и нижней губѣ, парезъ праваго n. *facialis*, движенія угловъ рта въ ту или другую сторону ограничены, вѣки слегка опущены, языкъ атрофированъ, при высываніи дрожитъ и отклоняется влѣво,

*) *Deutsches Arch. f. kl. Medic.*, XIX, 2 и 3 Н.

движенія его ограничены, парезъ правой половины мягкаго неба; рѣчь такъ разстроена, что понять ее трудно; жеваніе и глотаніе очень затруднены; электросократительность уменьшена только въ правой половинѣ лица; парезъ правой руки выраженъ сильнѣе, чѣмъ лѣвой; *proc. mastoid.*, область затылка и 4-хъ верхнихъ остистыхъ позвонковъ при давленіи болѣзненны; умственные способности нормальны, расположеніе духа измѣнчиво; мальчикъ раздражителенъ и золъ. Исходъ неизвѣстенъ.

Противъ типическаго бульбарнаго паралича говорить, главнымъ образомъ, несимметрическое распространеніе параличей. Къ этой же категоріи „неясныхъ въ діагностическомъ отношеніи случаевъ“ относится и наше наблюденіе, къ описанію котораго и переходимъ.

Больной поступилъ въ клинику 2-го ноября 1893 года по поводу невнятной рѣчи, большого живота и слабости рукъ.

АНАМНЕЗЪ. Больной—2-й ребенокъ здоровыхъ родителей, у которыхъ всего было 7 человекъ дѣтей, изъ коихъ 3 умерло на первомъ году жизни отъ неизвѣстныхъ причинъ. Выкидышей и недоносковъ не было. Больной родился въ срокъ, асфиксии не было, такъ же какъ никакихъ болѣзней новорожденныхъ и никакой сыпи. При груди матери оставался до двухъ лѣтъ; первые зубы на 12-мъ мѣсяцѣ; ходить сталъ около 2-хъ лѣтъ. На 9-мъ году перенесъ корь, послѣ которой кашель продолжался мѣсяца три; черезъ полгода послѣ того— кровавый поносъ. Въ прошлую зиму мать замѣтила, что у мальчика увеличился животъ, а съ Пасхи нынѣшняго года (значитъ, мѣсяцевъ за 7 до поступленія въ клинику) больной сталъ постепенно терять рѣчь; издавна у больного довольно частыя носовыя кровотеченія. Жилъ ребенокъ въ деревнѣ, въ Рязан. губ., въ высокой песчаной мѣстности, болотъ по близости нѣтъ, лихорадкой не страдалъ; прошлую зимой, катаясь по льду, упалъ на спину, но на ушибъ не жаловался.

STATUS PRAESENS. Больной хорошаго сложенія, съ умѣренно развитыми мышцами и подкожно-жирнымъ слоемъ; голова по величинѣ своей (окружность 51,5) соотвѣтствуетъ величинѣ тѣла и груди (ростъ—129, окруж. груди—67). Всѣ эти размѣры, какъ и вѣсъ тѣла (1 п. 24¹/₂ ф.) близко подходят къ

средней нормѣ, выведенной для дѣтей его возраста (ростъ 131, грудь 64, голова 53,5 и вѣсъ 1 п. 27¹/₂ ф.). На кожѣ никакой сыпи, лимфатическія железы шеи и въ другимъ мѣстахъ не увеличены, слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны.

Органы пищеваренія. Аппетитъ очень хорошъ, больной выпиваетъ двѣ кружки молока съ хлѣбомъ, съѣдаетъ обѣдъ изъ двухъ блюдъ и ужинъ, языкъ чистъ, тошноты и рвоты никогда не бываетъ, на боли живота не жалуется; на низъ въ порядкѣ 1—2 раза въ день, животъ вздутъ, но мягокъ, безболѣзненъ и даетъ при постукиваніи всюду ясный, тимпанический звукъ, только въ области селезенки звукъ тупой на большомъ протяженіи; въ этомъ мѣстѣ прощупывается плотная опухоль, съ гладкою поверхностью, спускающаяся на цѣлую ладонь ниже реберъ. Форма и положеніе опухоли несомнѣнно доказываютъ, что это—гипертрофированная селезенка. Печень нормальной величины, не прощупывается, только на границѣ верхней трети линіи, соединяющей пупокъ съ мечевиднымъ отросткомъ, удается прощупать край печени.

Мочеиспусканіе и дефекація совершаются правильно; моча свѣтла, безъ осадка и безъ бѣлка и сахара, въ количествѣ около 1000. Органы дыханія здоровы, насморка и кашля нѣтъ; тоны сердца чисты, границы тупого звука его въ нормальныхъ предѣлахъ; температура нормальна (колеблется около 37°).

Нервная система. Расположеніе духа веселое, больной смѣется отъ всякаго пустяка, иногда закатывается; сонъ хорошъ, головной боли нѣтъ; умственные способности (о которыхъ, въ виду расстройства рѣчи, затруднительно составить вѣрное понятіе), повидимому, нормальны, голосъ громкій, но съ сильно-носовымъ тембромъ; обоняніе и вкусъ нормальны; офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ отрицательные результаты, только сосуды дна глаза рѣзко контурированы, что совсѣмъ несвойственно дѣтскимъ глазамъ и что, по мнѣнію д-ра Ложечникова, говоритъ въ пользу начинающагося періартерита; на роговой лѣваго глаза легкое помутнѣніе; зрчки одинаковой величины, хорошо реагируютъ на свѣтъ и конвергенцію; движенія глазъ во всѣ стороны нормальны, ни-стагма нѣтъ, но, если больной подымаетъ глаза кверху или поворачиваетъ ихъ въ сторону, то всегда появляются при

этомъ подергиванія глазныхъ яблокъ, что служитъ выраженіемъ легкой степени нистагма. Вѣки хорошо замыкаются; при сильномъ смыканіи вѣкъъ появляются вертикальныя складки на переносицѣ, но при открытыхъ глазахъ больной не можетъ сводить бровей, равно какъ и сморщить лба; существуетъ, слѣдовательно, парезъ въ области верхней вѣтви *n. facialis*. Въ области нижнихъ и среднихъ его вѣтвей замѣчаются также довольно рѣзкія функціональныя измѣненія; движенія губъ довольно ослаблены, больной съ трудомъ вытягиваетъ губы, да и то немного, и вовсе не можетъ перекосить рта въ ту или другую сторону, свистъ совсѣмъ не удается, свѣчу задуваетъ, но только на самомъ близкомъ разстояніи; выговоръ губныхъ *n* и *б* невозможенъ, *в* и *л* плохи; захвативъ губами (или зубами) кусокъ хлѣба, больной не можетъ препроводить его въ ротъ, онъ обязательно помогаетъ этому пальцами, вводимыми въ ротъ; пища, попавшая между щекъ и зубами, вынимается тоже пальцами; чувствительность лица нормальна, жеватели работаютъ, повидимому, хорошо, но крыловидныя мышцы—слабо, такъ какъ больной не можетъ двигать нижнюю челюсть ни въ стороны, ни впередъ. Языкъ почти совершенно утратилъ свои движенія: больной не можетъ его не только высунуть, но даже не въ состояніи довести кончикъ его до зубовъ, боковыя движенія языка тоже невозможны; единственно, что осталось, это,—небольшое поднятіе кончика языка кверху. По своимъ размѣрамъ и по гладкой, неморщинистой поверхности языкъ представляется нормальнымъ, такъ что рѣзко выраженной атрофіи его рѣшительно нѣтъ, хотя наощупь онъ можетъ быть нѣсколько мягче, дряблѣе нормальнаго, но и это не рѣзко. Язычныя согласныя *р*, *с*, *л* не выговариваются, вслѣдствіе чего рѣчь больного чрезвычайно затруднена, и многія слова совсѣмъ не выговариваются (анартрія). Мягкое небо опущено, рѣчь съ сильно гнусавымъ оттѣнкомъ, при фонаціи и при щекотаніи небная занавѣска совсѣмъ не поднимается, язычекъ, несмотря на расслабленіе мягкаго неба, коротокъ и узокъ. Замѣчательно, что глотаніе, несмотря на параличъ языка и мягкаго неба, свободно; жидкая пища не попадаетъ ни въ носъ, ни въ гортань; чувствительность мягкаго неба болевая и на идуктивный токъ рѣзко пони-

жена. Электровозбудимость мышц въ области n. facialis во всѣхъ его вѣтвяхъ, а также мышцъ языка, мягкаго неба и двигательной порціи n. trigemini совершенно нормальна; мышцы, окружающія ротъ, кажутся нѣсколько похудавшими.

Въ верхнихъ конечностяхъ замѣчается очень большая неловкость движеній, главнымъ образомъ, въ пальцахъ, которые больной держитъ постоянно вытянутыми вслѣдствіе ригидности мышцъ; больной хотя и можетъ сложить пальцы въ кулакъ, но дѣлаетъ это медленно и неполнѣ: выходитъ скорѣе трубка, нежели кулакъ. Руки постоянно согнуты въ локтевыхъ сочлененіяхъ почти подъ прямымъ угломъ, но при желаніи больной можетъ ихъ вытянуть или согнуть еще больше; пассивныя движенія встрѣчаютъ порядочное противодѣйствіе со стороны спастическаго состоянія сгибателей локтя. Почеркъ дрожащій, буквы выходятъ съ мелкими зазубринами; замѣтной атрофіи мышцъ нѣтъ, рефлексy не повышены, электросократительность нормальна. Мелкія движенія, требующія ловкости пальцевъ, напримѣръ, завязываніе узла, невозможны: при попыткахъ къ этому, равно какъ при всякомъ волевомъ движеніи пальцами, въ кистяхъ появляется рѣзко выраженный треморъ. Сила въ мышцахъ, сгибающихъ пальцы, довольно значительна. Когда началось разстройство въ движеніяхъ рукъ — больной не знаетъ, ибо оно развивалось очень постепенно.

Въ нижнихъ конечностяхъ, при пассивныхъ движеніяхъ рѣзко выступаетъ спастическое состояніе мышцъ, какъ въ сгибателяхъ, такъ и въ разгибателяхъ колѣнъ и бедра, но ходитъ больной довольно свободно, причеиъ широко разстеляетъ ноги; онъ можетъ даже и бѣгать. Колѣнные рефлексy нормальны, клонуса нѣтъ, мышцы не атрофированы, электросократительность нормальна.

Теченіе. До 26-го ноября (въ теченіе 17 дней) больной былъ безъ леченія и состояніе его оставалось безъ переменъ; съ 26-го, на основаніи нижеприведенныхъ соображеній, назначенъ іодистый калий, и недѣли черезъ двѣ послѣ того наступило замѣтное улучшение со стороны нѣкоторыхъ припадковъ: языкъ высовывается, хотя и медленно, но вполнѣ, причеиъ кончикъ его отклоняется вправо; при высовываніи

языкъ сильно дрожить; рѣчь настолько улучшилась, что больной явственно выговариваетъ такія слова, какъ: папа, лилія, барабанъ и т. п.; свѣчу задуваетъ свободно, можетъ немного свистать; движенія въ пальцахъ хотя все еще очень затруднены и сопровождаются треморомъ, но больной можетъ все-таки завязать изъ шнура узелъ. Къ 25-му декабря се-лезенка нѣсколько уменьшилась и сдѣлалась немного мягче. Спастическое состояніе конечностей и параличъ мягкаго неба пока безъ перемѣнъ.

ДИАГНОСТИКА. Что мы имѣли дѣло не съ типическимъ ядернымъ бульбарнымъ параличемъ, въ этомъ едва ли можетъ быть сомнѣніе: это явствуется и изъ отсутствія ясно выраженной атрофіи языка и другихъ мышцъ и изъ наличности спастическаго состоянія конечностей, и, наконецъ, изъ теченія, и будь это прогрессивный бульбарный параличъ, то мы не достигли бы улучшенія въ столь короткій срокъ. Съ увѣренностью также можно утверждать, что здѣсь дѣло идетъ не о нейритѣ и не о воспаленіи мозговыхъ оболочекъ на основаніи мозга. Первый исключается, во-первыхъ, анамнезомъ (не было дифтеріи, да и теченіе чрезмѣрно продолжительно для дифтерійнаго паралича); во-вторыхъ, спастическое состояніе мышцъ конечностей не можетъ быть объяснено нейритомъ; въ третьихъ, сохраненіе электровозбудимости въ языкѣ и въ другихъ парализованныхъ мышцахъ тоже говоритъ противъ нейрита, а противъ хроническаго менингита можно привести отсутствіе общихъ мозговыхъ симптомовъ, какъ напримѣръ, головной боли, рвоты и расстройства психической дѣятельности, а также отсутствіе параличей глазныхъ нервовъ, которые всего скорѣе вовлекаются въ страданіе при базилярномъ менингитѣ.

Нашъ случай представляетъ нѣкоторое сходство съ тѣми случаями, что описываются Goldflam'омъ подъ именемъ излечимаго бульбарнаго симптомокомплекса съ пораженіемъ конечностей, напр., у насъ есть и слабость конечностей, и поражение верхней вѣтви n. facialis, и нормальная психика при отсутствіи головной боли, рвоты и расстройства чувствительности, но этимъ сходство и ограничивается: въ нашемъ случаѣ нѣтъ ни замѣтнаго паралича жевателей, ни легкой

утомляемости, ни волнообразнаго теченія, ни приступовъ удушья, ни быстраго развитія всѣхъ припадковъ.

Остается рѣшить, имѣется ли здѣсь пораженіе продолговатаго мозга или большого. Такъ какъ страданіемъ одного продолговатаго мозга всѣхъ симптомовъ въ нашемъ случаѣ объяснить нельзя (нистагмъ, спастическое состояніе мышцъ конечностей), то вѣроятнѣе предположить пораженіе всей центральной нервной системы, т. е. и головного, и спинного, и продолговатаго мозга, именно, въ видѣ множественнаго или острововиднаго склероза. Въ пользу этого предположенія говорятъ симптомы, считающіеся наиболѣе характерными для этого страданія, а именно: смѣшливое настроеніе духа, легкой нистагмъ, трясеніе рукъ при волевыхъ движеніяхъ и языка, спастическое состояніе мышцъ конечностей, отсутствіе атрофіи въ языкѣ и др. мышцахъ лица, сохраненіе электровозбудимости и чувствительности. Головная боль и головокруженіе при склерозѣ не принадлежать къ числу постоянныхъ симптомовъ; они встрѣчаются приблизительно въ $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ всѣхъ случаевъ и потому отсутствіе ихъ не можетъ опровергать наше предположеніе.

При рѣшеніи вопроса о причинѣ склероза, мы встрѣчаемся съ новымъ затрудненіемъ. Въ половинѣ случаевъ для развитія склероза не удастся открыть никакихъ причинъ, кромѣ развѣ нейропатической наслѣдственности, да и то не всегда; въ другой половинѣ случаевъ развитіе острововиднаго склероза приписывается предшествовавшимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, въ числѣ которыхъ значится и скарлатина, и корь, и дифтерія, и тифъ и др. Нашъ больной года за полтора до начала паралича перенесъ тяжелую корь, и, пожалуй, на этомъ можно бы успокоиться; но въ данномъ случаѣ анамнезъ даетъ основаніе еще и къ другому предположенію, именно, возбуждается подозрѣніе насчетъ поздняго наслѣдственнаго сифилиса. Первый фактъ, остановившій на себѣ наше вниманіе, состоитъ въ большой смертности дѣтей въ семьѣ больного: изъ 7 человекъ умерло трое и притомъ отъ неизвѣстныхъ причинъ въ первые мѣсяцы жизни. Если матери нашихъ клиническихъ пациентовъ въ большинствѣ случаевъ не умѣютъ назвать болѣзни, отъ которой умирали ихъ дѣти, то онѣ могутъ все-таки сказать, при какихъ сим-

птомахъ произошла смерть: былъ ли то поносъ, или кашель, спячка и проч.; если же мать говоритъ только объ общей слабости въ первые мѣсяцы жизни, то мы имѣемъ право подозревать и врожденную слабость, а эта послѣдняя въ случаѣ появленія ея у нѣсколькихъ дѣтей известной семьи указываетъ на какую-нибудь кахексію у родителей. Эта - то наследственная кахексія отразилась и на нашемъ больномъ, а именно тѣмъ, что, несмотря на материнское грудное кормленіе, т. е. на самую лучшую пищу, онъ развивался все-таки крайне плохо — зубки рѣзались у него 11-ти мѣсяцевъ, а ходить онъ началъ 2-хъ лѣтъ. На кахексію же указываетъ и хроническая опухоль селезенки, для появленія которой въ послѣдніе годы жизни нельзя подыскать никакихъ причинъ: ни интермиттента, ни лейкеміи, ни значительной анеміи, ни болѣзни печени; словомъ, слѣдуетъ думать, что опухоль селезенки появилась у нашего больного въ самые ранніе годы жизни, т. е. въ такомъ возрастѣ, когда наследственный сифилисъ считается одною изъ самыхъ частыхъ причинъ хронической опухоли селезенки. Дойдя такимъ путемъ до предположенія у больного наследственнаго сифилиса, мы свели къ этой этиологіи и бульбарные симптомы и назначили ему іодистый калий. Улучшеніе, замѣченное нами черезъ 2 недѣли, мы считаемъ дальнѣйшимъ косвеннымъ доводомъ въ пользу мозгового сифилиса у нашего больного.

На засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей, гдѣ я демонстрировалъ этотъ случай, д-ръ Л. С. Миноръ, между прочимъ, возражалъ мнѣ, что діагностика множественнаго склероза несомвѣстима съ діагностикой мозгового сифилиса; по его мнѣнію, что-нибудь одно: или есть склерозъ и значить нѣтъ сифилиса, или, наоборотъ. Но съ такимъ категорическимъ заявленіемъ, какъ мнѣ кажется, я имѣю право не согласиться, такъ какъ несомнѣнно только одно, что вопросъ о томъ, можетъ ли сифилисъ быть причиной множественнаго склероза, принадлежитъ къ числу спорныхъ, какъ напр., говорить по этому поводу Strümpel въ послѣднемъ изданіи своего учебника *); Eichhorst **) идетъ далѣе и упоминаетъ

*) Krankh. d. Nervensystems. Leipzig. 1889. S. 195.

**) Руков. частн. патологіи и терапіи. Спб. 1887, т. III. стр. 168.

о случаѣ Schuster'a, въ которомъ болѣзнь (sclerosis multiplex) стояла въ связи съ сифилисомъ и была почти излечена специфическимъ леченіемъ; наконецъ, Gowers *), не признающій сифилиса за этиологическій моментъ множественнаго склероза, говоритъ, однако, что иногда встрѣчается разсѣянная форма хроническаго склеротическаго воспаленія центральной нервной системы, какъ вѣроятное слѣдствіе сифилиса (стр. 465), и далѣе (на стр. 548) онъ снова возвращается къ этому вопросу и говоритъ, что „разсѣянные, склеротическіе фокусы сифилитическаго происхожденія, встрѣчающіеся какъ въ головномъ, такъ и въ спинномъ мозгу, представляютъ большое сходство съ обыкновеннымъ множественнымъ склерозомъ.

Впрочемъ, вопросъ объ анатомопатологической сущности измѣненій нервной системы для насъ имѣетъ второстепенное значеніе; гораздо интереснѣе знать, можетъ ли наслѣдственный сифилисъ у дѣтей вызывать симптомы множественнаго склероза, и оказываетъ ли въ такихъ случаяхъ благопріятное вліяніе специфическое леченіе? Поэтому поводу я не дѣлалъ большихъ поисковъ въ литературѣ и ограничился работою Moncorvo „De l'etiologie de la sclérose en plaques chez les enfants et notamment de l'influence pathogénique de l'héredo-syphilis“ **), который на основаніи собственныхъ четырехъ случаевъ рѣшительно высказывается за возможность происхожденія симптомовъ множественнаго склероза подъ вліяніемъ наслѣдственнаго сифилиса. Для примѣра мы приведемъ одинъ изъ его случаевъ.

Дѣвочка, 3½ лѣтъ, родилась отъ завѣдомо сифилитическаго отца; съ самаго рожденія она была слабымъ и блѣднымъ ребенкомъ; въ первые мѣсяцы жизни она страдала упорнымъ насморкомъ и пятнисто-папулезнымъ сифилидомъ на туловищѣ и конечностяхъ. Мѣсяца за 2 до поступленія въ больницу стала страдать безсонницей, сонъ прерывался приступами ночного испуга, характеръ рѣзко измѣнился— дѣвочка сдѣлалась раздражительна и зла.

*) Handb. d. Nervenkr., II B., 1892.

**) Rev. mensuelle des maladies de l'enfance, 1887, т.V, p. 241 — 261.

STATUS PRAESENS. Взглядъ безъ выраженія, больная съ трудомъ отвѣчаетъ на вопросы, монотонная, скандированная рѣчь, ясно выраженный нистагмъ, трясеніе языка, ослабленіе умственныхъ способностей; ходитъ съ трудомъ, шатаясь какъ пьяная, слабость замѣчается и въ рукахъ; при волевыхъ движеніяхъ появляется сильный треморъ, увеличивающійся по мѣрѣ приближенія руки къ намѣченной цѣли, вслѣдствіе чего, напр., она не можетъ поднести къ губамъ стакана съ водой, не расплескавъ послѣднюю; чувствительность и электро-возбудительность нормальны, рефлексъ съ сухожилій не усилены, закрытіе глазъ не увеличиваетъ шаткости походки. Лечение — 5% растворъ іодистаго калия, двѣ ложки въ день, и втираніе сѣрой мази. Улучшеніе замѣчено черезъ 3 недѣли: сонъ покойнѣе, походка менѣе шаткая; еще черезъ 10 дней — ребенокъ совсѣмъ покоенъ, хорошо спитъ, ходитъ свободно, осталось только нѣкоторое разстройство рѣчи, дрожаніе рукъ и легкой нистагмъ.

Авторъ видѣлъ дѣвочку послѣ 5 мѣсячнаго леченія и нашелъ ее совершенно здоровою; еще разъ онъ видѣлъ ее черезъ годъ послѣ того, и возврата болѣзни не было. Авторъ отмѣчаетъ, что въ данномъ случаѣ были на-лицо всѣ важнѣйшіе симптомы множественнаго склероза, какъ-то: измѣненіе характера, безсонница, нистагмъ, дрожаніе языка и разстройство координаціи (шаткая походка) и дрожаніе рукъ при волевыхъ движеніяхъ, — и тѣмъ не менѣе наступило полное выздоровленіе благодаря специфическому леченію; по этой послѣдней причинѣ и на основаніи анамнеза авторъ и утверждаетъ, что наследственный lues можетъ быть причиной симптомовъ множественнаго склероза.

Въ заключеніе два слова по поводу свободнаго глотанія у нашего больного, несмотря на полную неподвижность языка. Симптомъ этотъ отмѣченъ также въ случаѣ Stadthagen'a; несомнѣнно, что онъ встрѣчается иногда и въ типическихъ случаяхъ прогрессивнаго бульбарнаго паралича у взрослыхъ. Припомнимъ по этому поводу, что Duval описалъ добавочное ядро для n. hypoglossus и что въ случаѣ Duval'я и Raymond'a, въ которомъ языкъ совершенно утратилъ произвольныя движенія, но тѣмъ не менѣе принималъ еще участіе въ asso-

цированныхъ движеніяхъ при актѣ глотанія, при вскрытіи оказалось, что классическое ядро подъязычнаго нерва было разрушено совершенно, тогда какъ добавочное было задѣто лишь слегка. На основаніи этого факта авторъ высказалъ гипотезу, по которой главное ядро является спеціальнымъ бульбарнымъ центромъ для движеній языка при артикуляціи, тогда какъ добавочное ядро нужно считать центромъ ассоціированныхъ движеній языка при актѣ глотанія. Этою гипотезой легко объясняется свободное глотаніе и въ нашемъ случаѣ.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	<i>Стр.</i>
I. Хроническій туберкулезный перитонитъ	1
II. Хроническій серозный перитонитъ	21
III. Хроническій туберкулезный перитонитъ	28
IV. Influenza	33
V. Фимозъ	38
VI. Pyelocystitis	42
VII. Нефритъ	52
VIII. Патогенезъ нѣкоторыхъ формъ безальбинуричныхъ водянокъ у дѣтей.	71
IX. Золотуха	77
X. Лечение рахита	97
XI. Хроническій катарръ кишекъ	108
XII. Малярийная кахекия (Malaria larvata).	122
XIII. Идиопатическая атрофія.	134
XIV. Лечение диспепсіи у грудныхъ дѣтей	141
XV. Бронхопнеймонія у рахитика	150
XVI. Pneumonia et meningitis cerebrospinalis	164
XVII. Туберкулезный цереброспинальный менингитъ.	181
XVIII. Хроническая головная водянка	187
XIX. Ложный менингитъ	195
XX. Острая атаксія въ дѣтскомъ возрастѣ	202
XXI. Слабость ногъ и параплегія у дѣтей	213
XXII. Лечение дѣтской хорей	232
XXIII. Бульбарный симптомокомплексъ въ дѣтскомъ возрастѣ.	243

Проф. Н. Ф. Филатовъ

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

ЗАПИСАНЫ И СОСТАВЛЕННЫ

ВРАЧАМИ

С. Васильевымъ, В. Григорьевымъ и Г. Сперанскимъ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ АВТОРА

Выпускъ II

МОСКВА

ТОВАРИЩЕСТВО ТИПОГРАФИИ А. И. МАМОНТОВА
ЛЕОНТЬЕВСКІЙ ПЕР., Д. № 5

1902

Затяжныя и безлихорадочныя формы инфлюэнцы *).

Подъ именемъ „затяжной инфлюэнцы“ мы понимаемъ такого рода случаи, которые тянутся необыкновенно долгое время, т. е. продолжительность лихорадочнаго состоянія которыхъ значительно превосходить средній срокъ теченія инфлюэнцы. Такъ какъ инфлюэнца не отличается строго типичнымъ теченіемъ, то опредѣлить ея „средній срокъ“ не особенно легко, тѣмъ болѣе, что различные авторы высказываются по этому поводу неодинаково; такъ напр., Leichtenstern (Nothnagel's Handbuch, IV B., S. 71) опредѣляетъ продолжительность инфлюэнцы для громаднаго большинства случаевъ въ нѣсколько дней; онъ приводитъ, между прочимъ, статистическія данныя для Берлина, изъ коихъ видно, что въ 32⁰/₀ болѣзнь тянулась менѣе 7-и дней, въ 31⁰/₀ до 14 дней, въ 16⁰/₀ до 3-хъ недѣль и въ 20⁰/₀ долѣе 3-хъ недѣль; Gillet (Traité des maladies de l'enf. Grancher, Comby et Marfan, 1897, p. 359) различаетъ двѣ разновидности инфлюэнцы: одну съ короткою лихорадкой, другую съ продолжительною (fièvre grippale prolongée), но какъ долго можетъ тянуться послѣдняя, объ этомъ онъ не говоритъ; Widal (Traité de médecine de Charcot et Bouchard, T. I, p. 826) считаетъ среднимъ срокомъ 3—8 дней,

*) Напечатано въ журналѣ „Медицинское Обозрѣніе“ 1899 г.

но говорить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ инфлюэнциная лихорадка затягивается до 24-го дня, даже безъ всякихъ осложненій. Въ общемъ можно принять, что нормальная инфлюэнца продолжается отъ 3 дней до трехъ недѣль, и потому всѣ случаи, въ которыхъ лихорадочное состояніе затягивается, несмотря на отсутствіе какихъ бы то ни было осложненій долѣе мѣсяца, мы относимъ къ категоріи „затяжной, или хронической“ инфлюэнцы.

Что бациллы инфлюэнцы Pfeiffer'a могутъ оставаться въ тѣлѣ больного въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ— это доказано самимъ Pfeiffer'омъ, который находилъ ихъ въ бронхіальной слизи спустя нѣсколько недѣль отъ начала болѣзни; особенно продолжительное время сохраняются онѣ въ мокротѣ чахоточныхъ больныхъ, случайно заразившихся инфлюэнцей; у подобныхъ субъектовъ Pfeiffer находилъ свою бациллу въ теченіе 14 мѣсяцевъ. Для подобнаго рода случаевъ онъ предлагаетъ названіе хронической инфлюэнцы. Слѣдовательно, существованіе затяжныхъ или хроническихъ случаевъ инфлюэнцы съ бактериологической точки зрѣнія является вполне доказаннымъ, но тѣмъ не менѣе клиническая картина подобныхъ случаевъ и ихъ теченіе остаются совсѣмъ еще не выясненными. На основаніи собственныхъ наблюденій мы утверждаемъ, что, подобно острой инфлюэнцѣ, хроническая форма этой болѣзни можетъ протекать, какъ въ сопровожденіи катарровъ дыхательныхъ органовъ, такъ и безъ катарральныхъ явленій, выражаясь лишь лихорадочнымъ состояніемъ, слабостью и другими общими явленіями. Но, такъ какъ бациллы инфлюэнцы, по свидѣтельству Pfeiffer'a, въ крови не встрѣчаются, а только въ бронхіальной и носовой слизи, то понятно, что бактериологическая діагностика случаевъ инфлюэнцы безъ катарровъ невозможна, клиническое же распознаваніе затяжной инфлюэнцы, протекавшей безъ катарровъ, основывалось въ нижеприводимыхъ случаяхъ на этиологическихъ моментахъ и на симптомахъ.

Затяжная форма инфлюэнцы несравненно чаще встрѣчалась намъ безъ катарровъ, выражаясь, главнымъ образомъ, лихорадочнымъ состояніемъ, которое въ однихъ случаяхъ тянулось неопредѣленно долгое время, не дѣлая никакихъ ап-

трактовъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ хроничность болѣзни (пребываніе инфекціи въ тѣлѣ) выражалась упорнымъ повтореніемъ отдѣльныхъ, короткихъ (1—3-дневныхъ) приступовъ инфлюэнцы черезъ различные промежутки времени въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ.

Случаи затяжной инфлюэнцы попадались намъ и прежде *), но изрѣдка, и оставались для насъ загадочными, непонятными до тѣхъ поръ, пока осенью и зимой 97/98 г. подобные случаи стали встрѣчаться довольно часто, и притомъ не только въ видѣ отдѣльныхъ случаевъ, но и въ семейныхъ эпидеміяхъ, на основаніи которыхъ мы и пришли, наконецъ, къ заключенію, что въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ о затяжной или хронической инфлюэнцѣ.

Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, бываетъ такъ: въ извѣстной семьѣ появляется лихорадочная болѣзнь, по всѣмъ признакамъ инфлюэнца; заболѣваютъ и взрослые,

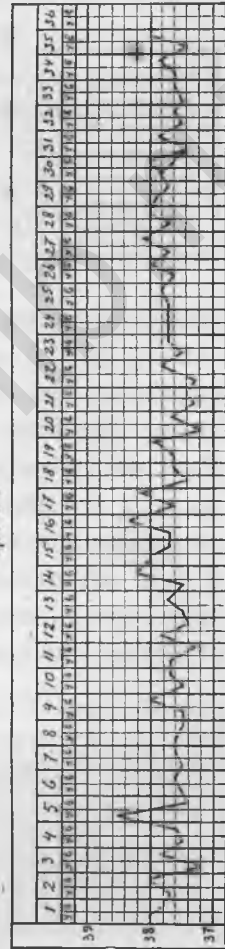
*) Первый такой случай, чрезвычайно насъ заинтересовавшій и оставшійся безъ діагностики, несмотря на свою трехмѣсячную продолжительность, встрѣтился намъ въ 1896 году. Это былъ мальчикъ 3-хъ лѣтъ, сынъ врача, заболѣвшій въ среднихъ числахъ апрѣля небольшимъ лихорадочнымъ состояніемъ и кончившій лихорадить 23 іюля; за все это время t^0 держалась по утрамъ около $37,3-37,4^0$, а вечеромъ $37,6-37,9^0$, изрѣдка поднимаясь до 38^0 съ десятинами; максимумъ температуры приходился на время отъ 3 до 7 веч.; вновь не было, на первый планъ выступала значительная слабость и вялость, мальчикъ пересталъ бѣгать и часто прикладывался, а въ іюнѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней добровольно лежалъ въ постели, причемъ t^0 не поднималась ни разу выше $38,8-38,9^0$. Аппетитъ былъ очень плохой и прихотливый, рвоты не было ни разу, склонность къ запору (къ клистирамъ приходилось часто прибѣгать и до болѣзни). Кашля, головной боли и опухоли селезенки не было; днемъ больной не потѣлъ и выходилъ на воздухъ ежедневно съ утра и до 7 ч. вечера, но по ночамъ были сильнѣйшіе поты, такъ что случалось иногда мѣнять бѣлье нѣсколько разъ въ ночь; ежедневные поты появились не съ самаго начала болѣзни, а съ іюня и продолжались до конца болѣзни; сонъ былъ хорошъ, раздражительности не было, больной былъ, напротивъ, очень тихъ, слабъ и вялъ; жалобъ онъ никакихъ не заявлялъ. Такъ какъ въ апрѣлѣ мимо дома, въ которомъ жилъ больной (въ бель-этажѣ), прокладывались по переулку трубы, и почва была разрыта, то я, вмѣстѣ съ отцомъ больного, предположилъ, за неимѣніемъ ничего лучшаго, особаго рода болотное зараженіе. Плазмодій мы въ крови не искали, хининъ не дѣйствовалъ.

и дѣти; у кого болѣзнь выражается только общимъ недомоганіемъ, у кого, кромѣ того, еще насморкомъ и кашлемъ, и черезъ короткое время всѣ выздоравливаютъ, кромѣ одного или двухъ членовъ семьи, у которыхъ кашель хотя и прекратился, но полного выздоровленія не наступаетъ — остаются потеря аппетита и общая слабость, усиливающаяся въ известное время дня, большею частью отъ 12 до 3—4 часовъ; въ это время появляются иногда головная боль и легкое познабливаніе, а слабость увеличивается до того, что больной охотно ложится въ постель; черезъ 2—4 часа періодъ ухудшенія заканчивается нерѣдко потомъ или замѣтною испариной, послѣ чего больной очень скоро приходитъ въ прежнее состояніе относительно небольшого недомоганія. Ставятъ градусникъ и находятъ температуру слегка возвышенную, во время ухудшенія она доходитъ до $38-38,5^{\circ}$, но не падаетъ до нормы и во время улучшенія. Въ общемъ болѣзнь напоминаетъ нерѣзко выраженную малярію, но, несмотря на многонедѣльное теченіе лихорадочнаго состоянія, селезенка остается нормальной величины, плазмодій Laveran'a въ крови не оказывается (въ пяти случаяхъ кровь была изслѣдована въ лабораторіи д-ра Блюменталя); хининъ, мышьякъ (внутри и подъ кожу), helianthus никакого замѣтнаго вліянія на теченіе болѣзни не оказываютъ. По отношенію къ другимъ симптомамъ изслѣдованіе даетъ отрицательные результаты: языкъ чистъ, аппетитъ до нѣкоторой степени сохраненъ, отрыжекъ и тошноты нѣтъ, на низѣ нормально или наклонность къ запору, боли живота нѣтъ, моча безъ бѣлка, *насморка и кашля обыкновенно не бываетъ* даже и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ болѣзнь началась съ катарральныхъ явленій; сонъ недуренъ; поты бываютъ не у всѣхъ больныхъ, но у нѣкоторыхъ наблюдаются обильные поты; субъективныя жалобы только на общее недомоганіе, которое увеличивается въ известное время дня; у маленькихъ дѣтей недомоганіе это никакихъ жалобъ не вызываетъ, а выражается вялостью и неохотой къ играмъ. Головная боль встрѣчается не у всѣхъ; общее питаніе подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія и уменьшеннаго аппетита хотя и страдаетъ, но страннымъ образомъ — не особенно сильно, и при томъ выражается больше блѣдностью, чѣмъ похуданіемъ. Са-

мымъ характернымъ симптомомъ является лихорадочное состояніе, для объясненія котораго не удается открыть никакой мѣстной причины. Это лихорадочное состояніе характеризуется двумя главными свойствами: во-1-хъ, оно *очень продолжительно* (тянется отъ 6 недѣль до 3-хъ мѣсяцевъ и больше) и, во-2-хъ, выражается лишь *незначительнымъ повышеніемъ* температуры. У насъ записано нѣсколько случаевъ, въ которыхъ t° колебалась даже въ предѣлахъ нормы, но тѣмъ не менѣе больные, видимо, лихорадили; это замѣтно было по ихъ вялости и слабости, увеличивавшейся въ извѣстное время дня; иногда ихъ знобило, а еще чаще наблюдался потъ.

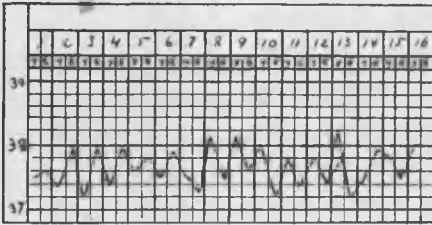
Для примѣра этой формы хронической инфлюэнцы я приведу въ краткихъ чертахъ исторію одной семейной эпидеміи.

Дѣло идетъ о трехъ дѣтяхъ Е. въ возрастѣ 4-хъ, 3-хъ и 2-хъ лѣтъ. Живутъ они въ богатой обстановкѣ, въ совершенно сухой и теплой квартирѣ и происходятъ отъ здоровыхъ родителей (отцу 30 л., матери 23 г.), всѣ трое воспитывались кормилицами, но двое старшихъ не совѣмъ удачно: первый на первомъ году много хворалъ поносами и началъ ходить только 1 г. 4 мѣс., второму пришлось перемѣнить четыре кормилицы, онъ тоже долго страдалъ поносами и началъ ходить 1 г. 6 м. Оба эти мальчика представляются блѣдными и худощавыми, хотя и не рахитиками; у второго замѣчается малокровный, веннозный шумъ подъ ключицами. Всѣ дѣти родились въ срокъ, другихъ дѣтей или выкидышей не было; никакими лихорадочными болѣзнями дѣти не хворали, зубы у всѣхъ рѣзались до года. Въ 1897 году всѣ трое благополучно перенесли коклюшъ, кашель продолжался около 10 недѣль, но болѣзнь протекла безъ осложнений и безъ лихорадочнаго со-



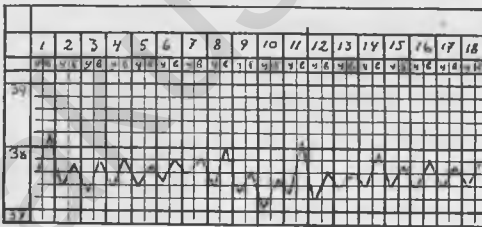
стоянія. Въ началѣ ноября 1897 г. старшій заболѣлъ рожей ноги, но черезъ нѣсколько дней выздоровѣлъ; вслѣдъ за тѣмъ у второго появилась рожа лица, но тоже скоро исчезла. Въ декабрѣ всѣ трое заболѣваютъ лихорадочнымъ состояніемъ до 39° , насморкомъ и кашлемъ, безъ объективныхъ измѣненій со стороны грудныхъ органовъ. Мать ихъ въ то же время,

Фиг. 2.



хотя и оставалась на ногахъ, но лихорадила и жаловалась на боль въ поясницѣ и ногахъ. Черезъ 2 недѣли кашель и насморкъ исчезли у всѣхъ, но всѣ дѣти продолжали быть вялыми, малоупитанными, блѣдными, а измѣреніе температуры показало у всѣхъ одинаковое лихорадочное состояніе, которое колебалось отъ $37,3^{\circ}$ до $38,3^{\circ}$; наибольшее повышение приходилось большею частью на середину дня (отъ 1 до 3 часовъ). Мать замѣчательно терпѣливо и аккуратно измѣряла t° 3 раза въ день и доказала, что такое лихорадочное состояніе тянулось безъ всякихъ мѣстныхъ явленій, безъ знобовъ и потовъ и безъ опухоли селезенки (только у 2-го замѣчалась небольшая опухоль селезенки, оставшаяся и послѣ выздоровленія) съ конца декабря до середины мая, когда t° начала постепенно

Фиг. 3.



спускаться, а къ концу мая, уже на дачѣ, лихорадочное состояніе совсѣмъ прекратилось. Въ февралѣ д-ръ Блюменталь изслѣдовалъ кровь на плазмодіи у всѣхъ

троихъ, но не нашелъ ихъ ни у кого; онъ отмѣтилъ только у второго, у котораго была увеличенная селезенка, замѣтное обѣднѣніе крови гемоглобиномъ и красными кровяными тѣльцами. Мы приведемъ здѣсь три температурныхъ кривыхъ, взятыхъ отъ всѣхъ троихъ больныхъ; ф. 1 представляетъ ходъ лихорадки у старшаго брата въ промежутокъ времени отъ

1 февраля до 8 марта; ф. 2—^{то} второго брата отъ 30 марта до 15 апрѣля; она составляетъ какъ-бы продолженіе первой фигуры, отъ которой ничѣмъ существеннымъ не отличается; ф. 3—^{то} младшаго отъ 16 апрѣля до начала мая.

Въ виду особаго интереса этихъ случаевъ, я приведу цѣликомъ таблицу хода температуры за февраль и мартъ, чтобы показать, съ какимъ большимъ сходствомъ шла ^{то} у всѣхъ трехъ больныхъ. Замѣчу еще, что за время 5-ти мѣсяцевъ градусники мѣнялись не одинъ разъ и каждый новый инструментъ провѣрялся въ магазинѣ Швабе, такъ что о невѣрности инструмента не должно быть рѣчи.

ФЕВР.	I.	II.	III.	I.	II.	III.	МАР.	I.	II.	III.	
1 у.	38.	37,8	37,2	15 у.	37,5	37,3	37,5	1 у.	37,6	37,7	37,5
д.	38.	37,4	38,2	д.	37,7	37,5	37,5	д.	37,8	37,7	37,6
в.	38.	38.	37,7	в.	38,2	37,8	38.	в.	38.	38,8	38.
2 у.	37,7	38.	37,3	16 у.	38.	37,4	37,6	2 у.	37,8	37,7	37,4
д.	37,4	37,5	37,4	д.	37,8	37,6	37,6	д.	37,7	37,5	37,4
в.	38.	37,3	38,2	в.	37,7	37,7	37,8	в.	37,6	37,6	37,7
3 у.	37,7	38.	37,3	17 у.	37,7	37,7	37,5	3 у.	37,7	37,8	37,3
д.	37,4	37,5	37,4	д.	37,7	37,6	37,7	д.	37,5	37,4	37,9
в.	38.	37,7	38,2	в.	38,3	38,4	38,1	в.	37,9	38.	37,3
4 у.	38,1	37,7	37,3	18 у.	37,6	37,5	37,5	4 у.	37,4	37,7	37,5
д.	37,2	37.	37,6	д.	38,2	38,1	37,6	д.	37,7	37,2	37,7
в.	37,8	37,7	37,6	в.	37,7	37,5	38.	в.	37,8	38.	38,1
5 у.	37,8	37,4	37,2	19 у.	37,5	37,4	37,4	5 у.	37,5	37,6	37,3
д.	37,5	37,5	37,5	д.	37,6	37,5	37,5				
в.	37,6	37,8	37,5	в.	37,7	37,6	38,1				
6 у.	38,5	37,6	37,3	20 у.	37,8	37,6	37,5	8 у.	37,7	38.	37,3
д.	37,4	37,7	37,5	д.	—	—	—	д.	37,7	37,4	37,7
в.	37,5	37,8	37,6	в.	37,8	37,9	37,7	в.	37,5	37,5	37,8
7 у.	37,5	37,6	37,1	21 у.	37,2	37,3	37,3	9 у.	37,7	37,6	37,5
д.	37,5	37,7	37.	д.	37,4	37,2	37,4	д.	37,8	37,7	37,7
в.	37,5	37,4	37,2	в.	37,4	37,5	38.	в.	37,9	37,8	38.
8 у.	37,5	37,7	37,3	22 у.	37,8	37,3	37,4	10 у.	37,5	37,5	37,6
д.	37,6	37,3	37,8	д.	37,3	36,9	37,2	д.	37,8	37,9	37,7
в.	37,5	38.	38.	в.	37,4	36,9	37,6	в.	37,7	37,8	38.
9 у.	37,6	37,8	37,1	23 у.	37,3	37,8	37,3	11 у.	37,5	37,5	37,4
д.	37,5	37,5	37,7	д.	37,8	37,5	38,2	д.	37,4	37,3	37,7
в.	37,5	38.	37,7	в.	37,6	37,5	38.	в.	38.	38,1	38.
10 у.	37,5	37,5	37,2	24 у.	37,6	37,5	37,3	12 у.	38.	37,9	37,4
д.	37,8	37,5	37,8	д.	37,5	37,6	37,7	д.	37,7	37,5	37,8
в.	38.	37,7	37,8	в.	37,7	37,7	37,8	в.	38.	38,1	38.
11 у.	37,5	37,5	37,3	25 у.	37,7	37,5	37,4	13 у.	37,9	37,8	37,3
д.	37,7	37,6	37,5	д.	37,7	37,3	37,4	д.	37,9	37,6	37,9
в.	—	—	—	в.	37,7	37,5	37,8	в.	37,4	37,3	37,7
12 у.	37,7	37,7	37,6	26 у.	37,5	37,6	37,3	14 у.	37,7	38.	37,3
д.	37,6	37,6	37,7	д.	37,7	37,6	38.	д.	37,5	37,2	37,9
в.	37,3	37,3	38.	в.	37,8	38,1	38,3	в.	37,4	37,3	37,9
13 у.	37,8	37,8	37,5	27 у.	37,6	37,5	37,6	15 у.	37,9	37,8	37,5
д.	37,4	37,2	37,5	д.	37,7	37,5	37,7	д.	37,4	37,4	38.
в.	37,8	38.	38,1	в.	38.	37,7	38.	в.	37,4	37,6	37,8
14 у.	37,5	37,4	37,6	28 у.	37,8	37,6	37,5	16 у.	37,8	37,8	37,4
д.	37,7	37,6	38,1	д.	37,7	37,4	37,6	д.	37,7	37,4	37,6
в.	37,6	37,5	37,7	в.	38,1	38,3	38,2	в.	37,7	38,2	37,7

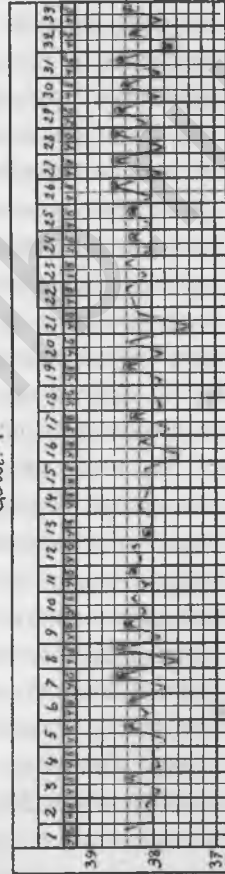
МАР.	I.	II.	III.		I.	II.	III.		I.	II.	III.
17 у.	38,1	38,2	37,2	22 у.	38.	37,5	37,3	27 у.	38.	37,8	37,4
д.	37,8	37,1	38.	д.	38,2	37,4	37,8	д.	37,5	37,3	38.
в.	37,6	37,5	38.	в.	38,2	37,6	37,8	в.	37,4	37,7	37,8
18 у.	37,9	37,9	37,4	23 у.	38.	38.	37,4	28 у.	37,3	37,6	37,3
д.	37,8	37,7	38.	д.	37,6	37.	37,8	д.	37,4	37,3	37,5
в.	37,3	37,7	37,8	в.	37,8	37,7	37,8	в.	37,5	37,5	37,6
19 у.	37,8	37,7	37,4	24 у.	37,6	37,6	37,4	29 у.	37,4	37,7	37,1
д.	37,8	37,5	38.	д.	37,9	37,2	37,7	д.	37,2	37,1	37,5
в.	37,9	37,8	37,8	в.	37,6	37,7	37,7	в.	37,1	37,1	37,5
20 у.	38.	38.	37,6	25 у.	37,9	37,9	37,5	30 у.	37,6	37,3	37,3
д.	37,4	37,2	37,7	д.	37,8	37,8	37,5	д.	37,2	37,2	37,5
в.	37,6	38,1	38,2	в.	38.	37,2	37,8	в.	37,6	37,5	38,1
21 у.	38,1	38.	37,4	26 у.	37,9	37,9	37,6	31 у.	37,4	37,1	37,2
д.	37,6	37,1	37,7	д.	37,7	37,8	37,7	д.	37,5	37,6	37,4
в.	37,7	37,5	37,7	в.	37,6	37,7	37,5	в.	37,6	37,5	37,6

Что это за лихорадка? Всего скорѣе можно бы предположить малярію, но противъ этого говоритъ то, что у всѣхъ эта малярія началась одновременно, и притомъ непосредственно за инфлюэнцей, и у всѣхъ протекала одинаково неправильно: безъ крутыхъ подъемовъ, но и безъ полныхъ антрактовъ, безъ опуханія селезенки (селезенка, правда, прощупывалась у второго по старшинству, но она прощупывалась и лѣтомъ, когда уже лихорадки не было, и была, конечно, хроническаго происхожденія), безъ потовъ. Лечение хининомъ, мышьякомъ и настойкой подсолнечника не оказало ни малѣйшаго вліянія на ходъ t^0 , а потомъ болѣзнь кончилась безъ всякаго леченія. Еще менѣе вѣроятно предположить здѣсь туберкулезную лихорадку, — и въ самомъ дѣлѣ, что это за эпидемическій туберкулезъ, начавшійся одновременно у трехъ братьевъ изъ здоровой семьи, протекавшій у всѣхъ одинаково безъ всякихъ катарральныхъ явленій и кончившійся полнымъ выздоровленіемъ. Нельзя было также остановиться и на малокровіи, какъ причинѣ лихорадочнаго состоянія, такъ какъ рѣзко выраженное малокровіе было только у одного брата, а между тѣмъ повышение t^0 было у него не сильнѣе, чѣмъ у другихъ. Идя путемъ исключенія и имѣя въ виду, что въ данной семьѣ дѣло началось съ эпидемической катарральной лихорадочной болѣзни, т. е. съ инфлюэнцы, и что эта инфлюэнца непосредственно перешла въ затажное лихорадочное состояніе, мы сочли себя въ правѣ признать это лихорадочное состояніе за продолженіе все той же инфлюэнцы, а въ виду необыкновенной продолжительности

сти болѣзни мы признали ее за затянувшуюся или за хроническую инфлюэнцу.

Примѣромъ совсѣмъ безлихорадочнаго теченія хронической инфлюэнцы, но вмѣстѣ съ тѣмъ теченія явно пароксизмообразнаго и съ сильными потами, можетъ служить слѣдующій случай.

Мальчикъ 8 лѣтъ, сынъ здоровой матери, но очень нервнаго отца, родился въ срокъ, развивался правильно и до настоящей болѣзни ничѣмъ серьезнымъ не страдалъ, лихорадочныхъ болѣзней раньше никакихъ не было. Квартира сухая, теплая, свѣтлая, просторная. Семья состоитъ изъ отца, матери и двухъ сыновей: 8 и 10 л. Первымъ заболѣлъ отецъ въ январѣ 1898 г. очень странною лихорадочною формой, протекавшею съ очень сильными потами и громадною слабостью (исторія этого въ высшей степени интереснаго случая будетъ приведена ниже). Отецъ прохворалъ 50 дней, а послѣ него сейчасъ же заболѣлъ 8-ми-лѣтній сынъ, который былъ боленъ 115 дней. За все это время никакихъ мѣстныхъ явленій у него не было, равно какъ не было и явнаго лихорадочнаго повышенія t^0 , которая, какъ видно изъ прилагаемой кривой, постоянно держалась въ предѣлахъ 37^0 до $37,4^0$ — $37,6^0$, но несмотря на низкую t^0 , больной ежедневно около 12 часовъ чувствовалъ легкое познабливаніе, вслѣдъ за которымъ наступала значительная слабость и иногда небольшая головная боль; больной, утромъ сидѣвшій въ постели и занимавшійся игрушками, теперь ложился, не желая ничѣмъ развлекаться; около 2—4 часовъ появлялся потъ, иногда очень обильный (на кривой сильный потъ обозначенъ кружками, ф. 4), а затѣмъ больной опять чувствовалъ себя лучше, игралъ, разговаривалъ; селезенка все время была нѣсколько увеличенною, даже прощупу-



пывалась, что въ связи съ болѣзью отца, у котораго многими врачами предполагался тифъ, указывало на возможность у нашего больного безлихорадочнаго тифа, каковыя формы несомнѣнно существуютъ. Въ цѣляхъ выясненія діагностики на 2-й и на 3-й недѣли болѣзни была произведена реакція съ кровяною сывороткой по Widal'ю (д-ръ Блюменталь) и испражненія были изслѣдованы на тифозныя бациллы по Elsner'у, но всѣ эти пробы дали вполнѣ отрицательный результатъ, а такъ какъ, кромѣ опухоли селезенки, не было никакихъ другихъ симптомовъ тифа (не было ни поноса, ни тифозной розеолы, ни діазореакціи Ehrlich'a), да и сама т^о съ познаниями и пѣтами плохо гармонировала съ тифомъ, то діагностика тифа не могла долго держаться и была потомъ совсѣмъ опровергнута чрезвычайно большою продолжительностью болѣзни (115 дней). Точно такъ же не подтвердилось и предположеніе о маляріи, такъ какъ въ крови при двукратномъ изслѣдованіи не было найдено плазмодій, а, съ другой стороны, хининъ и мышьякъ не оказали ни малѣйшаго вліянія на лихорадку.

Въ виду продолжительности этой, какъ-бы безпричинной, лихорадки могла, конечно, явиться мысль о туберкулезѣ, но такое предположеніе казалось намъ уже съ самаго начала невѣроятнымъ, такъ какъ противъ этого говорило отсутствіе этиологическихъ моментовъ, а именно отсутствіе туберкулезной наслѣдственности и отсутствіе въ анамнезѣ какихъ бы то ни было болѣзней, которыя имѣли бы отношеніе къ туберкулезу (коклюшъ, корь и т. п.), а, главнымъ образомъ, противъ туберкулеза говорила видимая связь, существовавшая между болѣзью сына и заболѣваніемъ отца; связь эта выражалась и во времени, и въ симптомахъ (между прочимъ и громадной потливости обоихъ, и въ пароксизмообразномъ теченіи; ср. ниже исторію болѣзни отца), и потому наиболѣе вѣроятнымъ казалось намъ предположеніе, что сынъ заразился отъ отца и что, слѣдовательно, у нихъ одна и таже болѣзнь и именно инфлюэнца въ своей затяжной формѣ. Что касается до пароксизмообразнаго теченія, напоминавшаго малярію, то это обстоятельство не противорѣчило нашему предположенію, а даже подкрѣпляло его, такъ какъ такое теченіе для за-

тяжныхъ случаевъ инфлюэнцы до нѣкоторой степени характерно. Leichtenstern, напр., говоритъ по этому поводу слѣдующее (l. c., S. 75): „Мы должны еще отмѣтить важный, хотя и очень рѣдкій, типъ лихорадки, много разъ упоминаемый авторами и намъ лично хорошо знакомый. Мы говоримъ о случаяхъ затяжного теченія неосложненной инфлюэнцы, протекающихъ съ лихорадкой правильнаго ежедневно-интермиттирующаго типа. Такъ какъ въ періодъ паденія температуры больной чувствуетъ себя хорошо, повышение же t^0 обозначается познабливаніемъ, а паденіе ея сопровождается пѣтомъ, то получается картина лихорадки, чрезвычайно похожая на *f. intermit. quotidiana*“. Въ пользу этой діагностики говорило, кромѣ разбора исторіи болѣзни отца, еще и то обстоятельство, что во время болѣзни сына заболѣла также и мать, у которой была обыкновенная, кратковременная инфлюэнца, выражавшаяся повышеніемъ температуры, ломотой въ ногахъ, общею слабостью и небольшимъ насморкомъ. Навѣщать больного приходили его тетка съ дочерью, которыя тоже заболѣли, причемъ тетка прохворала 10 дней при явленіяхъ обыкновенной инфлюэнцы съ небольшими катаррами, а у ея дочери теченіе болѣзни своими низкими температурами напоминало сильно лихорадку нашего больного. Она прохворала цѣлый мѣсяць, жалуясь только на слабость и временами на головную боль и потливость. Дѣвочкѣ этой былъ 4-ый годъ.

Двѣ послѣднихъ кривыхъ наводятъ насъ на вопросъ о томъ, существуютъ ли въ литературѣ указанія на возможность безлихорадочнаго теченія инфлюэнцы? Конечно, да; по Leichtenstern'у (l. c., S. 74), безлихорадочное теченіе, отмѣченное многими авторами, встрѣчается только въ легкихъ случаяхъ, но, по наблюденіямъ Eichhorst'a, считающаго безлихорадочные случаи инфлюэнцы вовсе не рѣдкостью, именно эти-то случаи нерѣдко протекаютъ при тяжелыхъ нервныхъ явленіяхъ. Подобное же мнѣніе высказываетъ и проф. Teissier (*La Semaine méd.*, 1894, № 25), который говоритъ, что изъ всѣхъ лихорадочныхъ болѣзней всего болѣе склонна протекать безъ повышенія температуры — инфлюэнца, причемъ онъ съ особеннымъ удареніемъ отмѣчаетъ, что безлихорадочные гриппы

далеко не всегда отличаются доброкачественнымъ теченіемъ, напротивъ — съ нормальною температурой или даже ниже нормы могутъ протекать и самые тяжелые случаи инфлюэнцы. Если же безъ лихорадки могутъ протекать острые случаи и даже тяжелые, то тѣмъ болѣе это возможно для случаевъ легкихъ, хотя бы и затяжныхъ, но на это мы не нашли въ литературѣ прямыхъ указаній.

Такъ какъ діагностика затяжной инфлюэнцы въ нашемъ случаѣ основана, главнымъ образомъ, на этиологіи (на характерѣ домової эпидеміи), то намъ очень важно выяснить сущность болѣзни отца; чтобы дать читателю возможность самому составить себѣ заключеніе объ этомъ загадочномъ случаѣ, признанномъ многими врачами за тифъ, я приведу исторію болѣзни, составленную самымъ подробнымъ образомъ самимъ больнымъ, который, будучи врачомъ, знаетъ, конечно, что слѣдуетъ отмѣтить, чтобы не упустить ничего существеннаго.

I. X. Нервный субъектъ; lues'a и abus. spir. не было. Въ 1-ый разъ получилъ инфлюэнцу въ 1886 г. послѣ поѣздки въ С. - Петербургъ.

Послѣ нѣсколькихъ дней непонятнаго недомоганія развилась типичная картина инфлюэнцы съ насморкомъ, кашлемъ и высокой, до 40^o, t^o. Кончилась болѣзнь въ теченіе около недѣли сильнѣйшимъ потомъ, послѣ чего недѣли 2 — 3 тянулся еще бронхитъ съ массой мокроты. Это было приблизительно около Пасхи.

Несмотря, однако, на кажущееся выздоровленіе, таковое не наступило на самомъ дѣлѣ, а начался рядъ крайне удивительныхъ состояній, которыя приводили больного въ отчаяніе, окружающихъ же заставляли считать его тяжело нервнымъ гипохондрикомъ, почти симулянтomъ. Вставъ утромъ здоровымъ и веселымъ, паціентъ вдругъ, часто уже во время питья чая, начиналъ чувствовать недомоганіе совершенно такое же, какое онъ испыталъ предъ началомъ первой инфлюэнцы; во рту дѣлалось сухо, глаза сухо блестящи, аппетитъ терялся (т. - е. вкусъ во рту), боли, колющія во всѣхъ мышцахъ, небольшой знобъ и вскорѣ ощущеніе очень большаго жара, настолько сильнаго, что паціентъ не могъ ни-

какъ удерживаться отъ опасенія, что у него начинается тифъ. Поставленный термометръ не показывалъ почти никогда болѣе $36,8^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$. Только въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходило до $37,6^{\circ}$. Въ такомъ состояннн крайняго недомоганія паціѣнтъ засыпалъ на $\frac{1}{2}$ — 1 ч. и вставалъ весь въ поту. Иногда сна и не было, но всегда дѣло кончалось пѣтомъ.

Послѣ этого самочувствіе быстро возвращалось къ нормѣ и паціѣнтъ отправлялся по своимъ дѣламъ. Вечера всегда были хороши. Иногда такіе приступы дѣлались и днемъ, и тогда, если потъ выступалъ, когда паціѣнтъ находился на улицѣ, то являлись условія для новой простуды.

Вначалѣ эти приступы повторялись почти изо-дня въ день; съ переѣздомъ на дачу они стали рѣже и, курьезнымъ образомъ, одно время аккуратно повторялись по 1 разу въ недѣлю, по вторникамъ. Съ осени приступы стали сбиваться и съ тѣхъ поръ они становились все рѣже, появляясь то въ формѣ настоящей трехдневной инфлюэнцы съ t° до $38,5^{\circ}$, то въ видѣ описанныхъ выше недомоганій съ послѣдующими пѣтами и t° не выше $36,8^{\circ}$ — 37° . Такихъ приступовъ инфлюэнцы безъ высокой t° съ небольшими повышеніями ея было за прошедшія 11 лѣтъ у паціѣнта просто *несмѣтное число*; а не менѣе 2 — 3 разъ въ году приходилось лежать съ этимъ въ постели отъ 3 до 8 дней. Картина всегда была *абсолютно одна и та же*. Но послѣ 1-го приступа болѣе уже *бронхитовъ не было ни разу*, а бывали только головная боль, насморкъ, боли въ бокахъ и нерѣдко начальные безпричинные поносы.

Изучая эти состоянія, паціѣнтъ могъ убѣдиться въ томъ, что по мѣрѣ увеличенія числа приступовъ увеличивалась у него и простудливостъ, и въ то время, какъ до 1886 г. паціѣнтъ могъ зимою, бывало, безнаказанно ходить по улицѣ съ распахнутой шубой и разстегнувшейя сорочкой (носилъ всегда одну), могъ выходить безъ шубы на улицу, лѣтомъ ходить по дождю безъ шапки, босымъ и т. п., онъ въ настоящее время чувствуетъ открытую во 2-ой комнатѣ форточку, малѣйшій сквознякъ и простужается отъ невѣроятно пустячныхъ поводовъ.

Однако, не только съ t° въ $36,8^{\circ}$ — 37° бывали у паціѣнта приступы недомоганія. Нерѣдко паціѣнтъ ощущаетъ приступъ

своей инфлюэнцы, большое недомоганіе, крайнюю слабость и ощущение жара въ тѣлѣ такое, что увѣренъ, что у него 38° — $38,5^{\circ}$; поставленный же термометръ показываетъ тогда $35,9^{\circ}$ — даже $35,6^{\circ}$!. Иногда термометръ держался подъ мышкой до 1 часа, и все-таки можно было убѣждаться въ томъ, что maximum $t^{\circ} = 35,9^{\circ}$, не болѣе.

Далѣе, въ теченіе многихъ лѣтъ удалось паціенту выяснитъ, что наилучшими средствами отъ приступа является салициловый натръ. Доза въ 0,6 — 1,0 грм. почти немедленно купировала боли и вызывала обильный потъ, вслѣдъ за которымъ прекращалось недомоганіе. Въ послѣдніе годы салициловый натръ плохо сталъ переноситься и былъ оставленъ.

Хининъ никакого дѣйствія не имѣлъ. Но что особенно любопытно, это то, что паціентъ, путемъ долгаго опыта, дошелъ до сознанія необходимости принимать салициловый натръ не только при $37,6^{\circ}$ и выше градуссахъ, но и при мучительныхъ гипотерміяхъ (въ $35,6^{\circ}$) и—*всегда безъ исключенія* хоропій (0,5—0,8) приѣмъ салициловаго натра въ какіе-либо $1\frac{1}{2}$ — 2 часа *поднималъ* t° до $36,4^{\circ}$ — $36,5^{\circ}$ и возстановлялъ опять-таки хорошее самочувствіе.

Послѣднюю болѣзнь перенесъ осенью 1897 года. Легкіе приступы лихорадочнаго недомоганія начались уже въ іюлѣ и выражались въ плохомъ аппетитѣ, крайней слабости и пароксизмообразно наступавшихъ потахъ, большею частью въ 3 — 4 часа дня. Къ началу августа эти состоянія, повторявшіяся ежедневно, крайне истощили паціента, который одинъ день былъ вынужденъ даже слечь, причѣмъ t° была до пота $37,4^{\circ}$. [Нормальная t° субъекта, какъ выяснено многочисленными наблюденіями, колеблется между $36,4^{\circ}$ (утр. и веч.) и $36,8^{\circ}$ (послѣ обѣда)].

9 октября паціентъ почувствовалъ снова недомоганіе и, такъ какъ онъ былъ вынужденъ выѣхать въ дурную погоду, то предварительно измѣрилъ t° , чтобы знать, чѣмъ онъ рискуетъ: t° была $37,6^{\circ}$.

Поѣздка длилась 1 часъ; вернувшись домой въ 4 ч., паціентъ говорилъ съ пришедшими къ нему по дѣлу людьми, а къ 6 ч. почувствовалъ потрясающій знобъ.

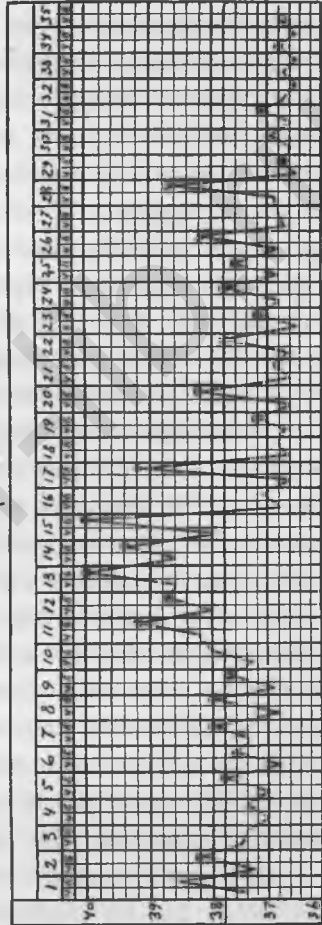
Т^о послѣ этого поднялась до $38,5^{\circ}$, на слѣдующее утро

была 37,4°. Днем снова небольшой знобъ и къ вечеру t^0 снова 38,2°. Приглашенный врачъ опредѣлили инфлюэнцу (былъ сильный насморкъ), и дѣйствительно, ночью выступилъ обильный потъ и къ утру t^0 упала до 37,6°, къ вечеру до 37,4°, а на 3-й день (11-го) была уже 37,0° утр. и 37,2° веч.

12-го утромъ пациентъ, довольно потный, проснувшись, измѣрилъ t^0 ; она была 37,6° и тогда онъ рѣшилъ одѣться. День, слабый, проходилъ не выѣзжая; къ вечеру (4 ч.) снова недомоганіе, головокруженіе, а затѣмъ потрясающій знобъ и снова t^0 37,9°.

Въ теченіе первыхъ 7 дней пациентъ испытывалъ одно и то же: утромъ отличное самочувствіе, t^0 около 36,9° — 37,0°; сидя въ постели, занимается дѣлами и т. д. Сильный насморкъ, все остальное нормально. Около 12—1 ч. дня сильное недомоганіе и знобъ. Это состояніе далѣе все обостряется, тахитим недомоганія около 4—6 ч. вечера; конецъ — обильный потъ, вслѣдъ за которымъ t^0 падаетъ и снова наступаетъ хорошее самочувствіе (ф. 5).

Такъ было до 10-го дня болѣзни. Съ этого дня t^0 начинаетъ быстро подниматься и тогда, рядомъ съ максимальными температурами, сильные поты дошли до крайнихъ предѣловъ. Послѣ зноба въ 11—12 часовъ дня t^0 все поднималась и доходила до 39,5°—40,0°, а приблизительно къ 5 ч. дня выступалъ потъ. Сорочка снималась вся мокрая, какъ-бы окунутая въ ведро съ водой, руки и ноги прилипали къ туловищу; одѣяло (ватное) дѣлалось мокрымъ насквозь, двѣ подушки промокали, какъ-бы облитыя водой, надматрацникъ—



весь насквозь мокрый. Не успѣвали снять 1-ю сорочку, какъ уже 2-я была такъ же мокра, какъ 1-я; за нею слѣдовали 2-я, 3-я, 5-я, 10-я, 15-я и т. д. и только къ 11—12 ч. ночи— совершенно измученный—паціентъ засыпалъ. Силы паціента упали *ad maximum*; онъ не былъ въ состояніи поднять руку и поднести ложку ко рту; голосъ его перемѣнился. Но во все время болѣзни ни разу не болѣла голова, ни разу не только бреда, но даже затрудненнаго мышленія не было; ни разу не было кашля; желудокъ все время работалъ съ клизмой черезъ день; любопытно, что, несмотря на крайне грозный видъ болѣзни, пульсъ все время былъ правильный по ритму, хорошаго наполненія и 90 ударовъ максимумъ. Точно также не было рѣзкаго упадка питанія. Акмэ болѣзни тянулось 14 дней, причеиъ характеръ лихорадки былъ почти гектической: утр. $36,6^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$ и т. д., а днемъ $40,0^{\circ}$, $39,0^{\circ}$, $38,5^{\circ}$. Къ 4 ноября (28-й день болѣзни) t° упала, но паціентъ оставался большимъ и чувствовалъ себя таковымъ.

Дѣйствительно, совершенно такъ же, какъ и прежде, чувствовалъ онъ себя лучше всего утромъ; къ 11—12 ч. наступалъ знобъ, такъ что приходилось прикладывать горячія бутылки къ ногамъ и покрываться шубой или лишнимъ одѣяломъ; снова, какъ и прежде, больной испытывалъ ощущеніе очень повышенной температуры; но послѣдняя, какъ видно изъ кривой, не переходила $37,2^{\circ}$, а на 46-й день болѣзни $37,0^{\circ}$; снова къ 5 часамъ дѣло разрѣшалось потому, конечно, уже далеко не такимъ сильнымъ, какъ въ срединѣ болѣзни. Въ дни, когда t° не переходила $36,8^{\circ}$, пота совсѣмъ не бывало, но легкой знобъ въ 11 ч. утра и недомоганіе среди дня оставались—конечно, уже не такіе сильные, какъ прежде.

Продолжительность всей болѣзни была 50 дней (съ 9 октября до 24—25 ноября), послѣ чего t° уже болѣе ни разу не доходила до $37,0^{\circ}$. Однако, на основаніи долгаго опыта надъ прежними своими инфлюэнцами паціентъ считалъ начало реконвалесценціи съ 28-го дня болѣзни и именно на основаніи одного всегда повторявшагося при его инфлюэнцахъ явленія въ періодѣ реконвалесценціи—именно брадикардіи. Уже съ 28—29-го дня болѣзни пульсъ сталъ быстро дѣлаться медленнѣе и вскорѣ упалъ (въ лежачемъ положе-

ніи (больного) до 54, изрѣдка даже до 48—49 въ минуту. Самый хорошій пульсъ у него считался 60—64.

Въ началѣ болѣзни селезенка была увеличена, равно какъ и печень, а лѣвая ея доля была болѣзненна при давленіи. Во все время болѣзни были непрерывная болѣзненность и урчаніе въ илео-цекальной области, а одинъ вечеръ боль была такъ сильна, что пришлось ночью беспокоить врачей. Во время болѣзни были сдѣланы повторныя изслѣдованія крови на плазмодіи и испытана реакція Vidal'я на 2-й и 4-й недѣлѣ, но результаты были отрицательны. Точно также не было въ мочѣ ни разу открыто діазореакціи и ни разу не было и слѣдовъ бѣлка. Позывы на мочу были все время очень часты (особенно, впрочемъ, послѣ пріемовъ хинина), моча была все время свѣтла. Съ начала реконвалесценціи всѣ послѣдніе 14—15 дней болѣзни была *рѣзкая фосфатурія*, особенно въ часы наибольшаго недомоганія. Послѣ выздоровленія паціентъ еще очень долго былъ слабъ и неспособенъ къ работѣ.

Но уже въ мартѣ онъ успѣлъ снова два раза испытать въ легкой степени приступы той же болѣзни по 3 дня (наморкъ, ломъ въ костяхъ, знобъ днемъ при t° 36,8⁰ утромъ, 37,2⁰ днемъ и едва 35,9⁰ вечеромъ! Два два t° вечеромъ была 35,6⁰. Всѣ эти пароксизмы ежедневно кончались потомъ.

Терапія состояла вначалѣ изъ небольшихъ дозъ хины; потомъ два раза были сдѣланы подкожныя впрыскиванія мышьяка; впослѣдствіи ничего не давали, потому что выяснилось, что ни хининъ, ни мышьякъ никакого дѣйствія, по крайней мѣрѣ, въ дававшихся крайне малыхъ дозахъ *) не производили. Вина въ самые трудные дни давалось около 12—15 столовыхъ ложекъ портвейна. Ни капель валеріаны, ни иныхъ возбуждающихъ не давалось.

Въ день полнаго выздоровленія — 12 декабря — заболѣлъ сынъ паціента.

Изъ изложеннаго видно, что послѣдній приступъ, протекавшій отъ начала октября до конца ноября и признанный за тифъ, на самомъ дѣлѣ не имѣлъ съ тифомъ никакого сходства, такъ какъ, кромѣ припухлости селезенки и болѣз-

*) Все же давали одно время до 1,0 въ день хинина.

ненности въ области соесит, не было ничего, что говорило бы за тифъ, но было много такого, что рѣшительно говорило противъ тифа, а именно: крайне неправильный ходъ температуры, необыкновенно обильные поты, отрицательные результаты реакцій Vidal'я и Ehrlich'a, отсутствіе тифозной розеолы, поноса, кашля и явленій со стороны нервной системы. Громадная потливость, появившаяся съ первыхъ дней болѣзни и продолжавшаяся, между прочимъ, и въ періодъ нормальныхъ температуръ (послѣ 3-го дня), конечно, гораздо болѣе свойственна гриппу, нежели тифу. Пароксизмообразное теченіе и обильные поты при нормальныхъ температурахъ выступали на первый планъ какъ у отца, такъ и у сына, и напоминали картину болѣзни тѣхъ семи случаевъ, которые описаны Marquié въ *Semaine médic.*, 1898, № 11, подъ заглавіемъ „la forme sudogale de la grippe“. Во всѣхъ его случаяхъ теченіе болѣзни было тоже пароксизмообразное, причѣмъ во время ухудшенія на первый планъ выступали общая слабость и обильный потъ съ субъективнымъ чувствомъ жара, но безъ дѣйствительнаго повышенія температуры; по окончаніи пароксизма больные чувствовали себя хорошо. Несмотря на самое разнообразное леченіе, болѣзнь тянулась нѣсколько мѣсяцевъ и заканчивалась выздоровленіемъ.

Хроническая инфлюэнца въ только-что описанномъ случаѣ (у отца) выражалась, помимо послѣдняго 50-дневнаго приступа, еще цѣлымъ рядомъ короткихъ 1—3-дневныхъ приступовъ, повторявшихся черезъ различные промежутки времени въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ подъ рядъ. Что подобная форма хроническаго гриппа встрѣчается также и въ дѣтскомъ возрастѣ, показываетъ слѣдующій случай, исторія болѣзни котораго мнѣ любезно доставлена д-ромъ Полемъ, вмѣстѣ съ которымъ я наблюдалъ эту больную.

АНАМНЕЗЪ. Дочь здоровыхъ родителей (отецъ негоціантъ) Анна 10-ти лѣтъ, воспитывалась на рожкѣ, но развивалась удовлетворительно; 3-хъ мѣсяцевъ отъ роду ей была привита оспа; на 9-мъ мѣсяцѣ отъ роду она начала ходить, но говорить понятно начала лишь 2-хъ лѣтъ.

2-хъ лѣтъ перенесла otitis media, протекающую безъ осложненій. По зимамъ жили въ Москвѣ, а лѣтомъ въ деревнѣ,

на р. Клязьмѣ. На 5-мъ году отъ роду она, живя въ Москвѣ, заболѣла инфлюэнцей, причемъ температура была 40—41° и продолжалась ровно 2 недѣли; послѣ паденія t^0 она болѣла насморкомъ и бронхитомъ болѣе 6 недѣль.

На 6-мъ году жизни, осенью, она опять заболѣла инфлюэнцей, на этотъ разъ въ деревнѣ, и была привезена въ Москву; t^0 40 — 41,5° и продолжалась ровно 2 недѣли; зиму больная провела совершенно здоровою, а весной, т. е. на 7-мъ году жизни, уѣхала съ родителями въ г. Кіевъ, гдѣ лѣтомъ опять заболѣла инфлюэнцей при жарѣ 40,5° и бредѣ, но болѣла всего 3 дня и затѣмъ вполне поправилась; осенью возвратились въ Москву; это было въ 1895 г. Въ 1895/96 году, зимою, больная шесть разъ болѣла инфлюэнцей, и каждый разъ t^0 доходила до 40° и выше, и каждый приступъ продолжался по 4—5 дней.

На 8-мъ году жизни, лѣтомъ 1896 г., уѣхала въ имѣніе Владимірской губ., Покровскаго уѣзда, гдѣ къ осени заболѣла корью, очень интенсивнаго характера, и проболѣла около 4 недѣль; возвратившись въ Москву осенью 1896 г., она заболѣла вѣтряною оспой, а мѣсяць спустя послѣ окончанія болѣзни заболѣла натуральной оспой средней интенсивности, послѣ чего у нея появились абсцессы въ meatus auditorius, на спинѣ и на нижнихъ конечностяхъ.

На 9-мъ году жизни въ началѣ 1897 года, послѣ перенесенной оспы, у больной безъ всякой видимой причины начались приступы лихорадки, выражающіеся быстрымъ повышеніемъ t^0 до 40, 41 и 42°, безъ всякихъ предвѣстниковъ, и приступы большею частью являлись по утрамъ отъ 8 до 9 часовъ, рѣдко отъ 6 до 9 часовъ, и затѣмъ t^0 быстро падала сама по себѣ; ни предварительнаго зноба, ни сонливаго состоянія, ни ломоты въ тѣлѣ и членахъ и вообще никакихъ ненормальностей не замѣчалось, какъ равно не замѣчалось ни палящаго жара, ни горячей сухой кожи, ни краснаго цвѣта лица, и больная не жаловалась на головную боль и разбитость; кожа на ошупь имѣла нормальную температуру, но въ подмышечной впадинѣ ощущались палящій жаръ и влажность кожи. Послѣ паденія t^0 пота никогда не замѣчалось; больную эти приступы мало беспокоили, и она послѣ паде-

нія ¹⁰ вставала съ постели и играла въ куклы. Описанные приступы являлись по цѣлымъ недѣлямъ ежедневно въ одинъ и тотъ же часъ, затѣмъ вдругъ прекращались на недѣлю, и тогда съ новою силой появлялись и держались по 12 часовъ въ сутки въ продолженіе недѣли, а затѣмъ опять исчезали на недѣлю, на двѣ, и опять появлялись приступами по утрамъ отъ 8 до 9 час. Такъ продолжались эти приступы, съ описанными интервалами, по 12 апрѣля сего 1898 г., т. е. больше года.

Съ 12-го апрѣля сего же 1898 г., на 10-мъ году жизни больной, и по настоящее время (конецъ мая) описанные приступы являются по 3, 4—6 разъ въ недѣлю съ 8 до 9 час. утра.

STATUS PRAESENS. Дѣвочка Анна, на видъ 10 лѣтъ, средняго сложенія, хорошо упитана, цвѣтъ кожи блѣдноватый, ¹⁰ на оцупь нормальная; слизистыя оболочки вѣкъ и губъ розоватыя, аппетитъ недуренъ, языкъ нѣсколько обложенъ; подложечная область и животъ нѣсколько вздуты; селезенка и печень нормальной величины, не прощупываются; испраженія съ сильнымъ запахомъ, но нормальной консистенціи, моча безъ бѣлка; кашля нѣтъ; со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не замѣчается; кровь, изслѣдованная въ бактериологическомъ институтѣ Блюментала на плазмодіи, оказалась свободною отъ нихъ; сонъ и расположеніе духа у больной удовлетворительны, но она стала нервна, впечатлительна и утомляется при учебныхъ занятіяхъ. Съ цѣлью избавить больную отъ упорно возвращающихся приступовъ были испробованы въ большихъ дозахъ: chinin. sulphuric., chinin. muriat., chinin. tannic., chin. arsenical., chinin. carbolicum, chinin. salicylic. etc.; chinoidin, t-ra chinae, ol. eucalypti globuli, guajacol, jodoformium, acid. carbolic., creosot, natr. salicylic., antipyrin, phenacetin, salipyrin, kalium jodat., etc., etc., etc., соленыя ванны, обтиранія и solut. arsenic. Fowleri, но ни одно изъ изложенныхъ средствъ на ходъ болѣзни не оказало вліянія.

- ⁹/vi больная уѣхала въ деревню и лишь съ ⁸/vi начала принимать желѣзо и ванны. Она возвратилась въ Москву 23 августа, проживъ въ деревнѣ 82 дня и успѣвъ взять

ваннъ лишь 32; лихорадочные приступы являлись большею частью по утрамъ, хотя бывали и вечеромъ и даже весь день; t^0 доходила до $40,5^0$; передъ отъѣздомъ, въ послѣднюю недѣлю, приступы были не такъ интенсивны, t^0 доходила до 39^0 . $^{23}/\text{viii}$ большая возвратилась въ Москву безъ лихорадки, но 25 и $^{26}/\text{viii}$ опять были сильныя приступы, t^0 достигала опять $40,5^0$, съ $^{26}/\text{viii}$ до $^1/\text{ix}$ никакого приступа. Въ деревнѣ было 40 приступовъ лихорадки. Въ настоящее время (9-го сентября) наружный видъ больной довольно бодрый, вѣсъ тѣла 1 п. 36 ф. (ей 10 л. отъ роду), она значительно пополнила и выросла; видимыя слизистыя оболочки — розовыя, цвѣтъ лица здоровый; значительное отложеніе подкожнаго жирнаго слоя, физическія силы удовлетворительны, языкъ влажный, блѣдно-розоваго цвѣта, не обложенъ; пульсъ мягкій, удобосжимаемый, 90 ударовъ въ минуту; дыханіе свободно и не затруднено; перкуторные звуки какъ грудной клѣтки, такъ и области живота — нормальны, точно такъ же, какъ при аускультации и пальпации, ничего ненормальнаго не замѣчается; отправленіе желудка и кишечника — нормально, въ аругехіа t^0 37^0 ; сонъ и аппетитъ удовлетворительны, пота нѣтъ; память хороша, при чтеніи не устаетъ, но по вечерамъ жалуется на незначительную боль головы (но не ложится въ постель) и шумъ въ ухахъ; слухъ хорошъ, звуковая проводимость костей черепа хороша, при постукиваніи по направленію пазухъ и по сосцевиднымъ отросткамъ боли больная не ощущаетъ; зрѣніе и обоняніе нормальны, походка какъ съ открытыми, такъ и закрытыми глазами — твердая и правильная; конечности крѣпкія, никакихъ кожныхъ анестезій не найдено, и при постукиваніи позвоночнаго столба боли нѣтъ.

ДИАГНОСТИКА въ этомъ случаѣ могла колебаться только между интермиттентомъ и хроническою инфлюэнцею; противъ маляріи говорятъ хорошій общій видъ больной, отсутствіе рѣзко выраженнаго малокровія, нормальные размѣры печени и селезенки и отрицательные результаты изслѣдованія крови; въ пользу инфлюэнцы можно привести то, что первые приступы были вполне характерны для этой болѣзни.

Кромѣ семи приведенныхъ случаевъ намъ за зиму 1897—

1898 года встрѣтилось еще нѣсколько подобныхъ же случаевъ, изъ которыхъ нѣкоторыя были представлены намъ на консилиумѣ и лихорадочное состояніе у которыхъ было настолько характерное, что мы могли ставить діагностику тяжелой инфлюэнцы съ большою увѣренностью, и дальнѣйшее теченіе (благополучное окончаніе черезъ $1\frac{1}{2}$ —3 мѣсяца) подтверждало такое распознаваніе. Рядомъ со случаями, протекавшими безъ всякихъ мѣстныхъ явленій и безъ субъективныхъ жалобъ, встрѣчались и такіе больные, которые жаловались или на головную боль, или на боли въ конечностяхъ; въ случаѣ д-ра Григорьева у мальчика 10-ти лѣтъ при весьма умѣренномъ лихорадочномъ состояніи (37 — 38°), тянувшемся болѣе $2\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ, были постоянныя жалобы на боли въ рукахъ и ногахъ; боль усиливалась при давленіи на нервные стволы и на мышцы, такъ что одно время возникало подозрѣніе на множественный невритъ, но въ виду незначительности боли и отсутствія разстройствъ чувствительности и атрофій мышцъ предположеніе это не подтвердилось. Въ случаѣ д-ра Руднева у дѣвочки 7-ми лѣтъ болѣзнь протекала безъ всякихъ субъективныхъ жалобъ, при очень умѣренной лихорадкѣ, совершенно какъ у братьевъ Е., о которыхъ говорилось выше. Она прохворала около 3-хъ мѣсяцевъ и за лѣто совершенно выздоровѣла.

За зиму и весной не разъ приходилось намъ слышать, что подобныя легкія, но „безконечныя“, „совершенно непонятныя“ лихорадочныя состоянія встрѣчались у взрослыхъ, особенно у женщинъ, изъ которыхъ нѣкоторыя до такой степени мало страдали отъ этой болѣзни, что даже не сидѣли дома, хотя въ извѣстное время сутокъ ежедневно жаловались на значительное общее недомоганіе и имѣли, несомнѣнно, хотя и немного, повышенную температуру (около 38°).

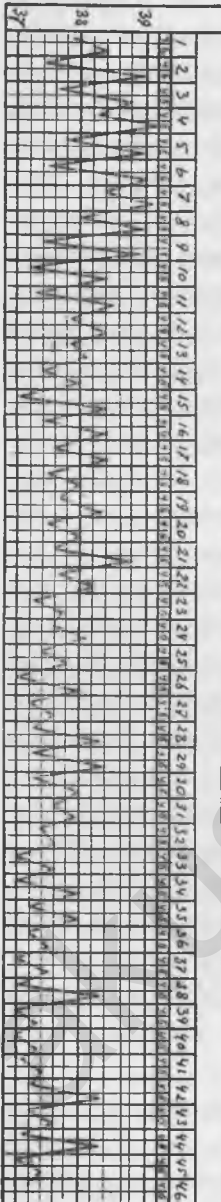
На основаніи всѣхъ видѣнныхъ нами случаевъ мы пришли къ заключенію, что затяжная или хроническая инфлюэнца несомнѣнно встрѣчается и, подобно обыкновенной (острой) инфлюэнцѣ, протекаетъ различно. Можно различать два главныхъ типа хронической инфлюэнцы: 1) постоянное лихорадочное состояніе ремиттирующаго или интермиттирующаго характера въ теченіе нѣсколькихъ недѣль подъ рядъ

и 2) возвраты черезъ различные промежутки времени отдѣльныхъ короткихъ приступовъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Въ большинствѣ случаевъ первой формы болѣзнь идетъ такъ, какъ шла она у братьевъ Е. (первые три наши случая): начавшись въ видѣ легкой катарральной формы инфлюэнцы, болѣзнь, вмѣсто того, чтобы окончиться въ 5—7 дней, затягивается на неопредѣленно долгое время, въ легкихъ случаяхъ недѣли на три, въ болѣе упорныхъ на 2—3—5 мѣсяцевъ, причемъ *лихорадочное состояніе бываетъ обыкновенно невелико*, колеблясь отъ 37° до 38—38,5°; maximum температуры во многихъ случаяхъ падаетъ на одно и то же время (большею частью отъ 12 до 4 час.); если притомъ начало подъема температуры сопровождается познабливаніемъ, а паденіе ея болѣе или менѣе обильнымъ потомъ, то получается пароксизмообразное теченіе, очень похожее на *f. intermittens*. Замѣчательно, что *хроническая инфлюэнца можетъ протекать совсѣмъ безъ повышенія температуры и все-таки пароксизмообразно*: познабливаніе, плохое самочувствіе, потъ и все это при t° въ 37,2—37,4° (нашъ 4-ый случай). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ лихорадочнаго состоянія и связанныхъ съ нимъ жалобъ на общее недомоганіе и легкую головную боль, бываютъ еще жалобы на боли въ конечностяхъ или насморкъ, легкой кашель; у иныхъ замѣчается опухоль селезенки, которая иногда даже прощупывается, но въ большинствѣ случаевъ мы не находили увеличенія этого органа, равно какъ и печени; аппетитъ хотя и уменьшается, но не совсѣмъ исчезаетъ; желудочныхъ явленій, въ видѣ тошноты, рвоты, болей подъ ложечкой и поноса, обыкновенно не бываетъ, чаще—наклонность къ запору, но безъ метеоризма. Моча въ нашихъ случаяхъ всегда была безъ бѣлка; кашля и насморка большею частью нѣтъ.

Что касается до второй формы, то отдѣльные приступы, характеризующіе ее, ничѣмъ существеннымъ отъ обыкновенной кратковременной инфлюэнцы не отличаются; въ однихъ случаяхъ t° быстро поднимается градусовъ до 40 и больше, въ другихъ она остается почти нормальной; катарры дыхательныхъ органовъ часто отсутствуютъ, знобы въ началѣ па-

роксизма и поты въ концѣ бываютъ не всегда. Пароксизмъ продолжается 1—3 дня.



фрм. 6.

Изъ *осложненной* мы встрѣтились только въ одномъ случаѣ съ умѣреннымъ экссудативнымъ плевритомъ у дѣвочки 7-ми лѣтъ. Она хворала умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ безъ всякихъ мѣстныхъ явленій около 3-хъ мѣсяцевъ съ 29 по 45-ый день болѣзни лихорадочное состояніе усилилось (ф. 6), и за это время появились симптомы плевритического экссудата, который, однако, вскорѣ рассосался, послѣ чего лихорадочное состояніе продолжалось попрежнему. Можетъ ли хроническая инфлюэнца дать толчокъ къ развитію милиарнаго туберкулеза, какъ это не особенно рѣдко наблюдается въ случаяхъ острой инфлюэнцы, намъ неизвѣстно, хотя мы считаемъ это весьма вѣроятнымъ.

ДИАГНОСТИКА. Въ тѣхъ случаяхъ, когда инфлюэнца встрѣчается въ данной семьѣ въ видѣ эпидемической болѣзни, узнать ее не трудно; діагностика отдѣльныхъ случаевъ основывается на характерѣ лихорадочнаго состоянія (очень умѣренное повышение t° , пароксизмообразное теченіе), его продолжительности и на возможности исключить какую-либо другую причину лихорадки; въ началѣ приходится имѣть въ виду, главнымъ образомъ, тифъ и малярію, а далѣе милиарный туберкулезъ. По отношенію къ тифу важное значеніе имѣютъ отрицательные результаты изслѣдованія крови по Vidal'ю и мочи по Ehrlich'у (діазореакція); для ис-

ключенія интермиттента ненахождение въ крови плазмодій хотя и можетъ имѣть значеніе, но только не рѣшающее, такъ какъ

въ затяжныхъ случаяхъ маляріи, долго леченныхъ хининомъ, онѣ отсутствуютъ нерѣдко; однако, при отсутствіи этиологическихъ моментовъ и опухоли селезенки и въ виду безрезультатности назначенія хинина и мышьяка (особенно подъ кожу), а также въ виду далеко не характернаго для типической маляріи теченія — ненахождение въ крови плазмодій можетъ значительно способствовать выясненію дѣла.

Въ случаяхъ хронической инфлюэнцы, выражающейся повтореніемъ отдѣльных, короткихъ приступовъ сильнаго жара, противъ маляріи говоритъ отсутствіе опухоли селезенки и какихъ бы то ни было признаковъ маляріи кахексіи и еще то обстоятельство, что приступъ кончается одинаково скоро, независимо отъ того, принимаетъ ли больной хининъ, или нѣтъ. Если приступъ продолжается 2—3 дня, то ^{то} все время стоитъ высоко, слѣдовательно, интермиссій, характерныхъ для маляріи, не бываетъ.

При нѣкоторыхъ условіяхъ бываетъ очень трудно исключить милиарный туберкулезъ; такъ напр., когда хроническою формою инфлюэнцы заболѣваетъ больной, происходящій изъ туберкулезной семьи или явно расположенный къ туберкулезу (золотушный субъектъ, много страдавшій бронхитами), болѣзнь началась у него въ видѣ катарральной формы, и кашель продолжается, то нелегко сказать, имѣешь ли дѣло съ затяжною инфлюэнцей или съ туберкулезомъ; изслѣдованіе мокроты на Кош'овскія бациллы не поможетъ дѣлу, такъ какъ при милиарномъ туберкулезѣ ихъ обыкновенно не бываетъ въ бронхіальной слизи. Если бы даже мы имѣли дѣло съ хроническою инфлюэнцей, но она въ концѣ концовъ осложнилась бы туберкулезомъ, и ребенокъ умеръ бы отъ менингита, то въ такомъ случаѣ врачъ признаетъ заднимъ умомъ не инфлюэнцу, а туберкулезъ. Если, съ другой стороны, больной не имѣетъ расположенія къ туберкулезу, инфлюэнца протекаетъ у него безъ катарральныхъ явленій, ^{то} все время держится очень умѣренной высоты и течетъ, не дѣлая скачковъ ни кверху, ни книзу (что такъ свойственно туберкулезной лихорадкѣ), и особенно еще, если подобная лихорадка наблюдается и у другихъ членовъ семьи, то исключить острый туберкулезъ не трудно.

ПРЕДСКАЗАНИЕ, вообще говоря, хорошо, но опредѣлить срокъ окончанія болѣзни не удается даже и приблизительно. Въ виду возможности осложненія туберкулезомъ или воспаленіемъ легкихъ и плевры съ абсолютно благопріятнымъ предсказаніемъ слѣдуетъ быть осторожнымъ.

ЛЕЧЕНІЕ. Такъ какъ для инфлюэнцы вообще и для хронической ея формы въ частности мы не знаемъ средствъ, купирующихъ болѣзнь, то главное, о чемъ слѣдуетъ позаботиться, это — назначить больному постельное содержаніе, несмотря на протесты больного, который въ большинствѣ случаевъ желаетъ оставаться на ногахъ; особенно слѣдуетъ остерегаться простуды; при наступленіи теплой погоды не только можно, но даже должно выпускать больного на воздухъ, такъ какъ большинство нашихъ больныхъ стало выздоравливать не ранѣе того, какъ въ теплые дни они начали выходить на воздухъ, и потому *лечение чистымъ, теплымъ воздухомъ* мы считаемъ для хронической инфлюэнцы за *самое дѣйствительное*; для имущихъ классовъ на этомъ основаніи мы всего охотнѣе рекомендуемъ зимой и раннею весной увозить больного въ теплый климатъ.

Діета должна быть питательная, въ соотвѣтствіи съ аппетитомъ. Изъ лекарствъ мы пробовали хининъ, мышьякъ (внутри и подъ кожу), фенацетинъ, салициловый натръ, но безъ явныхъ результатовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ окончаніе болѣзни совпадало съ назначеніемъ спермина Пеля (Rp: Essentiae spermini pro usu interno lag. l. DS. По 20—30 капель 3—4 раза въ день), но рядомъ съ этимъ попадались другіе случаи, въ которыхъ это средство не оказывало никакого замѣтнаго дѣйствія.

Лечение остающагося въ періодъ выздоровленія общаго упадка питанія состоитъ въ назначеніи деревенскаго воздуха, питательной діеты, желѣза и соленыхъ ваннъ.

II

Затяжные лихорадочные процессы въ дѣтскомъ возрастѣ *).

Лекція 8 февраля 1900 г.

Больная, которую я вамъ сейчасъ покажу, представляетъ большой практическій интересъ, такъ какъ это одинъ изъ тѣхъ случаевъ, которые очень часто даютъ поводъ къ затрудненіямъ для врача.

Дѣвочка, 3½ лѣтъ, поступила къ намъ въ клинику нѣсколько дней назадъ по поводу лихорадочнаго состоянія, длящагося уже нѣсколько недѣль.

АНАМНЕЗЪ. Отецъ ея, 36-ти лѣтъ, человѣкъ вполне здоровый; мать, 28-ми лѣтъ, малокровна. Съ ея стороны есть указанія на туберкулезъ: отецъ ея умеръ, хотя и въ преклонномъ возрастѣ, но отъ туберкулеза, развившагося вслѣдъ за острымъ воспаленіемъ легкихъ, а нѣсколько братьевъ и сестеръ умерло въ раннемъ дѣтствѣ отъ туберкулезнаго менингита.

У матери нашей больной было трое дѣтей. Старшая дѣвочка, 6½ лѣтъ, жива и здорова. Второй ребенокъ родился мертвымъ на 9-мъ мѣсяцѣ.

Наша больная — третья, родилась въ срокъ чистенькой, безъ асфиксіи; болѣзней новорожденныхъ не было. Вскарм-

*) Въ извлеченіи напечатана въ журналѣ „Медицинское Обозрѣніе“ 1900 г.

ливали ее на рожкѣ съ перваго дня жизни и весь годъ она страдала разстройствомъ пищеваренія. Зубы стали рѣзаться на 6-мъ мѣсяцѣ; ходить начала послѣ 1½ года и не переставала. 2-хъ лѣтъ перенесла корь въ легкой формѣ. 2 мѣсяца назадъ у нея сдѣлался небольшой жаръ, насморкъ и кашель; послѣдніе вскорѣ прошли, но температура съ тѣхъ поръ все время держится выше нормы. Въ общемъ можно сказать, что утренняя t° держится около 37,8, а часамъ къ 4—6 вечера она повышается до 38,5. Иногда дѣвочка жалуется, что ее знобитъ. Мать замѣтила, что за время болѣзни дѣвочка стала раздражительной, часто плачетъ безъ причины и замѣтно похудѣла.

Зимой больная живетъ въ Москвѣ, лѣтомъ въ деревнѣ. Квартира въ Москвѣ теплая и сухая, но находится въ низкой и сырой мѣстности, заливаемой весной водой (Болотная площадь). Во томъ домѣ, гдѣ они живутъ, лихорадкой никто не болѣетъ.

Лечили больную салициловымъ натромъ, тіоколомъ, мышьякомъ, а послѣдніе три дня давали хининъ.

Въ этомъ анамнезѣ слѣдуетъ подчеркнуть слѣдующія данныя: имѣется указаніе на туберкулезную наслѣдственность со стороны матери; воспитывалась на рожкѣ, долго страдала поносами и стала поздно ходить, что указываетъ на вѣроятность бывшаго рахита, слѣдуетъ отмѣтить еще и корь, протекающую, какъ казалось тогда, благополучно. *Передъ настоящею болѣзью былъ гриппъ, послѣ котораго кашель прошелъ, а лихорадочное состояніе осталось.* Заслуживаетъ вниманія еще и то, что живетъ больная въ сырой мѣстности, хотя болотныхъ лихорадокъ въ ея семьѣ ни у кого не наблюдалось.

STATUS PRAESENS. Дѣвочка, какъ видите, значительно похудавшая, кожа и слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. На шеѣ прощупываются мелкія, плотныя, безболѣзненные, катающіяся подъ пальцемъ лимфатическія железки, величиной примѣрно съ кофейное зерно, на правой сторонѣ нѣсколько крупнѣе, чѣмъ на лѣвой. Такія же железки прощупываются и въ правой подмышечной впадинѣ. Паховыя железы не увеличены. Мышцы дряблы. Костный скелетъ пра-

вилень, но на грудной клѣткѣ слѣды рахитизма. Большая настолько слаба, что при стояніи покачивается, но ходить все-таки можетъ, хотя и недолго.

Языкъ слегка обложенъ. Appetitъ у больной не великъ: въ 12 часовъ она съѣдаетъ небольшую котлету, въ 2 часа манную кашу и за обѣдомъ немного супу съ кускомъ бѣлаго хлѣба. Молока и чаю не пьетъ совсѣмъ. Никакихъ припадковъ со стороны желудка не отмѣчается. Животъ не вздутъ. Болей какъ самостоятельныхъ, такъ и при давленіи, совсѣмъ нѣтъ. Слабитъ обыкновенно черезъ день, но безъ клистира. Селезенка, хотя и выступаетъ пальца на 2 изъподъ края реберъ, но она довольно мягкой консистенціи и съ острымъ краемъ, такъ что производитъ впечатлѣніе свѣжаго происхожденія. Печень не прощупывается. Дыханіе не учащено (18—20 въ 1'). Насморка въ настоящее время нѣтъ; кашля также, если не считать бывающихъ изрѣдка отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ. При постукиваніи груди звукъ оказывается всюду яснымъ и одинаковымъ на симметричныхъ мѣстахъ грудной клѣтки; около рукоятки грудины, въ первыхъ межреберныхъ промежуткахъ, гдѣ перкутируются бронхіальныя железы, притупленія не замѣтно. При выслушиваніи легкихъ всюду находимъ чистое везикулярное дыханіе; ни рѣзкаго выдыха, ни какихъ-либо хриповъ нигдѣ не слышно.

Толчекъ сердца на мѣстѣ, но слабъ, границы сердца нормальны. Пульсъ правильный, 120 въ минуту, слабоватъ.

Моча свѣтла, ни осадка, ни бѣлка не содержитъ.

Настроеніе духа — плаксивое, но больная не апатична, такъ какъ съ матерью она охотно разговариваетъ. Сонъ порядочный. Дома у нея бывали поты по ночамъ, но здѣсь мы этого еще не наблюдали. Что касается до лихорадки, то изъ подробныхъ записей, доставленныхъ намъ матерью, видно, что за послѣдніе два мѣсяца не было ни одного дня совсѣмъ нормальной t^0 ; лихорадка можетъ быть названа неправильной *continua remittens*; неправильность состоитъ въ томъ, во-первыхъ, что кривая t^0 -ы представляется волнообразной: нѣсколько дней t^0 стоитъ выше нормы, потомъ 3—4 дня приближается къ нормѣ и потомъ опять повышается, а, во-вторыхъ, непра-

вильность выражается тѣмъ, что среди сравнительно невысокихъ температуръ вдругъ t° на одинъ—два дня выскакиваетъ въ видѣ остраго шпиля, причемъ въ теченіе всего времени послѣобѣденная t° была выше утренней. Вообще въ январѣ t° держалась около 38° , а въ февралѣ около $38,5^{\circ}$.

Хининъ давали и дома, и въ больницѣ, сначала по 0,12, позднѣе по 0,2, но замѣтнаго пониженія лихорадки достигнуть не удалось.

Итакъ, изъ положительныхъ данныхъ мы можемъ отмѣтить только потерю аппетита, обложенный языкъ и увеличенную, но не болѣзненную селезенку, со стороны грудныхъ органовъ — рѣшительно ничего, а между тѣмъ дѣвочка лихорадитъ уже 2 мѣсяца.

Подобные случаи затяжныхъ лихорадокъ встрѣчаются практическому врачу часто и діагностика ихъ иногда представляетъ очень большія затрудненія. Мнѣ хотѣлось бы поэтому поговорить подробнѣе о различныхъ причинахъ этихъ длительныхъ лихорадочныхъ состояній.

Иногда причина лихорадки заключается въ какомъ-либо мѣстномъ процессѣ, остающемся незамѣченнымъ врачомъ только потому, что его плохо ищутъ. Если мы начнемъ съ полости рта, то изъ такихъ процессовъ можно упомянуть прежде всего:

Скопленіе гноя подѣ деснами, причемъ сплошь и рядомъ больной совсѣмъ не жалуется на зубную боль. Лихорадка въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно не сильна, она едва достигаетъ 38° по вечерамъ, но тянется недѣлю, двѣ и больше; хининъ не оказываетъ на нее никакого дѣйствія. При осмотрѣ можно найти скопленіе гноя надъ однимъ — двумя зубами, и по устраненіи этого нарыва лихорадка кончается.

Причиной лихорадки могутъ быть *аденоидныя разращенія*. Особенно часто это бываетъ зимою, когда поддерживаемый аденоидами хроническій катарръ носоглоточнаго пространства легко обостряется. Обостренія эти сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ и небольшимъ сухимъ кашлемъ, но не вызываютъ никакихъ жалобъ на мѣстныя явленія со стороны больного. Такія вспышки могутъ повторяться съ различными антрактами всю зиму, не позволяя больному оставлять ком-

нату; матери справедливо жалуются на чрезвычайную „простудливость“ ребенка, но стоит удалить аденоиды и лихорадка кончается. Такую причину лихорадки вы можете подозревать во всѣхъ случаяхъ, когда имѣете дѣло съ ребенкомъ, у котораго часто закладывается носъ, появляется легкій кашель и сонъ сопровождается храпомъ.

Изрѣдка случается, что не получаетъ достаточной оцѣнки *хроническій аппендицитъ*. Всего чаще бываетъ такъ, что больной перенесъ когда-то приступъ или два остраго воспаления червеобразнаго отростка, но въ настоящее время самостоятельныя боли почти или даже совсѣмъ исчезли и отмѣчается только склонность къ запорамъ. При внимательномъ изслѣдованіи, однако, можно бываетъ найти болѣзненность и даже инфильтрацію въ области слѣпой кишки. Такое состояніе можетъ потребовать хирургическаго вмѣшательства; удаленіе червеобразнаго отростка ведетъ обыкновенно къ полному выздоровленію.

При затяжныхъ лихорадкахъ я особенно рекомендую обращать вниманіе на свойства мочи, такъ какъ нѣкоторыя формы *пиелиита*, не зависящія ни отъ камней почекъ, ни отъ мочевого песка, могутъ протекать скрытно, такъ какъ онѣ не сопровождаются болями. Лихорадка длится иной разъ 3 — 4 мѣсяца, поднимается иногда до 39° и идетъ волнами; низкія волны на нѣсколько дней опускаются до нормы, а затѣмъ поднимаются снова. Лихорадка эта доброкачественна, такъ что больной долго остается на ногахъ и мало худѣетъ. Наличие гноя въ мочѣ при отсутствіи пузырныхъ симптомовъ не представляетъ особыхъ затрудненій діагностикѣ. Моча бываетъ обыкновенно кислая и мутная.

Производящей причиной такихъ *пиелитовъ* является обыкновенно *bac. coli comm.* Путемъ разспроса обыкновенно удается констатировать, что у такихъ больныхъ бываютъ по временамъ кратковременные приступы болей живота, напоминающіе почечную колику. *Пиелиты* эти описаны Багинскимъ года 2 назадъ, и я видѣлъ нѣсколько подобныхъ случаевъ. Чистая форма *coli* — *бациллярнаго пиелита* оканчивается обыкновенно полнымъ выздоровленіемъ, а потому, если въ гнойной мочѣ, помимо *basil. coli comm.*, не встрѣ-

чается другихъ микробовъ (staphyloc., proteus), то можно давать благопріятное предсказаніе.

Иногда безъ субъективныхъ жалобъ и даже безъ кашля протекають и *плевриты*, почему ихъ и легко пропустить при поверхностномъ осмотрѣ, но при тщательной перкуссіи подь угломъ лопатки можно найти рѣзкую тупость, а при выслушиваніи оказывается въ этомъ мѣстѣ ослабленное дыханіе, а иногда даже и шумъ тренія плевры. Такіе ограниченные плевриты могутъ вызывать продолжительную лихорадку, но найти ихъ можно, только если ихъ специально искать.

Въ другихъ случаяхъ причиной длительного лихорадочнаго состоянія является *эндокардитъ*. Въ большинствѣ случаевъ эндокардитъ характеризуется помимо лихорадки еще и мѣстными явленіями: шумомъ съ первымъ временемъ у верхушки сердца, усиленіемъ второго тона легочной артеріи и увеличеніемъ сердечной тупости. Но, конечно, я имѣю теперь въ виду не тѣ острые случаи язвеннаго эндокардита, когда процессъ течетъ бурно, съ сильными потрясающими знобами и заканчивается летально въ какія-нибудь 2—3 недѣли, а лишь случаи хроническіе. При нихъ лихорадка можетъ быть невелика, но она довольно злокачественна, такъ что быстро — недѣли въ двѣ — больные очень ослабѣвають и блѣднѣють. Диагностика облегчается, когда существуетъ шумъ въ сердцѣ. Такъ и бываетъ въ большинствѣ случаевъ; но иногда никакихъ явленій со стороны сердца нѣтъ, имѣются лишь указанія на септической характеръ болѣзни. Къ такимъ признакамъ принадлежатъ сильные знобы, безпричинные легонькіе плевриты или пораженія суставовъ и нѣкоторые пораженія кожи: эритемы, уртикаріи, петехіи и т. п. и только позднѣ выясняется страданіе сердца.

Лекція 11 февраля 1900 г.

Съ тѣхъ поръ, какъ вы видѣли больную, т. е. за послѣдніе три дня у нея появился только одинъ новый симптомъ, но довольно существенный, — именно, при аускультации слышатся довольно мелкіе, хотя и не консонирующіе хрипы подь лѣвой лопаткой; появился, слѣдовательно, односторонній ка-

тарръ бронховъ. Одновременно съ этимъ усилилась и лихорадка, такъ какъ t^0 стоитъ за послѣдніе дни примѣрно на градусъ выше (около $39^0,5$). О значеніи этого бронхита я скажу позднѣе, когда буду говорить о діагностикѣ, а пока буду продолжать нашу бесѣду о причинахъ затяжныхъ лихорадокъ у дѣтей и скажемъ теперь объ *общихъ заболѣваніяхъ*, вызывающихъ длительное лихорадочное состояніе. Вообще говоря, если лихорадочное состояніе, не объясняемое никакими мѣстными причинами, тянется долѣе 10-ти дней, то слѣдуетъ прежде всего думать о *тифѣ*. Если у больного имѣется свѣжая опухоль селезенки, поносъ, розеола и характерный habitus, то діагностика не трудна; но попадаютъ легкіе тифы, гдѣ t^0 не поднимается выше 38^0 , больной жалуется на слабость, а всѣ остальные симптомы тифа отсутствуютъ. Діагностика облегчается, если въ домѣ былъ уже тифозный больной. Въ противномъ случаѣ она очень трудна, тѣмъ болѣе, что увеличеніе селезенки такъ часто встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ, что и на этомъ признакѣ нельзя основывать діагностики. Дѣлу можетъ помочь реакція Widal'я, и разъ она получается, вопросъ можно считать рѣшеннымъ въ утвердительномъ смыслѣ; но я еще не знаю, всегда ли получается она при *легкомъ* тифѣ. По крайней мѣрѣ, мнѣ пришлось видѣть больного, гдѣ свѣжая опухоль селезенки и все дальнѣйшее теченіе говорили за тифъ, а реакція Widal'я, между тѣмъ, не удалась ни на второй, ни на третьей недѣлѣ. Иногда діагностику тифа можно поставить только заднимъ числомъ по ходу температуры, по продолжительности болѣзни и проч.

Инфлюэнца также иногда принимаетъ затяжное теченіе. Такие случаи описаны мною подъ именемъ хронической инфлюэнцы (см. стр. 1). Болѣзнь начинается, какъ обыкновенная инфлюэнца, съ болѣе или менѣе высокой лихорадкой въ продолженіе 1 — 4 дней. Затѣмъ t^0 понижается, но до нормы не доходитъ, а колеблется въ предѣлахъ 37^0 утр. до $37^0,8$ — $38^0,1$ веч. и такое легкое, *замѣчательно однообразное* лихорадочное состояніе безъ всякихъ рѣзкихъ колебаній тянется въ продолженіе одного, двухъ и даже четырехъ мѣсяцевъ. Опухоли селезенки не бываетъ, кашель, бывшій въ началѣ

болѣзни, или прекращается совсѣмъ, или остается въ видѣ отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ, не безпокоящихъ ни больного, ни окружающихъ. Кромѣ низкихъ температуръ и правильного однообразнаго теченія для хронической инфлюэнцы характерна еще и *доброкачественность лихорадки*, въ смыслѣ вліянія ея на общее состояніе: больной не теряетъ хорошаго расположенія духа, недурно ѣсть и не охотно лежитъ въ постели.

Подобную „безконечную“ лихорадку врачи принимаютъ обыкновенно либо за малярію, либо за скрытый туберкулезъ и усердно лечатъ хининомъ и мышьякомъ, но безъ результата, такъ какъ къ числу характерныхъ особенностей хронической инфлюэнцы относится, между прочимъ, и *неуступчивость ея этимъ лекарствамъ*; но она скоро проходитъ весной, при наступленіи теплой погоды, когда больной начинаетъ выходить на воздухъ, или когда его увозятъ на югъ.

Диагностика хронической инфлюэнцы, на основаніи указанныхъ признаковъ (главное — правильное теченіе при невысокихъ температурахъ), вполне возможна, а если въ семьѣ заболѣваютъ такимъ образомъ двое или трое дѣтей, то распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій. Встрѣчается и другая форма хронической инфлюэнцы, которая характеризуется повторными приступами острой инфлюэнцы черезъ различные промежутки времени (нѣсколько недѣль); у ребенка дѣлается сильный жаръ, иногда и рвота, и черезъ 2—3 дня онъ уже здоровъ. Въ теченіе года такихъ приступовъ можетъ быть много. Доказать, что эти приступы въ данномъ случаѣ зависятъ отъ хронической инфлюэнцы, не всегда возможно, такъ какъ, во-первыхъ, такіе случаи встрѣчаются спорадически, а не во время эпидемій инфлюэнцы, какъ первые, а во-вторыхъ, не одна только инфлюэнца проявляется подобнымъ образомъ, а также и малярія, и нервная лихорадка, и мочекислый діатезъ (см. лекцію о піелитѣ ниже), и интоксикація изъ кишечника, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ Neubner'a.

9-ти-лѣтній мальчикъ заболѣлъ сильнымъ жаромъ, рвотой и поносомъ. Жаръ и рвота быстро прекратились, но поносъ затянулся на 5 мѣсяцевъ, въ теченіе которыхъ нѣсколько

разъ повторялись приступы жара и рвоты. Болѣзнь продолжалась, несмотря на наступленіе лѣта и перемѣну климата, что исключало инфлюэнцу, которая при такихъ условіяхъ обыкновенно проходитъ. Когда же больного стали лечить Карлсбадской водой, то сперва прошелъ поносъ, а затѣмъ прекратились и описанные приступы. По мнѣнію Heubner'a, дѣло здѣсь шло объ *аутоинтоксикаціи* организма изъ кишечника.

Если причиной часто повторяющейся лихорадки является малярія, то въ большинствѣ случаевъ діагностика не трудна, такъ какъ, если случай не очень застарѣлый, то лихорадка сохраняетъ свой характерный интермиттирующій типъ: сильный жаръ наступаетъ быстро, большею частью послѣ зноба и черезъ нѣсколько часовъ t^0 падаетъ до нормы или ниже нормы съ тѣмъ, чтобы завтра или послѣ завтра снова круто подняться до 39^0-40^0 . Хининъ скоро прекращаетъ повтореніе приступовъ, но спустя нѣкоторое время (2—3 недѣли или черезъ нѣсколько недѣль) они являются снова. Такъ течетъ обыкновенно болотная лихорадка нашихъ мѣстностей, но, если больной захватилъ лихорадку въ мѣстахъ господства злокачественной маляріи и долго оставался тамъ, то случается сравнительно нерѣдко, что кривая температуры совсѣмъ утрачиваетъ перемежающійся типъ и принимаетъ характеръ неправильной постоянной лихорадки. Подобныя формы въ нашей мѣстности встрѣчаются крайне рѣдко, а если мы и имѣли возможность наблюдать подобные случаи въ нашей клиникѣ, то едва ли не всѣ они относились къ дѣтямъ, привезеннымъ съ Кавказа, съ низовьевъ Волги и т. п.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что *болотная лихорадка* прежде, чѣмъ сдѣлаться неправильной, постоянной, появляется первоначально въ видѣ правильныхъ пароксизмовъ, характеризующихся знобомъ, жаромъ и потомъ и повторяющихся ежедневно или черезъ день. Если въ анамнезѣ нѣтъ на это указаній, — то ставить діагностику маляріи мы считаемъ рискованнымъ. Обыкновенно въ анамнезѣ указывается далѣе на то, что сначала хининъ отлично помогалъ, пароксизмы прекращались, но больной оставался жить въ лихорадочной мѣстности, и черезъ нѣкоторое время па-

роксизмы появлялись снова; для прекращенія ихъ пришлось увеличивать дозы хинина и, наконецъ, онъ совсѣмъ пересталъ дѣйствовать. Таковъ анамнезъ въ большинствѣ случаевъ и, благодаря его характерности, діагностика значительно облегчается, но съ увѣренностью можно ставить распознаваніе затажной маляріи только въ томъ случаѣ, если имѣются еще нѣкоторыя изъ объективныхъ данныхъ, изъ числа которыхъ значительно увеличенную и плотную селезенку я считаю самымъ важнымъ, почти никогда не отсутствующимъ признакомъ, а потому, если у больного, долго страдавшаго какой бы то ни было лихорадкой, селезенка или совсѣмъ не прощупывается, или, если и прощупывается, но представляется при этомъ не особенно большой, а главное мягкой, то діагностику маляріи ставить съ увѣренностью нельзя. Застарѣлая малярія можетъ протекать при температурахъ, колеблющихся въ предѣлахъ нормы, напр., отъ 36° до 37,5°, и все-таки представляетъ при этомъ ясно интермиттирующий типъ, каковое обстоятельство, выражающееся графически *крутыми подъемами и паденіями кривой*, довольно характерно для интермиттента, такъ какъ ни хроническая инфлюэнца, ни туберкулезная лихорадка, съ которыми всего чаще смѣшивается застарѣлая малярія, такихъ крутыхъ кривыхъ не даютъ. Еще характернѣе, если вершины кривой приходятся на время отъ 12 ч. ночи до полудня (извращенный типъ лихорадки), такъ какъ въ лихорадкахъ не малярійнаго происхожденія подъемы приходятся обыкновенно на вторую половину сутокъ. Лечение хининомъ можетъ дать цѣнныя указанія для діагностики. Еще Лаверанъ выставилъ такое положеніе: если у взрослога лихорадка не проходитъ черезъ 4 дня послѣ приемовъ хинина по 1,5 grо die, то малярія исключается. Чѣмъ свѣжѣе лихорадка и чѣмъ меньше давалось хинина, тѣмъ рѣзче эта реакція. Но даже и въ старыхъ случаяхъ, много леченныхъ хининомъ, его приемы рѣзко вліяютъ на t° и именно въ томъ смыслѣ, что либо въ ближайшіе пароксизмы она поднимается не столь высоко, либо измѣняется весь типъ лихорадки: до приемовъ хинина, напр., она текла по типу *i. contin. remitt.*, а послѣ она приняла явно интермиттирующий характеръ. Это важно знать въ томъ отношеніи,

что какъ туберкулезная, такъ и инфлюэнцная лихорадка, если иногда и реагируютъ на среднія дозы хинина, то лишь незначительно, а большей частью онѣ совсѣмъ не отвѣчаютъ на эти дозы.

Лечение подкожными впрыскиваніями мышьяка въ связи съ перемѣной мѣста жительства оказываетъ цѣлебное дѣйствіе на запущенную малярію гораздо быстрее, чѣмъ на какую-либо хроническую лихорадку иного происхожденія.

Выше было уже сказано, что малярія рѣдко протекаетъ въ видѣ постоянной лихорадки, такъ что, если у больного температура никогда не спускается до нормы, то это обстоятельство сильно говоритъ противъ болотной лихорадки а если вдобавокъ при этомъ и селезенка не прощупывается, или, хотя и прощупывается, но представляется нормальной консистенціи, то существованіе маляріи еще менѣе вѣроятно. Безусловнымъ доказательствомъ маляріи является нахожденіе *плазмодій въ крови*, но отсутствіе ихъ не рѣшаетъ вопроса отрицательно, такъ какъ въ периферической крови плазмодіи отсутствуютъ иногда даже и въ свѣжихъ случаяхъ. Кроме того, плазмодіи нерѣдко исчезаютъ послѣ леченія хининомъ, по крайней мѣрѣ, на нѣкоторое время. Диагностика маляріи является еще болѣе вѣроятной, если ребенокъ жилъ въ сырой мѣстности или квартирѣ, гдѣ были и другіе случаи заболѣванія маляріей.

Иногда причиной повышенной температуры бываетъ анемія. Обыкновенно у малокровныхъ лицъ температура держится ниже нормы; но при сильныхъ степеняхъ анеміи она нерѣдко повышается до лихорадочныхъ цифръ, такъ что можно говорить объ *анемической лихорадкѣ*.

Анемическую лихорадку можно допустить только въ томъ случаѣ, если она существуетъ у ребенка съ *рѣзко выраженной анеміей* и если температура не поднимается выше 38° — $38,2^{\circ}$. Болѣе сильная лихорадка наблюдается при *лейкэмии* и *псевдолейкэмии*. Для послѣдней особенно характеренъ типъ хроническаго рекуррента: послѣ нѣсколькихъ дней болѣе или менѣе сильной лихорадки температура постепенно падаетъ до нормы и черезъ нѣсколько дней снова постепенно повышается. Подобныя же волнообразныя лихорадки наблю-

даются и при *саркомъ внутреннихъ органовъ*. У взрослыхъ субъектовъ весьма затяжныя лихорадки могутъ имѣть сифилитическое происхожденіе и тогда сравнительно скоро уступаютъ специфическому леченію, особенно іодистому калию. Сифилитическая лихорадка встрѣчается обыкновенно у субъектовъ, заразившихся *lues*’омъ много лѣтъ тому назадъ. Встрѣчается ли затяжная лихорадка при *syphilis tarda* у дѣтей, мнѣ неизвѣстно, но при случаѣ имѣть въ виду сифилитическую лихорадку, конечно, не мѣшаетъ.

Что касается, такъ называемой, *нервной лихорадки*, то она признается не всѣми авторами. Нѣкоторые считаютъ, что при ней идетъ дѣло только о субъективныхъ ощущеніяхъ, а не о повышеніи температуры. Но, на основаніи собственныхъ наблюденій, я стою за то, что въ зависимости отъ разстройства нервныхъ центровъ можетъ быть повышеніе температуры, констатируемое термометромъ. Такая лихорадка, какъ результатъ термическаго нейроза, бываетъ однимъ изъ проявленій истеріи и встрѣчается какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ.

Истерическая лихорадка наблюдается въ двухъ формахъ: или это постоянная лихорадка, которая можетъ тянуться неопредѣленно долго, или только отдѣльные приступы. Продолжительность постоянной лихорадки колеблется отъ нѣсколькихъ дней до многихъ мѣсяцевъ. Температура въ однихъ случаяхъ держится около 38° — $38,5^{\circ}$, тогда какъ въ другихъ доходитъ до 40° и даже до 41° и выше. Весьма интересный случай приводитъ, напр., Déjérine: t° подъ мышкой у одной молодой дѣвушки въ теченіе 11-ти дней колебалась отъ 43° до $44,8^{\circ}$; замѣчательно, что повышеніе температуры всегда наступало только въ то время, когда больная укладывалась спать. Déjérine убѣдился въ этомъ фактѣ, заставивъ больную въ теченіе нѣсколькихъ дней ложиться часомъ позднѣе: 9, 10, 11, 12, 1, 2, и 3 утра. На 12-й день приступы лихорадки кончились и съ тѣхъ поръ t° больше не поднималась. За эти 12 дней больная нисколько не похудѣла. До нѣкоторой степени характерно отсутствіе всякаго типа: ничѣмъ не мотивированные скачки кверху и книзу — не рѣдкость. Въ большинствѣ случаевъ нервная лихорадка комби-

нируется съ какими-нибудь другими истерическими симптомами, симулируя иногда ложный менингитъ, перитонитъ и проч. Диагностика истерической лихорадки требуетъ продолжительнаго наблюденія въ видахъ исключенія какого-либо заболѣванія. При диагностикѣ нервной лихорадки надо имѣть въ виду слѣдующее: она отличается своей *доброкачественностью*; несмотря на продолжительное лихорадочное состояніе, длящееся иногда до двухъ мѣсяцевъ, ребенокъ не теряетъ въ вѣсѣ, а иногда даже и прибавляется. Этой доброкачественности соотвѣтствуютъ и свойства мочи. Обыкновенно, при лихорадкѣ она бываетъ насыщенной, высокаго удѣльнаго вѣса, а при нервной лихорадкѣ цвѣтъ мочи остается блѣднымъ и удѣльный вѣсъ не повышается. Въ пользу нервной лихорадки говоритъ далѣе наличность другихъ симптомовъ истеріи. Раздражительность или неустойчивость тепловыхъ центровъ у подобныхъ больныхъ выражается, между прочимъ, въ томъ, что повышеніе температуры появляется у нѣкоторыхъ всякій разъ послѣ опредѣленнаго внѣшняго вліянія, хотя бы самаго незначительнаго. Во многихъ случаяхъ, напр., видную роль играетъ мозговая работа; поэтому и случается иногда видѣть, что ученикъ страдаетъ продолжительной лихорадкой до тѣхъ поръ, пока учится, а какъ только бросаетъ ученіе, такъ и температура приходитъ къ нормѣ. Мнѣ пришлось однажды наблюдать гимназиста, весьма долго представлявшаго повышенную температуру и тѣмъ не менѣе посѣщавшаго гимназію. Дальнѣйшимъ наблюденіемъ было выяснено, что стоило больному посидѣть нѣсколько дней дома, и лихорадка прекращалась. Начинать онъ ходитъ въ классъ, съ каждымъ днемъ температура поднималась на $0,1^{\circ}$, $0,2^{\circ}$, все выше и выше, а черезъ нѣсколько дней доходила до $38,5$ и на этой высотѣ оставалась, пока больной не бросалъ ученія, послѣ чего съ такою же постепенностью температура въ нѣсколько дней доходила до нормы.

Спеціально отъ болотной лихорадки истерическая отличается неправильностью типа, отсутствіемъ опухоли селезенки и еще тѣмъ, что не уступаетъ хинину.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной продолжительной лихорадки бываетъ *пизмія*, какъ результатъ скрытно протекаю-

щого гнойника. Гной можетъ скопиться въ какой-нибудь полости или въ паренхиматозномъ органѣ и оставаться долго неузнаннымъ. Пиѣмическая лихорадка благодаря тому, что она сопровождается обыкновенно опухолью селезенки, знобами, потами и быстрыми скачками температуры кверху или книзу, всего чаще смѣшивается съ маляріей.

Самой частой причиной затяжной лихорадки у дѣтей, бесспорно, слѣдуетъ считать *туберкулезъ*. Туберкулезная лихорадка, говоря вообще, встрѣчается въ трехъ формахъ: 1) острой, 2) подострой и 3) хронической. Такъ какъ мы имѣемъ въ виду лишь затяжную лихорадку, протекающую безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ, то о первой формѣ, зависящей отъ остраго милиарнаго туберкулеза и симулирующей тифъ, мы говорить не будемъ. Точно также не подлежитъ разсмотрѣнію и хроническая туберкулезная лихорадка, сопровождающая явно выраженный туберкулезъ легкихъ, брюшины или другихъ какихъ-либо органовъ, и мы остановимся только на подострой туберкулезной лихорадкѣ, когда никакой мѣстной болѣзни найти у больного нельзя.

Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, дѣло идетъ такъ: ребенокъ съ туберкулезной наслѣдственностью или страдавшій прежде рахитизмомъ, вообще блѣдный и слабый, въ теченіе своей жизни много разъ хворалъ кашлемъ, но скоро выздоравливалъ; не такъ давно онъ перенесъ корь (или гриппъ, коклюшъ, вообще остро-катарральную болѣзнь) и послѣ того заболѣлъ лихорадочнымъ состояніемъ, которое, протекая безъ мѣстныхъ явленій, было принято врачомъ за легкой тифъ. Но этотъ мнимый тифъ затянулся слишкомъ долго и черезъ 5 — 8 недѣль, или еще позднѣе, съ ребенкомъ вдругъ сдѣлалась рвота и вслѣдъ за тѣмъ постепенно развилась картина туберкулезнаго менингита. При вскрытіи находятъ свѣжую высыпь бугорковъ на мозговыхъ оболочкахъ и старый творожисто—туберкулезный фокусъ въ бронхиальныхъ железахъ, причѣмъ всѣ остальные органы оказываются нормальными, или и въ нихъ тоже свѣжіе бугорки въ небольшомъ количествѣ. Спрашивается, каковъ же патогенезъ этой лихорадки, въ теченіе многихъ недѣль предшествовавшей развитію туберкулезнаго менингита? Landouzy

называлъ такую лихорадку тифо-бациллезо́мъ или предтуберкулезной лихорадкой. Онъ объяснялъ ее тѣмъ, что изъ стараго туберкулезнаго фокуса проникали въ кровь бациллы, которыя, однако, до поры до времени нигдѣ не находили себѣ пристанища и потому не вызывали туберкулеза, но были причиной лихорадки. По нашему мнѣнію, болѣе вѣроятно другое предположеніе, а именно то, что въ кровь изъ стараго фокуса проникали сначала только токсины, которыя и вызывали лихорадку до тѣхъ поръ, пока не попали въ кровь сами бациллы, послѣ чего и началось высыпаніе бугорковъ на мозговыхъ оболочкахъ и въ другихъ органахъ. Если бациллы проникли въ кровь въ большомъ количествѣ и сразу, тогда предбугорковой лихорадки не будетъ, а получится картина остраго милярнаго туберкулеза съ сравнительно быстро наступающимъ летальнымъ исходомъ. Еще въ другихъ случаяхъ бываетъ и такъ, что вмѣстѣ съ токсинами всасываются въ кровь и бациллы, но только въ небольшомъ числѣ и попадаютъ онѣ не въ полость черепа, а въ другіе органы, и тогда получается хроническій туберкулезъ, который можетъ тоже закончиться острой головной водянкой (*meningitis tuberculosa*). При аутопсіи мы найдемъ тогда свѣжую сыпь бугорковъ на основаніи мозга и болѣе крупныя, желтыя, даже творожистыя фокусы въ другихъ органахъ.

Въ случаяхъ первой категоріи, т. е. при, такъ называемой, предтуберкулезной лихорадкѣ, пока еще не дошло дѣло до высыпанія милярныхъ бугорковъ на мозговыхъ оболочкахъ и во внутреннихъ органахъ, выздоровленіе вполне возможно такъ какъ старый туберкулезный фокусъ можетъ подвергнуться творожистому перерожденію съ послѣдовательнымъ обызвествленіемъ и высыханіемъ, такъ что бациллы, будучи замуравленными, дѣлаются безвредными для организма. Въ дѣйствительности сплошь и рядомъ бываетъ такъ, что творожисто-перерожденныя бронхиальныя железы въ теченіе долгаго времени рѣшительно ничѣмъ не проявляютъ своего существованія; но стоитъ ребенку заболѣть корью или какимъ-либо другимъ процессомъ, сопровождающимся припуханіемъ лимфатическихъ железъ, вслѣдствіе прилива къ нимъ крови и серознаго ихъ пропитыванія, какъ затихшія

было туберкулезный процесс снова оживает, бактерии Кош'а начинают усиленно фабриковать, токсин и вот вспыхивает предтуберкулезная лихорадка.

Но возвратимся къ клинической сторонѣ дѣла. Подострая туберкулезная лихорадка (предтуберкулезная лихорадка Landouzy), протекающая безъ мѣстныхъ симптомовъ или при очень умѣренномъ кашлѣ, обыкновенно не достигаетъ высокихъ градусовъ и держится около 37,5⁰ утромъ и 38⁰ съ десятиными по вечерамъ и отличается вообще неравномернымъ течениемъ: она то течетъ волнообразно, то бываютъ кратковременные скачки на 1 — 2⁰, оставаясь на этой высотѣ всего одинъ-два дня, что такъ несвойственно лихорадкѣ при затяжной инфлюэнцѣ. Однако, кривая температуры при туберкулезной лихорадкѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ такъ разнообразна, что сама по себѣ не даетъ солиднаго основанія для діагностики, но въ связи съ другими данными она получаетъ очень большое значеніе, именно, въ томъ случаѣ, если путемъ анамнеза можно доказать, во-1-хъ, что данный субъектъ представляетъ удобную почву для развитія бактерий Кош'а, т. е., что онъ способенъ заболѣть туберкулезомъ (туберкулезная наследственность, золотуха, рахитизмъ), во-2-хъ, что онъ повторно страдалъ катаррами дыхательныхъ или пищеварительныхъ органовъ, которые могли дать поводъ къ поражению бронхиальныхъ или брыжжеечныхъ железъ, и, въ-3-хъ, что незадолго до заболѣванія неопредѣленной лихорадкой онъ перенесъ какую-нибудь инфекціонную болѣзнь, которая, подобно туберкулину, могла освѣжить дѣятельность бактерий въ старомъ творожистомъ фокусѣ (корь, коклюшь, гриппъ). Наконецъ, діагностика дѣлается еще болѣе вѣроятной, если существованіе стараго туберкулезнаго фокуса у даннаго больного находится внѣ сомнѣнія, будетъ ли это давнишній спондилитъ или туберкулезъ лимфатическихъ железъ, или можно доказать значительную гиперплазію бронхиальныхъ железъ и проч.

Если въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на прежде бывшіе катарры, то это обстоятельство хотя и неблагоприятно предположенію у даннаго субъекта стараго туберкулеза во внутреннихъ лимфатическихъ железахъ, но окончательно

опровергнуть это предположение оно все-таки не может и именно потому, что, во-первых, анамнезъ относительно того, что было съ ребенкомъ много лѣтъ назадъ, нерѣдко оказывается недостовернымъ, а во-вторыхъ, еще и потому, что опытами Cornet'a и Доброклонскаго давно доказано, что бактерии Koch'a могутъ проникать черезъ вполне здоровую слизистую оболочку дыхательныхъ путей и производить туберкулезъ соответственныхъ железъ, не вызывая предварительнаго катарра.

Въ заключеніе отмѣтимъ, что попадаются иногда случаи до такой степени трудные въ діагностическомъ отношеніи, что, не смотря ни на большую опытность врача, ни на продолжительное наблюденіе, не удается поставить точнаго распознаванія даже и по окончаніи болѣзни, такъ сказать, „заднимъ умомъ“. Одинъ изъ подобныхъ случаевъ описанъ въ моей семіотикѣ дѣтскихъ болѣзней (5-е изданіе, стр. 513), а здѣсь я опишу другой и притомъ весьма курьезный. Дѣло шло о 12-ти-лѣтнемъ мальчикѣ, который происходилъ изъ нервной семьи и самъ былъ очень нервенъ и страдалъ упорными запорами, ради которыхъ и былъ помѣщенъ въ одну изъ лечебницъ. Благодаря промываніямъ кишекъ, массажу, леченію электричествомъ и водой, дѣятельность кишекъ поправилась, но мальчикъ заскучалъ и сталъ лихорадить, хотя температура не поднималась по вечерамъ выше 38° — $38,2^{\circ}$, а утромъ стояла около 37° — $37,5^{\circ}$; но врачъ, не умѣя опредѣлить причину лихорадки, обезпокоился и для выясненія дѣла сталъ изслѣдовать все: и дно глаза, и мочу, и кровь, и слизь изъ зѣва. Въ послѣдней, не смотря на блѣдность слизистой оболочки, были найдены несомнѣнныя дифтерійныя бактерии Löffler'a и къ тому же еще патогенныя, такъ какъ морская свинка, которой была привита культура этого микроба, издохла въ $1\frac{1}{2}$ сутокъ. Приглашенный на консилиумъ специалистъ по болѣзнямъ горла, хотя и нашелъ зѣвъ и носъ совершенно здоровыми, тѣмъ не менѣе не рѣшился идти противъ бактериологіи и назначилъ впрыснуть сыворотку и смазывать зѣвъ растворомъ сулемы; лихорадка — безъ перемѣны. Черезъ недѣлю другой специалистъ по болѣзнямъ горла, имѣя въ виду, что бактерии все еще не исчезли, дѣлаетъ вторую инъекцію,

втираетъ въ шею сѣрую мазь и смазываетъ зѣвъ протарголомъ; результата нѣтъ. Приглашается дѣтскій врачъ, который находитъ припухшую селезенку и потому ставитъ діагностику легкаго тифа, но реакція Widal'я не удается. На 4-й недѣлѣ болѣзни другой дѣтскій врачъ опредѣляетъ туберкулезъ бронхіальныхъ железъ, но специалистъ по внутреннимъ болѣзнямъ, на основаніи красноты зѣва (вслѣдствіе постоянныхъ смазываній раздражающими веществами), припухлости шейныхъ железъ и все еще не исчезнувшей бациллы Löffler'a, высказывается за затяжную дифтерію; но кромѣ того, въ виду нѣкоторой болѣзненности въ области соесі, главной причиной лихорадки считаетъ хроническій аппендицитъ и предлагаетъ операцію. Изъ двухъ приглашенныхъ хирурговъ одинъ стоитъ за операцію, другой отрицаетъ ее, такъ какъ не видитъ аппендицита. Такъ тянулось дѣло 2 мѣсяца, пока мать не рѣшилась повезти больного въ Zürich къ Kocher'у. Дорогой лихорадка наконецъ кончилась. Kocher не нашелъ аппендицита, и, продержавъ больного въ своей клиникѣ дней десять, выписалъ его, какъ здороваго. Мальчика повезли къ парижскимъ хирургамъ, — тамъ высказывались за нервныя боли въ животѣ. Какъ бы то ни было, но поѣздка оказала на здоровье больного отличное дѣйствіе: поживъ нѣкоторое время на одной изъ швейцарскихъ горъ, онъ вернулся домой вполне здоровымъ, но безъ точной діагностики. Возможно, что это былъ случай нервной лихорадки или затяжной инфлюэнцы, а, можетъ быть, и легкій тифъ (исчезла ли припухлость селезенки или она осталась въ прежнемъ видѣ, мнѣ неизвѣстно).

Лекція 12 февраля 1900 г.

Если теперь мы вернемся къ нашей больной и постараемся отвѣтить на вопросъ, почему она такъ долго лихорадитъ, то прежде всего мы можемъ съ увѣренностью сказать, что лихорадка у нашей больной не зависитъ отъ какого-либо мѣстнаго воспалительнаго процесса, такъ какъ объективное изслѣдованіе всѣхъ органовъ даетъ отрицательный результатъ.

Изъ общихъ процессовъ не трудно исключить тифъ въ

виду продолжительности болѣзни. Обыкновенно тифъ длится 3—4 недѣли и никакъ не долѣе 6-ти. Правда, тифъ съ рецидивомъ можетъ продолжаться 2 и даже 3 мѣсяца, но тогда и видно, что это рецидивы болѣзни.

То обстоятельство, что больная жила въ мѣстности, заливаемой водой, какъ-будто говорить за малярію, тѣмъ болѣе, что и селезенка у дѣвочки увеличена; но нужно отмѣтить, что больныхъ лихорадкой въ томъ домѣ, гдѣ жила наша больная, не было, да и селезенка у нея очень нѣжная, совсѣмъ не напоминаетъ тѣхъ, такъ называемыхъ, заваловъ, которые мы привыкли встрѣчать въ хроническихъ случаяхъ маляріи.

Температурная кривая также не характерна для маляріи. Нѣтъ обычныхъ для нея интерваловъ; съ самаго начала болѣзнь течетъ, какъ *febris remittens*, а не *intermittens*. Помимо того, леченіе хининомъ въ продолженіе нѣсколькихъ дней подрядъ осталось безъ вліянія на температуру. Наконецъ, изслѣдованіе крови на плазмодіи дало отрицательные результаты.

Для хронической инфлюэнцы здѣсь имѣется только характерное начало, но противъ нея говоритъ несвойственная ей высота лихорадки ($38,5^{\circ}$ — 39°), рѣзкія колебанія температуры и, наконецъ, общій упадокъ питанія.

Послѣднее обстоятельство совершенно исключаетъ и возможность нервной лихорадки.

Дѣвочка наша не особенно анэмична, у нея нѣтъ ни лейкоэмии, ни псеидолейкемии, ни піэмии, — словомъ, ничего, чѣмъ можно бы объяснить лихорадку и, такимъ образомъ, путемъ исключенія мы должны признать у нея туберкулезную лихорадку (предтуберкулезная лихорадка или тифобациллѣзъ Landouzy). Въ пользу этого говоритъ, во-1-хъ, то, что наша больная должна считаться способной заболѣть туберкулезомъ (наслѣдственность, рожковое кормленіе, рахитизмъ), во-2-хъ, постоянные поносы на первомъ году и корь на второмъ могли дать поводъ къ пораженію брыжжеечныхъ или бронхіальныхъ железъ; въ-3-хъ, лихорадка началась послѣ гриппа, т. е. такого процесса, который могъ послужить толчкомъ къ обостренію стараго туберкулезнаго

фокуса. Это—изъ области анамнеза, а изъ status praesens мы имѣемъ сильное истощеніе, микрополиаденитъ, указывающій на золотушную почву, и неправильный ходъ лихорадки съ безпричинными повышевіями и паденіями. За послѣднее время у нея появились мелкіе, хотя и не консонирующіе, хрипы подъ лѣвой лопаткой, которые могутъ считаться почти несомнѣннымъ доказательствомъ туберкулезнаго процесса, — это *односторонній* катарръ бронховъ, на который я обращалъ ваше вниманіе въ прошлую лекцію. Если бы этотъ катарръ былъ двухстороннимъ, то можно бы думать о простомъ бронхитѣ, но односторонніе хрипы у ребенка, сидѣвшаго безвыходно въ комнатѣ, въ чистомъ и равномернo-тепломъ воздухѣ, указываетъ на вѣроятность какой-нибудь мѣстной причины катарра, а въ данномъ случаѣ такой причиной могла бы быть свѣжая высыпь бугорковъ въ лѣвомъ легкомъ.

Если эта лихорадка туберкулезная, то спрашивается, гдѣ, въ какомъ органѣ мы должны искать этотъ процессъ? Всего вѣроятнѣе, — въ бронхиальныхъ железахъ. Надо полагать, что гиперплазія ихъ произошла еще во время кори, впоследствии онѣ подверглись творожистому перерожденію, закапсулировались и оставались въ покоѣ, пока дѣвочка не заболѣла гриппомъ. Послѣдній повлекъ за собой оживленіе заглохшаго процесса, а въ результатѣ мы имѣемъ предъ собой предтуберкулезную лихорадку. Правда, ни постукиваніемъ, ни выслушиваніемъ мы не могли доказать увеличенія бронхиальныхъ железъ, но это ничего не значить, такъ какъ отрицательные результаты встрѣчаются при гиперплазіи бронхиальныхъ железъ очень часто.

Спрашивается теперь, при чемъ же тутъ увеличенная селезенка? Французскіе авторы считаютъ увеличеніе селезенки одновременно съ припуханіемъ лимфатическихъ железъ цѣннымъ признакомъ туберкулеза, но я съ этимъ взглядомъ не согласенъ, такъ какъ подострая туберкулезная лихорадка довольно часто, скажу даже — обыкновенно, протекаетъ безъ увеличенія селезенки. По моему мнѣнію, увеличенная и безболѣзненная селезенка является обычнымъ спутникомъ хроническаго упадка питанія вообще и рахитизма въ особенности.

О предсказаніи въ подобныхъ случаяхъ было уже сказано; хотя больная наша, можетъ быть, и поправится, но положеніе ея весьма серьезно, такъ какъ въ недалекомъ будущемъ ей угрожаетъ возможность превращенія предтуберкулезной лихорадки въ настоящую туберкулезную съ поражениемъ мозговыхъ оболочекъ или легкихъ и проч.

ЛЕЧЕНИЕ. Въ подобныхъ случаяхъ всего скорѣе можетъ помочь теплый климатъ; даже удивительно, до какой степени чувствительны къ нему эти лихорадки: иной разъ больной не успѣетъ даже доѣхать до мѣста назначенія, какъ уже лихорадка прекращается. Нашей больной я тоже буду рекомендовать ѣхать на югъ, но куда? Въ Крымъ теперь (середина февраля) ѣхать неудобно, такъ какъ весна тамъ, обыкновенно, бываетъ очень неровная,—холода и дожди даже въ концѣ марта тамъ не рѣдкость. Охотнѣе я послалъ бы ее на восточный берегъ Чернаго моря — въ Сухумъ или Сочи. Люди, не сгѣсняющіеся въ средствахъ, часто ѣдутъ къ Средиземному морю—на Ривьеру (Ницца, Cannes и др). Но тамъ весною обычны сильные вѣтры, которые плохо переносятся какъ нервными и малокровными дѣтьми, такъ и тѣми, которыя склонны къ бронхитамъ. Другое дѣло, посылать туда золотушино-горпидныхъ или вялыхъ дѣтей, склонныхъ къ тучности.

Для нашей больной лучше всего было бы поѣхать на одно изъ верхнихъ итальянскихъ озеръ — Lago Maggiore или Como, которыя лежатъ въ долинахъ, защищенныхъ отъ вѣтровъ.

Нужно, впрочемъ, предупредить родителей, что, если они и повезутъ туда свою больную, то ручаться за благополучный исходъ болѣзни все-таки нельзя.

Если же больная останется въ Москвѣ, то дѣло будетъ еще хуже, такъ какъ до апрѣля она не можетъ пользоваться свѣжимъ воздухомъ, а безъ него процессъ будетъ все усиливаться.

Кромѣ воздуха, для нашей больной необходима также и питательная пища, т. е. молоко, мясо и мучныя вещи; запрещается только все жирное и грубое, вродѣ капусты, гороха и т. п. Но, такъ какъ аппетитъ у больной очень плохъ, то

желательно бы назначить ей какіе-нибудь питательные препараты, но что же именно? Въ продажѣ имѣются и бѣлковыя препараты, и углеводы, и жиры. Къ первымъ относятся различные пептоны, соматоза, эйказинъ, тропонъ и др. Въ одной изъ своихъ предыдущихъ лекцій (вып. I, стр. 102) я уже высказалъ свой взглядъ на значеніе этихъ препаратовъ и теперь ограничусь лишь замѣчаніемъ, что на всѣ пептоны, а специально на много рекламированную соматозу и тропонъ, я смотрю не какъ на питательныя вещества, — ибо они переносятся лишь въ небольшихъ дозахъ, напр., одну — двѣ чайныхъ ложки въ день, — а какъ на средства, раздражающія желудокъ и тѣмъ способствующія улучшенію аппетита и послабленію. Такъ какъ наша больная, при плохомъ аппетитѣ, склонна къ запорамъ, то, конечно, мы имѣемъ показанія для назначенія, напр., соматозы два раза въ день по $\frac{1}{2}$ чайной ложки. Къ группѣ углеводовъ принадлежитъ, между прочимъ, *виноградный сокъ*, который продается въ стерилизованномъ видѣ въ закупоренныхъ бутылкахъ. Онъ переносится дѣтскими желудками очень хорошо, особенно при склонности къ запорамъ, и назначается дѣтямъ отъ 3-хъ до 5-ти лѣтъ по столовой ложкѣ 4 раза въ день, а отъ 5-ти до 12-ти — по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ виннаго стаканчика нѣсколько разъ въ день, смотря по состоянію стула. *Виноградный сокъ* сначала пьется дѣтьми очень охотно, но, къ сожалѣнію, скоро надоѣдаетъ, и рѣдкій ребенокъ пропьетъ его недѣли двѣ подрядъ. Прибавка нѣсколькихъ капель рому или коньяка на ложку сока, хотя и нравится многимъ, но тоже не надолго. Въ этомъ отношеніи рѣзкую противоположность соку составляетъ *рыбій жиръ*, который, обладая непріятнымъ вкусомъ, не только не надоѣдаетъ, но, напротивъ, чѣмъ дольше, тѣмъ дѣти охотнѣе пьютъ его. Въ нашемъ случаѣ назначить рыбій жиръ удобно еще и потому, что у больной отмѣчены запоры; изъ различныхъ препаратовъ рыбьяго жира мы предпочитаемъ самый высшій сортъ *ol. jecoris albi* и назначаемъ его маленькимъ дѣтямъ, напр., нашей больной, сначала по чайной ложкѣ 2 раза въ день, потомъ по десертной.

Изъ фармацевтическихъ средствъ, кромѣ рыбьяго жира, показаны еще мышьякъ, именно, въ виду общаго истощенія

больной и препараты креозота по отношенію къ туберкулезу. Но, такъ какъ мышьякъ одновременно съ рыбьимъ жиромъ едва ли перенесется желудкомъ, то остановимся лучше на углекисломъ гваяколѣ или на тіоколѣ, напр.:

Rp: Thiocoli 0,1

Sacch. albi 0,2

M. f. p. d. t. d. N. 12.

S. По 1 пор. 2—3 раза въ день.

Въ 20-хъ числахъ февраля больную увезли въ Сухумъ, но легочный процессъ, несмотря на то, все таки прогрессировалъ, и черезъ мѣсяць больная скончалась. Вскрытіе, конечно, не могло быть произведено.

III.

Хорей.

Лекція 10 марта 1900 г.

Сегодня я покажу вамъ дѣвочку, 11-ти лѣтъ отъ роду, страдающую такой болѣзненной формой, которая нерѣдко встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ.

Больная помѣщена въ клинику по поводу постоянныхъ подергиваній въ лѣвой рукѣ и ногѣ и затрудненія рѣчи.

АНАМНЕЗЪ. Отцу больной 50 лѣтъ, человекъ здоровый; матери 31 годъ, малокровна. Нервныхъ заболѣваній и алкоголизма въ роду не отмѣчается. Lues'a и tuberculos'a — тоже. Сама мать и ея сестры всѣ страдали сильнымъ малокровіемъ, пока не выходили замужъ. Одна сестра, незамужняя, теперь лежитъ въ клиникѣ по поводу хлороза въ сильной степени. Родители ихъ жили долго и хроническими болѣзнями не хворали. Всѣхъ дѣтей въ семьѣ нашей больной было 6 человекъ, въ живыхъ четверо. Одинъ мальчикъ умеръ отъ воспаления мозга, другой, 7-ми лѣтъ, — отъ туберкулезнаго воспаления затылочной кости. Было два выкидыша: одинъ 2-хъ мѣсяцевъ на 6-ой беременности, другой 6-ти мѣсяцевъ на восьмой. Остальные дѣти здоровы.

Наша больная родилась въ срокъ безъ асфиксіи. Мать кормила ее приблизительно 4 мѣсяца, затѣмъ перевела на рожокъ. Разстройство пищеваренія въ раннемъ дѣтствѣ не бывало. Зубы стали рѣзаться около года. На ножки становиться и ходить начала только 3-хъ лѣтъ. До этого времени ноги были очень худы и висѣли, какъ плети. Лѣтъ 7-ми

была легкая корь безъ осложненій. Другими болѣзнями, за исключеніемъ кратковременныхъ разстройствъ кишечника, не страдала. Ревматизма и заболѣванія, подобнаго настоящему, ни у нашей больной, ни у другихъ дѣтей не было. Мать отмѣчаетъ, что больная всегда была нервной и часто плакала. Настоящая болѣзнь началась 3 недѣли назадъ послѣ паденія съ горы. Тотчасъ послѣ паденія съ дѣвочкой сдѣлалось дурно: она не помнитъ, какъ ее подняли. Дня черезъ 3—4 послѣ этого замѣтили, что дѣвочка постоянно держаетъ рукой и не можетъ спокойно стоять. Съ тѣхъ поръ болѣзнь развивается все сильнѣе, появились подергиванія въ лѣвой половинѣ лица, а также по временамъ затрудненіе въ дыханіи и въ произношеніи.

Въ анамнезѣ есть указанія на какую-то слабость, существующую въ этой семьѣ: мать и сестры ея малокровны, 2 брата больной погибли отъ туберкулеза и сама она начала ходить послѣ 3-хъ лѣтъ.

Про настоящую болѣзнь рассказываютъ, что она началась за 3 недѣли до поступленія въ клинику послѣ паденія съ горы—не то отъ ушиба, не то отъ испуга.

STATUS PRAESENS. Дѣвочку нельзя назвать истощенной. Лимфатическія железы не прощупываются ни на шеѣ, ни подъ мышкой. Слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны.

Аппетитъ у нея хорошій. Диспептическихъ явленій нѣтъ. Животъ не болитъ и при ощупываніи не болѣзненъ. Ни печень, ни селезенка не прощупываются. Слабитъ больную нормально.

Органы дыханія въ порядкѣ; упомянутыхъ въ анамнезѣ разстройствъ въ дыхательномъ ритмѣ теперь не наблюдается.

Пульсъ правильный, 72 раза въ минуту; границы сердечной тупости нормальны. Тоны сердца чисты и хорошо слышны.

Мочеполовые органы въ полномъ порядкѣ, моча безъ бѣлка.

Вы видите, что больная не можетъ пробыть ни минуты неподвижной. Особенно много движеній дѣлаетъ у нея лѣвая рука, меньше ихъ въ лѣвой ногѣ. Лицо и вся правая половина тѣла, напротивъ, покойны.

Протянуть впередъ правую руку она можетъ, но сдѣлать то же самое лѣвой рукой для нея совершенно невозможно, такъ какъ рука начинаетъ при этомъ дѣлать массу произвольныхъ разнообразныхъ движеній. Движенія лѣвой ногой удаются больной лучше. Движенія глазныхъ яблокъ нормальны. Она также легко можетъ крѣпко зажмуривать глаза и держать ихъ въ такомъ положеніи нѣкоторое время. Заставимъ ее держать высунутымъ языкъ, пока я буду считать до 10-ти. Вы видите, что она можетъ выдержать такое испытаніе. Возможность зажмуривать глаза и держать высунутымъ языкъ представляетъ особенность нашей больной; обыкновенно же эти двѣ задачи являются особенно трудными для подобныхъ больныхъ. Читать она можетъ хорошо на различныхъ разстояніяхъ; слѣдовательно, аккомодация у нея въ порядкѣ.

Что касается до мышечной силы, то послѣдняя у нея сохранена хорошо, но въ пораженныхъ конечностяхъ, а особенно лѣвой рукѣ, проявляется чрезвычайно неравномѣрно. Если мы, напр., заставимъ больную сгибать руку, а сами будемъ противодѣйствовать этому движенію, то почувствуемъ сначала довольно большую силу, а затѣмъ движеніе обрывается. Неравномѣрность сокращенія мышцъ при произвольныхъ движеніяхъ еще лучше замѣтна въ томъ случаѣ, если мы заставляемъ больную сжимать протянутые ей пальцы.

Колѣнный рефлексъ на обѣихъ сторонахъ нѣсколько повышенъ, а подошвенный, напротивъ, скорѣе ослабленъ.

Чувствительность вполне сохранена. Гиперестезій нѣтъ. Болей по тракту нервовъ или вдоль позвоночника—также.

Психика вполне въ порядкѣ, но дѣвочка довольно раздражительна. Когда ее привели въ аудиторію, она начала плакать; плакала также и при поступленіи въ клинику. Сонъ покойный и во снѣ движенія прекращаются.

ДИАГНОСТИКА. Мы находимъ у этой дѣвочки массу произвольныхъ движеній на лѣвой сторонѣ тѣла. Особенно поражена лѣвая рука, меньше—лѣвая нога. Лицо почти совсемъ спокойно, равно какъ и правыя конечности.

Это расстройство усиливается при произвольныхъ движеніяхъ и прекращается во время сна. Подобнаго рода движе-

нія носятъ названіе *хореобразныхъ*. Такое названіе, впрочемъ, еще не опредѣляетъ болѣзни, такъ какъ эти движенія могутъ встрѣтиться при различныхъ болѣзняхъ. Какая именно въ нашемъ случаѣ,—опредѣлить не трудно.

Мы не будемъ говорить о *chorea major*, такъ какъ эта психическая болѣзнь не имѣетъ съ *chorea minor* ничего общаго кромѣ названія. Въ средніе вѣка она встрѣчалась массаи и выражалась цѣлымъ рядомъ *координированныхъ судорогъ*. Въ общемъ, она представляетъ только одно изъ проявленій истеріи.

Изъ различныхъ видовъ хореи мы остановимся, прежде всего, на *симптоматической хореѣ*, которая зависитъ отъ пораженій головного мозга. Въ пользу такой формы въ нашемъ случаѣ можно бы привести односторонность хорейныхъ движеній и начало болѣзни вслѣдъ за травмой (паденіе съ горы). Нѣкоторые авторы считаютъ, что идиопатическая хорея никогда не остается односторонней; что для исключенія ея достаточно имѣть одностороннюю хорею въ теченіе продолжительнаго времени. Но въ дѣйствительности этого признака совершенно недостаточно, такъ какъ и идиопатическая хорея, известная также подъ названіемъ *Сиденгамовой*, очень часто бываетъ односторонней не только въ началѣ, но и въ теченіе цѣлаго мѣсяца, а въ нѣкоторыхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ такъ и протекаетъ до конца.

Болѣе существенными признаками симптоматической хореи являются расстройства психики и параличи центральнаго характера. Въ нашемъ случаѣ нѣтъ ни того, ни другого.

Помимо этого, симптоматическая хорея отличается своимъ началомъ и теченіемъ. Никогда не бываетъ, чтобъ симптоматическая хорея явилась внезапно или 2—3 дня спустя послѣ ушиба, какъ случилось это съ нашей больной. Напротивъ того, болѣзнь начинается или очень постепенно и тянется годами, сопровождаясь полупараличнымъ состояніемъ пораженныхъ конечностей—*первичный хорейный парѣзъ*,—или дѣло начинается съ явленій спастической гемиплегіи, а позднѣе спастическое состояніе мышцъ болѣе или менѣе ослабѣваетъ, и на парализованной сторонѣ тѣла появляются хореобразныя движенія, остающіяся на всю жизнь. Въ связи

съ происхожденіемъ эту форму называютъ еще *chorea posthemiplegica*.

Думать о *наслѣдственной хорей*, т. е. о, такъ называемой, хорей Huntington'a, у насъ нѣтъ никакихъ основаній, такъ какъ эта болѣзнь встрѣчается исключительно у взрослыхъ людей. Проявляется она обыкновенно у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи въ возрастѣ 30—40 лѣтъ и оканчивается только со смертью. Явленія хорей обыкновенно въ этихъ случаяхъ сопровождаются и расстройствами психической дѣятельности.

Такимъ образомъ, здѣсь остается допустить только идиопатическую или Сиденгамову хорей, называемую также *детской хорей*, тѣмъ болѣе, что и признаки ея какъ нельзя болѣе подходятъ къ нашему случаю.

Посмотримъ теперь, отъ какихъ причинъ появляется вообще хорей и какова этиологія даннаго случая.

Причины хорей можно раздѣлить на *предрасполагающія* и *производящія*.

Къ первымъ принадлежатъ *возрастъ* и *полъ*; болѣзнь чаще всего бываетъ у дѣтей старше 5-ти лѣтъ и притомъ у дѣвочекъ гораздо чаще, чѣмъ у мальчиковъ. Нашъ случай не является исключеніемъ изъ этого правила, такъ какъ дѣло идетъ объ 11-ти-лѣтней дѣвочкѣ.

Наслѣдственность играетъ роль; но только, обыкновенно, она непрямая. Очень часто можно бываетъ отмѣтить въ семьѣ различныя нервныя и психическія заболѣванія или, по крайней мѣрѣ, слабость производителей, зависитъ ли она отъ преклоннаго возраста ихъ или отъ болѣзней, алкоголизма и проч. На слабость производителей есть указанія и въ нашемъ случаѣ: мать и тетки больной страдали упорнымъ хлорозомъ, среди братьевъ были туберкулезные, а сама больная до 3-хъ лѣтъ не могла ходить.

Что касается до вопроса о производящихъ причинахъ, то онъ тѣсно связанъ съ вопросомъ о патогенезѣ болѣзни.

Въ прежнее время на хорей смотрѣли, какъ на чистый неврозъ, такъ какъ при вскрытіяхъ не находили никакихъ матеріальныхъ измѣненій въ нервной системѣ. Подтвержденіе этому взгляду видѣли въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь развивалась послѣ испуга.

Однако, этотъ неврозъ отличается цѣлымъ рядомъ особенностей: онъ имѣетъ опредѣленное циклическое теченіе и, хотя и не въ точно опредѣленный срокъ, но всегда оканчивается выздоровленіемъ. Кромѣ того, замѣчательна связь этого „невроза“ съ ревматизмомъ. Хорея то развивается вслѣдъ за ревматизмомъ, то одновременно съ нимъ; описаны даже такіе случаи, что періоды хореическихкихъ движеній смѣняются періодами болѣй въ суставахъ и наоборотъ. Далѣе, давно уже указано на частое совпаденіе хореи съ ревматическими эндокардитами,—словомъ, связь хореи съ ревматизмомъ несомнѣнно существуетъ, и, такъ какъ ревматизмъ въ настоящее время считается болѣзнью инфекціонною, то явился взглядъ, что и хорея зависитъ отъ той же инфекціи. Но противъ тождества хорейной инфекціи съ ревматической можно привести тотъ фактъ, что хорея появляется не послѣ одного лишь ревматизма, но и послѣ другихъ инфекціонныхъ болѣзней, каковы, напр., скарлатина, тифъ и др.; ревматизму же среди всѣхъ этихъ инфекціонныхъ болѣзней только принадлежитъ первое мѣсто по частотѣ. Въ этомъ отношеніи хорея не является чѣмъ-то исключительнымъ; напротивъ, въ нервной патологіи можно найти аналогичные случаи; такъ, напр., невриты могутъ развиваться вслѣдъ за различными инфекціями, но первое мѣсто между ними занимаетъ дифтерійная. Другой примѣръ—*paralysis spinalis infantilis*, которому, какъ и хореѣ, приписывается инфекціонное происхожденіе и который очень часто развивается вслѣдъ за какой-нибудь инфекціонной болѣзнью.

Инфекціонная теорія хореи имѣетъ за себя наиболѣе данныхъ, но вліяетъ ли тутъ опредѣленный микробъ, или, что вѣроятнѣе, болѣзнь происходитъ подъ вліяніемъ токсиновъ, вырабатываемыхъ разными микробами, — это остается пока невыясненнымъ, и мы можемъ говорить только объ *infectio innoxiosa*. Но, если болѣзнь зависитъ отъ инфекціи, то какую же роль играетъ въ развитіи хореи испугъ или вообще психическая травма, которая отмѣчается передъ заболѣваніемъ довольно часто, между прочимъ, и въ нашемъ случаѣ? Въ однихъ случаяхъ на испугъ или на психическую травму вообще слѣдуетъ смотрѣть только какъ на предрасполагаю-

щую причину, а въ другихъ случаяхъ послѣ испуга развивается особый видъ хорей, именно,—истерическая, для которой самымъ характернымъ является наличность признаковъ истеріи у даннаго субъекта.

Этіологія нашего случая сводится къ врожденной слабости организациі и къ вліянію испуга, какъ момента, располагающаго къ заболѣванію.

Лекція 11 марта 1900 г.

Какъ правило, хорей сильнѣе всего поражаетъ кисти рукъ, а на лицѣ вѣки и языкъ, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ болѣзнь распространяется на другія мышцы, а иногда она захватываетъ почти всѣ произвольныя мышцы тѣла. Въ тяжелыхъ случаяхъ хорейскія движенія, кромѣ обширнаго распространенія, отличаются своей непрерывностью. Больной все время мечется по кровати, иногда не можетъ удерживаться на ней, если ее не загородить съ боковъ. Движенія такъ сильны и непрерывны, что не даютъ больному возможности заснуть. Въ такомъ случаѣ положеніе становится опаснымъ и больной можетъ умереть, что, впрочемъ, случается крайне рѣдко. Къ числу постоянныхъ симптомовъ хорей относится, между прочимъ, и разстройство *психической дѣятельности*, и измѣненіе характера: больной теряетъ память, дѣлается разсѣяннымъ, раздражительнымъ и плаксивымъ.

Нашъ случай, конечно, принадлежитъ къ числу легкихъ, такъ какъ поражены только мышцы лѣвой руки и, въ болѣе слабой степени — лѣвой ноги. Даже мышцы вѣкъ и языка остались не затронутыми.

Болѣзнь можетъ не ограничиться мышцами скелета; такъ, нерѣдко страдаютъ голосовыя связки, языкъ, аккомодационная мышца. Французскіе авторы считаютъ, что хорей можетъ распространиться даже и на сердечную мышцу. Они прямо объясняютъ хореей сердца тѣ случаи, гдѣ наблюдаются неправильности въ ударахъ сердца и шумы въ немъ, отличающіеся отъ эндокардіальныхъ своимъ непостоянствомъ. Нѣмецкіе же авторы объясняютъ шумы въ сердцѣ эндокардитомъ или малокровіемъ, а неправильности въ сер-

дечныхъ ударахъ ставятъ въ зависимость отъ разстройствъ дыханія. На основаніи собственныхъ наблюденій я раздѣляю воззрѣніе французовъ и думаю, что хореею сердца допустить необходимо, такъ какъ иначе трудно объяснить случаи, когда неправильная дѣятельность сердца въ видѣ перебоевъ или чрезмѣрной возбудимости сердечной мышцы развивалась во время болѣзни и исчезала въ періодѣ выздоровленія, или когда вмѣстѣ съ перебойми или безъ нихъ появляется ду- ющій шумъ при верхушкѣ, который чуть не ежедневно мѣ- няетъ свой характеръ и въ періодѣ улучшения хорей со- всѣмъ исчезаетъ.

Въ заключеніе надо еще упомянуть о, такъ называемой, *паралитической хорее*—*chorea paralytica*. Эта форма характе- ризуется тою особенностью, что въ конечностяхъ вмѣсто хо- рейныхъ движеній развивается полный параличъ или, по крайней мѣрѣ, парезъ, вслѣдствіе чего прекращаются не только произвольныя движенія, но даже и хорейныя подер- гиванія. Параличъ или ограничивается какой-либо одной конечностью, *всего чаще—рукой*, или онъ распространяется на всѣ четыре конечности—даже на туловище, и въ такомъ случаѣ больной лежитъ неподвижно вслѣдствіе полного раз- слабленія мускуловъ всего тѣла, т. е. получается та форма паралитической хорей, которая извѣстна подъ именемъ *мяг- кой хорей*—(*limp. chorea англичанъ, chorea molle французовъ*). Параличи эти, подобно истерическимъ, характеризуются отри- цательными свойствами: чувствительность кожи и электро- возбудимость нервовъ и мышцъ не нарушены, атрофія мышцъ не наступаетъ даже и при многомѣсячномъ существованіи паралича, только сухожильные рефлексъ нѣсколько понижа- ются или даже совсѣмъ исчезаютъ, но и то не во всѣхъ случаяхъ.

Иногда параличъ наступаетъ раньше хорей и, спустя нѣ- которое время (2—6 недѣль), уступаетъ ей мѣсто; чаще бы- ваетъ такъ, что параличъ является въ періодѣ полного раз- витія хорей. Параличъ продолжается отъ 2 недѣль до 3—6 мѣсяцевъ и всегда кончается выздоровленіемъ.

Діагностика Сиденгамовой хорей въ нашемъ случаѣ легка; нѣкоторое сомнѣніе можетъ явиться только по отно-

шенію къ *истерической* хореѣ въ виду того именно, что болѣзнь началась послѣ психической травмы, но, такъ какъ больная наша не представляетъ никакихъ симптомовъ истеріи, а съ другой стороны испугъ часто отмѣчается въ анамнезѣ хореиковъ, то нѣтъ никакихъ основаній предполагать здѣсь истерическую хорею.

Въ виду слабаго проявленія хореи у нашей больной можно повѣрное рассчитывать на полное выздоровленіе примѣрно черезъ 2—3 мѣсяца, а, можетъ быть, и раньше, но слѣдуетъ предупредить родителей о возможности возврата хореи по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, такъ какъ рецидивы хореи встрѣчаются очень часто.

О леченіи я здѣсь говорить не буду, такъ какъ этому вопросу посвящена одна изъ лекцій перваго выпуска.

IV.

Базедова болѣзнь.

Лекція 16 февраля 1901 г.

18-го января къ намъ въ клинику поступилъ Сережа А., 5-ти лѣтъ отъ роду, по поводу пучеглазія, зоба, одышки и общаго исхуданія.

ANAMNESIS. Отецъ, 49-ти лѣтъ, человѣкъ въполнѣ здоровый, по занятію желѣзнодорожный агентъ. Мать, 30-ти лѣтъ, отличается нѣкоторой нервностью. Замужемъ 9 лѣтъ. Отецъ матери—сильный алкоголикъ. Среди родственниковъ отца и матери нѣтъ лицъ, страдающихъ зобами или какими-нибудь нервными болѣзнями. Lues и tuberculosis со стороны отца или матери отрицается.

Всѣхъ дѣтей въ семьѣ четверо. Трое остальныхъ здоровы. Нашъ больной — второй по счету, родился въ срокъ. Роды были правильны, асфиксіи не было, сыпи по тѣлу также, глаза не гноились. Кормился грудью матери 6 недѣль, затѣмъ былъ переданъ кормилицѣ. Прикармливать стали съ 8-ми мѣсяцевъ бульономъ и яйцомъ. Зубы стали рѣзаться съ 6-ти мѣсяцевъ, періодъ зуборащенія никакими болѣзненными явленіями не сопровождался. Ходить сталъ году и не переставалъ. Двухъ лѣтъ перенесъ коклюшь, 3-хъ—крупъ. 4 мѣсяца тому назадъ хворалъ флюсомъ и инфлюэнцей. Вслѣдъ за этой болѣзнію родители замѣтили, что ребенокъ потерялъ аппетитъ, сталъ худѣть. Съ назначеніемъ рыбьяго жира аппетитъ будто-бы уллучшился, но похуданіе продолжалось. Вскорѣ

замѣтили у ребенка пучеглазіе, а затѣмъ одышку и сердцебіеніе при движеніяхъ. Во время усиленныхъ движеній пучеглазіе также усиливалось. Характеръ ребенка рѣзко измѣнился; онъ сталъ раздражителенъ и капризенъ. Глазной врачъ, къ которому обращались родители, нашелъ глаза здоровыми. Вскорѣ другой врачъ обратилъ вниманіе родителей на существованіе у ребенка небольшого зоба. Кромѣ того, мать замѣтила, что у ребенка появляются сильныя, но кратковременныя покрасившія ограниченныя участковы кожи: на щекахъ, лбу, за ушами и на шеѣ. Далѣе замѣтили, что, когда ребенокъ что-нибудь беретъ или держитъ, то у него трясутся руки. Ротъ ребенка постоянно полуоткрытъ. Во время сна бывають небольшія судорожныя подергиванія или вздрагиванія. Въ первыхъ числахъ января ребенокъ былъ привезенъ въ Москву. Здѣсь начали его лечить мышьякомъ, аппетитъ улучшился, но остальные явленія остались безъ перемѣнъ.

Нашъ больной представляетъ, какъ видите, всѣ три кардинальныхъ симптома Базедовой болѣзни, а именно: *пучеглазіе, зобъ и сердцебіеніе*; такой комплексъ симптомовъ настолько характеренъ, что для діагностики не представляется ни малѣйшихъ затрудненій. Но, такъ какъ случаи Базедовой болѣзни или зобнаго пучеглазія въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются очень рѣдко (изъ литературы можно собрать около полусотни), то интересно посмотрѣть, насколько типиченъ нашъ случай относительно другихъ симптомовъ, болѣе или менѣе постоянно встрѣчающихся у взрослыхъ.

Начнемъ мы съ глазныхъ симптомовъ. Со стороны глазъ при Базедовой болѣзни отмѣчено еще нѣсколько характерныхъ явленій. Такъ Stelwag обратилъ вниманіе на то, что базедовики, во—1-хъ, очень рѣдко мигаютъ, а, во—2-хъ, они держатъ глазную щель широко раскрытой, они какъ-будто тарашатъ глаза. Эти два симптома существуютъ и у нашего больного: когда онъ смотритъ прямо, то между вѣками и роговицами и вверху и внизу видна склера. Мигаетъ онъ въ теченіе минуты всего 1—2 раза, тогда какъ у нормальнаго ребенка бываетъ отъ 6 до 8 миганій. Далѣе не трудно замѣтить, что больной нашъ представляетъ довольно хорошо выраженный

симптомъ Моеbius'a: если мы заставимъ больного фиксировать обоими глазами палецъ, поставленный на разстояніи $\frac{1}{2}$ аршина отъ носа, и будемъ потихоньку приближать палецъ къ носу, заставляя больного конвергировать свои зрительныя оси, то увидимъ, что такая конвергенція ему доступна лишь до извѣстной степени, а если предметъ приближается еще ближе къ носу, то одно глазное яблоко не двигается далѣе, даже отклоняется немного кнаружи, и такимъ образомъ является косоглазіе.

Со стороны глазъ наибольшей извѣстностью послѣ пучеглазія пользуется симптомъ Graefe, состоящій въ томъ, что, если предложить больному смотрѣть книзу, то верхнее вѣкко отстаеетъ отъ движенія глазного яблока и въ результатѣ между верхнимъ краемъ роговицы и нижнимъ краемъ верхняго вѣкка остается обнаженная полоска склеры. Этого симптома у нашего больного нѣтъ, да и вообще при дѣтской Базедовой болѣзни, по словамъ Ehrlich'a, его никогда не бываетъ.

Второй кардинальный симптомъ — зобъ—у нашего больного есть, но онъ, какъ вообще это бываетъ у дѣтей, небольшихъ размѣровъ и плотной консистенціи. Увеличеніе щитовидной железы въ большинствѣ случаевъ бываетъ неравномѣрнымъ, обыкновенно увеличивается больше правая половина, но у нашего больного, наоборотъ, лѣвая доля нѣсколько крупнѣе и въ этомъ отношеніи нашъ случай принадлежитъ къ числу довольно рѣдкихъ.

Наконецъ, третій кардинальный симптомъ — сердцебиеніе. Изъ всѣхъ припадковъ Базедовой болѣзни сердцебиеніе принадлежитъ къ самымъ постояннымъ. Встрѣчаются иногда случаи не вполне выраженной Базедовой болѣзни: у кого не хватаетъ для полной картины пучеглазія, у другого зоба не замѣтно, но такихъ случаевъ, чтобы былъ зобъ и пучеглазіе, но не было бы сердцебиенія, не встрѣчается ни у взрослыхъ, ни у дѣтей. Дѣятельность сердца у нашего больного не только учащена (при полномъ покоѣ днемъ до 132, во время сна — 120), но и усилена, вслѣдствіе чего при осмотрѣ вы видите сотрясеніе грудной клѣтки на пространствѣ нѣсколькихъ межреберій, а осязаніемъ вы можете констатировать пульсацію и съ правой стороны грудины.

Изъ второстепенныхъ симптомовъ со стороны органовъ кровообращенія нашъ больной представляетъ еще два: расширеніе периферическихъ сосудовъ (симптомъ Jaccoud) и шумъ при выслушиваніи щитовидной железы. Расширеніе периферическихъ сосудовъ, правильнѣе говоря, артерій, выражается въ томъ, что всѣ артеріи, доступныя ощупыванію, напр., сонныя, лучевыя, височныя, представляются болѣе толстыми, какъ-бы лучше наполненными, чѣмъ въ нормѣ.

Что касается до шума, который выслушивается на щитовидной железѣ довольно ясно, то трудно сказать, какого онъ происхожденія, артеріальнаго, или венознаго. По дующему характеру шума я лично склоненъ считать его за венозный шумъ, тѣмъ болѣе что у нашего больного одновременно хорошо слышны венозные шумы и на сосцевидныхъ отросткахъ, и подъ ключицами.

Со стороны нервной системы нашъ больной представляетъ рѣзко выраженный симптомъ Charcot-Mahly, заключающійся въ трясеніи рукъ въ вытянутомъ положеніи. Въ лѣвой рукѣ трясеніе у него выражено сильнѣе, чѣмъ въ правой. Недурно также вызывается у нашего больного *реакція вазомоторовъ*, благодаря которой легко образуются красныя линіи и пятна вслѣдъ за ничтожными раздраженіями кожи. Всего легче вызвать подобныя пятна на лицѣ и на шеѣ, гдѣ они появляются иногда даже и сами собой, т. е. безъ всякаго механическаго раздраженія. Далѣе больной нашъ, какъ и вообще базедовики, довольно сильно потливъ и чрезвычайно возбудимъ, нервенъ: онъ легко плачетъ, волнуется, плохо спитъ (словомъ въ этомъ отношеніи, онъ никакихъ особенностей по сравненію съ взрослыми не представляетъ), но симптомовъ истеріи, въ видѣ анестезіи, или гиперестезіи, ограниченія поля зрѣнія и пр., каковыя нерѣдко наблюдаются у женщинъ при Базедовой болѣзни, у нашего больного нѣтъ. Нѣтъ у него также и измѣненій со стороны кожного пигмента, тогда какъ при Базедовой болѣзни у взрослыхъ нерѣдко отмѣчаютъ или исчезаніе пигмента на нѣкоторыхъ мѣстахъ (*vitiligo*), или, наоборотъ, излишнее отложеніе его въ видѣ пигментныхъ пятенъ.

Къ категоріи нервныхъ явленій относимъ мы и наблю-

даемые иногда у базедовиковъ безпричинные поносы и повторныя рвоты, приче́мъ ни то, ни другое не сопровождается обыкновенно никакими болями. У нашего больного ничего подобнаго не было.

Покончивши съ обычными симптомами Базедовой болѣзни, я теперь обращаю ваше вниманіе на нѣчто, какъ-бы случайное, именно на аденоидныя разращенія въ носоглоточной полости. На присутствіе ихъ указываетъ уже *habitus* больного, т. е. его узкія ноздри и вѣчно открытый ротъ, а изслѣдованіе носоглотки пальцемъ несомнѣнно показываетъ, что аденоиды достигаютъ у него значительныхъ размѣровъ. Случайное ли это совпаденіе? Нельзя ли допустить въ нѣкоторыхъ случаяхъ причинной зависимости между аденоидами и Базедовой болѣзнью? Правда, объяснить подобную связь не легко, но вѣдь мало ли какія нервныя явленія вызываются иногда аденоидами, да притомъ на связь болѣзней носа съ зобнымъ пучеглазіемъ имѣются указанія въ литературѣ; припомню, напр., случай Норрманна, гдѣ Базедова болѣзнь прошла вслѣдъ за удаленіемъ носового полипа; черезъ 2 года полипъ выросъ снова и тогда вернулись и симптомы Базедовой болѣзни. Наск описалъ случай выздоровленія послѣ удаленія гипертрофированной носовой раковины у 18-ти-лѣтней дѣвушки, страдавшей Базедовой болѣзнью съ ранняго дѣтства.

Однимъ словомъ на аденоиды у нашего больного мы обратили вниманіе и въ случаѣ, если не получимъ улучшенія отъ обычнаго леченія, то попытаемся удалить ихъ.

Мы не будемъ останавливаться на вопросѣ о патогенезѣ Базедовой болѣзни, такъ какъ въ этомъ отношеніи въ дѣтскомъ возрастѣ она не представляетъ никакихъ особенностей, замѣтимъ только, что прежде на Базедову болѣзнь смотрѣли, какъ на сосудистый неврозъ, теперь больше склоняются на сторону самоотравленія организма вслѣдствіе усиленной дѣятельности щитовидной железы, но это—вопросъ не рѣшенный.

Что касается до этиологіи нашего случая, то она тоже не ясна. Обыкновенно въ числѣ располагающихъ причинъ приводится нервная наслѣдственность, но въ нашемъ случаѣ

можно отмѣтить только нѣкоторую нервность матери и алкоголизмъ дѣдушки. Это не много; можетъ быть, больше значенія слѣдуетъ приписать инфлюэнцѣ, которую перенесъ ребенокъ не задолго до появленія первыхъ симптомовъ Базедовой болѣзни. Что инфекціонныя заболѣванія вообще, и въ частности инфлюэнца, могутъ играть роль производящей причины, на это имѣются литературныя указанія; укажу, напр., на случай Reinhold'a: во время инфлюэнцы у больной появилось осложненіе въ видѣ остраго strumitis, послѣ котораго щитовидная железа осталась увеличенной, а вслѣдъ за тѣмъ мало-по-малу появились и другіе симптомы Базедовой болѣзни, такъ что нашъ больной, у котораго начало болѣзни, въ видѣ похуданія, раздражительности, пучеглазія и проч., замѣчено очень скоро послѣ инфлюэнцы, не является въ этомъ отношеніи исключительнымъ.

Развитіе болѣзни въ большинствѣ случаевъ идетъ очень медленно, такъ что отъ появленія первыхъ признаковъ до полного развитія болѣзни проходитъ нѣсколько мѣсяцевъ, въ другихъ на это требуется всего лишь нѣсколько недѣль. Нашъ случай относится ко второй категоріи: черезъ мѣсяць послѣ инфлюэнцы болѣзнь была выражена уже вполне, но въ дѣтскомъ возрастѣ отмѣчено иногда и острое развитіе всѣхъ симптомовъ, такъ напр., въ случаѣ Demmé на это потребовалось 5 дней, а въ случаѣ Solbrig'a всего лишь двое сутокъ.

У взрослыхъ тоже встрѣчается иногда острое развитіе Базедовой болѣзни, но такіе случаи весьма рѣдки.

Что касается до начальныхъ симптомовъ, то у взрослыхъ болѣзнь всего чаще начинается съ сердцебіенія или съ зоба, но у дѣтей, хотя эти признаки тоже отмѣчены въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ, но не особенно рѣдко указано, какъ на первый симптомъ—на пучеглазіе (приблизительно въ 10%), что впрочемъ зависитъ, быть можетъ, отъ того, что пучеглазіе легче замѣтить, нежели сердцебіеніе и зобъ. Нашъ больной прежде всего сдѣлался очень раздражителенъ и плаксивъ, а потомъ была замѣчена бурная дѣятельность сердца. Это въ порядкѣ вещей, такъ какъ и въ другихъ случаяхъ прежде чѣмъ появятся специфическіе симптомы, больной дѣлается до крайности нервень.

Кромѣ нервности у нашего больного очень рано отмѣтили и *значительное похуданіе*; это симптомъ также постоянный при Базедовой болѣзни, онъ можетъ даже считаться показаніемъ хода болѣзни: пока вѣсь продолжаетъ падать, до тѣхъ поръ нельзя считать, что больной поправляется и, наоборотъ, если вѣсь прибавляется, то дѣло идетъ, стало быть, хорошо.

ПРЕДСКАЗАНІЕ. Болѣзнь эта всегда упорная, но неизлечимой ее считать нельзя, если только не ограничиваться однимъ лекарственнымъ леченіемъ; нужно измѣнить весь образъ жизни больного, и тогда можно достигнуть не только остановки въ развитіи болѣзни, но даже исчезновенія уже существующихъ припадковъ.

ЛЕЧЕНІЕ, какъ мы уже сказали, должно заключаться въ перемѣнѣ жизни. Прежде всего нужно доставить больному полный покой, тѣлесный и душевный. Поэтому и нашъ больной былъ помѣщенъ въ больницу, гдѣ онъ находится въ отдѣльной палатѣ, и эта мѣра очень быстро принесла хорошіе результаты. Прежде всего онъ сталъ хорошо спать и вскорѣ настолько успокоился, что, по словамъ матери, „его нельзя узнать“. Насколько онъ возбудимъ и какъ нуждается онъ въ абсолютномъ покоѣ, мы всего лучше убѣдились изъ того, что, стоило намъ перевести его въ другую комнату, находящуюся рядомъ съ общей палатой, гдѣ онъ сталъ чаще видѣть другихъ дѣтей, какъ въ ближайшую ночь онъ гораздо хуже спалъ и нервность его ухудшилась. Когда мы перевели его въ прежнее помѣщеніе, онъ снова успокоился.

Никакой особенной діеты такимъ больнымъ не требуется, имъ нужно давать, по возможности, разнообразную питательную пищу.

Изъ лекарственныхъ средствъ здѣсь, казалось, были бы показаны по отношенію къ сердцу — *digitalis*, по отношенію къ зубу — іодъ и тиреоидинъ, по отношенію къ нервности — бромъ и мышьякъ, и, наконецъ, въ виду малокровія — желѣзо. Но ни *digitalis*, ни іодъ, ни тиреоидинъ не пользуются славою при Базедовой болѣзни. *Digitalis* употребляется при частомъ и слабомъ пульсѣ, какъ тонизирующее сердечную мышцу, но здѣсь пульсъ частый, сердечный же толчекъ уси-

лень, и потому тонизировать мышцу еще болѣе совсѣмъ не требуется. Желѣзо также средство возбуждающее и поэтому оно не рекомендуется. Іодъ, примѣняющійся съ успѣхомъ при разныхъ формахъ зоба, при Базедовой болѣзни не рекомендуется, потому что онъ усиливаетъ сердцебіеніе и быстро вызываетъ явленія іодизма, а для тиреоидина нѣтъ даже и теоретическихъ показаній; онъ умѣстенъ и отлично дѣйствуетъ при микседемѣ, въ основѣ которой лежитъ атрофія щитовидной железы и недостаточная функція ея, а при Базедовой болѣзни дѣятельность щитовидной железы не только не ослаблена, а скорѣе даже усилена, а потому и картина болѣзни во многихъ отношеніяхъ диаметрально противоположна микседемѣ; такъ, вмѣсто апатіи и угнетеннаго состоянія нервной системы, базедовики слишкомъ возбудимы; тамъ упадокъ дѣятельности сердца, сухость кожицы, а здѣсь усиленное сердцебіеніе и потливость,—ну словомъ, леченіе щитовидной железой при Базедовой болѣзни не обѣщаетъ ничего хорошаго. Всего больше можно надѣяться на препараты мышьяка, какъ на средство, улучшающее общее питаніе и благотворно дѣйствующее на нервную систему. Онъ былъ назначенъ и нашему больному въ видѣ 1 ч. liq. arsenic. Fowleri на 5 ч. воды отъ 5 до 15 капель 3 раза въ день.

Кромѣ мышьяка мы назначили нашему больному еще ежедневные сеансы электризаціи постояннымъ токомъ. Положительный полюсъ ставится *ad ligamentum nuchae*, а отрицательный позади мѣста прикрѣпленія *m-li sterno-cleido-mastoidei*; сила тока доведена теперъ до 2-хъ миллиамперъ. Черезъ 5 минутъ первая половина сеанса заканчивается и затѣмъ производится электризація зоба. Положительный электродъ остается на прежнемъ мѣстѣ, а отрицательный прикладывается къ щитовидной железн. Весь сеансъ длится 10 минутъ. Д-ръ Валицкій, производящій электризацію, отмѣчаетъ при этомъ интересный фактъ, что во время сеанса на глазахъ происходитъ рѣзкое увеличеніе зоба и усиленіе пучеглазія. Спустя часъ это увеличеніе не только проходитъ, но и зобъ и *exophthalmus* дѣлаются даже менѣе рѣзкими, чѣмъ были до сеанса.

Больной пробыль въ клиникѣ $2\frac{1}{4}$ мѣсяца и выписался почти здоровымъ. Нервная система его настолько успокоилась, что онъ сдѣлался совсѣмъ веселымъ, пульсъ въ спокойномъ состояніи 90—100, но легко возбуждается, зобъ вдвое меньше прежняго, глаза еще вѣсколько выпячены, но глазная щель раскрыта не такъ широко, сонъ отличный, прибавка вѣса около 2500 grm.

Pseudohypertrophia musculorum.

Лекція 29 февраля 1900 г.

Вася М., 10-ти лѣтъ отъ роду, поступилъ въ клинику 21-го февраля по поводу крайней слабости.

ANAMNESIS. Отецъ больного, 50-ти лѣтъ отъ роду, чело-вѣкъ здоровый. Алкоголизмъ и lues съ его стороны отрица-ются; мать, 50-ти лѣтъ отъ роду, страдаетъ, повидимому, истеріей (часто бывають припадки съ плачемъ и общею дрожью во время крестныхъ ходовъ). Дѣдъ по отцу былъ алкоголикъ. Въ семьѣ было 11 чело-вѣкъ дѣтей. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Въ живыхъ только одна се-стра, 16-ти лѣтъ, здоровая дѣвушка. Изъ остальныхъ дѣтей одна сестра умерла отъ оспы, другая отъ скарлатины, а остальные маленькими отъ невыясненныхъ причинъ. Нашъ больной, десятый по счету, родился доношеннымъ, роды были не очень трудные. Кормился грудью матери долѣе года. Хо-дить сталъ лѣтъ около двухъ. Никакихъ болѣзней отецъ указать не можетъ кромѣ глисть, которыя выходили нѣ-сколько разъ. Лѣтъ 5—6 тому назадъ больной чѣмъ-то слегка захворалъ, много плакалъ, а послѣ этого замѣтили, что онъ сталъ хуже ходить, чѣмъ прежде. Съ тѣхъ поръ годъ отъ году ходить сталъ все хуже и хуже, потерялъ аппетитъ. Прош-лый годъ поступилъ въ школу, но въ нынѣшнемъ долженъ былъ изъ нея выйти, такъ какъ почти совсѣмъ лишился возможности ходить.

Итакъ, изъ анамнеза мы можемъ отмѣтить только, что мать, повидимому, истерична, что она много рожала и потому была значительно ослаблена ко времени рожденія этого ребенка. Болѣзнь началась у него 5—6 лѣтъ назадъ и съ тѣхъ поръ прогрессируетъ.

STATUS PRAESENS. При осмотрѣ ребенка спереди мы прежде всего замѣчаемъ его худобу: ребра выступаютъ очень рѣзко, но что особенно бросается въ глаза, — это отсутствіе выступа въ томъ мѣстѣ, гдѣ должны находиться *m—li pectorales*. Даже у очень худощавыхъ людей эти мускулы всегда бываютъ видны, а здѣсь они отсутствуютъ совершенно. При осмотрѣ сзади замѣчаемъ, что всѣ спинныя мышцы выражены очень слабо за исключеніемъ лопаточныхъ. Последнія (*supra et infra-spinati*), наоборотъ, сильно развиты и настолько выступаютъ, что между ними совершенно исчезаетъ выступъ *spinae scapulae*. Если посмотрѣть на больного сбоку, то прежде всего замѣтимъ рѣзкій лордозъ поясничной части, выступаніе ягодицъ и въ особенности рѣзкое утолщеніе икроножныхъ мышцъ. Мускулы верхнихъ конечностей развиты весьма неравномѣрно: мышцы плеча сильно атрофированы, а предплечья и кисти рукъ кажутся нормальными. Окружность икръ у него равняется $23\frac{3}{4}$ см., а окружность плеча 12 см. Чтобы наглядно показать вамъ несоотвѣтствіе этихъ размѣровъ, я измѣрю тѣ же мѣста у другого мальчика, приблизительно того же возраста, въ общемъ, какъ вы видите, вполне пропорціонально сложеннаго. Окружность икръ у него только $22\frac{1}{2}$ см; а плеча—15.

Въ общемъ при осмотрѣ мы убѣждаемся, что у нашего больного существуетъ полная дисгармонія въ мышечной системѣ. Въ то время, какъ однѣ мышцы (икры, лопаточныя и ягодичныя мышцы) рѣзко выстоятъ, онѣ какъ-бы гипертрофированы, другія (*m. pectoralis major, latissimus dorsi, biceps brachii*) почти совсѣмъ уничтожены.

Переходимъ теперь къ изслѣдованію силы его мышцъ. Вы видите, что верхнія конечности у него крайне слабы; какъ въ локтевомъ, такъ и въ плечевомъ сочлененіи движенія вполне возможны, но въ то же время они настолько слабы, что самага ничтожнаго сопротивленія достаточно, чтобы имъ

воспрепятствовать. Вы видите, что я приложилъ къ рукѣ только одинъ палецъ и она уже остается неподвигною, не смотря на всѣ усилія больного. Такъ же слабы и мышцы плечевого пояса (*m-li pectoralis et latissimus dorsi*). При попыткѣ поднять больного, взявши его подъ мышки, мы убѣждаемся въ полномъ отсутствіи мышечнаго сопротивленія: вмѣсто всего больного мы, какъ вы видите, начинаемъ поднимать только его плечи, которыя постепенно доходятъ до соприкосновенія съ ушами. Если я продолжаю попытки поднять больного, то мои руки начинаютъ скользить по его подмышечнымъ впадинамъ кверху, постепенно приводятъ его верхнія конечности изъ отвѣснаго положенія сперва въ горизонтальное, а затѣмъ и въ вертикальное, и весь больной, такимъ образомъ, какъ-бы выскальзывается изъ моихъ рукъ. Такимъ образомъ, приподнять больного подъ мышки, что бываетъ такъ легко сдѣлать со всякимъ ребенкомъ, здѣсь оказывается дѣломъ очень труднымъ, такъ какъ выполнить это можно, только сильно сжавши его грудную клѣтку.

Вопреки кажущемуся увеличенію мышцъ голени оказывается, что всѣ движенія нижнихъ конечностей такъ же слабы, какъ и верхнихъ, и для уничтоженія ихъ достаточно такихъ же ничтожныхъ сопротивленій. Что касается до выполнения самыхъ обычныхъ сложныхъ движеній, то оно также очень несовершенно. Лечь на кровать такъ, какъ это дѣлаемъ всѣ мы, онъ не можетъ: онъ всегда какъ-бы падаетъ на нее, подняться же на ступеньку для него вещь совсѣмъ невозможная. Но особенно характерно, какъ онъ встаетъ на ноги изъ лежачаго положенія на полу. Прежде всего при помощи рукъ онъ ложится на животъ, затѣмъ становится на четвереньки и, упираясь руками въ полъ, выпрямляетъ заднія конечности. Потомъ онъ постепенно приближаетъ руки къ стопамъ и начинаетъ какъ-бы влѣзать по своимъ ногамъ. Ухватываясь за середину голеней, затѣмъ упираясь въ колѣно и въ бедро, онъ, такимъ образомъ, помогаетъ мышцамъ, выпрямляющимъ спину, и постепенно приводитъ свое тѣло въ вертикальное положеніе.

При ходьбѣ онъ очень сильно переваливается изъ стороны въ сторону. При этомъ центръ тяжести его тѣла, очевидно,

перемѣщается очень сильно въ сторону ноги, опирающейся на полъ; а дѣлается это, конечно, для того, чтобы, насколько возможно, менѣе заставлять работать мышцы, отъ которыхъ зависитъ поддержаніе туловища въ вертикальномъ положеніи во время акта ходьбы.

Сухожильные рефлексъ почти совсѣмъ отсутствуютъ, чувствительность же сохранена въ полномъ объемѣ и во всѣхъ своихъ видахъ. Органы чувствъ въ порядкѣ. Умственная сфера у него совершенно сохранена. Въ прошломъ году онъ даже поступилъ въ школу, успѣлъ выучиться читать и вышелъ изъ нея въ нынѣшнемъ году изъ-за внѣшней причины — не могъ ходить въ нее. На головныя боли не жалуется.

Внутренніе органы у него въ порядкѣ. На низъ слабѣе ежедневно 1—2 раза. Мочится 4—5 разъ въ сутки. Недержанія мочи или кала ни разу не отмѣчалось.

Въ заключеніе я еще разъ обращаю ваше вниманіе на главные пункты, которые дало намъ изслѣдованіе больного его возрастъ, атрофію и слабость мышцъ и отсутствіе рефлексовъ при полномъ сохраненіи психики, чувствительности и функций пузыря и recti.

Параличи нашего больного носятъ настолько рѣзко выраженный периферическій характеръ, что намъ нѣтъ надобности распространяться о томъ, что здѣсь нѣтъ заболѣванія головного или спинного мозга. Конечно, это и не poliomyelitis anterior, такъ какъ тотъ развивается быстро. Постепенный, прогрессивный въ теченіе многихъ лѣтъ ходъ болѣзни исключаетъ также и возможность неврита; это — слабость отъ первичнаго заболѣванія мышцъ. О сущности и классификаціи такихъ заболѣваній, какъ у нашего больного, мы будемъ говорить въ слѣдующій разъ.

Лекція 3 марта 1900 г.

Различаютъ двѣ главныя формы мышечныхъ атрофій: спинальную, такъ называемую, amyotrophia progressiva spinalis и мышечную — myopathia. При спинальной формѣ сущность болѣзни заключается въ страданіи переднихъ роговъ

спинного мозга. Заболѣваніе это сходно съ poliomyelitis anterior acuta, но отличается отъ него своимъ хроническимъ теченіемъ. Кроме того, полиоміэлитъ есть острое инфекціонное заболѣваніе, а спинальная мышечная атрофія есть, вѣроятно, результатъ врожденной слабости развитія спинного мозга. При міопатіи мышцы поражаются первично безъ всякихъ видимыхъ причинъ только потому, что онѣ отъ рожденія слабы и, такъ сказать, быстро стали изнашиваться. Между спинальной мышечной атрофіей и міопатіей есть существенная этиологическая разница въ возрастѣ: первая развивается у взрослыхъ (главнымъ образомъ, послѣ 40 лѣтъ), а вторая встрѣчается почти исключительно у дѣтей (по крайней мѣрѣ, въ своемъ началѣ). Правило это, конечно, не абсолютно, такъ какъ допускаетъ исключенія, но послѣднія такъ рѣдки, что при дифференціальной диагностикѣ миогенныхъ мышечныхъ атрофій отъ спинальныхъ возрастъ больного играетъ огромную роль.

Вторымъ этиологическимъ моментомъ въ развитіи міопатій является семейное предрасположеніе, причемъ законъ наследственности здѣсь такой же, что и при гемофилиі: страдаютъ преимущественно мальчики, но болѣзнь передается по женской линіи. Мыѣ каждый годъ приходится наблюдать 1—2 случая мышечной атрофіи у мальчиковъ, между тѣмъ какъ у дѣвочекъ не пришлось видѣть ни разу. Спинальная мышечная атрофія не отличается такимъ семейнымъ распространеніемъ.

Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій, то при спинальной формѣ они заключаются въ пигментной атрофіи переднихъ роговъ, а въ мышцѣ происходятъ тѣ же процессы, что и при перерѣзкѣ нерва, т. е. мутное набуханіе и жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ. При идиопатической формѣ мышечной атрофіи наблюдается атрофія мышечныхъ волоконъ рядомъ съ гипертрофіей ихъ и усиленнымъ разрастаніемъ межмышечной соединительной ткани и отложеніемъ жира. Поэтому подъ микроскопомъ въ одномъ и томъ же полѣ зрѣнія можно увидать рядомъ съ нормальными мышечными волокнами огромное количество атрофированныхъ маленькихъ волоконъ и тутъ же рядомъ большія гипертрофированныя.

Теперь мы перейдемъ къ описанію отдѣльныхъ клиническихъ формъ мышечныхъ атрофій.

Спинальная форма (типъ Aran Duchenne'a) характеризуется тѣмъ, что прежде всего поражаются симметрично на обѣихъ рукахъ мышцы, приводящія большой палецъ, затѣмъ мышцы мизинца и наконецъ *mm. interossei*. Вслѣдствіе этого рука дѣлается чрезвычайно костлявой, получается „обезьянья кисть“. Проходитъ 1—2 года и начинается развиваться атрофія мышцъ предплечья, чѣмъ болѣзнь можетъ и ограничиться. Въ другихъ случаяхъ, болѣе рѣдкихъ, болѣзнь распространяется на другія мышцы туловища. Однимъ словомъ, особенность спинальной формы мышечной атрофіи состоитъ въ томъ, что атрофія начинается съ периферіи и идетъ къ центру, тогда какъ при міогенной формѣ кисти рукъ и мышцы предплечья обыкновенно совсѣмъ не поражаются.

Міогенная атрофія мышцъ встрѣчается въ различныхъ формахъ, изъ коихъ болѣе извѣстны ложная гипертрофія мышцъ, юношеская атрофія Erb'a и мышечная атрофія типа Landouzy и Déjérine. Ложная гипертрофія характеризуется тѣмъ, что вслѣдствіе гиперплазіи межмышечной соединительной ткани въ нѣкоторыхъ мышцахъ происходитъ замѣтное увеличеніе ихъ несмотря на то, что они находятся въ состояніи значительной слабости; другія мышцы подвергаются простой атрофіи (гипертрофированными всего чаще оказываются икры, ягодицы, *supra* и *infraspinati*, а атрофированными *pectoralis*, *m. latiss. dorsi* и мышцы плеча. Болѣзнь начинается обыкновенно съ мышцъ ногъ. Нашъ больной представляетъ типическій образецъ именно этой формы.

Слѣдующей формой міопатіи, очень сходной съ предыдущей, является юношеская мышечная атрофія Erb'a. При ней болѣзнь начинается съ мышцъ плечевого пояса—*deltoides* и *pectoralis*,—и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни распространяется и на нижнія конечности. Еслибы въ нашемъ случаѣ не было гипертрофіи лопаточныхъ мышцъ и точныхъ анамнестическихъ указаній на первичное пораженіе ногъ, можно было бы подозрѣвать и здѣсь эту форму, руководствуясь рѣзкой атрофіей *m-li pectoralis*.

Болѣе рѣзкую разницу отъ предыдущихъ формъ представляетъ типъ Landouzy—Déjérine'a, гдѣ поражаются прежде всего мышцы лица: orbicularis oris et oculi. Онѣ при этомъ подвергаются ложной гипертрофіи, благодаря чему губы очень сильно утолщаются (хоботъ тапира), при попыткѣ закрыть онѣ остаются полузакрытыми, причемъ глазныя яблоки закатываются подѣ верхнее вѣко. Мимика лица дѣлается очень вялой и все это вмѣстѣ взятое даетъ то, что называютъ „міопатическимъ лицомъ“. Несмотря на такія отличительныя свойства, эта форма является родственной съ предыдущими. Это видно изъ того, что въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзнь распространяется на мышцы туловища и конечностей и кромѣ того въ одной и той же семьѣ можно наблюдать всѣ три формы.

Въ заключеніе упомянемъ еще о формѣ Marie. Проявляется она атрофіей мышцъ голени, при которой, однако, одновременно наблюдаются боли, парестезіи и гиперестезіи. Такимъ образомъ, и по клиническимъ проявленіямъ, и по анатомической сущности эта болѣзнь является нейропатической. При ней страдаютъ, какъ периферическіе нервы, такъ и клѣтки спинного мозга.

Что касается діагностики прогрессивной мышечной атрофіи, то она очень легка, такъ какъ клиническая картина этой болѣзни чрезвычайно характерна. Нѣкоторое сходство съ ней представляетъ острый множественный невритъ, но отличительнымъ признакомъ его является острое начало съ лихорадочнымъ состояніемъ. Еще большее сходство представляетъ послѣдифтерійный параличъ, но, помимо анамнестическихъ указаній на перенесенную дифтерію, существуетъ разница въ теченіи: дифтерійный параличъ течетъ около 3-хъ мѣсяцевъ, а всѣ виды прогрессивной мышечной атрофіи длятся годами; начинается онъ съ мягкаго неба, переходитъ потомъ на мышцы аккомодациі, потомъ на ноги и уже послѣ всего на верхнія конечности и на туловище.

Нужно еще имѣть въ виду микседему; по крайней мѣрѣ, въ нынѣшнемъ году въ клиникѣ намъ пришлось наблюдать случай слизистаго отека, симулировавшаго ложную гипертрофію мышцъ.

Къ намъ въ клинику поступила дѣвочка, которая за 1¹/₂ года передъ этимъ лечилась у насъ же отъ микседемы. На этотъ разъ видимыхъ признаковъ микседемы у ней не было, но она не могла ходить, и въ то же время отмѣчалось рѣзкое увеличеніе объема и плотности икроножныхъ мышцъ. Мы вырѣзали у нея кусочекъ этой мышцы и микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило въ ней рѣшительно никакихъ измѣненій. Мы назначили ей леченіе тиреоидиномъ, и больная быстро поправилась и стала ходить.

ПРОГНОСТИКА всегда довольно печальная, такъ какъ остановить развитіе болѣзни мы не въ силахъ, а потому и о леченіи распространяться нечего; оно должно быть общеукрѣпляющимъ. Мѣстно можно употреблять электризацію и массажъ.

VI.

Болѣзнь Little'я.

Лекція 9 декабря 1900 г.

Саша К., 8-ми лѣтъ, поступила въ клинику вчера съ жалобой на затрудненную походку.

ANAMNESIS. Отцу больной 43 года; здоровья онъ хорошаго, съ 25 лѣтъ и до 40 много пилъ. Послѣдніе 3 года не пьетъ. Матери 40 лѣтъ; здоровья порядочнаго. Туберкулезъ и сифилисъ со стороны отца и матери отрицаются, равно какъ и тяжелыя нервныя болѣзни. Выкидышей и мертворожденныхъ у матери не было, но одинъ ребенокъ умеръ тотчасъ послѣ родовъ. Всѣхъ родовъ было 10, но въ живыхъ только наша больная; изъ остальныхъ дѣтей только одинъ дожилъ до 4-хъ лѣтъ, а всѣ остальные умирали въ возрастѣ 5—6-ти мѣсяцевъ отъ какихъ-то острыхъ заболѣваній (болѣли по 2—3 дня).

Наша больная по счету седьмая. Насколько были трудны роды, отецъ сказать не можетъ, но родилась она въ срокъ, сыпи по тѣлу не было, глаза не гноились и вообще она родилась крѣпкой дѣвочкой. Уже черезъ недѣлю послѣ рожденія стала страдать поносами, которые временами смѣнялись запорами и дѣвочка быстро ослабѣла. Кормила ее сама мать долѣе года, но прикармливать стала почти отъ рожденія. Зубы рѣзались очень рано, по словамъ отца, будто-бы послѣ 10-ти недѣль. Говорить стала послѣ 4-хъ лѣтъ, а ходить только

послѣ 5-ти. Всю жизнь страдает поносами, смѣняющимися запорами. Послѣдніе дни поноса нѣтъ. Съ какого времени больная стала плохо владѣть ногами, неизвѣстно; по словамъ отца, уже съ первыхъ недѣль жизни замѣчалась „тугость въ ножкахъ“ и всегда трудно было раздвигать бедра.

Въ этомъ анамнезѣ нужно отмѣтить алкоголизмъ со стороны отца. Кромѣ того семья многолѣтняя, но съ очень сильною смертною. Это обстоятельство очень подозрительно, такъ какъ указываетъ на какую-то врожденную слабость дѣтей.

Несмотря на кормленіе матерью, наша больная развивалась очень медленно. Можно бы думать а priori, что это зависѣло отъ рахитизма тѣмъ болѣе, что и поносами она страдала очень много, но, во-первыхъ, она и говорить начала очень поздно; слѣдовательно, и психически развивалась плохо, что вовсе не свойственно рахитизму; а, во-вторыхъ, теперь ей уже 8 лѣтъ, а ходить она и до сихъ поръ очень не ловко, какъ вы сами сейчасъ увидите, а теперь думать о рахитизмѣ уже поздно.

STATUS PRAESENS. Больная—блѣдная, слабая дѣвочка. Ростъ у нея очень малъ для ея возраста. Подкожный жирный слой развитъ слабо. Походка ея ненормальна въ томъ отношеніи, что при нѣсколько согнутыхъ колѣняхъ она держитъ бедра очень тѣсно сдвинутыми, а голени нѣсколько разставляетъ. При этомъ она не становится на всю стопу, а только на ципочки—*pes equinus*—и дѣлаетъ очень маленькіе шаги. Такая походка извѣстна подъ названіемъ спастической. При стояніи у нея довольно сильно выраженъ лордозъ поясничной части позвоночника, который зависитъ отъ нѣкотораго сведенія мышцъ сгибающихъ бедро: чтобы сохранить вертикальное положеніе при слегка согнутыхъ бедрахъ, она должна выгнуть поясницу. Если посадимъ ее на полъ и велимъ встать, то вы увидите, что она дѣлаетъ это довольно свободно, а совсѣмъ не такъ, какъ напр., вы видѣли при прогрессивной мышечной атрофіи, гдѣ больной какъ-бы „влѣзаетъ по своимъ бедрамъ“.

Лицо у нея симметрично. Движенія языка и глотательныя совершенно свободны. Рѣчь правильная, не скандиро-

ванная. Активные движения рукъ очень слабы, но возможны, какъ въ смыслѣ сгибанія, такъ и разгибанія и пальцевъ, и предплечья. Вполнѣ выпрямить руки она не можетъ и обыкновенно держитъ ихъ согнутыми въ локтѣ при приведенныхъ плечахъ и пронированныхъ кистяхъ. При пассивныхъ движенияхъ отмѣчается нѣкоторая ригидность во всѣхъ сочлененіяхъ. Когда больная лежитъ въ постели, то ноги она можетъ вытянуть почти совсѣмъ, но при этомъ слегка выгибается поясница, что ясно ощущаетъ подложенная подъ поясницу рука. Активные сгибанія колѣнъ очень слабы, но разгибанія довольно сильны. При оцупываніи мышцы оказываются напряженными.

При пассивныхъ движенияхъ ногъ я ощущаю уже гораздо большее сопротивленіе, чѣмъ въ рукахъ и притомъ въ правой ногѣ оно выражено рѣзче, чѣмъ въ лѣвой. Развести бедра удается съ большимъ трудомъ, такъ какъ аддукторы находятся въ рѣзко спастическомъ состояніи. Рефлексы какъ колѣнный, такъ и подошвенный очень сильны. При щекотаніи внутренней половины подошвы большой палецъ рѣзко отгибается кверху (экстензируется) — симптомъ Бабинскаго. Онъ встрѣчается только, когда мышцы находятся въ состояніи спазма, и притомъ появляется чрезвычайно рано, когда еще движения мышцъ остаются довольно свободными. Электро-возбудимость мышцъ, чувствительность и состояніе сфинктеровъ никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Отвѣчаетъ на вопросы больная довольно быстро и правильно, хотя, конечно, умственное развитіе ея довольно отстало отъ нормы, такъ какъ, напр., она не умѣетъ еще считать пальцевъ.

Со стороны внутреннихъ органовъ ея можно отмѣтить только хроническое страданіе кишечника, а во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ она совсѣмъ здорова. Тазовые органы въ порядкѣ.

Итакъ, резюмируя въ двухъ словахъ состояніе больной, мы можемъ сказать, что у нея замѣчается спастическое состояніе мышцъ всѣхъ четырехъ конечностей, особенно же нижнихъ, и ослабленіе умственныхъ способностей. Такъ какъ кромѣ спазма замѣчается еще и слабость мышцъ, то, слѣдо-

вательно, больная наша представляет примѣръ спастического паралича всѣхъ четырехъ конечностей, а, такъ какъ при этомъ изъ анамнеза видно, что это состояніе развивалось у нея незамѣтно, съ первыхъ мѣсяцевъ жизни, то мы имѣемъ у нашей больной всѣ признаки болѣзни, которую лѣтъ 40 назадъ описалъ Little подъ названіемъ врожденной спастической ригидности конечностей и которая извѣстна теперь подъ именемъ болѣзни Little'я.

Мы постараемся теперь рѣшить вопросъ о локализациі болѣзненнаго процесса и потомъ объ его анатомической сущности.

По локализациі болѣзненнаго процесса параличи вообще могутъ быть периферическими, ядерными и центральными. Первая форма развивается при пораженіи периферическихъ нервовъ, вторая при заболѣваніи клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга, а третья при нарушеніи цѣлости волоконъ, соединяющихъ двигательные центры мозговой коры съ нервными клѣтками переднихъ роговъ, или при заболѣваніи двигательной сферы самой мозговой коры.

Первыя двѣ формы клинически характеризуются атрофіей парализованныхъ мышцъ, полнымъ ихъ расслабленіемъ и уничтоженіемъ рефлексовъ. Ригидности мышцъ при нихъ никогда не бываетъ, а если и наблюдаются иногда контрактуры, то только вслѣдствіе перевѣса сохранившихся антагонистовъ надъ атрофированными мышцами. Центральные параличи, напротивъ, характеризуются спастическимъ состояніемъ мышцъ и усиленіемъ рефлексовъ. Въ нашемъ случаѣ, несомнѣнно, параличъ носить характеръ центральнаго и намъ нужно только установить, зависитъ ли онъ отъ пораженія самой коры или отъ нарушенія цѣлости пирамидныхъ путей въ головномъ или спинномъ мозгу. Несомнѣнно, что спастическій параличъ всѣхъ 4-хъ конечностей или однѣхъ ногъ можетъ зависѣть какъ отъ пораженія одного только спинного мозга, такъ и одного только головного. Мы разберемъ сначала первую возможность, т. е. не относится ли наша больная къ категоріи случаевъ описанныхъ Erb'омъ подъ именемъ *paraplegia spastica infantilis* (*Tabes spasmodique infantile Charcot*). Болѣзнь эта характеризуется спастическимъ па-

раличомъ нижнихъ конечностей (иногда и верхнихъ тоже) при вполне сохраненной чувствительности и безъ нарушенія дѣятельности пузыря и прямой кишки, т. е. совершенно какъ у насъ. Дальнѣйшее сходство съ нашимъ случаемъ состоитъ въ томъ, что болѣзнь эта часто начинается незамѣтно, съ первыхъ мѣсяцевъ жизни (врожденное происхожденіе) и характеризуется стаціонарнымъ теченіемъ. Анатомической основой болѣзни предполагается первичный склерозъ боковыхъ столбовъ спинного мозга. Въ виду того, однако, что существованіе первичнаго бокового склероза еще не доказано, мы не можемъ ставить такой діагностики, да и кромѣ того ослабленіе умственныхъ способностей у нашей больной тоже не можетъ быть объяснено однимъ лишь страданіемъ спинного мозга.

Въ дѣтскомъ возрастѣ спастическій параличъ въ зависимости отъ страданія спинного мозга всего чаще встрѣчается при Поттовой болѣзни, т. е. отъ сдавленія спинного мозга вслѣдствіе костоѣды позвонковъ. Но подобной причины предположить тоже нельзя, такъ какъ при Поттовой болѣзни, если она довела больного до паралича, всегда бываетъ и ясно выраженный горбъ, и расстройство чувствительности, и недержаніе или задержаніе мочи.

Такимъ образомъ, путемъ исключенія и, имѣя въ виду психическую отсталость больной, мы приходимъ къ заключенію, что мѣсто болѣзни надо искать въ головномъ мозгу, да и вообще можно принять за правило, что, *если спастическая диплегія или параплегія развивается у ребенка незамѣтно съ первыхъ мѣсяцевъ или дней жизни и не прогрессируетъ съ годами, а остается стаціонарной или даже улучшается*, то такая параплегія или диплегія всегда зависитъ отъ страданія головного мозга, а, если при вскрытіи и находятъ въ подобныхъ случаяхъ перерожденіе боковыхъ столбовъ, то оно всегда бываетъ послѣдовательнымъ.

Итакъ, вопросъ о локализаціи болѣзненнаго процесса рѣшается въ томъ смыслѣ, что онъ долженъ быть двустороннимъ и можетъ касаться или двигательной сферы мозговой коры, именно области центральныхъ извилинъ, гдѣ заложены двигательные центры для всѣхъ конечностей, или пирамидныхъ путей.

Что касается до анатомической сущности процесса, то рѣшить этотъ вопросъ съ точностью мы не можемъ, такъ какъ симптомокомплексъ Little'я не указываетъ на какую-нибудь опредѣленную болѣзнь центральной нервной системы, а можетъ вызываться самыми разнообразными причинами. Little, рассуждая о патогенезѣ врожденной окоченѣлости, отмѣтилъ нѣкоторыя условія, играющія роль причинныхъ моментовъ въ произведеніи этой болѣзни и дающія возможность предполагать съ большей или меньшей вѣроятностью о сущности процесса. Эти условія, извѣстныя подъ именемъ „Little'евской этиологіи“, состоятъ, во-первыхъ, въ недоношенности плода и, во-вторыхъ, въ трудныхъ родахъ. Первое даетъ поводъ предполагать недоразвитіе клѣтокъ двигательной сферы коры (агинезія коры) и пирамидныхъ путей, а второе — кровоизліяніе въ полость черепа. При родахъ происходитъ, какъ извѣстно, сдавленіе черепа, причемъ края темянныхъ костей, образующихъ стрѣловидный шовъ, заходятъ одинъ подъ другой, что даетъ поводъ къ растяженію венозныхъ вѣточекъ, идущихъ отъ мозговыхъ оболочекъ къ синусу; чѣмъ труднѣе роды, тѣмъ больше растягиваются эти вѣточки и тѣмъ легче онѣ разрываются и въ результатъ получается кровоизліяніе между твердой мозговой оболочкой и поверхностью полушарій, какъ разъ въ области центральныхъ извилинъ.

Если вы припомните, что въ самой верхней части центральныхъ извилинъ залегаютъ центры для нижнихъ конечностей, пониже — центры для верхнихъ конечностей и еще пониже — для лицевыхъ нервовъ, то вы легко поймете, почему, въ случаѣ кровоизліянія въ полость черепа во время акта родовъ всего сильнѣе поражаются ноги, а иногда только онѣ однѣ.

Въ дѣйствительности чистые случаи спастической парализаціи наблюдаются рѣдко, обыкновенно бываютъ затронуты и верхнія конечности, а иногда даже и *facialis*. Страдаютъ обыкновенно до нѣкоторой степени и умственные способности.

Условія, способствующія развитію кровоизліянія въ полость черепа, довольно разнообразны; сюда относятся, напр., слишкомъ большая голова ребенка (головная водянка) и узкій тазъ матери; очень медленные роды, зависящіе отъ слабости

потугъ, такъ какъ они способствуютъ мозговому застою; чрезвычайно быстрые роды также являются неблагоприятнымъ моментомъ, такъ какъ при нихъ сосуды головного мозга не успеваютъ приспособиться къ новымъ условіямъ.

Разрывы кровеносныхъ сосудовъ у недоносковъ могутъ развиваться даже и при незначительномъ сдавленіи, такъ какъ всѣ ткани у нихъ отличаются нѣжностью.

Асфиксія новорожденныхъ также способствуетъ развитію кровоизліянія, такъ какъ она вызываетъ продолжительный венозной застой.

Вотъ всѣ эти причины и составляютъ, такъ называемую, Little'евскую этиологію.

Однако, этими двумя причинами (недоразвитіе пирамидныхъ путей и кровоизліянія) всѣ случаи симптомокомплекса Little'я отнюдь не могутъ быть объяснены; въ нѣкоторыхъ случаяхъ при аутопсіи встрѣчались болѣе грубыя измѣненія, каковы: головная водянка, склерозъ мозга, порэнцефалія.

Если случай не представляется очень тяжелымъ, т. е. параличи и сведенія съ возрастомъ мало по малу ослабѣваютъ, такъ что ребенокъ, хотя и поздно, но выучивается ходить, если умственные его способности страдаютъ мало, эпилепсія въ дальнѣйшемъ теченіи не появляется, то въ такомъ случаѣ можно предполагать поверхностный процессъ въ мозгу вродѣ небольшого кровоизліянія; напротивъ, если параличи выражены рѣзко, ребенокъ растетъ идиотомъ, черепъ его очень малъ или рѣзко ассиметриченъ, то можно предполагать болѣе серьезныя измѣненія въ головномъ мозгу.

Что касается до нашей больной, то несомнѣнно, что она относится къ числу легкихъ случаевъ болѣзни Little'я, хотя въ анамнезѣ ея и нѣтъ указаній на Little'евскую этиологію; впрочемъ, это обстоятельство не можетъ имѣть серьезнаго значенія, такъ какъ, во-1-хъ, больную привезъ къ намъ отецъ, который не могъ намъ дать точныхъ свѣдѣній о томъ, какъ шли роды, а, съ другой стороны, и изъ литературныхъ данныхъ видно, что далеко не во всѣхъ случаяхъ врожденной окоченѣлости можно отмѣтить Little'евскую этиологію.

Помимо того, что кровоизліяніе въ полость черепа можетъ случиться и при нормальныхъ родахъ, въ произведеніи бо-

лѣзни могутъ играть роль и другія причины, въ числѣ которыхъ упоминаются авторами травмы матери во время беременности, хроническія болѣзни матери, особенно сифились (не имѣетъ ли въ этомъ смыслѣ значеніе большая смертность дѣтей въ данной семьѣ на 1-мъ году жизни), и даже психическіе аффекты матери во время беременности; наконецъ, не мало встрѣчается случаевъ болѣзни Little'я, для которыхъ нельзя указать никакой причины.

Что касается до предсказанія, то при болѣзни Little'я оно должно сообразоваться съ формой болѣзни. Въ легкихъ формахъ, какъ въ нашемъ случаѣ, можно надѣяться, что съ годами спастическія явленія будутъ уменьшаться: движенія верхнихъ конечностей, можетъ быть, возобновятся вполнѣ; умственные способности также улучшатся, но рассчитывать на уничтоженіе ригидности въ ногахъ нельзя.

ЛЕЧЕНИЕ. Нужно пріучать сочлененія къ движеніямъ, для чего рекомендуются пассивная и активная гимнастика и массажъ. Въ виду блѣдности и слабаго питанія нашей больной ей слѣдуетъ назначить желѣзо и рыбій жиръ. Если вполнѣ развиты контрактуры, то, можетъ быть, придется прибѣгнуть и къ тенотоміи или къ ортопедическому леченію.

VII.

Параличъ Strümpell'я.

Лекція 15 февраля 1900 г.

12-го февраля въ нашу клинику поступила 8-ми-лѣтняя Наташа С. по поводу параличей и судорожныхъ припадковъ.

АНАМНЕЗЪ. Отцу больной 40 лѣтъ, матери 30; оба они — люди здоровые. Ни нервныхъ, ни психическихъ заболѣваній среди ихъ родственниковъ нѣтъ. Lues, туберкулезъ и алкоголизмъ отрицаются. У матери было 4 беременности, вторая изъ нихъ окончилась преждевременными родами на 7-мъ мѣсяцѣ, повидимому, отъ физическаго напряженія. Изъ дѣтей, родившихся живыми, одинъ умеръ отъ дизентеріи, другой ребенокъ здоровъ. Наша больная, 3-ья по счету, родилась въ срокъ чистенькой. Роды были легкіе. Никакихъ болѣзней новорожденныхъ не было. Мать кормила ее грудью до 9-ти мѣсяцевъ, причемъ съ 7-го начала прикармливать. Когда и какъ рѣзались зубы, мать не помнитъ. Ходить же дѣвочка стала до году. Въ раннемъ дѣтствѣ наша больная была золотушна, а на 4-мъ году перенесла воспаленіе легкихъ. Настоящая болѣзнь началась 6 лѣтъ тому назадъ вдругъ среди полного здоровья: больная вскрикнула, поблѣднѣла, потеряла сознаніе, а затѣмъ появились судорожныя подергиванія въ лѣвой рукѣ. Послѣ же припадка замѣтили, что лѣвая рука виситъ, какъ плеть, а лицо сильно перекошено въ правую сторону. Ночью того же дня замѣтили, что параличъ распространился и на лѣвую ногу. Больная про-

лежала тогда въ постели 6 недѣль. Параличи въ лицѣ съ теченіемъ времени прошли; наступило улучшение и въ конечностяхъ, такъ что черезъ 6 недѣль дѣвочка снова стала ходить. Черезъ 2 года послѣ этого съ нашей больной стали дѣлаться судорожные припадки. Въ теченіе перваго года болѣзни она во время припадковъ удерживалась на ногахъ, но позднѣе стала падать, въ большинствѣ случаевъ мгновенно, и нерѣдко при этомъ ушибалась. Крика передъ припадкомъ и пѣны у рта во время его никогда не замѣчали. Но и въ настоящее время не при каждомъ припадкѣ больная падаетъ; въ такихъ случаяхъ сознание теряется не вполне и лишь на самое короткое время, подергиванія бываютъ не сильныя и только въ одной лѣвой половинѣ тѣла. Непосредственно послѣ припадка больная обыкновенно начинаетъ смѣяться, иногда куда-то бѣжить, а вскорѣ затѣмъ нерѣдко засыпаетъ. Между пятымъ и шестымъ годомъ у больной совсѣмъ припадковъ не было, а потомъ они возобновились, такъ что дѣло доходило до 11 большихъ припадковъ въ день. Въ настоящее время бываетъ 6 — 7 припадковъ въ день.

Такой анамнезъ вполне характеренъ для одной определенной формы мозгового страданія. У 2-х-лѣтней дѣвочки дѣлается приступъ жара и судорогъ, а уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала мать замѣчаетъ, что лѣвая рука и нога не дѣйствуютъ, а лицо перекосило въ правую сторону. Затѣмъ началось улучшение, такъ что черезъ 6 недѣль дѣвочка уже снова можетъ ходить. Года два спустя у дѣвочки начинаютъ дѣлаться припадки, сначала очень легкіе, а потомъ болѣе сильныя и частыя. Припадки эти, судя по описанію родителей, несомнѣнно эпилептическіе. Но важно выяснить характеръ эпилепсіи въ данномъ случаѣ. Есть двѣ формы ея: *идіопатическая*, когда не находятъ въ нервной системѣ никакихъ видимыхъ органическихъ измѣненій, и *Джексоновская*, зависящая отъ пораженія мозговой коры. Въ случаяхъ *идіопатической* эпилепсіи припадокъ начинается обыкновенно съ полной потери сознания. Больной вскрикиваетъ, падаетъ, причѣмъ часто ушибается. Затѣмъ наступаютъ судороги, сначала тоническія, потомъ клоническія, по-

является пѣна у рта и стертормозное дыханіе. Припадокъ кончается глубокимъ сномъ. При корковой эпилепсіи сознание въ легкихъ случаяхъ совсѣмъ не теряется, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, если и исчезаетъ, то все же не такъ быстро, какъ при идиопатической эпилепсіи, а потому и ушибы бываютъ при ней рѣже. Судороги начинаются всегда съ одной стороны, а въ типическихъ случаяхъ ею и оканчиваются; въ нѣкоторыхъ случаяхъ судороги ограничиваются только одной какой-либо конечностью.

Очень характерно для корковой эпилепсіи, если можно замѣтить извѣстный порядокъ распространенія судорогъ, соответствующій расположенію двигательныхъ центровъ въ корѣ мозга. Такъ, напр., начавшись съ нижней конечности, судороги распространяются сначала на руку, а затѣмъ уже на лицо. Чувствительность и зрачковый рефлексъ сохраняются въ случаяхъ судорогъ, протекающихъ безъ потери сознания.

У насъ въ клиникѣ у дѣвочки былъ только одинъ припадокъ сейчасъ передъ лекціей. Судороги замѣчались только на лѣвой сторонѣ, причемъ сознание было сохранено вполнѣ, такъ что мы можемъ съ полной увѣренностью сказать, что судороги въ данномъ случаѣ отличаются характеромъ кортикальной эпилепсіи.

Переходя теперь къ осмотру нашей больной, мы обратимъ вниманіе прежде всего на ея походку, — она очень характерна. Дѣвочка можетъ свободно ходить и даже бѣгать, слегка только прихрамывая на лѣвую ногу.

Мы видимъ далѣе, что движенія правой ноги совершенно нормальны, тогда какъ лѣвую больная держитъ все время *выпрямленною* въ колѣнѣ и опирается на полъ не всюю стопой, а только концами пальцевъ (положеніе *pedis equini*).

Теперь положимъ больную и изслѣдуемъ подробнѣе ея ноги. Правая нога оказывается здоровой во всѣхъ отношеніяхъ. При сравненіи же съ ней лѣвой, находимъ слѣдующее. Длина правой нижней конечности отъ *spina anterior superior* до нижняго края наружной ладыжки 63 ст., лѣвой — 61 ст.; окружность верхней трети праваго бедра $33\frac{1}{2}$ ст., лѣваго $31\frac{1}{2}$ ст.; окружность голени на границѣ верхней трети съ

среднею на правой конечности $23\frac{1}{2}$, на лѣвой 21 ст.; длина правой ступни 20 ст.; лѣвой 19 ст. Мышцы лѣвой ноги нѣсколько напряжены, а сила ихъ значительно меньше, чѣмъ на правой.

Въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ возможны всѣ движенія, какъ активныя, такъ и пассивныя. Въ лѣвомъ го-



леностопномъ суставѣ активныя движенія невозможны со-всѣмъ, а пассивныя возможны лишь въ крайне незначи-тельныхъ размѣрахъ.

Пателлярный рефлексъ на лѣвой сторонѣ рѣзко усиленъ.

Лѣвую руку больная держитъ постоянно въ одномъ поло-женіи: плечо приведено къ туловищу, рука согнута въ локтѣ

приблизительно подь прямымъ угломъ, а кисть опущена книзу и повернута нѣсколько кнаружи. Пальцы плотно прижаты къ ладони. Всѣ сгибатели напряжены. Въ лѣвомъ плечевомъ суставѣ активныя движенія кверху ограничены, а пассивныя всѣ возможны. Въ локтевомъ суставѣ и активныя, и пассивныя движенія уменьшены. Активное движеніе лѣвой кистью невозможно, но пассивно ее удается почти совсѣмъ выпрямить и придать ей нормальное положеніе относительно предплечья. Въ пальцахъ возможны только пассивныя движенія.

Сравнительное измѣреніе правой и лѣвой рукъ даетъ слѣдующее:

Длина праваго плеча	26	ст.,	лѣваго	25	ст.
” ” предплечья	16 ¹ / ₂	”	”	16	”
Окружность праваго плеча	16	”	”	15	”
” верхней ¹ / ₃ праваго предплечья	16 ¹ / ₂	”	”	15 ¹ / ₂	”
” нижней ” ” ”	11	”	”	9 ¹ / ₂	”
” правой кисти	14	”	лѣвой	12	”

Такъ какъ пассивныя движенія въ рукѣ удаются всюду, то дѣло, очевидно, идетъ здѣсь не о настоящихъ контрактурахъ, а только о привычномъ положеніи конечности, происшедшемъ вслѣдствіе преобладанія нѣкоторыхъ мышцъ руки надъ своими антагонистами; такое положеніе верхней конечности парализованной стороны очень часто встрѣчается при дѣтскихъ гемиплегіяхъ.

Когда дѣвочка показываетъ зубы, вы видите, что лицо ея нѣсколько перекашивается въ правую сторону; слѣдовательно, пораженъ и лѣвый п. *facialis*, хотя не очень сильно. Зажмуриваніе глазъ и подниманіе бровей на той и на другой сторонѣ совершается одинаково; это показываетъ, что верхняя вѣтвь п. *facialis* осталась незатронутой.

Чувствительность сохранена вездѣ очень хорошо и во всѣхъ видахъ. Электро-возбудимость на парализованной сторонѣ сохранилась какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ.

Что касается внутреннихъ органовъ, то они находятся въ полномъ порядкѣ.

ДИАГНОСТИКА. Определить болѣзнь въ данномъ случаѣ не трудно. Параличъ здѣсь, очевидно, центрального проис-

хожденія, такъ какъ онъ носить спастическій характеръ и занимаетъ одну половину тѣла. Не трудно опредѣлить и болѣе точно локализацию болѣзненного процесса. У больной поражены рука, нога и *facialis* на одной сторонѣ. Пораженіе надо искать гдѣ-нибудь выше Варолиева моста, гдѣ происходитъ перекрестъ лицевыхъ нервовъ. Болѣзненный фокусъ долженъ лежать въ такомъ мѣстѣ, гдѣ двигательныя волокна находятся очень близко другъ отъ друга. Такимъ мѣстомъ является, прежде всего, внутренняя капсула, но тамъ рядомъ съ двигательными волокнами залегаютъ и чувствующія. Въ виду полного сохраненія чувствительности у нашей больной намъ пришлось бы при такомъ предположеніи допустить существованіе очень маленькаго фокуса, захватившаго всѣ двигательныя волокна и не затронувшаго чувствительныхъ. Кромѣ того, судорожные припадки у нашей больной остались бы тогда не совсѣмъ объясненными.

Напротивъ, предположивши существованіе фокуса въ мозговой корѣ, именно въ правой центральной извилинѣ, мы получимъ объясненіе для всей сложной картины болѣзни. Вдоль центральной извилины на небольшомъ сравнительно пространствѣ залегаютъ психомоторные центры для ноги, руки и нижней вѣтви *n. facialis*. Разрушеніе ихъ влечетъ за собой параличъ соотвѣтствующихъ нервовъ и мышцъ, а, съ другой стороны, существованіе подобныхъ фокусовъ въ мозговой корѣ является причиною, такъ называемой, Джексоновской эпилепсіи.

Что касается до анатомо-патологической сущности болѣзни, то въ виду внезапности начала можно бы предполагать или кровоизліяніе, или острое воспаленіе. Лихорадочное состояніе, сопровождавшее начало болѣзни, рѣшительно говоритъ противъ кровоизліянія и за ограниченное воспаленіе мозговой коры, повлекшее за собой образованіе рубца.

На подобныя формы остраго энцефалита обратилъ особое вниманіе Strümpell, который старался приравнять ихъ къ системному заболѣванію спинного мозга, извѣстному подъ именемъ воспаленія переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга — *poliomyelitis anterior acuta*. Какъ здѣсь воспа-

ление занимает двигательную сферу сѣраго вещества спинного мозга, такъ и при энцефалитѣ, о которомъ идетъ рѣчь, поражается тоже двигательная сфера сѣраго вещества головного мозга; въ обоихъ случаяхъ болѣзнь развивается отъ неизвѣстныхъ причинъ (повидимому, отъ инфекции) и течетъ одинаково: острое, лихорадочное начало, нерѣдко съ судорогами, быстрое развитіе паралича, который сначала можетъ быть очень распространенъ, но въ теченіе ближайшихъ недѣль параличи мало-по-малу исчезаютъ и въ концѣ концовъ остается стойкій параличъ, нерѣдко въ одной лишь какой-нибудь конечности; аналогія полная, разница только въ локализаци: въ одномъ случаѣ поражаются клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга и получается параличъ ядерный, то есть съ дряблыми мышцами, въ другомъ—мозговая кора и параличъ будетъ спастическій.

Подобные процессы извѣстны подъ именемъ паралича Strümpell'я.

ПРЕДСКАЗАНИЕ при Strümpell'евскомъ параличѣ совсѣмъ другое, чѣмъ при спинальномъ. При полиоэнцефалитѣ парализованныя мышцы не подвергаются такой значительной атрофіи, какъ это обязательно наблюдается при полиомиелитѣ и функціи больной конечности сохраняются поэтому при полиоэнцефалитахъ гораздо лучше.

Вотъ, напр., и въ нашемъ случаѣ со времени начала болѣзни прошло 6 лѣтъ, пораженная конечность нѣсколько отстала въ ростѣ, но больная все-же ходитъ и даже бѣгаетъ, хотя, можетъ быть, и не очень красиво. Но, съ другой стороны, при энцефалитахъ есть одно обстоятельство, значительно ухудшающее предсказаніе, именно судороги, которыя явились у нашей больной не случайно, а прямо какъ слѣдствіе пораженія коры. Кортикальная эпилепсія въ періодѣ выздоровленія отъ Strümpell'евского энцефалита почти обязательна, но что всего хуже, такъ это то, что она неизлечима.

Рекомендуются массажъ, пассивная гимнастика, электризація больной половины тѣла, но все это не даетъ замѣтныхъ благопріятныхъ результатовъ, такъ какъ рубецъ, образовавшійся на мѣстѣ воспаленія, не можетъ уже исчезнуть.

VIII.

Дифтерійный параличъ.

Лекція 4 февраля 1900 г.

Больной Вася С., 12-ти лѣтъ, принять 8-го января въ нашу клинику по поводу ослабленія зрѣнія, носового оттѣнка голоса и слабости ногъ.

АНАМНЕЗЪ. Отецъ больного, 37-ми лѣтъ отъ роду, и мать 34-хъ—люди вполне здоровые. Туберкулезъ, лues и алкоголизмъ въ роду отрицаются. Всѣхъ дѣтей въ семьѣ было 6 человекъ, изъ которыхъ двое умерло: одна дѣвочка одного мѣсяца отъ роду отъ неизвѣстной причины, а другая 1½ лѣтъ—отъ кори. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Остальныя дѣти здоровы. Нашъ больной—старшій въ семьѣ, родился въ срокъ, чистенькій. Болѣзней новорожденныхъ у него никакихъ не было. Вскармливался грудью въ теченіе года и 3-хъ мѣсяцевъ. Прикармливать стали съ 6-ти мѣсяцевъ кашей. Зубы рѣзались 8-ми мѣсяцевъ, поносами на первомъ году не страдалъ. На ножки сталъ становиться до году, ходить—году и 3-хъ мѣсяцевъ. Двухъ лѣтъ перенесъ корь, послѣ которой около 1½ мѣсяцевъ оставался въ постели.

10-го ноября 1899-го года заболѣлъ дифтеріей зѣва, по поводу которой былъ помѣщенъ въ наши бараки, откуда, по желанію родителей, былъ выписанъ 2-го декабря съ параличемъ мягкаго неба, который выражался носовымъ оттѣнкомъ голоса и тѣмъ еще, что жидкая пища иногда выливалась у него черезъ носъ. Около 10-го декабря мать стала

замѣчать, что больной плохо видитъ. Сначала онъ еще могъ читать, но затѣмъ буквы начинали сливаться, и онъ совсѣмъ переставалъ ихъ различать. Дня за три передъ Рождествомъ стали замѣчать слабость въ ногахъ: мальчикъ сталъ скоро уставать; позднѣе замѣтили и слабость въ рукахъ. По временамъ больной сталъ жаловаться на чувство онѣмѣнія и ползанія мурашекъ въ конечностяхъ, особенно въ ногахъ.

Помѣщеніе, гдѣ живетъ больной, сухое и теплое.

Итакъ, нашъ больной вообще развивался правильно. Изъ болѣзней перенесъ корь, которая, повидимому, прошла для него безслѣдно, хотя прохворалъ онъ ей довольно долго. Въ ноябрѣ прошлаго года заболѣлъ дифтеріей, послѣ которой вышелъ изъ нашей клиники 2-го декабря съ симптомами паралича мягкаго неба. Черезъ нѣсколько дней, какъ вы слышали, у него было замѣчено ослабленіе зрѣнія, а позднѣе развилась слабость сперва въ ногахъ, а затѣмъ и въ рукахъ. Болѣзнь, слѣдовательно, развилась у него не вдругъ, а постепенно, въ теченіе, приблизительно, одного мѣсяца.

STATUS PRAESENS. Общее питаніе у него удовлетворительно. Количество подкожной клѣтчатки достаточно. Мышцы—нельзя сказать, чтобы были чрезмѣрно дряблы. Железистая система уклоненій отъ нормы не представляетъ. Самочувствіе у него хорошее; головныхъ болей нѣтъ; температура у насъ въ клиникѣ все время стоитъ нормальная. Въ настоящее время глотаніе у него свободно, аппетитъ есть. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ; ни печень, ни селезенка не прощупываются. Пульсъ—96, но бываетъ и 84, по ритму совершенно правиленъ и наполненія достаточнаго. Тоны сердца чисты, размѣры сердечной тупости нормальны.

Языкъ высовываетъ прямо. Лицо вообще симметрично; *pliscae naso-labiales* при показываніи зубовъ выражены одинаково сильно. Зажмуриваетъ глаза свободно. Читать, т. е. аккомодировать, онъ сталъ теперь гораздо лучше. Голосъ громкій. Походка у него довольно шаткая, стоять на мѣстѣ ему удается только съ большимъ трудомъ; стоять же съ закрытыми глазами онъ совсѣмъ не можетъ (рѣзко выраженный симптомъ Romberg'a). При изслѣдованіи больного въ лежащемъ положеніи мы отмѣчаемъ, что сгибатели ногъ у него

очень слабы, а разгибатели—довольно сильны. Особенно ослаблены у него мышцы, завѣдующія разгибаніемъ стопы, вслѣдствіе чего, при сидячемъ положеніи больного, когда ноги не достаютъ пола, ступни нѣсколько отвисаютъ, напоминая положеніе при *res equinus*. Но кромѣ паретической слабости мышцъ больной представляетъ еще и явленія атаксіи или разстройства координаціи: если мы заставляемъ его съ закрытыми глазами при лежащемъ положеніи поставить пятку одной ноги на надколѣнникъ другой, то это ему не удастся; при подниманіи вытянутой ноги она производитъ рѣзкія отклоненія отъ вертикальной плоскости и т. п. Разстройство координаціи замѣчается, хотя и не въ такой рѣзкой степени, и въ верхнихъ конечностяхъ: больной съ трудомъ ставитъ при закрытыхъ глазахъ указательный палецъ на кончикъ носа, не попадаетъ концомъ булавки на намѣченную точку и т. п.

Въ верхнихъ конечностяхъ разгибатели гораздо слабѣе сгибателей: чтобы помѣшать сгибанію, нужно примѣнять порядочную силу, но при разгибаніи достаточно приложить палецъ, чтобы совершенно лишить больного возможности двинуть рукой. Особенная слабость замѣчается въ мышцахъ, разгибающихъ кисть. Тактильная, болевая и температурная чувствительность въ полномъ порядкѣ. Щекотаніе подошвы больной чувствуетъ, но рефлекса нѣтъ. Рефлексъ колѣнный совсѣмъ отсутствуетъ. Рефлексъ cremaster'a и брюшной сохранены; рефлексъ съ сухожилія *musculi bicipitis* отсутствуетъ. Спина гнется хорошо. Діафрагма работаетъ правильно. Такимъ образомъ, мы замѣчаемъ, что при прекрасномъ общемъ состояніи у больного существуетъ слабость всѣхъ четырехъ конечностей, причемъ въ ногахъ сильнѣе поражены разгибатели стопы, а въ рукахъ—разгибатели кисти и предплечья. Головные нервы теперь въ порядкѣ. Рефлексы въ ногахъ отсутствуютъ. Атрофіи мышцъ не замѣтно; чувствительность сохранена хорошо.

ДИАГНОСТИКА. Прежде всего намъ нужно установить локализацию болѣзненнаго процесса, который вызвалъ параличи, наблюдаемые у нашего больного. О заболѣваніи головного мозга здѣсь не можетъ быть рѣчи, такъ какъ, съ одной

стороны, мы не наблюдаемъ, такъ называемыхъ, головныхъ симптомовъ: головной боли, рвоты и пораженія лицевыхъ нервовъ. Съ другой стороны распространеніе параличей у нашего больного также говорить противъ церебральнаго заболѣванія. Параличи, въ зависимости отъ страданія головного мозга, бываютъ обыкновенно въ формѣ гемиплегій.

При пораженіи спинного мозга мы чаще можемъ встрѣтить параличи четырехъ конечностей, для этого нужно только чтобы болѣзненный очагъ помѣщался въ шейной части его. Въ дѣтскомъ возрастѣ чаще всего спинной мозгъ страдаетъ вслѣдствіе спондилита. Въ такихъ случаяхъ параличъ нижнихъ конечностей носитъ характеръ центральнаго, т. е. питаніе мышцъ сохранено, мышцы напряжены, рефлексы повышены. Въ верхнихъ же конечностяхъ параличъ можетъ носить периферическій характеръ (реакція перерожденія, атрофія мышцъ, ослабленіе рефлексовъ). Въ нашемъ случаѣ картина болѣзни совсѣмъ иная: въ верхнихъ и въ нижнихъ конечностяхъ рефлексы отсутствуютъ, спастическаго состоянія мышцъ нѣтъ нигдѣ. Слѣдовательно, чтобы объяснить такую картину болѣзни, какъ у насъ, пораженіемъ спинного мозга, нужно предположить заболѣваніе двигательныхъ центровъ переднихъ роговъ сѣраго вещества вдоль всего спинного мозга. Такое пораженіе наблюдается при *poliomyelitis anterior*, но клиническое теченіе тамъ совсѣмъ не такое, какъ у насъ: болѣзнь начинается бурно высокой лихорадкой и тяжелымъ общимъ состояніемъ, а не постепенно. Какого же либо хроническаго заболѣванія двигательныхъ центровъ спинного мозга въ дѣтскомъ возрастѣ мы не знаемъ.

Наблюдаемые параличи всего проще могутъ быть объяснены пораженіемъ периферическихъ нервовъ, и въ подтвержденіе этого мы можемъ представить много данныхъ, какъ напр.: 1) подострое начало, 2) прогрессивное развитіе симптомовъ до извѣстнаго *maximum'a* и потомъ 3) постепенное улучшеніе (улучшеніе глотанія и аккомодациі), 4) множественность пораженія (небо, глаза, всѣ 4 конечности), указывающее на пораженіе значительнаго числа нервныхъ стволовъ, 5) симметричность распространенія параличей и, наконецъ, 6) преимущественное пораженіе периферическихъ частей конечно-

стей. Всѣ эти моменты считаются очень характерными для невритныхъ параличей, такъ какъ при параличахъ иного происхожденія они не встрѣчаются въ такой совокупности.

Лекція 5 февраля 1900 г.

Въ прошлый разъ мы остановились на томъ, что у больного Васи С. существуетъ какое-то заболѣваніе периферическихъ нервовъ. Однако, при сопоставленіи наблюдаемой у насъ клинической картины съ описаніемъ неврита, даннымъ Leuden'омъ, который первый описалъ его, мы найдемъ довольно много противорѣчій. По Leuden'у при множественномъ невритѣ наблюдаются всѣ тѣ же явленія, какъ и при перерѣзкѣ нерва, т. е. параличъ, рѣзкая атрофія мышцъ, отсутствіе рефлексовъ и анестезія. Сверхъ этого отмѣчается болѣзненность по тракту нервовъ. Какъ видите, въ нашемъ случаѣ изъ этихъ симптомовъ не достаетъ очень многихъ. Нѣтъ ни болей по тракту нервовъ, ни разстройствъ чувствительности, и даже упадка питанія въ мышцахъ почти незамѣтно. Но дѣло въ томъ, что описаніе Leuden'a относится только къ одной строго опредѣленной формѣ. Онъ подъ именемъ neuritis multiplex описалъ чистую форму, которая начинается, какъ острая инфекціонная болѣзнь, сильнымъ жаромъ и болью въ конечностяхъ, а особенно въ поясницѣ; затѣмъ появляются боли по тракту нервовъ и слабость мышцъ, а уже позднѣе параличи и похуданіе симметрично расположенныхъ мышечныхъ группъ. Одновременно наблюдается и рѣзкое разстройство чувствительности.

Впослѣдствіи, однако, оказалось, что далеко не при всѣхъ невритахъ бываютъ на лицо всѣ описанные Leuden'омъ симптомы. Смотря по тому, какая причина вызывала болѣзнь, поражаются различные нервные стволы. Такъ, при послѣдифтерійныхъ параличахъ чаще всего поражаются двигательные нервы мягкаго неба, при свинцовыхъ—всѣ мышцы, снабженные *pervo radialis*, за исключеніемъ *supinatoris longi*. Помимо того, въ зависимости отъ причины измѣняется и характеръ функциональнаго разстройства. Въ однихъ случаяхъ на первый планъ выступаютъ разстройства чувствительности или

боли (ischias), въ другихъ—параличи (мышьяковый параличъ). Въ настоящее время поэтому различаютъ воспаленіе чувствующихъ нервовъ, двигательныхъ и смѣшанную форму. Какъ на симптомы, свойственные множественному невриту вообще, можно указать только на тѣ, что перечислены нами въ концѣ прошлой лекціи, особенно же слѣдуетъ отмѣтить симметричность распространенія, соотвѣтственно опредѣленнымъ нервамъ и множественность пораженія.

Что касается до симметричности, то, хотя она и наблюдается во многихъ случаяхъ заболѣванія спинного мозга, но тогда бывають на лицо и разстройства въ функціяхъ пузыря и гесті, которыя при страданіяхъ периферическихъ нервовъ никогда не поражаются; да притомъ и параличи движенія и чувствительности соотвѣтствуютъ пораженію извѣстнаго сегмента спинного мозга, а не области развѣтвленія опредѣленнаго нерва.

Причинами, производящими невриты, являются всегда различныя ядовитыя вещества. Это или какіе-нибудь химическіе яды (мышьякъ, свинецъ, алкоголь и т. п.), или продукты дѣятельности микроорганизмовъ, такъ называемые, токсины. Въ дѣтскомъ возрастѣ изъ первой группы встрѣчаются чаще всего мышьяковые параличи, благодаря неумѣренному леченію мышьякомъ (напримѣръ, бѣлокровія), но гораздо чаще встрѣчаются невриты, относящіеся ко второй группѣ. Такъ, наблюдаются невриты послѣ тифа, скарлатины и другихъ инфекціонныхъ болѣзней, но всего чаще послѣ дифтеріи. При послѣдней формѣ параличъ прежде всего поражаетъ мягкое небо и это начало до такой степени характерно для дифтерійнаго неврита, что, если къ вамъ является больной съ такими симптомами, какъ носовой оттѣнокъ голоса и поперхиваніе вслѣдствіе попаданія жидкой пищи въ носъ, то вы, почти не рискуя ошибиться, всегда можете считать, что параличъ развился въ зависимости отъ дифтеріи. Дальнѣйшее распространеніе болѣзни идетъ также по опредѣленному плану. Второй излюбленной мышцей послѣ мягкаго неба является аккомодационная, пораженіе которой выражается въ невозможности читать и исполнять мелкія работы. Очень часто процессъ этимъ и ограничивается, но въ

отдѣльныхъ случаяхъ онъ идетъ дальше, захватывая сначала нижнія, а затѣмъ и верхнія конечности, и, распространившись на дыхательныя и на сердечную мышцу, можетъ привести больного къ смерти.

Въ нашемъ случаѣ распространеніе болѣзни какъ разъ соответствуетъ этому типу, а кромѣ того имѣются и вполне точныя анамнестическія указанія. Въ ноябрѣ онъ перенесъ дифтерію, а въ декабрѣ у него замѣтили сперва симптомы паралича мягкаго неба, затѣмъ аккомодационной мышцы, а потомъ слабость нижнихъ и верхнихъ конечностей.

Больной нашъ представляетъ помимо параличей еще одинъ интересный симптомъ, именно, *атаксию*: ноги у него вовсе не такъ слабы, чтобы онъ не могъ стоять съ закрытыми глазами. Атаксія всѣхъ четырехъ конечностей или однѣхъ лишь ногъ встрѣчается послѣ дифтеріи совсѣмъ не рѣдко, хотя патогенезъ ея не совсѣмъ ясенъ. Въ настоящее время невропатологи особенно охотно ставятъ діагностику периферической *tabes*, т. е. атаксии отъ пораженія периферическихъ нервовъ—*ataxia peripherica, s. neuritica*. Подобную діагностику мнѣ приходилось слышать отъ невропатологовъ даже и въ такихъ случаяхъ, когда всѣ другіе симптомы неврита, какъ напр., парезы и разстройство чувствительности кожи совсѣмъ отсутствовали, а сухожильные рефлексы были даже усилены; но съ такой діагностикой я согласиться не могу и считаю необходимымъ въ подобныхъ случаяхъ допустить какое-нибудь пораженіе спинного мозга. Что касается специально послѣдифтерійной атаксии, то, хотя она обыкновенно сопровождается болѣе или менѣе замѣтными парезами и разстройствомъ чувствительности, но только между этими симптомами часто не замѣчается никакой пропорціональности, почему я и склоненъ признать за атаксией нѣкоторую самостоятельность, и думаю, что она имѣетъ спинно-мозговое происхожденіе. Такое объясненіе тѣмъ болѣе допустимо, что въ настоящее время можно считать за доказанное, что дегенеративный процессъ подъ влияніемъ дифтерійнаго токсина встрѣчается не только въ периферическихъ нервныхъ стволахъ, но также во внутриспинальныхъ корешковыхъ волокнахъ и въ клѣткахъ сѣраго вещества.

ПРЕДСКАЗАНИЕ при дифтерійныхъ параличахъ зависитъ отъ времени развитія болѣзни и отъ степени распространенія паралича. Если параличъ развивается во время остраго періода дифтеріи, то онъ обыкновенно поражаетъ прежде всего п. *vagus*, что сказывается слабымъ и неправильнымъ пульсомъ, появленіемъ рвоты и болей живота (тріада Süss'a). Въ такихъ случаяхъ на выздоровленіе надежды очень мало: смертельный исходъ наступаетъ не позднѣе 24—48-ми часовъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда параличи развиваются спустя нѣсколько времени послѣ дифтеріи, т. е. въ періодѣ выздоровленія, опасность далеко не такъ велика, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ до пораженія сердца или діафрагмы дѣло совсѣмъ не доходитъ, а параличъ ограничивается или одной небной занавѣской и глоткой, или распространяется еще на мышцы аккомодациі и на нижнія конечности.

У насъ признаковъ паралича сердца или діафрагмы до сихъ поръ еще нѣтъ, но можетъ быть, они еще разовьются? Не думаю. Дифтерійные параличи обыкновенно длятся около 3-хъ мѣсяцевъ, причемъ явленія прогрессируютъ мѣсяца 1 $\frac{1}{2}$, а затѣмъ, если больной не погибнетъ, то все постепенно приходитъ опять къ нормѣ. У насъ прошло уже около 2-хъ мѣсяцевъ; нѣкоторые параличи уже прошли (нѣбо) или проходятъ (аккомодационная мышца), а потому новаго ухудшенія ожидать трудно.

ЛЕЧЕНИЕ. Лежать въ постели необходимо, вначалѣ — въ виду возможности внезапнаго смертельнаго исхода вслѣдствіе паралича сердца, а теперь для того, чтобы беречь парализованныя мышцы. Такіе больные требуютъ питательной діеты, при слабости пульса можно давать немного вина, но нашъ больной въ немъ не нуждается.

Изъ лекарственныхъ средствъ мы всего чаще прибѣгаемъ при дифтерійныхъ параличахъ къ препаратамъ стрихнина (*t-ra nucis vom.*), какъ средства, тонизирующаго спинной мозгъ и такимъ путемъ способнаго благопріятно вліять на питаніе нервныхъ волоконъ, исходящихъ отъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Изъ мѣстныхъ средствъ употребляются массажъ, электризація постояннымъ токомъ и соленыя ванны.

Изъ лекціи 29 февраля 1900 г.

Больной, котораго вы видѣли въ началѣ февраля, сегодня выписывается изъ клиники совершенно здоровымъ. Онъ хорошо ходитъ, какъ видите, легко встаетъ съ пола и т. п. Лечили его почти все время массажемъ и стрихниномъ въ видѣ t-ra nucis vom. по 4 капли, 2 раза въ день. Я думаю, впрочемъ, что больной нашъ поправился бы и безъ лекарствъ, къ которымъ приходится иногда прибѣгать ради ихъ успокоивающаго вліянія на психику больного или его близкихъ родныхъ.

IX.

Morbus maculosus Werlhofii.

Лекція 25 января 1900 г.

Маша С., 14-ти лѣтъ отъ роду, принята въ клинику 24-го января по поводу одышки и общей слабости.

ANAMNESIS. Родилась больная въ срокъ; роды были легкіе; сыпи по тѣлу не было, глаза не болѣли. Кормилась грудью матери 1½ года; когда начали прикармливать, мать не помнитъ. Зубы стали рѣзаться году, пошла больная послѣ года и ходить не переставала. Въ раннемъ дѣтствѣ была всегда здоровымъ ребенкомъ, изрѣдка у нея бывали головныя боли, но, чтобы она хворала болѣе 1—2-хъ дней, мать не помнитъ. 11-ти лѣтъ заболѣла корью, которую перенесла очень легко.

За три дня до Рождества родители съ ней ѣздили на родину во Владимірѣ, тамъ имъ пришлось ѣхать 6 верстъ на лошадахъ. На второй день Рождества дѣвочка съ утра почувствовала себя нездоровой: ее знобило, былъ сильный жаръ, болѣла и кружилась голова. Ни рвоты, ни поноса, ни кашля тогда не было, но было сильное кровотеченіе изъ десенъ, которое повторяется ежедневно и до сихъ поръ. Лихорадочное состояніе продолжалось съ недѣлю. Тогда же у больной появилась сыпь по тѣлу и одышка сначала въ слабой степени, въ дальнѣйшемъ же теченіи послѣдняя становилась все сильнѣе и сильнѣе. Съ недѣлю тому назадъ появился кашель. Слабитъ больную черезъ день. Menstrua еще не начинались.

Родители больной — люди здоровые; ни сами они, ни кто-либо изъ близкихъ кровоточивостью не страдали. Братъ отца умеръ отъ чахотки. Всѣхъ дѣтей въ семьѣ было 10 человекъ, въ живыхъ осталось семеро. Одна дѣвочка 9-ти лѣтъ умерла послѣ кори; другая 7-ми мѣсяцевъ отъ какой-то острой лихорадочной болѣзни; наконецъ, 3-ій ребенокъ умеръ 2-хъ мѣсяцевъ, онъ былъ слабъ отъ рожденія. Остальные дѣти вполне здоровы.

Отецъ больной — плотникъ. Квартира сухая и теплая, въ первомъ (не подвальномъ) этажѣ. Столъ удовлетворительный: мясо и молоко ѣсть больная постоянно.

Анамнезъ ея, какъ видите, очень чистый. Можно отмѣтить только позднее прорѣзываніе зубовъ и корь, которую перенесла она на 11-мъ году безъ всякихъ осложнений. Настоящая болѣзнь началась вдругъ сильнымъ жаромъ и одновременно съ нимъ появились кровотеченія изъ десенъ и въ кожу. При этомъ сама больная сообщила намъ, что во время прошлаго великаго поста она уже хворала подобной болѣзнью, только сыпь тогда не была такъ рѣзко выражена.

STATUS PRAESENS. Въ настоящее время наша больная не жалуется ни на какія боли, а только на шумъ въ головѣ и общую слабость. Дѣвочка очень блѣдна, подкожный жиръ и мышцы развиты умеренно, отековъ нигдѣ не замѣтно. Кожа туловища и конечностей покрыта то синебагроваго цвѣта, то болѣе блѣдными пятнышками. Одни изъ нихъ величиною съ булавочную головку, другія почти съ серебряный пяточокъ. Окраска ихъ при давленіи не измѣняется. Костный скелетъ развитъ правильно. Железистая система въ порядкѣ. Губы очень блѣдны. Десны такого же цвѣта, не припухли, внизу на лѣвой сторонѣ, около перваго коренного зуба и между клыкомъ и рѣзцомъ видны кровяные сгустки. Отсюда, очевидно, происходило кровотеченіе. Верхняя половина верхнихъ рѣзцовъ нормальна, нижняя часть нѣсколько утоньшена и имѣетъ такой видъ, какъ будто-бы она лишена эмали. Это не гнилые зубы, а извѣстный порокъ развитія, указывающій на ненормальный ходъ питанія зародыша зуба во время утробной жизни плода. Языкъ блѣденъ; аппетитъ плохъ. Вчера выпила 2 стакана бульона и стаканъ молока и за весь день

больше ничего не пила и не ѣла. Насморка и кашля нѣтъ. Животъ не вздутъ и не втянутъ, мягокъ и всюду безболѣзненъ; печень и селезенка не прощупываются, границы тупого звука этихъ органовъ въ предѣлахъ нормы. Моча блѣдна, низкаго удѣльнаго вѣса (1,005), прозрачна, бѣлка не содержитъ; за послѣднія сутки количество ея было 900. На низъ было вчера послѣ клизмы. Сонъ хорошъ. Существенныя ненормальности получаютъ только при изслѣдованіи сердца.

Уже при осмотрѣ мы замѣчаемъ сотрясеніе лѣвой половины груди, что указываетъ на *усиленіе сердечнаго толчка*. При ощупываніи наиболѣе сильно онъ ощущается *на палецъ кнаружи отъ сосковой линіи, въ 5-мъ межреберьѣ*. Въ то же время ясная *пульсація ощущается подъ ложечкой и у праваго края грудины*. Такой усиленный толчекъ всего чаще встрѣчается при порокѣ клапановъ, но онъ наблюдается не особенно рѣдко и безъ всякаго порока у людей малокровныхъ. По 1. axillaris на обѣихъ сторонахъ грудной клѣтки, въ 5-мъ и 6-мъ межреберныхъ пространствахъ отмѣчается рѣзкая болѣзненность при давленіи; но ни припухлости, ни какихъ либо другихъ воспалительныхъ измѣненій кожи въ этомъ мѣстѣ нѣтъ, и такая болѣзненность всего вѣроятнѣе объясняется межреберной невралгіей на обѣихъ сторонахъ.

При постукиваніи области сердца находимъ, что сердечная тупость влѣво доходитъ до мѣста толчка (на палецъ за 1. mammillaris), а вправо — до середины грудины; слѣдовательно, сердечная тупость нѣсколько увеличена въ поперечномъ направленіи; верхняя граница абсолютной тупости начинается отъ 3-го межребернаго промежутка.

При выслушиваніи подъ ключицами съ обѣихъ сторонъ около рукоятки грудины и во всей области сердца отмѣчается шумъ, который сильнѣе всего слышенъ нѣсколько кнутри отъ сердечнаго толчка. При верхушкѣ сердца онъ особенно рѣзокъ и совпадаетъ съ первымъ временемъ, но и второй тонъ не вполне чистъ. Подъ ключицами шумъ рѣзко измѣняется въ силѣ при поворотахъ головы и потому долженъ быть признанъ за малокровный венозный шумъ; онъ хорошо слышится и на сосцевидныхъ отросткахъ за ушами и даже на затылкѣ, но здѣсь онъ не такъ громокъ. Въ легкой сте-

пени сердечный шумъ можно констатировать и на спинѣ, между позвоночникомъ и угломъ лопатки на лѣвой сторонѣ. Второй тонъ прослушивается какъ въ аортѣ, такъ и въ области легочной артеріи, но въ послѣдней онъ нѣсколько болѣе акцентуированъ.

Прежде, чѣмъ идти дальше, мы постараемся дать себѣ отчетъ о состояніи сердца нашей больной. Прежде всего мы можемъ совсѣмъ опредѣленно сказать, что она представляетъ отличный обрацикъ малокровныхъ венозныхъ шумовъ, которые слышатся не только подъ ключицами, но и за ушами, и на затылкѣ, но отсюда еще вовсе не слѣдуетъ, что тѣ шумы, которые выслушиваются въ области сердца, должны быть признаны тоже за малокровные. Съ малокровными шумами въ дѣтскомъ возрастѣ дѣло обстоитъ такъ. Если шумъ при верхушкѣ малокровный, то онъ всегда очень нѣженъ и всегда бываетъ сильнѣе выраженъ при основаніи сердца и еще сильнѣе подъ ключицами съ обѣихъ сторонъ въ первомъ межреберьѣ около рукоятки грудины. Если малокровные шумы не очень громки, они только въ этомъ мѣстѣ и слышатся и можетъ быть, даже не постоянно, а только при извѣстномъ положеніи головы. Если шумъ погромче, то онъ слышится постоянно, но при поворотахъ головы измѣняется въ силѣ, онъ занимаетъ и систолу, и діастолу, и можетъ быть прослѣженъ до 3-го ребра, причемъ онъ не заглушаетъ ни 1-го, ни 2-го тона большихъ сосудовъ. Въ случаяхъ еще болѣе рѣзкихъ шумъ можетъ быть прослѣженъ до самой верхушки сердца, но здѣсь, какъ уже сказано, онъ бываетъ замѣтно слабѣе, чѣмъ подъ ключицами. Самое болѣе, — они равны по силѣ, такъ что, если у нашей больной шумъ при верхушкѣ не только не слабѣе, а даже какъ - будто громче, чѣмъ подъ ключицами, то одно ужъ это обстоятельство заставляетъ насъ съ особенной осторожностью ставить діагностику малокровнаго шума въ сердцѣ и обратить вниманіе на другія обстоятельства, которыя могли бы подтвердить или опровергнуть это предположеніе. Главнѣйшія изъ этихъ обстоятельствъ слѣдующія: 1) съ какимъ временемъ совпадаетъ шумъ при верхушкѣ; 2) существуетъ ли увеличеніе объема сердца? 3) не усиленъ ли второй тонъ легочной артеріи? 4) не про-

водится ли шумъ на спину? Ad 1. Малокровный шумъ подъ ключицами, какъ уже сказано, занимаетъ и систолу, и диастолу, но при верхушкѣ сердца онъ всегда совпадаетъ съ первымъ временемъ, такъ что можно прямо сказать, что *диастолическій шумъ при верхушкѣ сердца не можетъ быть признанъ за шумъ малокровный*. Въ нашемъ случаѣ шумъ при верхушкѣ съ 1-мъ временемъ очень громокъ, но и 2-ой тонъ не чистъ, такъ что это, хотя и не рѣшаетъ дѣла, но говорить скорѣе противъ малокровнаго происхожденія шума.

Ad 2. У маленькихъ дѣтей, у которыхъ относительная сердечная тупость занимаетъ вообще большее пространство, чѣмъ у взрослыхъ, и заходитъ, напр., до *l. parasternalis dextra*, абсолютная тупость все же никогда не заходитъ за лѣвый край грудины, тѣмъ болѣе не должно быть этого у дѣвочки 14-ти лѣтъ, и, если у нея сердечная тупость доходитъ до середины грудной кости, то приходится признать у нея расширеніе сердца вправо. Что касается до толчка верхушки, то только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5-ти, онъ можетъ заходить на сантиметръ кнаружи за лѣвую сосковую линію, а у нашей больной мы должны признать это за ненормальность, указывающую на растяженіе лѣваго желудочка, т. е. мы должны признать у нея расширеніе сердца вообще.

Ad 3. Что касается до второго тона легочной артеріи, то въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, онъ бываетъ болѣе громокъ, чѣмъ второй тонъ аорты, но въ данномъ случаѣ опять-таки мы должны считать акцентуированный 2-ой тонъ легочной артеріи указаніемъ на повышенное давленіе въ маломъ кругу, какъ результатъ несвободнаго кровообращенія въ сердцѣ.

Ad 4. Малокровные венозные шумы на спинѣ — явленіе совсѣмъ необычайное; если они очень громки на затылкѣ (и тогда легко прослушиваются въ любомъ мѣстѣ головы, что бываетъ только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ), то ихъ можно прослѣдить по всей шейной части позвоночника и на верхнихъ спинныхъ позвонкахъ, но никогда не бываетъ, чтобы малокровный сердечный шумъ проводился на спину и слышался только между позвоночникомъ и внутреннимъ краемъ лопатки, какъ это констатируется у нашей больной.

На основаніи всѣхъ приведенныхъ данныхъ (громкій шумъ съ 1-мъ временемъ и нечистый 2-ой тонъ при верхушкѣ сердца, усиленіе 2-го тона легочной артеріи и проведенный шумокъ на спинѣ), мы должны допустить существованіе органическихъ шумовъ сердца рядомъ съ малокровными. Такъ какъ самый громкій шумъ слышится съ 1-мъ временемъ при верхушкѣ, то надо предположить недостаточность двустворки, чѣмъ объясняются и всѣ другія явленія со стороны сердца, т. е. увеличеніе праваго и лѣваго желудочковъ и усиленіе 2-го тона легочной артеріи. За всѣмъ тѣмъ остается все-таки неяснымъ происхожденіе этого порока, такъ какъ въ анамнезѣ нѣтъ указаній ни на ревматизмъ, ни на другія инфекціонныя заболѣванія, осложняющіяся иногда эндокардитомъ. На врожденный порокъ нашъ случай тоже не похожъ, такъ какъ врожденные пороки занимаютъ болѣе клапаны легочной артеріи или межжелудочную перегородку.

Теперь намъ остается разобрать другія жалобы нашей больной: шумъ въ ушахъ и общую слабость. Это, конечно,— симптомы малокровія, но центръ тяжести всего случая не въ этомъ, а въ кожныхъ петехіяхъ и въ кровотеченіяхъ изъ десенъ.

Сами по себѣ кожныя петехіи ровно ничего не доказываютъ кромѣ того только, что отчего-то произошелъ разрывъ кожныхъ капилляровъ, что можетъ случиться безъ всякой кровоточивости, подъ вліяніемъ чисто механическихъ причинъ. Сюда относятся, напр., петехіи на вѣкахъ и на другихъ частяхъ лица у дѣтей во время коклюша или многочисленные точечныя кровоподтеки на туловищѣ отъ укуса блохъ и другихъ насѣкомыхъ. Въ случаѣ свѣжихъ укусовъ послѣдніе распознать не трудно по присутствію розоваго ободка вокругъ петехіи, но иногда діагностическія затрудненія вполне возможны. Очень часто случается, что блохи оставляютъ человѣка, заболѣвшаго жаромъ, и вотъ въ больницу привозятъ ребенка въ жару, усѣяннаго точечными петехіями, среди которыхъ нѣтъ ни одного типическаго укуса съ розовымъ ободкомъ (потому что нѣтъ свѣжихъ укусовъ), и является вопросъ, относятся ли петехіи къ картинѣ болѣзни, или надо считать ихъ случайностью? Происхожденіе

такихъ петехій узнать возможно, во-первыхъ, потому что всѣ онѣ одинаковой величины, а, во-вторыхъ, по локализациі: всего больше ихъ бываетъ на поясѣ, гдѣ одежда образуетъ много складокъ, и совсѣмъ не бываетъ на лицѣ.

Въ нашемъ случаѣ кровоподтеки на кожѣ, какъ и кровотеченіе изъ десенъ, являются результатомъ, такъ сказать, внутреннихъ причинъ, какъ выраженіе кровоточивости. Если подобная кровоточивость развивается во время какой-нибудь другой болѣзни, каковы, напр., оспа, тифъ, язвенный эндокардитъ, септицемія и др., то говорятъ о симптоматической кровоточивости; если она является въ видѣ первичной болѣзни, вполне самостоятельной, то это будетъ первичная форма. Всѣ случаи первичной кровоточивости могутъ быть подведены подъ три болѣзненныхъ формы: гемофилія, скорбутъ и пурпура. Первая отличается отъ двухъ другихъ, главнымъ образомъ, тѣмъ, что это не есть собственно болѣзнь въ смыслѣ временнаго ненормальнаго состоянія организма, а это — ненормальность врожденная, постоянная, передающаяся по наслѣдству. Замѣчательно, что въ многодѣтныхъ семьяхъ заболѣвають гемофиліей почти исключительно только мальчики, а дѣвочки остаются на видѣ здоровыми, но передаютъ гемофилію своему потомству и опять-таки только мальчикамъ; у отца гемофилика дѣти обыкновенно не страдаютъ гемофиліей, но дочери его все-таки передаютъ эту болѣзнь своимъ сыновьямъ. По отношенію къ симптомамъ гемофилики отличаются той особенностью, что они не столько склонны къ самопроизвольнымъ изліяніямъ, сколько къ *обильнымъ кровотеченіямъ изъ маленькихъ раненій.*

Въ нашемъ случаѣ нѣтъ указаній на гемофилію у родственниковъ больной. Такимъ образомъ, ригрига у нея случайная, временная, т. е. или скорбутъ, или пурпура. Главнымъ отличіемъ скорбута служитъ наличность опредѣленнаго этиологическаго момента. Скорбутъ развивается, какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей подъ вліяніемъ дурныхъ гигиенодізететическихъ условій. А такъ какъ эти условія дѣйствуютъ часто на большое число людей, напр., во время голода или въ тюрьмахъ, то и скорбутъ развивается обыкновенно эпидемически. Со стороны симптомовъ скорбутъ отличается

тою особенностью, что еще за много дней до появления кровотечений болѣзнь начинается общими явлениями: слабостью, неспособностью къ работѣ, а затѣмъ уже появляются кровотеченія подѣ кожу и изъ десенъ; послѣднія при этомъ воспаляются и подвергаются гнилостному распаду. Особенно же характерны для скорбута кровоизліянія въ толщѣ мышцъ (haematoma). Образующіеся плотные узлы очень наклонны къ распаденію и омертвѣнію, и слѣдствіемъ этого являются язвы, очень плохо заживающія. Ни одного изъ только что указанныхъ трехъ признаковъ у нашей больной нѣтъ, и потому надо признать у нея третій видъ временной кровоточности, извѣстный подѣ именемъ purpura.

Пурпура встрѣчается въ различныхъ формахъ, между которыми существуютъ всевозможныя переходныя ступени, такъ что въ настоящее время, пока не будетъ выяснена въ точности этиологія различныхъ формъ пурпуры, всѣ эти формы могутъ считаться только за различныя степени одной и той же болѣзни. Различаютъ: purpura simplex, purpura haemorrhagica (s. morbus maculosus Werlhofii), purpura rheumatica (s. peliosis rheumatica), purpura urticans, purpura Henoch'a и purpura fulminans.

Если болѣзнь ограничивается появленіемъ кровоизліяній въ толщѣ кожи, то ее называютъ *purpura simplex*; если кромѣ нихъ есть болѣзненность въ суставахъ, быть можетъ, зависящая отъ кровоизліяній, является purpura rheumatica. Morbus maculosus Werlhofii, или purpura haemorrhagica, характеризуется помимо петехій кровотеченіями изъ различныхъ слизистыхъ оболочекъ. Henoch описалъ особую форму purpurae, сопровождающейся кровавыми испражнениями и *болями живота*. Болѣзнь эта и извѣстна подѣ именемъ purpurae Henoch'a. Наконецъ, purpura fulminans — очень тяжелая и острая болѣзнь, при которой при высокой температурѣ со страшной быстротой появляется масса петехій и летальный исходъ можетъ наступить въ нѣсколько дней и даже часовъ.

За тождество всѣхъ этихъ видовъ пурпуры, кромѣ существованія всевозможныхъ переходныхъ формъ, говорятъ еще и нѣкоторыя общія всѣмъ этиологическія данныя, а именно, — что purpur'ой заболѣваютъ дѣти не моложе 5-ти

лѣтъ, обыкновенно внезапно, *безъ какой-либо определенной причины.*

Патогенезъ purpurae представляетъ спорный вопросъ. Въ виду того, что петехіи часто являются при различныхъ септическихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и что въ подобныхъ случаяхъ многіе находили закупорку капилляровъ и мелкихъ венъ колоніями микрококковъ (даже и макроскопически еще при жизни больного иногда легко замѣтить бѣлую точку въ центрѣ каждой петехіи, какъ выраженіе тромбоза капилляровъ), думали объяснить специфической инфекціей и самостоятельную пурпуру. Въ пользу инфекціоннаго происхожденія ея приводились какъ клиническія, такъ и бактериоскопическія данныя; указывали, именно, на внезапное и притомъ какъ-бы безпричинное появленіе болѣзни, нерѣдко съ лихорадочнымъ состояніемъ и иногда съ очень бурнымъ теченіемъ и быстрымъ наступленіемъ смертельнаго исхода (*p. fulminans*).

Изъ бактериологическихъ изслѣдованій пурпуры особенной извѣстностью пользуется работа Letzerich'a, который въ одномъ случаѣ Верльгофовой болѣзни нашелъ въ крови блестящія, круглыя тѣльца, превратившіяся на питательныхъ средахъ въ особыя палочки, названныя Letzerich'омъ *bacillus purpurae*. Инъецируя чистыя культуры этихъ бациллъ въ брюшную полость кроликамъ, Letzerich вызывалъ у нихъ кровоподтеки какъ въ кожѣ, такъ и во внутреннихъ органахъ. На микроскопическихъ срѣзахъ кожи въ мѣстахъ петехій онъ ясно видѣлъ въ капиллярахъ пробки изъ бациллъ и ихъ споръ. Черезъ три года послѣ этихъ изслѣдованій Letzerich'у случилось самому заболѣть Верльгофовой болѣзью, и изъ своей крови онъ опять получилъ культуры той же бациллы.

Однако всѣ доказательства, приведенныя въ пользу инфекціоннаго происхожденія пурпуры, недостаточно убѣдительны, и противники этого взгляда приводятъ много возраженій. Во-первыхъ, изслѣдованія Letzerich'a, обнаруженныя въ 1889-мъ году, остались не подтвержденными, такъ какъ одни авторы не находили при самостоятельной пурпурѣ никакихъ микробовъ, а другіе, хотя и встрѣчали ихъ, но не

палочку Letzerich'a, а обыкновенныхъ стрепто- или стафилококковъ. Во-вторыхъ, указываютъ на возможность токсического происхожденія пурпуры, какъ напр., подъ вліяніемъ змѣянаго яда, при отравленіяхъ птомаинами и другими ядами. Въ-третьихъ, можно привести экспериментальныя изслѣдованія, доказавшія, что пурпура можетъ быть произведена искусственно, безъ всякаго участія микробовъ; такъ напр., Silbermann'у удалось воспроизвести у собакъ картину болѣзни пурпуры Непосч'a (петехіи на кожѣ и кровоизліянія какъ въ стѣнки, такъ и въ полость кишечника) посредствомъ инъекцій въ кровь пикриновой кислоты и потомъ фибринъ-фермента.

Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ можно думать, что этиологія пурпуры не всегда одинакова, т. е. что въ нѣкоторыхъ случаяхъ (р. septicæ) играетъ роль инфекція, въ другихъ— интоксикація. На основаніи собственныхъ наблюденій я склоненъ допустить для нѣкоторыхъ случаевъ справедливость взгляда, нѣсколько лѣтъ тому назадъ высказаннаго Ajello, по которому purpura hæmorrhagica есть результатъ самоотравленія изъ кишечника вслѣдствіе всасыванія гнилостныхъ продуктовъ или птомаиновъ. Попадаются, именно, случаи пурпуры, протекающіе съ потерей аппетита, съ поносами и болями живота, а иногда и со рвотой, которые значительно ухудшаются при назначеніи мясной пищи и которые довольно быстро принимаютъ благопріятное теченіе подъ вліяніемъ молочной діеты и щелочной минеральной воды.

Что касается до нашего случая, то несомнѣнно, что дѣло идетъ здѣсь о той формѣ пурпуры, которая называется purpura hæmorrhagica, s. morbus maculosus Werlhofii, такъ какъ кромѣ петехій есть кровотеченія изъ десенъ. Послѣднія представляются блѣдными и не разрыхленными, что въ связи съ хорошими условіями жизни больной и отсутствіемъ кровоизліяній въ толщу мышцъ вполнѣ исключаетъ скорбутъ.

Происхожденіе болѣзни въ данномъ случаѣ мы опредѣлить не можемъ. Кишечникъ у нея въ полномъ порядкѣ. Какъ на располагающій моментъ можно указать на врожденную слабость нашей больной. Она всегда была малокровна, у нея запоздалое половое развитіе: ей 14 лѣтъ, а регулы еще не явились, тогда какъ въ нашемъ климатѣ регулы появ-

ляются около 13-ти лѣтъ; у нея Hutschinson'овскіе зубы. На основаніи всего этого мы можемъ сказать, что, вѣроятно, еще во время утробной жизни на нее вліяла какая-то причина, подорвавшая ея развитіе. Запоздалое половое развитіе такъ же, какъ и Hutschinson'овскіе зубы, по Фурнье, всего чаще зависятъ отъ врожденнаго lues'a, но предполагать именно эту причину въ данномъ случаѣ мы не можемъ, такъ какъ не имѣемъ на это никакихъ указаній въ анамнезѣ. Можно только считать, что болѣзнь развилась здѣсь на почвѣ врожденной слабости.

Что касается до предсказанія, то хотя въ большинствѣ случаевъ Верльгофова болѣзнь и кончается выздоровленіемъ, тѣмъ не менѣе въ виду чрезвычайной блѣдности больной и общей слабости ея и въ виду того, что мы, при малой дѣйствительности нашихъ терапевтическихъ средствъ, не можемъ ручаться, что скоро прекратимъ всѣ кровотеченія, мы должны быть осторожны съ предсказаніемъ.

ЛЕЧЕНІЕ. Во всѣхъ случаяхъ пурпуры главное условіе леченія—*абсолютный покой*, а потому больному нужно лежать въ постели. Когда исчезнуть пятна и вы позволите больному встать, то вы всего лучше оцѣните значеніе постельнаго содержанія, такъ какъ уже на слѣдующій день вы увидите новые кровоподтеки на ногахъ. Такъ, по крайней мѣрѣ, бываетъ почти всегда, если больной рано встаетъ. Этимъ можно даже пользоваться для опредѣленія прочности выздоровленія.

Второе необходимое условіе—это *діета*. Всѣ такіе больные, конечно, малокровны и потому всегда говорятъ о необходимости для нихъ питательной діеты изъ мяса, яицъ и проч. Но я уже упоминалъ о томъ, что мясная діета во многихъ случаяхъ ухудшаетъ кровоточивость, и потому я совѣтую вамъ первое время держаться только молока и легкихъ мучнистыхъ вещей, вродѣ манной кашки на водѣ со сливочнымъ масломъ, небольшого количества бѣлаго хлѣба, и больше ничего. Къ мясу переходите лишь тогда, когда въ теченіе нѣсколькихъ дней вы не видите ни новыхъ петехій, ни кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ. Особую осторожность съ діетой требуютъ случаи пурпуры Непосч'a или случаи, сопровождающіеся разстройствомъ пищеваренія.

Третье условіе—*заботиться о правильномъ функционированіи кишечника*; въ случаѣ запора лучше прибѣгать не къ слабительнымъ, а къ большимъ вливаніямъ физиологическаго раствора поваренной соли (чайную ложку на 2 стакана воды); если же клизмы не оказываютъ надлежащаго дѣйствія, то можно дать ложку кастороваго масла.

Что касается до фармацевтическаго леченія, то еще со временъ Werlhof'a рекомендуются кислоты, изъ которыхъ самъ Werlhof всегда назначалъ сѣрную кислоту въ такомъ видѣ:

Rp: D-ti cort. Chinae 100,0
Elix. acidi Halleri 1,0—2,0
Syr. simpl. 15,0
MDS. 3 дес. ложки въ день.

Другіе рекомендуютъ кровоостанавливающія, каковы: *extr. fl. hydrastis canadens.* (по 10—15 кап. 3 раза въ день), *extr. fl. gossypii herbacei* (въ той же дозѣ); это средство обладаетъ несомнѣннымъ кровоостанавливающимъ дѣйствіемъ и можетъ быть особенно рекомендовано при кровотеченіяхъ изъ носа, *secale corn. (infus. 2:100)*, *plumbum acetatum* по 0,01 на приемъ 3 раза въ день въ теченіе 3—4-хъ дней подрядъ. Это средство мы считаемъ за самое лучшее, но въ виду его ядовитости прибѣгаемъ къ нему только въ тяжелыхъ случаяхъ, когда другія средства не помогаютъ. Какъ *haemostaticum* и вмѣстѣ съ тѣмъ какъ *tonicum* пользуется хорошей репутаціей *liq. ferri sesquichlor.* пополамъ съ глицериномъ по 3—6 кап. нѣсколько разъ въ день.

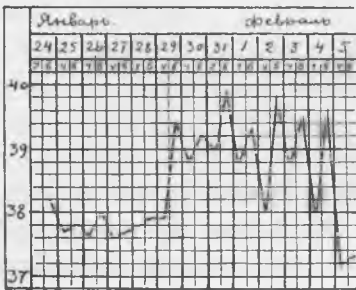
Если у больного есть какіе-нибудь симптомы со стороны желудка и кишечника, то всего лучше назначать минеральныя щелочныя воды, наприм., Эссендуки, Боржомъ, Эмсъ и др. по $\frac{1}{2}$ —1 стак. въ день.

Нашей больной мы назначили *gossypium* при постельномъ содержаніи и молочной діетѣ.

Изъ лекціи 8 февраля 1900 г.

Послѣ 28 января, когда вы видѣли больную въ аудиторіи, общее состояніе дѣвочки пошло на ухудшеніе, она благодаря повторнымъ носовымъ кровотеченіямъ сильно ослабѣла.

Старыя петехіи у нея исчезали, но постоянно появлялись новыя. Аппетитъ у нея все время былъ очень плохъ, слабило только съ клизмой. 3-го февраля у нея была рвота съ кровью, которая потомъ повторилась еще нѣсколько разъ. Gossypium мы отмѣнили 30-го января, попробовали давать 1% растворъ liq. ferri sesquichlorati по 4 дес. ложки въ день, потомъ Elix. Halleri, но никакого уллучшенія не достигли,—и въ ночь на 6-ое февраля больная скончалась при явленіяхъ общей слабости и упадка дѣятельности сердца.



При вскрытіи кромѣ малокровія всѣхъ внутреннихъ органовъ бросалось въ глаза измѣненіе сердца; оно было растянуто, стѣнки его были дряблы, мышечныя волокна жирно перерождены, но клапаны совершенно цѣлы и нѣжны.

Такой результатъ аутопсіи заставляетъ насъ снова вернуться къ вопросу о сердечныхъ шумахъ у нашей больной, для объясненія которыхъ мы предположили поражение двустворчататаго клапана, но это не подтвердилось. Остается предположить одно изъ двухъ: или всѣ шумы у нея были малокровнаго происхожденія, или мы имѣли дѣло съ относительной недостаточностью двустворки вслѣдствіе жирового перерожденія сердечной мышцы и зависящаго отъ того расширенія полости лѣваго желудочка. По нашему мнѣнію, второе предположеніе болѣе вѣроятно, такъ какъ dilatatio cordis у нея несомнѣнно было, малокровіе же могло содѣйствовать значительному усиленію шумовъ. Случай этотъ доказываетъ, что, при наличности рѣзкихъ венозныхъ шумовъ подъ ключицами, иногда очень трудно опредѣленно высказаться о причинѣ шума при верхушкѣ сердца.

Х.

Pneumonia crouposa.

Лекція 24 ноября 1900 г.

Саша С., 8-ми лѣтъ, поступилъ въ клинику 21 ноября съ жалобой на боль въ правомъ боку, кашель, жаръ и общую слабость.

ANAMNESIS. Отцу 40 лѣтъ, здоровъ. Мать умерла 29-ти лѣтъ послѣ родовъ. Указаній на lues и tuberculosis у родителей нѣтъ. Всѣхъ дѣтей было трое, изъ нихъ одинъ умеръ 8-ми мѣсяцевъ отъ поноса, другой на 10-мъ днѣ жизни отъ неизвѣстной причины. Нашъ больной въ семьѣ старшій. Относительно ранняго дѣтства свѣдѣнія крайне скудныя; родился въ срокъ, сталъ ходить въ началѣ второго года и никакими болѣзнями, по словамъ крестной матери, доставившей его въ клинику, до сихъ поръ не страдалъ.

Настоящее заболѣваніе началось 5 дней тому назадъ болью въ правомъ боку и животѣ, жаромъ и бредомъ. Больной слегъ въ постель, лишился совсѣмъ аппетита. Рвоты дома не было ни разу. Отмѣчается склонность къ запору.

Первыя ночи послѣ поступленія въ клинику больной былъ очень безпокоенъ, много возился, плакалъ и кричалъ. Вчера, напротивъ, онъ представлялся ужасно сонливымъ, хотя на повторные вопросы онъ все-таки давалъ отвѣты, хотя и невнятные. Въ теченіе дня выпивалъ по $\frac{1}{2}$ кружки молока и $\frac{1}{2}$ кружки бульона. Рвоты не было. Все время былъ сухой

кашель. Температура держалась довольно высоко, по вечерамъ доходя до 40°.

STATUS PRAESENS. Больной апатиченъ, но въ полномъ сознаниі, при разспросахъ жалуется на головную боль; аппетита нѣтъ, но пить охотно; на низъ было вчера и третьяго дня, но оба раза послѣ клизмы; животъ не вздутъ, печень и селезенка не прощупываются. Никакой сыпи на кожѣ не видно; подкожно-жирный слой и мышцы развиты умѣренно. Железистая система вообще въ хорошемъ видѣ.

Ноздри при дыханіи слегка раздуваются. Насморка нѣтъ. Пульсъ слабago наполненія, 124 раза въ минуту. Дыханіе очень поверхностное, 64 раза; отношеніе къ пульсу, слѣдовательно, равно 1 : 2, вмѣсто 1 : 4 — 3¹/₂. Короткій, сухой кашель, но безъ оханья; очевидно, онъ боли не причиняетъ. При постукиваніи спереди на правой сторонѣ звукъ имѣетъ тимпанической отгѣнокъ и потому кажется болѣе яснымъ, чѣмъ на лѣвой; при выслушиваніи же на обѣихъ сторонахъ, такъ называемое, пуэрильное, жесткое, но вполне чистое дыханіе. При перкуссии спины на правой сторонѣ внизу мы находимъ абсолютную тупость, верхняя граница которой доходитъ до средней трети лопатки, а впереди до средней аксиллярной линіи. При выслушиваніи въ области тупого звука слышно очень рѣзкое, сухое бронхиальное дыханіе, а при ощупываніи замѣтно усиленный *fremitus pectoralis*. Сердце здорово; моча безъ бѣлка. Температура за три дня пребыванія больного въ клиникѣ шла по типу *continua remittens*, колеблясь отъ 39,7° по утрамъ до 40,5° вечеромъ (см. стр. 117).

Итакъ, мы имѣемъ дѣло съ ребенкомъ, происходящимъ отъ здоровыхъ родителей и до сихъ поръ ничѣмъ не хворавшимъ. Настоящая болѣзнь началась у него 5 дней назадъ сразу сильнымъ жаромъ, сухимъ кашлемъ и болью въ боку и животѣ. При изслѣдованіи у него нашли тупой звукъ соотвѣтственно нижней долѣ праваго легкаго. При выслушиваніи—бронхиальное дыханіе.

ДИАГНОСТИКА здѣсь легка, тупой звукъ указываетъ на то, что сзади внизу на правой сторонѣ вмѣсто воздуха находится нѣчто безвоздушное, т. е. либо легкое сдавлено плевритическимъ выпотомъ, либо оно занято воспалительнымъ экссу-

датомъ. Такъ какъ случай нашъ острый, то говорить о новообразованіи въ грудной клѣткѣ не приходится. За воспаленіе легкаго и противъ плевритическаго выпота говорятъ здѣсь и малые размѣры тупого звука, не заходящаго спереди далѣе *l. axillaris media*, и рѣзко выраженный *fremitus pectoralis*, и громкое бронхиальное дыханіе.

Тимпаничность перкуторнаго звука подѣ правой ключицей не можетъ служить указаніемъ на начинающійся процессъ въ правой верхней долѣ, такъ какъ съ одной стороны здѣсь нѣтъ никакихъ хриповъ, а съ другой извѣстно, что при уплотнѣніи нижней доли очень часто замѣчается тимпаничность вверху подѣ ключицей и объясняется она релаксаціей легочной ткани.

Нетрудно отвѣтить на вопросъ и о томъ, съ какого рода пневмоніей имѣемъ мы дѣло? Изъ острыхъ воспаленій легкаго въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается два вида: крупозная и катарральная. Въ типическихъ случаяхъ діагностика не трудна въ виду того, что крупозная пневмонія начинается среди полного здоровья сильнымъ жаромъ и кашлемъ нерѣдко съ болью въ боку, и очень скоро развивается уплотнѣніе легкаго, причемъ катарральныхъ хриповъ можетъ совсѣмъ не быть; но скоро является бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Катарральная пневмонія, наоборотъ, ни съ того, ни съ сего у здороваго ребенка не появится, а поразитъ того, у кого есть уже катарръ бронховъ подѣ вліяніемъ ли гриппа, кори, коклюша и проч. Сначала явятся катарральные хрипы, средніе и мелкіе, потомъ они примутъ консонирующий характеръ и только много дней спустя послѣ начала лихорадочнаго состоянія появятся, наконецъ, тупой звукъ и бронхиальное дыханіе. Входить въ дальнѣйшія подробности объ отличіяхъ тѣхъ или другихъ пневмоній въ данномъ случаѣ не представляется необходимымъ, такъ какъ видимое дѣло, что случай нашъ представляетъ собою типическій образецъ крупознаго воспаления легкихъ.

ПРЕДСКАЗАНІЕ при *pneumonia scoprosa* у дѣтей вообще хорошо; если кто и умираетъ отъ этой болѣзни, то это—или субъекты и безъ того ужъ ослабленные какой-нибудь другой болѣзнью (рахитизмъ, тифъ и другія острия инфекціонныя

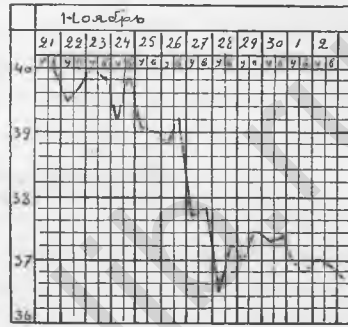
болѣзни), или имѣвшіе несчастіе получить очень обширную пневмонію, т. е. когда заняты и правое и лѣвое легкое, или дѣти очень юныя, наприм., нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду. Что касается нашего случая, то, имѣя въ виду возрастъ больного (8 л.), состояніе здоровья до заболѣванія пневмоніей и небольшое распространеніе послѣдней, мы можемъ навѣрное рассчитывать на благополучный исходъ и притомъ въ самомъ близкомъ будущемъ, такъ какъ у дѣтей все равно, что и у взрослыхъ, крупозная пневмонія тянется обыкновенно всего лишь нѣсколько дней, рѣдко долѣе 9-ти, и кончается критически. Нашъ больной захворалъ 5 дней тому назадъ; слѣдовательно, можно ожидать критическаго паденія температуры дня черезъ 2—4.

Что касается до леченія, то говоря вообще, крупозная пневмонія, подобно многимъ другимъ заразнымъ болѣзнямъ, имѣетъ циклическое теченіе, которое не можетъ быть оборвано извѣстными намъ лекарствами, а потому дѣятельность врача въ подобныхъ случаяхъ сводится къ установкѣ правильныхъ гигиѣно-діететическихъ условій и въ назначеніи симптоматическаго леченія. Мы дали нашему больному большую палату съ чистымъ теплымъ воздухомъ и назначили ему питательную діету, преимущественно молоко, но также и супъ, и бѣлый хлѣбъ. Изъ симптоматическихъ средствъ въ виду запора дали salomei по 0,06 черезъ часъ до дѣйствія, но не болѣе 5-ти порошковъ и въ случаѣ, если не прослабитъ, ложку кастороваго масла; по случаю головной боли и апатіи — пузырь со льдомъ на голову, а въ виду слабости пульса дали внутрь порошки съ 0,1 Coffein. patrobenzoic. 4 раза въ день.

Хотя t^0 у нашего больного и держится около $40^0-40,5^0$, но мы не прибѣгнемъ къ жаропонижающимъ и притомъ по разнымъ причинамъ: во-1-хъ, потому что жаропонижающее дѣйствіе такихъ средствъ, какъ фенацетинъ, антипиринъ и другія, очень кратковременно и не оказываетъ благопріятнаго вліянія на теченіе болѣзни; во-2-хъ, потому что мы не признаемъ со стороны жара никакой опасности для больного, особенно въ такой болѣзни, какъ крупозное воспаленіе легкихъ, когда высокая температура держится не долго; въ-3-хъ, потому,

что повѣйшія жаропонижающія не могутъ считаться за средства невинныя; напротивъ, они сильно дѣйствующія и требуютъ большой осторожности, и, чѣмъ рѣже будете вы употреблять такія средства, отъ которыхъ возможенъ вредъ большому (въ данномъ случаѣ упадокъ дѣятельности сердца), тѣмъ лучше.

27-го ноября температура упала до $37,7^{\circ}$, а на слѣдующее утро на $36,5^{\circ}$. Съ этихъ поръ въ области тупого звука появились влажные хрипы, а въ началѣ декабря тупость и бронхиальное дыханіе исчезли и 9-го мальчикъ былъ выписанъ вполне здоровымъ.



XI.

Pneumonia centralis.

Лекція 28 марта 1900 г.

Митя N., 1-го году отъ роду, поступилъ въ клинику 25-го марта по поводу жара, безпокойства и течи изъ лѣваго уха.

ANAMNESIS. Отцу больного 44 года, здоровъ, умѣренно пьетъ. Бабушка со стороны отца умерла отъ чахотки. Матери также 44 года; она вообще здоровая женщина, страдаетъ только катарромъ средняго уха. Братъ ея умеръ отъ чахотки а сестра отъ туберкулезнаго менингита. Указаній на lues, какъ со стороны отца, такъ и матери нѣтъ.

Всѣхъ беременностей было 5, изъ нихъ 4-ая закончилась выкидышемъ на 2-мъ мѣсяцѣ отъ неизвѣстной причины. Трое старшихъ дѣтей (18, 17 и 14-ти лѣтъ) здоровы, только слабы и малокровны. Отецъ этихъ дѣтей въ настоящее время страдаетъ болѣзнію спинного мозга.

Нашъ больной родился въ срокъ доношеннымъ; асфиксіи не было, сыпи на тѣлѣ также. Болѣзней новорожденныхъ не было. 1¹/₂ мѣсяца вскармливался одной кормилицей, но въ виду постоянной диспепсіи и похуданія послѣ этого его передали другой, которая кормитъ его и въ настоящее время. Диспепсія у него прошла, но развивался ребенокъ все-таки плохо.

Прикармливать начали 1¹/₂ мѣсяца назадъ манной кашей и сливочной смѣсью 1—2 раза въ день. Мѣсяцъ тому на-

зая появилась течь изъ лѣваго уха, но отъ промываній скоро прошла. За три дня до поступления въ клинику температура сразу поднялась у него до 40° и возобновилась течь изъ уха.

Насморка нѣтъ и не было все время. Нѣсколько дней — какъ появился небольшой кашель.

Въ этомъ анамнезѣ можно отмѣтить только туберкулезную наслѣдственность, какъ со стороны отца, такъ и матери.

Настоящая болѣзнь еще совсѣмъ свѣжая: длится всего недѣлю. Какая была температура дома, неизвѣстно, при поступленіи было 37,5°, а затѣмъ 4° стояла на высокихъ цифрахъ: 25-го вечеромъ 40,0°; 26-го у. 39,8°, веч. 40,4°; 27-го у. 40,1°, веч. 40,4°; 28-го у. 40,0° (см. стр. 125).

STATUS PRAESENS. Общее питаніе больного удовлетворительно, реберъ не видно. Вѣсъ его 8620,0. Окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ блѣдная. Подкожно-жирный слой развитъ не особенно сильно, мышцы дряблы. Голова овальной формы безъ угловыхъ выступовъ; большой родничекъ нѣсколько вдавленъ. Грудная клѣтка правильной формы, четокъ нѣтъ. Втяженіе нижнихъ реберъ замѣтно только при крикѣ. Железистая система въ порядкѣ.

Губы сухи; языкъ обложенъ. На нижней челюсти 2 рѣзца, на верхней 3, а четвертый только еще начинаетъ прорѣсываться. Аппетитъ у ребенка очень упалъ: прикорма онъ не беретъ совсѣмъ и даже не высасываетъ всего молока у кормилицы, такъ что ей приходится сцѣживать. Третьяго дня была 2 раза рвота послѣ кашля.

Животъ немного вздутъ. Селезенка не прощупывается, печень также.

Марается ребенокъ одинъ разъ въ сутки; стулъ киселеобразной консистенціи, золотисто-желтаго цвѣта, издаетъ кисловатый запахъ, — словомъ совсѣмъ нормальный. Мочится не особенно часто. Моча нѣсколько мутна; съ азотной кислотой даетъ бѣлое кольцо, исчезающее при нагреваніи. Слѣдовательно, оно зависѣло не отъ бѣлка, а отъ присутствія уратовъ.

Пульсъ 160 разъ въ минуту, правильный и порядочнаго наполненія.

Толчекъ немного кнаружи отъ сосковой линіи, что для этого возраста вполне нормально. Тоны сердца чисты.

Насморка, какъ уже сказано, нѣтъ и не было. Ноздри при дыханіи не раздуваются. Число дыханій 48—50 разъ въ минуту. Есть небольшой кашель, который, какъ указываетъ анамнезъ, появился ранѣе жара. При постукиваніи грудной клѣтки на лѣвой сторонѣ подъ ключицей звукъ ясный, но съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; подъ правой ключицей и во всѣхъ другихъ мѣстахъ звукъ всюду нормально ясный, только сзади справа внизу во время крика, т. е. при сильномъ выдыхѣ, звукъ тупѣе, чѣмъ слѣва. Это притупленіе для маленькихъ дѣтей во время крика — явленіе обычное и объясняется поднятіемъ печени вслѣдствіе дѣйствія брюшного пресса.

Ни бронхиальнаго дыханія, ни бронхофоніи, ни влажныхъ хриповъ я нигдѣ не нахожу; кое-гдѣ слышны разсѣянные сухіе хрипы.

Со стороны нервной системы нужно отмѣтить наклонность къ сведенію затылка, хотя настоящаго, стойкаго сведенія здѣсь нѣтъ; сонъ очень безпокоенъ, ребенокъ вообще раздражителенъ и, когда начинаетъ кричать, то успокаивается не скоро.

Изъ лѣваго уха отдѣляется густой сливкообразный гной. Наружный слуховой проходъ широкъ и свободенъ. Ушные раковины стоятъ симметрично. Отечной припухлости въ области сосцевидныхъ отростковъ нѣтъ. Складки позади ушныхъ раковинъ одинаковы на обѣихъ сторонахъ. Надавливаніе на сосцевидный отростокъ и на козелокъ уха, равно какъ и потягиваніе за ушную раковину не вызываетъ особеннаго усиленія крика, такъ что, повидимому, всѣ эти манипуляціи не болѣзненны.

ДІАГНОСТИКА. Главный вопросъ, подлежащій нашему рѣшенію, касается опредѣленія причины лихорадочнаго состоянія.

Наиболѣе подозрительнымъ въ этомъ отношеніи мы должны считать отдѣленіе гноя изъ слухового прохода. Источникомъ гноетеченія въ данномъ случаѣ, очевидно, является среднее ухо, такъ какъ въ наружномъ слуховомъ проходѣ у больного не замѣчается ничего ненормальнаго.

Воспаленіе средняго уха, дѣйствительно, сопровождается иногда сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, но при этомъ боль въ ухѣ появляется или одновременно съ лихорадкой, или вскорѣ вслѣдъ за ней. Появленіе течи совпадаетъ обыкновенно съ паденіемъ температуры. Только въ случаѣ распространенія воспалительнаго процесса на клѣтки сосцевиднаго отростка лихорадка продолжается и послѣ появленія течи. Въ нашемъ случаѣ лихорадка продолжается, несмотря на существованіе течи, и въ то же время нѣтъ ни одного изъ симптомовъ воспаления сосцевиднаго отростка: боли при давленіи и отечной припухлости за ухомъ.

Другой мѣстный процессъ, который могъ бы послужить для объясненія лихорадки—это бронхитъ, на который указываютъ разбросанные въ груди сухіе хрипы и кашель. Лихорадка до 40,0° можетъ сопровождать нѣкоторые бронхиты, именно тѣ, что служатъ выраженіемъ какой-нибудь инфекціи, всего чаще, конечно, кори или гриппа, но, такъ какъ отъ начала жара прошло уже 6 дней, а сыпи между тѣмъ нѣтъ, то корь исключается, но гриппъ исключить нельзя; правда, онъ начинается обыкновенно насморкомъ, котораго здѣсь, по словамъ матери, не было; но насморкъ, вѣдь, часто проглядывается окружающими, къ 6-му же дню онъ могъ исчезнуть: съ другой стороны, въ пользу гриппа можно бы привести продромальный кашель, бывший у нашего больного и обостреніе процесса въ ухѣ; слѣдовательно, особыхъ препятствій къ тому, чтобы объяснить и лихорадку, и кашель, и воспаленіе уха гриппомъ не имѣется, но есть все-таки одно обстоятельство, которое не позволяетъ успокоиться на этой діагностикѣ, а именно, наличность тимпаническаго отгѣнка перкуторнаго звука подъ лѣвой ключицей, указывающаго на возможность начинающейся пневмоніи. Діагностическое значеніе этого симптома въ данномъ случаѣ особенно велико въ виду того, что тимпаническій звукъ появился, такъ сказать, на нашихъ глазахъ; не далѣе, какъ вчера, этого явленія еще не было, оно появилось только сегодня и въ силу этого я приписываю ему прямо таки рѣшающее значеніе въ пользу пневмоніи. Если бы мы раньше не видали больного и сегодня нашли тимпаническій звукъ подъ ключицей, то

мы не могли бы исключить давнишняго происхожденія этого феномена и потому онъ не имѣлъ бы особаго значенія для діагностики. Но совсѣмъ другое дѣло, когда тимпанической звукъ является у остро лихорадящаго больного на нашихъ глазахъ, какъ у нашего больного. Я не хочу этимъ сказать, что появленіе тимпаническаго звука вполне достаточно для безошибочной діагностики пнеймоніи, отнюдь нѣтъ, такъ какъ такое измѣненіе звука можетъ имѣть мѣсто и при другихъ условіяхъ, а именно, во всѣхъ случаяхъ расслабленія легочной ткани. Легкое, находясь въ грудной клѣткѣ, нѣсколько растянуто, и въ силу своей упругости, оно стремится сжаться, принять меньшій объемъ, что оно и дѣлаетъ, если, напр., при проколѣ грудной клѣтки въ грудную полость входитъ воздухъ, или если легкое вынуто изъ трупа. Легкое, вынутое изъ грудной клѣтки и положенное на столъ, даетъ при постукиваніи тимпанической звукъ, происхожденіе котораго объясняется реляксаціей легочной ткани. У живого человѣка подобная реляксація, хотя бы и въ меньшей степени, наблюдается не особенно рѣдко, а именно, всякій разъ, какъ даются условія, позволяющія цѣлому легкому, или той или другой долѣ его, сократиться въ силу присущихъ легочной ткани упругихъ волоконъ. Если, напр., плевритическій экссудатъ занимаетъ нижнюю половину грудной полости, то верхняя доля легкихъ на больной сторонѣ имѣетъ возможность сократиться и при постукиваніи подъ ключицей получается тимпанической звукъ; то же самое имѣетъ мѣсто и при уплотнѣніи нижней доли легкаго.

Такъ вотъ, если всѣ эти и подобныя условія происхожденія тимпаническаго звука подъ ключицей могутъ быть исключены, тогда не остается ничего болѣе, какъ объяснять его началомъ воспаленія верхней доли, потому что наблюденіемъ давно выяснено, что, какъ въ началѣ воспаленія легкаго, такъ и въ періодѣ разрѣшенія его, т. е. когда въ легочныхъ пузырькахъ находится и жидкость, и воздухъ, даются условія для происхожденія тимпаническаго звука. Въ нашемъ случаѣ дѣло обстоитъ именно такъ, что мы можемъ съ увѣренностью ставить діагностику пнеймоніи лѣвой верхушки. Отсутствіе бронхіальнаго дыханія и даже бронхофоніи

васъ не должно смущать, это явится позднѣе; крепитациі при пнеймоніи у маленькихъ дѣтей въ началѣ болѣзни почти никогда не слышно; значить, отсутствіе ея у нашего больного тоже не удивительно; напротивъ, нѣсколько странно, что больной нашъ не представляетъ двухъ симптомовъ, которые встрѣчаютъ въ подобныхъ случаяхъ очень часто и благодаря которымъ діагностика начинающейся пнеймоніи значительно облегчается; я имѣю въ виду, во—1-хъ, короткое, частое, охажущее дыханіе съ раздуваніемъ ноздрей, а во—2-хъ, болѣзненность постукиванія подключичной области на больной сторонѣ. Отсутствие этихъ симптомовъ ни въ какомъ случаѣ, однако, не можетъ опровергать нашу діагностику; оно говоритъ только за то, что нашъ случай не вполне типиченъ и что у него нѣтъ боли при дыханіи, т. е. что въ воспаленіи не участвуетъ плевра. Тимпаническій звукъ мы замѣтили сегодня, а жаръ тянется уже 6 дней; спрашивается, отчего-же зависѣла лихорадка до начала пнеймоніи? Здѣсь можетъ быть два объясненія: либо болѣзнь началась съ гриппа, къ которому присоединяется теперь воспаленіе легкаго, либо мы имѣемъ дѣло съ, такъ называемой, центральной пнеймоніей, т. е. съ такой формой, когда воспаленіе начинается съ центра известной доли легкаго и потомъ въ теченіе нѣсколькихъ дней распространяется кнаружи. Такъ какъ воспаленія верхней доли легкаго очень часто относятся къ категоріи центральныхъ, а, съ другой стороны, есть указанія и на то, что въ данномъ случаѣ дѣло началось съ гриппа, то мы можемъ принять любое изъ этихъ объясненій, но мнѣ лично въ виду отсутствія насморка кажется болѣе вѣроятнымъ предположеніе центральной пнеймоніи.

Воспаленіемъ легкаго объясняются и всѣ другіе симптомы, каковы сильный жаръ и легкое сведеніе затылка. При верушечныхъ пнеймоніяхъ этотъ симптомъ, равно какъ и другія мозговья явленія, не исключая и судорогъ, встрѣчаются далеко не рѣдко. Если бы кто-нибудь вздумалъ предположить здѣсь начало цереброспинальнаго менингита, то онъ впалъ бы въ ошибку, такъ какъ, во-1-хъ, рвоты въ началѣ болѣзни не было, а на 5-ый день, хотя разъ и вырвало, но послѣ кашля, а, во—2-хъ, и сведеніе затылка выражено здѣсь очень слабо.

ПРЕДСКАЗАНИЕ. Такія пнеймоніи обыкновенно оканчиваются вполне благополучно, но никогда нельзя назначить точнаго срока для ихъ окончанія. Въ большинствѣ случаевъ верхушечная пнеймонія тянется дней 9—13, но иногда затягивается и до 3-хъ недѣль. Въ данномъ случаѣ слѣдуетъ принять еще во вниманіе возрастъ больного и его туберкулезную наслѣдственность. У маленькихъ дѣтей сравнительно чаще, чѣмъ у дѣтей послѣ 5-и лѣтъ, встрѣчаются, такъ называемыя, бродячія пнеймоніи, когда воспаленіе, подобно рожистому процессу, переходитъ съ одного мѣста на другое и, обходя все легкое, затягивается иногда на много недѣль. Наслѣдственность ухудшаетъ предсказаніе въ томъ смыслѣ, что заставляетъ опасаться осложненія туберкулезомъ. Все это, конечно, слѣдуетъ имѣть въ виду, но въ дѣйствительности несравненно чаще случаи, подобные нашему, кончаются вполне благополучно въ теченіе 1½—2 недѣль. На такой исходъ будемъ и мы рассчитывать.

Говорить о леченіи пнеймоніи мы теперь не будемъ, такъ какъ о принципахъ терапіи мы говорили въ предыдущей главѣ; скажемъ только, что по случаю большого безпокойства ребенка и бессонницы ему были назначены небольшія дозы фенацетина (по 0,05 3 раза въ день) и въ виду сухого кашля микстурка съ апоморфиномъ:

Rp: Aqu. destillatae 100,0
Apomorphini muriatic. cryst. 0,01
Acidi muriatic. dil. gtts V.
Syr. simplicis 15,0

MDS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ.

Обычно назначаемаго при пнеймоніяхъ, да и при всѣхъ вообще острыхъ болѣзняхъ каломеля, мы нашему больному не дали въ виду того именно, что его желудочно-кишечный аппаратъ дѣйствовалъ превосходно. Но, если пнеймонія сопровождается признаками засоренія желудка, т. е. замѣчается непріятный запахъ изо рта, вздутіе живота, склонность къ запору, или плохо переваренный стулъ, то мы охотно назначаемъ каломель, который не только послабляетъ и исправляетъ нарушенную дѣятельность кишекъ, но послѣ дѣй-

ХП.

Pleuritis exsudativa.

Лекція 20 октября 1900 г.

Митя Ш., 3-хъ лѣтъ, поступилъ къ намъ 11-го октября по поводу сильнаго кашля и одышки.

ANAMNESIS. Отцу больного 28 лѣтъ; здоровья онъ хорошаго, не алкоголикъ. Матери—23 года, здорова и раньше ничѣмъ не хворала. Lues и tuberculosis со стороны родителей отрицается. Выкидышей и мертворожденныхъ не было. Родовъ было двое: нашъ больной старшій; вторая дѣвочка 1½ года, жива и здорова.

Нашъ больной родился въ срокъ. Роды были трудные, продолжались трое сутокъ. Ребенокъ родился безъ асфиксіи: сыпи по тѣлу не было; глаза не гноились. Болѣзней новорожденныхъ не было. Мать кормила его грудью 10-ть мѣсяцевъ, а прикармливать начала на 6-мъ. Прикармливаніе переносилъ хорошо. Отнятіе отъ груди также обошлось благополучно. Зубы стали рѣзаться на 5-мъ мѣсяцѣ и зубораченіе никакими болѣзнями не сопровождалось. На ножки сталъ становиться 11-ти мѣсяцевъ, пошелъ до году и ходить не переставалъ.

Никакихъ болѣзней кромѣ настоящей у него не было. Захворалъ онъ 3 мѣсяца тому назадъ сразу сильнымъ жаромъ, кашлемъ и одышкой. Такъ продолжалось недѣли три, потомъ больному стало лучше, держался только одинъ ка-

шель. Такъ дѣло шло недѣли 3—4, а затѣмъ ему снова стало хуже. Вновь появился жаръ и одышка и дѣло шло такимъ образомъ до поступленія въ клинику.

Квартира, гдѣ живетъ больной, небольшая, но сухая и теплая. Столъ—хорошій.

Anamnesis у него, слѣдовательно, вполне чистый, а настоящая болѣзнь началась остро.

За время пребыванія въ клиникѣ мы можемъ отмѣтить слѣдующее. Аппетитъ у него все время былъ хорошій. Онъ выпивалъ въ теченіе дня 3 кружки молока, 2 кружки бульона; съѣдалъ ложекъ 8 манной каши, $\frac{3}{4}$ бѣлаго хлѣба; а въ началѣ ему давали еще и котлету. Однако, третьяго дня у него сдѣлалось расстройство желудка: прослабило жидко 4 раза. Пришлось отмѣнить котлету и дать кастороваго масла и тогда все опять пришло быстро къ нормѣ. Сегодня я попробую дать ему куринаго мяса, а впослѣдствіи, можетъ быть, перейдемъ и къ говяжей котлетѣ. Имѣйте въ виду, что между первымъ и вторымъ существуетъ большая разница. Несмотря на то, что котлета дѣлается изъ рубленаго мяса, благодаря тому, что ее жарятъ на маслѣ, она труднѣе переносится, чѣмъ даже простое вареное мясо. Поэтому дѣтямъ лучше рекомендовать или куриное мясо, или рубленое говяжье свареное въ супѣ (кнель). Т° при поступленіи была 37,2°, но за послѣднее время она поднялась; третьяго дня вечеромъ было 38,5° (см. стр. 141). Повышеніе это совпало съ проколомъ грудной клѣтки и, вѣроятно, зависитъ отъ раздраженія плевры.

Теперь мы можемъ перейти къ изслѣдованію больного.

Прежде всего бросается въ глаза *блѣдность* его кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Больной не очень худъ; отековъ на ступняхъ и голеняхъ нѣтъ. Мышцы очень дряблы. Особеннаго вниманія заслуживаютъ утолщенія третьихъ фалангъ большихъ и среднихъ пальцевъ на его рукахъ, — это, такъ называемые, „барабанные пальцы“. Это—вѣрный признакъ хроническихъ застоевъ въ кровеносной системѣ; барабанные пальцы всего чаще наблюдаются при порокахъ сердца и при продолжительныхъ плевритахъ, особенно гнойныхъ. Лимфатическія железы въ хорошемъ видѣ: только на правой сторонѣ шеи прощупывается нѣсколько совсѣмъ маленькихъ железокъ.

При осторожномъ ощупываніи живота не трудно убѣдиться, что нижній край печени стоитъ значительно ниже, чѣмъ въ нормѣ, онъ только пальца на два не доходитъ до пупка; край печени ровный и мягкій. Селезенка не прощупывается, но перкуссія даетъ небольшое увеличеніе селезеночной тупости, скопленія жидкости въ животѣ нѣтъ.

Слабить больного въ настоящее время 1—2 раза оформленно, испражненія носятъ нормальную окраску.

Ноздри больного при дыханіи слегка раздуваются. Число дыханій въ минуту 42, а пульса—172. Т° у него сегодня 37°. Частота пульса, очевидно, зависитъ здѣсь отъ того, что ребенокъ волнуется (въ палатѣ пульсъ у него значительно рѣже) и потому на основаніи соотношенія между пульсомъ и дыханіемъ здѣсь нельзя дѣлать никакихъ заключеній относительно одышки, да притомъ, если больной хворалъ лихорадочнымъ состояніемъ, сильно поблѣднѣлъ и похудѣлъ,—словомъ истощился, то въ такомъ случаѣ и сердце принимаетъ участіе въ общемъ истощеніи, т. е. работаетъ слабо, а ритмъ его сокращеній учащается.

При осмотрѣ груди правая половина грудной клѣтки кажется нѣсколько больше лѣвой, но измѣреніе не даетъ замѣтной разницы. При спокойномъ дыханіи замѣтно, что на лѣвой сторонѣ межреберные промежутки слегка обозначаются въ моментъ вдоха, тогда какъ на правой они остаются совершенно сглаженными.

Толчекъ сердца виденъ хорошо какъ разъ на *l. mamillaris* въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ. У маленькихъ дѣтей (до 3-хъ лѣтъ) толчекъ находится кнаружи отъ *l. mamillaris* въ 4-мъ межреберьѣ. Около 5-ти лѣтъ онъ переходитъ на *l. mamillaris* и только послѣ 7-ми лѣтъ оказывается кнутри отъ нея и въ 5-мъ промежуткѣ. Нашему больному 3 года; слѣдовательно, толчекъ сердца у него нѣсколько опущенъ, но бокового смѣщенія нѣтъ.

При перкуссіи грудной клѣтки спереди на лѣвой сторонѣ звукъ всюду ясный, на правой вверху подъ ключицей онъ носитъ тимпаническій оттѣнокъ, а ниже дѣлается сначала притупленнымъ, а потомъ переходитъ и въ абсолютно тупой. Около края грудины притупленіе начинается на уровнѣ чет-

вертаго ребра. Правая граница сердечной тупости опредѣлена быть не можетъ благодаря тому, что вся правая нижняя часть грудной клѣтки даетъ тупой звукъ, лѣвая же вполне соотвѣтствуетъ нормѣ. При перкуссіи спины на лѣвой сторонѣ находимъ ясный звукъ, а на правой *in fossa supraspinata* звукъ ясный, между лопаточной остью и позвоночникомъ притупленный, но съ тимпаническимъ оттѣнкомъ, ниже всюду абсолютно тупой.

При выслушиваніи сердца у верхушки находимъ легонькій шумъ съ первымъ временемъ. Въ остальныхъ мѣстахъ всюду слышны 2 чистыхъ тона. Выслушиваніе лѣваго легкаго всюду даетъ совершенно чистое, громкое, везикулярное дыханіе. При выслушиваніи съ правой стороны подъ ключицей, особенно около грудины, слышенъ выдохъ, ниже дыхательный шумъ рѣзко ослабленъ; сзади между позвоночникомъ и гребнемъ лопатки находимъ бронхиальное дыханіе, а ниже опять ослабленный дыхательный шумъ; въ самомъ низу его не слышно вовсе.

Изслѣдованіе *fremitus vocalis* не удается, такъ какъ ребенокъ ни за что не хочетъ подавать голоса. Въ такихъ случаяхъ мы замѣняемъ голосовое дрожаніе искусственнымъ сотрясеніемъ грудной клѣтки при помощи перкуссіи. Изслѣдованіе это приходится производить вдвоемъ. Пусть одинъ изъ васъ перкутируетъ спереди подъ ключицей сперва на правой сторонѣ, а затѣмъ на лѣвой, а я прикладываю въ то же время свою руку сзади къ той же сторонѣ, гдѣ производится перкуссія; я вполне ясно ощущаю, что *fremitus* на правой сторонѣ гораздо слабѣе, чѣмъ на лѣвой.

Я хочу показать вамъ еще одинъ способъ изслѣдованія, который особенно ревностно проповѣдуютъ французы, приписывая ему громадное значеніе для дифференціальной діагностики плеврита отъ пнеймоніи. Онъ носитъ названіе *Signe de sou* и заключается въ слѣдующемъ: прикладываютъ къ грудной клѣткѣ сзади монету и постукиваютъ по ней другой, а въ то же время выслушиваютъ спереди на той же сторонѣ, какъ передается звукъ. Въ томъ случаѣ, когда звукъ передается черезъ здоровое легкое, или черезъ легкое, выполненное экссудатомъ, совершенно исчезаетъ его ме-

таллическій характеръ; но, если экссудатъ находится въ плеврѣ и, слѣдовательно, звукъ проходитъ черезъ жидкость не раздѣленную альвеолярными перегородками, металлическій оттѣнокъ вполне сохраняется.

Сколько разъ я ни провѣрялъ этотъ способъ, я никогда не могъ получить убѣжденія въ томъ, чтобы способъ этотъ давалъ какія-либо цѣнныя данныя. Мнѣ хотѣлось бы, чтобы вы сами могли провѣрить этотъ методъ и оцѣнить его. (Послѣдовала демонстрація способа).

Моча у нашего больного нормальна; правда, она сейчасъ мутна, но эта мутность является только при стояніи и зависитъ отъ выпаденія мочекислыхъ солей.

Лекція 24 октября 1900 г.

Тупой звукъ такого рода, какъ въ нашемъ случаѣ, указываетъ на то, что данное мѣсто грудной клѣтки не содержитъ воздуха. Воздуха можетъ не быть или потому, что само легкое выполнено экссудатомъ, или же въ полости плевры находится жидкость, или новообразованіе, сдавливающее прилежащую часть легкаго. Обыкновенно дифференціальная діагностика плеврита отъ пнеймоніи не представляетъ особенныхъ затрудненій. Признаками пнеймоніи считаются бронхиальное дыханіе, или, по крайней мѣрѣ, громкій выдыхъ и усиленный *fremitus pectoralis*. При плевритѣ, наоборотъ, и дыхательный шумъ, и *fremitus* рѣзко ослаблены. Однако, нужно имѣть въ виду, что и при воспаленіи легкаго, особенно въ началѣ болѣзни, дыхательный шумъ можетъ быть ослабленъ. Это происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдствіе боли въ боку больной сгибаетъ спину въ большую сторону и старается, насколько возможно, слабѣе дышать ею, а съ другой стороны, и при несомнѣнныхъ плевритическихъ экссудатахъ очень часто приходится слышать бронхиальное дыханіе въ томъ мѣстѣ, куда отдалено легкое, лишенное воздуха (большей частью вверху около грудины). У маленькихъ дѣтей это бронхиальное дыханіе иногда хорошо проводится всюду черезъ плевритическій экссудатъ, и такіе случаи чрезвычайно часто даютъ поводъ къ неправильной діа-

гностикѣ. Правда, въ такихъ случаяхъ бронхіальное дыханіе никогда не бываетъ такъ рѣзко, какъ при пнеймоніи, оно слышится какъ-бы издали, но оцѣнка степени громкости бронхіальнаго дыханія не всегда легка.

Измѣненія голосового дрожанія также не имѣютъ абсолютнаго значенія. Съ одной стороны, голосовое дрожаніе можетъ хорошо сохраниться при плевритѣ; происходитъ это въ тѣхъ случаяхъ, когда между пристѣночной и легочной плеврой существуютъ сращенія, мѣшающія легкому отодвинуться кверху, а, съ другой стороны, и при пнеймоніи можно встрѣтить ослабленіе *fremitus vocalis* вслѣдствіе закупорки приводящаго бронха. Наконецъ, дискантовый и слабый голосъ дѣтей очень часто совсѣмъ не даетъ голосового дрожанія.

Въ виду сказаннаго я считаю болѣе важнымъ для дифференціальной діагностики плевритическаго эксудата отъ пнеймоніи свойство (степень) тупого звука и его распространеніе. При плевритѣ мы имѣемъ абсолютную тупость, извѣстную подъ именемъ „бедреннаго тона“, а при пнеймоніи абсолютная тупость встрѣчается рѣдко; обыкновенно же бываетъ только болѣе или менѣе притупленный звукъ, иногда съ тимпаническимъ отгѣнкомъ. Относительно распространенія тупого звука можно сказать такъ: если плевритическій эксудатъ сзади доходитъ до половины лопатки, то спереди тупость уже доходитъ до края грудины, тогда какъ при пнеймоніи въ громадномъ большинствѣ случаевъ притупленіе распространяется отъ позвоночника только до аксиллярной линіи.

При очень небольшихъ плевритическихъ эксудатахъ, когда тупой звукъ не заходитъ за аксиллярную линію, приходится руководствоваться почти исключительно степенью тупого звука.

Рѣшающимъ моментомъ въ пользу плевритическаго эксудата и противъ пнеймоніи можно считать *смѣщеніе органовъ*: печени, сердца и селезенки. При обильныхъ правостороннихъ эксудатахъ смѣщается, главнымъ образомъ, печень и меньше сердце; при лѣвостороннемъ—сердце и меньше селезенка. Этимъ признакомъ можно руководствоваться даже для отличія большихъ эксудатовъ отъ новообразованій въ

легкомъ, а именно въ томъ смыслѣ, что, если при абсолютной тупости, занимающей всю половину грудной клѣтки, печень или сердце не смѣщены, то слѣдуетъ имѣть въ виду возможность въ данномъ случаѣ не плеврита, а новообразованія. Однако, рѣшающаго значенія это обстоятельство не имѣетъ, такъ какъ, напр., сердце можетъ остаться на своемъ мѣстѣ при обильномъ лѣвостороннемъ экссудатѣ, если околосердечная сорочка приращена къ грудной стѣнкѣ, а, съ другой стороны, сердце или печень могутъ оказаться смѣщенными и при новообразованіи.

На важное діагностическое значеніе смѣщенія органовъ я желаю обратить ваше особенное вниманіе между прочимъ потому, что я по опыту знаю, что практическіе врачи часто не узнаютъ плеврита только потому, что, увлекаясь наличностью бронхиальнаго дыханія въ области тупого звука, они не придають значенія ни пульсаціи сердца, справа отъ грудины, ни опущенію печени, ни выравниванію межреберій на большой сторонѣ.

Существованіе влажныхъ хриповъ, конечно, говоритъ за пневмонію, но они бываютъ при ней не во всѣ періоды болѣзни, а только въ самомъ началѣ и въ концѣ, въ періодѣ разрѣшенія. Съ другой стороны, если вы будете ставить діагностику пневмоніи только потому, что слышна крепитация, то легко можете ошибиться. При плевритическомъ экссудатѣ во время глубокаго вздоха нерѣдко слышатся крепитирующіе хрипы въ области тупого звука, а еще чаще близъ верхней границы его. Это,—такъ называемые, ателектатическіе хрипы, зависящіе отъ разлипанія легочныхъ пузырьковъ во время вздоха. Отличительными особенностями ателектатической крепитации является чрезвычайная пѣжность ея, равномерность и то обстоятельство, что крепитация является только на высотѣ вздоха, тогда какъ при пневмоніи рядомъ съ крепитацией слышатся и субкрепитирующіе и средне-пузырчатые хрипы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наконецъ, и шумъ тренія плевры иногда симулируетъ крепитацию.

Извѣстную почву для діагностики даетъ температура. Очень высокая температура, доходящая до 40°—41°, очень часто наблюдается при пневмоніи, но почти никогда не бы-

ваетъ при плевритѣ. Продолжительная лихорадка, напротивъ, говоритъ за плевритъ, такъ какъ при крупозной пневмоніи она очень рѣдко затягивается долѣе 11 дней.

Диагностика нашего случая, конечно, очень легка. Вся правая половина грудной клѣтки даетъ тупой звукъ за исключеніемъ небольшой области подъ ключицей и около края грудины, гдѣ звукъ тимпаническій. Уже одна обширность этого тупого звука и его абсолютность говорятъ за то, что мы имѣемъ дѣло съ большимъ плевритическимъ экссудатомъ. Въ той области, гдѣ получается тимпаническій звукъ, очевидно, находится сжатое легкое, чѣмъ объясняется и слышное здѣсь бронхиальное дыханіе. Наконецъ, здѣсь нѣтъ противорѣчія и со стороны второстепенныхъ признаковъ: межреберные промежутки на правой сторонѣ сглажены, чего при пневмоніи никогда не бываетъ; граница тупости идетъ наклонно сзади напередъ; въ области тупого звука дыханіе ослаблено, а сзади внизу его не слышно совсѣмъ; *fremitus pectoralis* (опредѣляемый осязаніемъ спины во время постукиванія груди) рѣзко ослабленъ; хриповъ не слышно, температура повышена очень немного.

Такіе большіе экссудаты очень часто влекутъ за собой смѣщеніе сосѣднихъ органовъ, такъ что въ данномъ случаѣ мы должны были бы ожидать смѣщенія сердца влѣво и печени внизъ. Однако, сердце у нашего больного оказывается на своемъ мѣстѣ, по крайней мѣрѣ, и толчекъ его, и лѣвая граница вполне соотвѣтствуютъ нормѣ. Дѣло другое—печень. Мы видѣли, что нижняя граница ея только на 2 пальца не доходитъ до пупка. Но, можетъ быть, здѣсь существуетъ увеличеніе печени, а не опущеніе ея. Такое увеличеніе, дѣйствительно, наблюдается при гипертрофическомъ циррозѣ ея, при амилоидѣ и при пассивной гипереміи; но во всѣхъ этихъ случаяхъ печень плотна, край ея очень хорошо прощупывается, при пассивной гипереміи обыкновенно замѣчается болѣзненность печени при давленіи, а у нашего больного печень мягка, такъ что край ея прощупывается съ большимъ трудомъ и сама печень вполне безболѣзненна.

Не было, кромѣ того, и никакихъ поводовъ для развитія гипертрофіи печени: ребенокъ былъ всегда здоровъ, ни кос-

тоѣды, ни хроническихъ нагноеній у него не было и вина онъ не пилъ.

Лекція 27 октября 1900 г.

Намъ нужно теперь выяснитъ себѣ вопросъ о характерѣ экссудата, серозный онъ или гнойный.

Въ числѣ прямыхъ и безспорныхъ признаковъ гнойнаго экссудата считается, между прочимъ, существованіе на грудной клѣткѣ *флюктуирующей опухоли* (*empyema necessitatis*), но, въ дѣйствительности, это не есть признакъ безспорный, такъ какъ флюктуирующая опухоль можетъ зависѣть отъ холоднаго нарыва, напр., вслѣдствіе костоѣды ребра; правда, стоитъ только два раза въ сосѣдствѣ нарыва стукнуть молоточкомъ, какъ будетъ ясно, что экссудата тутъ нѣтъ, но дѣло не всегда такъ просто. Недавно, напр., мнѣ встрѣтился въ Софійской больницѣ весьма интересный случай: у ребенка 4-хъ лѣтъ правая сторона груди давала при постукиваніи абсолютно тупой звукъ, границы котораго были не совсѣмъ правильны, такъ что предполагался закапсулированный плевритическій экссудатъ. Пробный проколъ въ одномъ мѣстѣ далъ гной, въ другомъ — кровь; черезъ нѣсколько дней послѣ прокола, на мѣстѣ тупого звука въ области 3-го межреберья спереди появилась флюктуирующая опухоль, — словомъ все какъ-будто говорило за эмпиѰму, а между тѣмъ оказался при операциіи актиномикозъ легкаго и только тогда поняли мы, отчего зависѣли неправильныя границы тупости и отчего при проколахъ получались то кровь, то гной.

Очень хорошимъ признакомъ гнойнаго экссудата я считаю *отечность больной стороны*. Въ нѣкоторыхъ руководствахъ умалывается значеніе этого признака, такъ какъ будто-бы отечность можетъ зависѣть и отъ слабости сердца. Но это — неправда; отекъ отъ сердечной слабости легко можно узнать по тому, что онъ распространяется и на другую сторону груди, на животъ и на ноги.

Характеръ лихорадки иногда очень помогаетъ выясненію діагностики; очень рѣзкія колебанія, повторные знобы и поты говорятъ, конечно, за нагноеніе; но отсутствіе этихъ

явленій, однако, не исключаетъ возможности гнойнаго плеврита. Когда точныхъ указаній на характеръ экссудата нѣтъ, приходится руководствоваться различными побочными соображеніями; такъ напр., при вторичномъ плевритѣ нужно обратить вниманіе на первоначальную болѣзнь: при скарлатинѣ, оспѣ или піэміи экссудатъ обыкновенно бываетъ гнойный, а при ревматизмѣ почти всегда серозный. *Количество* экссудата также играетъ нѣкоторую роль. Серозный экссудатъ есть результатъ болѣе поверхностнаго воспаленія, которое можетъ довольно скоро остановиться, а потому, если экссудатъ, дойдя до половины лопатки, перестаетъ прибывать, то вѣроятнѣе, что онъ серозный; если же экссудатъ простирается до ключицы, то онъ скорѣе окажется гнойнымъ. Можно руководствоваться и *возрастомъ* ребенка: чѣмъ онъ моложе, тѣмъ быстрѣе экссудатъ дѣлается гнойнымъ. Такъ, напр., если вы имѣете дѣло съ ребенкомъ моложе 2-хъ лѣтъ и экссудатъ доходить до ключицы, то съ большой вѣроятностью можно сказать, что у него гнойный плевритъ. Наконецъ, *продолжительность* лихорадки можетъ дать цѣнныя указанія. При серозныхъ плевритахъ лихорадка тянется около 2-хъ—3-хъ недѣль, такъ что, если она затягивается долѣе четырехъ, то экссудатъ, вѣроятно, гнойный. При гнойныхъ плевритахъ, однако, можетъ и не быть лихорадки. Это происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на плеврѣ образовались еще до развитія нагноенія обильныя отложенія фибрина, которыя и препятствуютъ всасыванію пирогенныхъ веществъ.

Уже одно *начало болѣзни* можетъ иногда давать основаніе для діагностики. Если лихорадка съ самаго начала была очень сильна и сопровождалась *сильной болью* въ боку при надавливаніи, то вѣроятнѣе, что плевритъ гнойный.

Окончательно характеръ экссудата устанавливается обыкновенно при помощи *пробнаго прокола*. Но и здѣсь все-таки ошибки возможны. Помимо актиномикоза, о которомъ я вамъ уже говорилъ, существуютъ другіе случаи, гдѣ нужно быть осторожнымъ. Иногда при проколѣ совсѣмъ не получается жидкости; зависитъ это (не говоря о порчѣ инструмента) или оттого, что иголка воткнута недостаточно глубоко, или оттого, что существуютъ плевральныя сращенія и иголка попала въ

одно изъ нихъ, или гной слишкомъ густъ и потому не вытягивается поршнемъ. Наконецъ, иногда при проколѣ получается серозная жидкость, тогда какъ въ дѣйствительности экссудатъ гнойный. Это происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣлаютъ проколъ слишкомъ высоко; гной можетъ отстояться и находится только въ нижнихъ частяхъ плеврального мѣшка. Обыкновенно проколъ дѣлается между 6 и 7 ребромъ по аксиллярной линіи, такъ какъ мышечный слой здѣсь тоньше всего. Въ случаѣ, если проколъ окажется неудачнымъ, его, конечно, нужно повторить въ другомъ мѣстѣ.

У нашего больного въ виду продолжительности болѣзни мы рѣшили сдѣлать пробный проколъ несмотря на то, что лихорадки почти совсѣмъ не было. Первый уколъ былъ сдѣланъ по задней аксиллярной линіи на уровнѣ угла лопатки и далъ онъ только одну кровь. Черезъ день сдѣланъ второй проколъ уже спереди, немного ниже и кнаружи отъ соска получилась прозрачная жидкость, въ которой, однако, подъ микроскопомъ было найдено небольшое количество лейкоцитовъ. Отрицательный результатъ перваго прокола долженъ быть объясненъ какой-нибудь случайностью. Рѣшающее же значеніе и именно въ пользу серознаго плеврита имѣетъ второй проколъ.

Намъ остается еще разобрать вопросъ о причинахъ и происхожденіи плеврита въ нашемъ случаѣ.

Экссудативные плевриты по происхожденію раздѣляются на идиопатическіе и вторичные. Послѣдніе развиваются вслѣдъ за другими болѣзнями (пневмонія, скарлатина, оспа, пиэмія), а, такъ какъ нашъ больной до плеврита ничѣмъ не хворалъ, то мы имѣемъ полное основаніе признать у него первичный плевритъ, который въ однихъ случаяхъ вызывается обыкновенными возбудителями воспаленія, въ другихъ въ основѣ его лежитъ туберкулезъ.

Для скорѣйшаго выясненія характера плеврита всего лучше прибѣгнуть къ бактеріоскопическому изслѣдованію экссудата, причѣмъ находка дипло-стрепто-или стафилококковъ говорила бы противъ туберкулеза, а отрицательный результатъ бактеріоскопическаго изслѣдованія считается указаніемъ на туберкулезный плевритъ. Для провѣрки діагноза

можно бы прибѣгнуть и къ эксперименту, т. е. впрыснуть нѣкоторое количество экссудата въ брюшную полость морской свинкѣ и черезъ 4—6 недѣль обследовать ее вскрытіемъ, но для частной практики пригоденъ только первый способъ. У нашего больного въ экссудатѣ нашлось только ничтожное количество стафилококковъ, но это, конечно, не исключаетъ возможности туберкулеза. Важнѣе, по нашему мнѣнію, значеніе нѣкоторыхъ побочных обстоятельствъ, напр., съ какимъ субъектомъ имѣемъ мы дѣло.

Вотъ, напр., у насъ лежитъ еще большой мальчикъ съ плевритомъ, у котораго помимо того существуетъ Поттовъ горбъ, т. е. туберкулезъ костей; почти навѣрное можно сказать, что и плевритъ у него туберкулезный. У нашего больного, наоборотъ, едва-ли можно предположить туберкулезъ, такъ какъ въ анамнезѣ на него нѣтъ никакихъ указаній и нѣтъ даже рахитизма. На послѣдній нужно всегда обращать вниманіе, какъ на обстоятельство, располагающее къ туберкулезному поражению железъ, и, если такой ребенокъ захвораеетъ плевритомъ, то послѣдній тоже можетъ принять туберкулезный характеръ.

Если что и можетъ сильно смущать врача въ нашемъ случаѣ, такъ это продолжительность болѣзни. Идіопатическіе серозные плевриты продолжаются обыкновенно недолго: недѣли 2—3 приходится на лихорадочный періодъ, да столько же на періодъ всасыванія экссудата, такъ что, если плевритъ тянется долѣе трехъ мѣсяцевъ и все-таки остается серознымъ, то одно ужъ это обстоятельство само по себѣ дѣлаеетъ вѣроятнымъ туберкулезный характеръ плеврита. Къ этому можно еще прибавить, что, по статистикѣ французскихъ авторовъ, серозные плевриты чаще зависятъ отъ туберкулеза, чѣмъ отъ какихъ-либо другихъ причинъ.

У нашего больного, слѣдовательно, по анамнезу плевритъ не туберкулезный, а по теченію похожъ на послѣдній, такъ какъ тянется долѣе 3-хъ мѣсяцевъ и сохраняетъ серозный характеръ. Въ виду всего этого вопросъ о туберкулезѣ приходится оставить открытымъ, а потому и съ предсказаніемъ надо быть осторожнымъ.

Хотя туберкулезные плевриты и могутъ кончиться бла-

гополучно, тѣмъ не менѣ такіе больные весьма подвержены заболѣваніямъ другими туберкулезными процессами. Въ виду того, что серозные плевриты нерѣдко бываютъ туберкулезнаго свойства, а навѣрное высказаться по этому поводу въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываетъ трудно, то врачи и придерживаются обыкновенно правила: особенно беречь больныхъ, выздоравливающихъ отъ плеврита и, если можно, то посылать ихъ въ холодное время года въ теплый климатъ.

ЛѢЧЕНІЕ. Въ прежнее время, какъ плевриты, такъ и пнеймоніи лечились очень энергично: кровопусканіе, піявки, каломель и сѣрая мазь были въ большомъ ходу. Поворотъ въ терапіи отмѣчается со времени возникновенія полемики между Ziemssen'омъ и Henoch'омъ.

Началась она изъ-за одного, леченнаго Henoch'омъ, ребенка, которому было дано 18 гранъ каломеля, 2 раза ставили піявки, а въ концѣ концовъ больной погибъ отъ номы. Ziemssen напалъ на Henoch'a за такое лечение, указывая, что оно-то именно и вызвало смерть этого ребенка. Съ тѣхъ поръ и самъ Henoch, да и большинство врачей стало осторожнѣе относиться къ „энергическому противовоспалительному“ леченію каломелемъ и піявками. Но это было еще въ 60-хъ годахъ, а теперь врачи смотрятъ на терапію плеврита совсѣмъ иначе. Никакихъ ослабляющихъ средствъ при плевритѣ назначать не слѣдуетъ, такъ какъ прервать теченіе плеврита они не могутъ. Болѣзнь всегда тянется нѣсколько недѣль, и когда начинается всасываніе, то оно всегда проходитъ лучше у хорошо упитанныхъ дѣтей, а поэтому такимъ больнымъ особенно нужны чистый воздухъ (теплый климатъ) и усиленное питаніе. Если въ наше время и рекомендуются при плевритѣ общія кровопусканія, то только въ случаяхъ чрезвычайно быстро накопленія экссудата, когда развивается ціанозъ и рѣзкая одышка; но, если больной слабъ и анэмиченъ, то даже и въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ предпочесть кровопусканіямъ ранній проколъ грудной клѣтки и выпусканіе экссудата. Мѣстное кровоизвлеченіе (піявками или банками) считается показаннымъ только при сильныхъ боляхъ, когда больной изъ-за нихъ дышетъ очень поверхностно, такъ что дѣлается даже ціанотичнымъ. Всего лучше при-

ставлять пиявки къ мѣсту наисильнѣйшей боли; у дѣтей слабыхъ лучше прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія. Выписывается 1% растворъ morphii acetici, который и можно впрыскивать до $\frac{1}{4}$ шприца десятилѣтнему и соотвѣтственно уменьшая младшимъ.

Можно, конечно, давать опіаты и внутрь, но тогда они дѣйствуютъ уже слабѣе.

Salomel я даю только, какъ слабительное, а противовоспалительныхъ (маленькихъ) дозъ каломеля никогда не употребляю, такъ какъ отъ нихъ я видѣлъ только вредъ—порчу зубовъ и stomachase.

Холодъ при плевритѣ былъ рекомендованъ Ziemssen'омъ, но не очень сильный, не въ видѣ пузыря со льдомъ, а въ видѣ холодной воды въ 10°. Дѣти вообще плохо переносятъ холодъ и потому я его рѣдко употребляю, а для облегченія болей предпочитаю согрѣвающій компрессъ.

Въ свѣжихъ случаяхъ серознаго плеврита (недѣли 2 отъ начала лихорадки) я охотно даю салициловый натръ; 10-тилѣтнему по 2,0 grо die, 5-ти-лѣтнему 1,0 и т. д. Если это не помогаетъ, то можно дозу увеличить вдвое, но при этомъ слѣдить за температурой и нульсомъ. Дѣйствіе должно выразиться въ теченіе 5—6 дней. Въ благопріятныхъ случаяхъ лихорадочное состояніе прекращается послѣ нѣсколькихъ-дневнаго леченія салициловымъ натромъ, а вслѣдъ затѣмъ скоро исчезаетъ и экссудатъ.

Если я застаю плевритъ въ самомъ началѣ, когда существуютъ боль и шумъ тренія плевры на довольно ограниченномъ пространствѣ, а признаковъ экссудата еще нѣтъ, то я охотно ставлю на 8—10 часовъ мушку. Обыкновенно я не держу ее долѣе, такъ какъ у дѣтей она легко можно вызвать заболѣваніе почекъ, или мѣстныя осложненія со стороны кожи въ видѣ сильнаго воспаленія, или развитія чирьевъ.

Если экссудатъ уже появился, то я мушки не ставлю, такъ какъ остановить развитіе его она не можетъ. Въ этомъ періодѣ болѣзни слѣдуетъ давать различныя тонизирующія средства: Decoct. cort. chinae, или chininum по 2 грана на пріемъ. При слабости пульса coffeinum или digitalis.

Если лихорадка кончилась, а всасываніе все-таки не на-

чинается, то, чтобы возбудить его, можно испытать мушку или прибѣгнуть къ проколу.

Изъ внутреннихъ средствъ, чтобы усилить всасываніе, здѣсь можно давать слабительныя и мочегонныя; первыя, впрочемъ, только если есть запоры, а изъ вторыхъ не слѣдуетъ давать очень сильныхъ, какъ напр., пилокарпинъ, такъ какъ они располагаютъ къ коллапсу. Къ числу средствъ, способствующихъ всасыванію экссудата, относятся и іодъ, въ видѣ іодистаго кали, или въ соединеніи съ желѣзомъ въ виду постоянной анеміи у такихъ больныхъ:

Rp: Syr. ferri jodati 10,0

Syr. simpl. 90,0

DS. По чайной ложкѣ 2—3 раза въ день.

Это средство лучше давать во время ѣды, чтобы меньше раздражать желудокъ.

Если экссудатъ не всасывается даже и по прошествіи 6—8 недѣль отъ начала болѣзни, то нужно прибѣгнуть къ искусственному удаленію его операцией, такъ какъ иначе легкое уже не будетъ въ состояніи справиться.

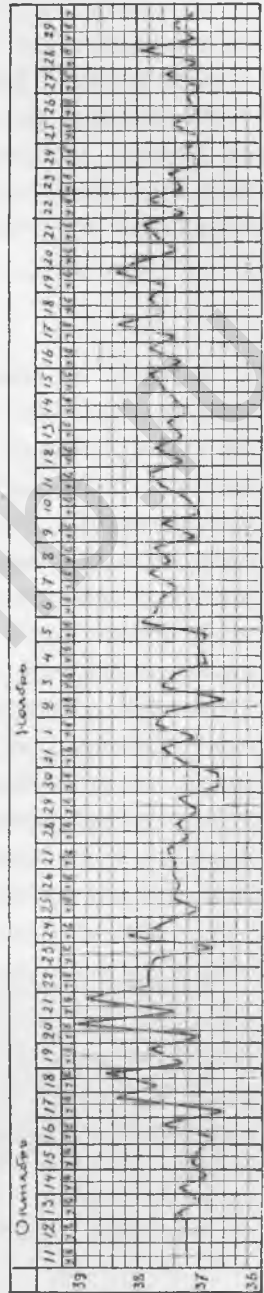
Выпускать жидкость простымъ троакаромъ нельзя, такъ какъ имъ легко можно впустить въ полость плевры воздухъ. Чтобы избѣгнуть этого, можно пользоваться троакаромъ съ надѣтымъ на него кондомомъ, въ который въ моментъ повышеннаго давленія внутри грудной клѣтки вытекаетъ экссудатъ, а въ моментъ вдыханія (пониженнаго давленія) происходитъ закрытіе отверстія троакара спаденіемъ нѣжныхъ стѣнокъ эластической трубочки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, давленіе внутри грудной клѣтки бываетъ настолько мало, что жидкость не можетъ вытекать самопроизвольно. Поэтому приходится пользоваться аппаратами, приспособленными для высасыванія. Я лучше всего люблю пользоваться троакаромъ Fräntzel'я, такъ какъ въ немъ стилетъ не удаляется совсѣмъ и потому, въ случаѣ закупорки канюли сверткомъ, легко прочистить ее, не рискуя впустить въ грудную клѣтку воздухъ. Для высасыванія троакаръ соединяется съ аспираторомъ Dieulafoi или Potain'a.

Рекомендуютъ высасывать не весь экссудатъ, а ограничи-

ваться только половиной. Я обыкновенно выкачиваю жидкость до тѣхъ поръ, пока у больного не начнется сильный кашель. Иногда оказывается достаточнымъ высасывать только $\frac{1}{4}$ жидкости для того, чтобы дать толчокъ энергичному самостоятельному всасыванію экссудата.

Проф. Левашовъ при обильныхъ серозныхъ и серозно-гнойныхъ экссудатахъ настойчиво рекомендуетъ свой методъ операции. Онъ заключается въ томъ, что сначала выпускаютъ часть экссудата, замѣня которой накачивается въ грудную клѣтку такое же количество физиологическаго раствора поваренной соли. Этотъ процессъ повторяется нѣсколько разъ, пока изъ грудной клѣтки не будетъ вытекать совершенно прозрачная жидкость. Такимъ образомъ, весь экссудатъ окажется замѣщеннымъ физиологическимъ растворомъ, который послѣ операции начинаетъ быстро всасываться. При такомъ способѣ въ грудной полости не будетъ такого быстрого пониженія давленія, которое было бы при полномъ выпусканіи экссудата. Операция эта не особенно болѣзненна и потому дѣлается безъ наркоза. Продолжается операция довольно долго (часъ или полтора), что составляетъ ея невыгодную сторону. Я считаю эту операцию показанной въ такомъ случаѣ, какъ нашъ, который тянется ужъ 3 мѣсяца, и гдѣ поэтому трудно рассчитывать на расправленіе легкаго при быстромъ удаленіи экссудата. При чисто гноynomъ экссудатѣ лучше прямо сдѣлать разрѣзъ, причемъ одни хирурги дѣлаютъ его съ резекціей ребра, а другіе безъ нея. Мое личное мнѣніе такое, что



въ свѣжихъ случаяхъ достаточно одного разрѣза, но въ запущенныхъ, гдѣ полное расправленіе легкаго уже невозможно, лучше дѣлать резекцію и, такимъ образомъ, обезпечить гарантію проходимости дренажной трубочки, которая въ періодѣ выздоровленія непременно ущемится между реберь, если легкое не совсѣмъ расправилось и грудная клѣтка вслѣдствіе этого спадается.

Изъ лекцій 30 октября 1900 г.

Нашему больному я предполагалъ сдѣлать операцію по методу Левашова, къ которой и приступили 28-го октября. Во время операціи, однако, произошла порча аппарата: случайно лопнулъ цилиндръ, изъ котораго накачивается соляной растворъ. Въ виду этого, но, главнымъ образомъ, въ виду того, что экссудатъ оказался не такимъ, какъ во время пробнаго прокола, а уже гнойнымъ, (превращеніе серознаго экссудата въ гной произошло въ теченіе 10-ти дней, протекшихъ послѣ 2-го прокола), мы немедленно приступили къ радикальной операціи. Резецировали 8-е ребро и выпустили около 250 сс. гноя, затѣмъ вставили дренажъ и наложили сухую асептическую повязку. Послѣ операціи температура держалась все время ниже 38°. Аппетитъ у больного теперь хорошій, сонъ также и намъ теперь остается только черезъ день дѣлать перевязки и ожидать заживленія раны.

Больной пробылъ въ клиникѣ до 4-го января 1901 года. Вѣсъ его за это время увеличился съ 14390 гр., бывшихъ послѣ операціи, до 16830 граммъ, но заживленіе раны текло очень медленно, такъ что и послѣ выхода изъ клиники ему нѣкоторое время приходилось еще пріѣзжать для перевязокъ.

ХІІІ.

Леченіе кашля.

Лекція 17 марта 1900 г.

Больная Саша К., 9-ти лѣтъ, поступила въ клинику 15-го февраля 1900 года по поводу мелкопятнистой сыпи по всему тѣлу, кровотеченія изъ носу и десенъ и общей слабости.

ANAMNESIS. Отцу больной 43 года; онъ уже давно страдаетъ кашлемъ и умѣренно пьетъ. Матери 38 лѣтъ, здорова. Туберкулезъ и сифилисъ отрицаются. Всѣхъ дѣтей было четверо. Второй ребенокъ умеръ отъ воспаленія легкихъ; двое другихъ страдаютъ рахитизмомъ. Наша больная—старшая, родилась въ срокъ. Сыпи по тѣлу не было, болѣзней новорожденныхъ тоже. Кормилась грудью матери 1 г. 7 мѣс. Разстройствами пищеваренія подолгу не страдала. Зубы начали рѣзаться 11-ти мѣсяцевъ, зуборащеніе разстройствъ пищеваренія не вызывало. Становиться на ножки стала къ двумъ годамъ, а пошла 3-хъ лѣтъ. Вообще всегда была блѣдна, худощава и страдала головными болями. Въ мартѣ 1898-го года перенесла малярію, которая прошла сама по себѣ послѣ того, какъ больная уѣхала изъ малярійной мѣстности. Въ ноябрѣ 1899 года у дѣвочки была корь безъ осложнений. Недѣли двѣ спустя заболѣла она конъюнктивитомъ, который не прошелъ и до сихъ поръ. Послѣдній годъ часто жалуется на боли подъ ложечкой послѣ ѣды.

Настоящая болѣзнь началась 10-го числа этого мѣсяца появленіемъ мелкопятнистой сыпи по тѣлу и кровотеченіемъ изъ десенъ. Черезъ день появилось кровотеченіе изъ носу.

Послѣднюю недѣлю, кромѣ того, кашляетъ и плохо ѣсть. Отправленія на низъ нормальны. Сонъ хорошій.

Помѣщеніе, гдѣ живетъ больная, сухое и теплое. Пища хорошая, постной пищи дѣвчкѣ не даютъ.

Изъ анамнеза можно отмѣтить только то, что больная въ раннемъ дѣтствѣ страдала рахитизмомъ и перенесла корь. Къ намъ въ клинику ее приняли съ явленіями Верльгофовой болѣзни. У нея былъ, кромѣ того, кашель, который неизвѣстно когда появился и очень ей вредилъ: при каждомъ приступѣ его появлялось кровотеченіе изъ десны около одного шатавагося зуба. Въ концѣ концовъ пришлось этотъ зубъ удалить, несмотря на рискъ вызвать кровотеченіе. И, дѣйствительно, прошло около 2-хъ часовъ, пока удалось вполне остановить кровь. Внутри мы дали больной *plumbum acetisum* по 0,01 на приемъ 3 раза въ день, какъ кровоостанавливающее, и получили прекрасный результатъ, такъ какъ кровотеченіе изъ носу скоро прекратилось. Лихорадочное состояніе и кашель однако продолжались. Температура все время отличалась большой неправильностью: то она держалась около 39°, то спускалась къ 37° (см. стр. 154). Вѣсъ больной при поступленіи былъ 21940 граммъ, къ 8-му марта онъ повысился до 22880, а затѣмъ сталъ падать. Вчера ее взвѣшивали снова, и вѣсъ оказался 22330 граммъ. На видъ больная представляется нѣсколько худощавой, но очень истощенной ее назвать нельзя. Кожа на груди слегка шелушится,—это послѣдствіе согрѣвающего компресса. На спинѣ заслуживаетъ вниманія волосатость, которая указываетъ на золотушный *habitus* больной. Мышцы и подкожножирный слой развиты слабовато. Лимфатическихъ железъ прощупывается довольно много на шеѣ и подъ мышками; онѣ небольшихъ размѣровъ, не больше кофейнаго зерна—*микрополиаденнизмъ*, тоже указывающій на золотушную конституцію. Зубы неправильные: нижніе рѣзцы съ пережабиной, на верхнихъ эмаль какъ-бы изъѣдена. Это говоритъ о нѣкоторомъ упадкѣ питанія, который произошелъ, однако, не теперь, а въ то время, когда закладывались зародыши зубовъ, т. е. въ утробной жизни. Обычной причиной этого упадка бываетъ *lues*, или острая болѣзнь матери во время беременности.

Животъ нѣсколько вздутъ, нигдѣ не болѣзненъ. Печень не увеличена. Селезенка выступаетъ пальца на 2 изъ-подъ края реберъ.

Слабить вообще нормально, только существуетъ нѣкоторая склонность къ запорамъ.

Лѣвая ноздря непроходима для воздуха. Въ носу много корочекъ. На верхней губѣ нѣсколько трещинъ,—явленіе довольно частое у золотушныхъ и ведущее къ характерному утолщенію верхней губы.

Толчекъ верхушки сердца на своемъ мѣстѣ. Сердечная тупость не увеличена, тоны чисты. Пульсъ 108 разъ въ минуту, дыханіе 48. Отношеніе дыханія къ пульсу меньше, чѣмъ $1:2\frac{1}{2}$; слѣдовательно, здѣсь есть ясно выраженная одышка.

При постукиваніи спереди тупости на грудинѣ не находимъ. Вообще перкуссія грудной клѣтки спереди даетъ нормальные результаты.

При выслушиваніи непосредственно около лѣваго соска уже при поверхностномъ дыханіи слышны мелкопузырчатые влажные хрипы. При глубокомъ вздохѣ ихъ оказывается даже довольно много. По всему лѣвому легкому слышны разсѣянные влажные хрипы, а кое-гдѣ и свистящіе. Въ правомъ легкомъ спереди мелкопузырчатыхъ хриповъ не слышно, но попадаютъ сухіе хрипы и немного влажныхъ болѣе крупныхъ.

При постукиваніи сзади находимъ на лѣвой сторонѣ притупленный звукъ ниже угла лопатки, распространяющійся отъ лопаточной линіи до позвоночника. Просвѣтлѣнія тупости при глубокомъ вздохѣ не получается. При выслушиваніи сзади находимъ разсѣянные влажные и сухіе хрипы, а въ мѣстѣ притупленія при глубокомъ вздохѣ мелкіе влажные.

ДИАГНОСТИКА. Что за процессъ въ легкихъ у нашей больной? Здѣсь можетъ быть пневмонія, капиллярный бронхитъ, или простой бронхитъ; о плевритѣ же, конечно, не можетъ быть рѣчи.

Простой бронхитъ, т. е. катарръ крупныхъ и среднихъ бронховъ здѣсь несомнѣнно существуетъ, такъ какъ всюду въ легкихъ слышны сухіе и влажные хрипы; но можно съ увѣренностью сказать, что воспалительный процессъ распространяется здѣсь и на мелкіе бронхи, такъ какъ при глубо-

комъ вздохѣ во многихъ мѣстахъ слышны мелкіе влажные хрипы. Однако, это не даетъ еще намъ права сказать, что у нашей больной bronchitis capillaris. Дѣло въ томъ, что подъ этимъ названіемъ принято подразумѣвать далеко не всякій катарръ мелкихъ бронховъ, а только *разлитой* и *двусторонній*. Онъ имѣетъ совершенно опредѣленную фізіономію. Это болѣзнь дѣтей самаго юнаго возраста, выражающаяся помимо кашля еще и *ціанозомъ*, *сильной одышкой* и *очень острымъ теченіемъ*. Къ нашей больной все это совсѣмъ не подходитъ. Если у нея и есть капиллярный бронхитъ, то онъ какъ-бы разбросанъ мелкими островками; вы слышите, напр., мелкіе хрипы на лѣвой сторонѣ сзади внизу, далѣе въ легочномъ ушкѣ, можетъ быть, еще гдѣ-нибудь, а на правой совсѣмъ не находите. Подобнаго рода затушевыя, острововидныя, односторонніе капиллярныя бронхиты вы смѣло можете считать за случаи катарральной пневмоніи. У нашей больной такая діагностика тѣмъ болѣе основательна, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мелкопузырчатые хрипы отличаются уже консонирующимъ характеромъ, а сзади внизу замѣтна нѣкоторая тупость перкуторнаго звука.

Итакъ, мы рѣшили, что у нашей больной существуютъ разбросанныя фокусы катарральной пневмоніи и, собственно говоря, этого было бы достаточно для объясненія наблюдаемыхъ здѣсь одышки и лихорадочнаго состоянія. Однако, успокоиться на этомъ предположеніи нельзя, такъ какъ надо еще выяснить патогенезъ этой пневмоніи и, главнымъ образомъ, рѣшить вопросъ, не скрывается ли за ней подострый милиарный туберкулезъ?

Прямого указанія на туберкулезъ легкихъ, въ видѣ присутствія бациллъ Koch'a въ мокротѣ, мы не имѣемъ, но за то можно привести довольно много косвенныхъ уликъ въ пользу туберкулезной пневмоніи въ данномъ случаѣ. Такъ, со стороны этиологіи можно указать на то, что наша больная принадлежитъ къ числу несомнѣнно золотушныхъ субъектовъ. Общее питаніе съ первыхъ мѣсяцевъ жизни, да даже и въ утробной жизни, и до послѣдняго времени шло ненормально, что выражалось сначала рахитизмомъ, потомъ кровоточивостью и золотухой въ видѣ хроническаго насморка,

трещинъ верхней губы, волосатости спины и микрополиаде-низма. Если у такого субъекта затягивается бронхитъ и лихорадочное состояніе, то это очень подозрительно по отно-шенію къ туберкулезу. Еще подозрительнѣе, если подобный бронхитъ, несмотря на надлежащую обстановку и постель-ное содержаніе, не только не прекращается, но даже мало-по-малу усиливается, и дѣло доходить до образованія остров-ковъ катарральной пневмоніи. Особенно характерно для ту-беркулезнаго страданія, если катарральные или пневмониче-скіе хрипы сосредоточиваются, главнымъ образомъ, въ вер-хушкахъ легкихъ, или если процессъ держится лишь на одной сторонѣ. У нашей больной, хотя верхушки и здоровы, но воспалительный процессъ сосредоточивается лишь на одной лѣвой сторонѣ и не проходитъ, несмотря на постель-ное содержаніе.

Въ виду всего сказаннаго мы предполагаемъ у нашей больной возможность начала туберкулезной пневмоніи, но, такъ какъ мы не знаемъ, давно ли начался кашель и лихо-радочное состояніе и насколько то и другое окажется упор-нымъ, то поставить діагностику съ увѣренностью нельзя, а потому и предсказаніе является сомнительнымъ.

Лекція 18 марта 1900 г.

Показанная вамъ въ прошлую лекцію больная даетъ мнѣ поводъ остановиться подробнѣе вообще на леченіи кашля, съ которымъ дѣтскому врачу приходится имѣть дѣло чрез-вычайно часто.

При острыхъ *фарингитахъ* лечить кашля не приходится, дѣло другое при хроническихъ формахъ. Здѣсь кашель иногда тянется недѣлями и часто повторяется. При осмотрѣ зѣва видно увеличеніе миндалинъ и бугроватость задней стѣнки глотки, а при изслѣдованіи пальцемъ носоглоточнаго про-странства сплошь и рядомъ находятъ аденоидныя вегетации.

Въ такихъ случаяхъ леченіе нужно направить противъ этихъ гипертрофическихъ процессовъ. Лучшимъ средствомъ являются здѣсь смазыванія задней стѣнки глотки 2% рас-творомъ *argenti nitrici* или іодоглицериномъ:

Rp: T-rae iodi 1,0

Glycerini 5,0

MDS. Смазывать заднюю стѣнку глотки 1 разъ въ день.

Въ рѣзкихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ удаленію аденоидныхъ разращеній и гипертрофированныхъ миндалинъ посредствомъ операціи.

Кашель, бывающій *при заболѣваніяхъ гортани* (ложный и настоящій крупъ), очень часто заставляеть родителей обращаться къ помощи врача. Ложный крупъ начинается обыкновенно ночью вдругъ грубымъ, лающимъ кашлемъ и затрудненнымъ дыханіемъ. Самымъ лучшимъ средствомъ въ этомъ случаѣ являются отвлекающія и потогонныя; изъ нихъ на первомъ планѣ я поставилъ бы *горячія ванны* въ 31°R минутъ на 20; хорошо дѣйствуютъ также *ножныя ванны* въ 32°R съ горчицей (1 стол. ложка на ванну). Этимъ путемъ всегда удастся купировать припадокъ ложнаго крупа, и ребенокъ послѣ ванны засыпаетъ покойнымъ сномъ. Хорошимъ средствомъ мы считаемъ также *вдыханія водяныхъ паровъ*, только при этомъ надо наполнить парами всю комнату, гдѣ лежитъ больной. Если комната очень велика, то можно отгородить кровать больного ширмами, накрыть ихъ сверху одеялами и наполнить парами огражденное такимъ образомъ пространство. Для полученія большого количества пара лучше всего пользоваться раскаленными кирпичами, которые помѣщаютъ въ тазъ около постели больного и поливаютъ горячей водой.

Паровой пульверизаторъ даетъ паровъ гораздо меньше, чѣмъ раскаленные кирпичи, но за то можно направлять пары прямо въ ротъ больному, если только ребенокъ настолько послушенъ, что сидитъ передъ пульверизаторомъ съ открытымъ ртомъ.

Изъ средствъ разрѣшающихъ самымъ дѣйствительнымъ мы считаемъ *обильное горячее питье* (яблочный или малиновый чай, обыкновенный чай съ чайной ложкой рому на чашку и т. п.). Къ менѣе дѣйствительнымъ средствамъ мы относимъ разныя лекарства, каковы апоморфинъ и щелочи.

Тѣ же средства мы примѣняемъ и при дифтерійномъ крупѣ, но тамъ, конечно, важнѣе всего сдѣлать своевременно вырскиваніе антидифтерійной сыворотки.

Острый *бронхитъ* начинается частымъ и сухимъ кашлемъ, и для леченія его въ этомъ періодѣ берутся средства, разрѣшающія и усиливающія отдѣленіе слизи: щелочи (сода, минеральныя воды), апоморфинъ и отчасти ипекакуана. Апоморфинъ—средство довольно сильное; въ маленькихъ дозахъ онъ усиливаетъ отдѣленіе слизи, разжижаетъ мокроту и, такимъ образомъ, способствуетъ увлажненію слизистой оболочки (отчего кашель дѣлается рѣже) и отхаркиванію. Въ сравнительно большихъ дозахъ онъ вызываетъ рвоту. Прописывается апоморфинъ въ растворѣ 0,02 на 100 съ прибавкой сиропа и нѣсколькихъ капель соляной кислоты, напр.:

Rp: Apomorph. muriatici cr. 0,02
 Aq. destillat. 90,0
 Acid. muriatici dil. gttsV
 Syr. simpl. 10,0

MDS. По $\frac{1}{2}$ чайн., дес. л., смотря по возрасту, черезъ 2 часа.

Безъ прибавки соляной кислоты микстура изъ безцвѣтной дѣлается зеленой, что указываетъ на разложеніе апоморфина. вмѣстѣ съ щелочью выписывать апоморфинъ не слѣдуетъ, такъ какъ онъ тоже разлагается. Въ случаѣ появленія рвоты слѣдуетъ уменьшить пріемъ вдвое. Ипекакуана дѣйствуетъ подобно апоморфину: въ большихъ дозахъ она является рвотнымъ средствомъ, а въ малыхъ усиливающимъ отдѣленіе слизи и отхаркивающимъ; прописывается она въ видѣ настоя *per se* или съ содой, напр.:

Rp: Infus. rad. ipecacuanhae ex 0,2 ad 90,0
 Natri bicarbonici 0,5—1,0
 Syr. simplicis 10,0

MDS. По $\frac{1}{2}$ чайн. до десерт. ложки черезъ 2 часа.

Изъ щелочныхъ минеральныхъ водъ употребляются: Боржомъ, Эссентуки №№ 17 и 18, Эмсъ, Силезская въ чистомъ видѣ или пополамъ съ молокомъ. Маленькимъ дѣтямъ я назначаю по десертной ложкѣ черезъ 2 часа, старшимъ отъ половины до цѣлаго стакана маленькими глотками въ теченіе дня. Какую именно воду назначать, это приблизительно все равно, но слѣдуетъ принимать во вниманіе побочное дѣйствіе воды, напр., при склонности къ запору лучше давать Obersalzbrunnen или Эссентуки.

При сухомъ и очень частомъ кашлѣ лучшимъ отхаркивающимъ средствомъ являются *наркотическія*, которыя дѣйствуютъ тѣмъ, что успокаиваютъ раздражительность слизистой оболочки и даютъ время мокротѣ накопиться въ достаточномъ количествѣ, и ее удобно выхаркнуть. Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ изъ наркотическихъ я считаю морфій:

Rp: Morphii acetici 0,05
Aq. destillat. 25,0
MDS. По 2 кап. на годъ (напримѣръ, 5-ти-лѣтнему
10 кап., 8-ми-лѣтнему—16 и т. д.).

Въ случаѣ надобности можно повторить приемъ 1—2 раза въ день. Доверовъ порошокъ дается не больше, чѣмъ по 0,03—0,05 на годъ pro die въ 2—3 приема, напр.:

Rp: Pulv. Doveri 0,03—0,05
Sacchari albi 0,20
Mf.p. d.t.d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза въ день. (Реб. 3-хъ лѣтъ).

Въ случаѣ запора вмѣсто морфія и Доверова порошка прибѣгаютъ къ кодеину, который дается по 0,003 на годъ и на приемъ, напр.:

Rp: Codeini pur. 0,006
Sacchari albi 0,20
Mf.p. d.t.d. № 10
S. По 1 пор. 2 раза въ день. (Реб. 4-хъ лѣтъ).

Въ періодѣ разрѣшенія бронхита, когда появляется много влажныхъ хриповъ, аноморфинъ и щелочи противопоказаны; здѣсь болѣе умѣстны средства, ограничивающія отдѣленіе слизи или способствующія ея выведенію наружу путемъ усиленія кашля. Къ первымъ относятся вдыханія скипидара, ко вторымъ сенега и liq. ammonii anisatus. Вдыханія скипидара особенно показаны въ хроническихъ случаяхъ при обильной и вонючей мокротѣ. Для вдыханій берутъ чайную ложку французскаго скипидара на бутылку горячей воды и держатъ горлышко бутылки около рта больного; вдыханія продолжаются минуты три и повторяются раза 4 въ день. Для вдыханій скипидара въ холодномъ видѣ употребляется двухгорлая стеклянка, въ которую наливаютъ стаканъ воды и

ложку скипидара. Черезъ оба горлышка проведены стеклянныя трубки, изъ которыхъ одна не доходитъ до поверхности воды, а верхній конецъ ея при помощи гуттаперчевой трубки соединенъ съ мундштукомъ. Этотъ мундштукъ при употребленіи аппарата берется больнымъ въ ротъ и черезъ него вдыхается воздухъ изъ стклянки; другая трубочка нижнимъ концомъ погружена въ воду, а верхній конецъ ея свободенъ; эта трубочка назначена для доставленія въ аппаратъ воздуха. Больной дѣлаетъ изъ аппарата 30—50 вдыханій, повторяя ихъ 4—5 разъ въ день.

Сенега прописывается въ видѣ настоя:

Rp: Infus. rad. polyg. senegae ex 2,0 ad 90,0
Liq. ammon. anis. 1,0
Syr. simpl. 10,0

DS. По чайн. или дес. лож. черезъ 2 часа.

Чтобы вамъ было легче запомнить дозировку отхаркивающихъ средствъ, имѣйте въ виду, что доза ипекакуаны въ 10 разъ больше, чѣмъ апоморфина, а сенеги въ 10 разъ больше, чѣмъ ипекакуаны, т. е. они прописываются такъ:

Apomorphini muriat. 0,02 на 100,0
Rad. ipecacuanhae 0,20 на 100,0
„ senegae 2,0 на 100,0

Изъ наружныхъ средствъ при сухомъ, частомъ кашлѣ часто употребляется согрѣвающий компрессъ вокругъ всей груди, но я прибѣгаю къ нему рѣдко, охотно замѣняя слабыми большими горчичниками. Я беру для маленькихъ дѣтей 1 часть сухой горчицы на 5 частей пшеничной муки, для дѣтей старшаго возраста 1 часть на 3 части и, приготовивъ горчичникъ такой величины, чтобы онъ закрывалъ всю грудь, кладу его на спину или на грудь и оставляю лежать 3—5 часовъ, но не долѣе, такъ какъ при болѣе продолжительномъ дѣйствіи и такой слабый горчичникъ можетъ вызвать образованіе пузыря. Послѣ 3—5 часовъ на мѣстѣ горчичника является сильное покраснѣніе кожи, которое держится очень долго, иногда до 3-хъ сутокъ. Благоприятное дѣйствіе такихъ горчичниковъ на кашель несомнѣнно. Горчичникъ можно повторить на одномъ и томъ же мѣстѣ не ранѣе того, какъ исчезнетъ краснота.

При началѣ *крупозной пневмоніи* вмѣшательство со стороны врача требуютъ сухой, частый кашель и иногда боли въ боку. При послѣднихъ бываетъ показана теплота, т. е. приходится или положить согрѣвающій компрессъ, или намазать больной бокъ теплымъ масломъ, прикрыть его ватой и забинтовать. Противъ сухого кашля показаны наркотическія, о которыхъ мы уже говорили. Что касается до высокой температуры, то противъ нея я обыкновенно не принимаю особенныхъ мѣръ, но, если бы кто-нибудь пожелалъ прибѣгнуть къ жаропонижающимъ, то лучше всего давать фенацетинъ. Вполнѣ достаточно дать его 0,05 на годъ, такъ какъ такія дозы понижаютъ t° съ 40° до $38,5^{\circ}$ и немного улучшаютъ самочувствіе, но на теченіе болѣзни это пониженіе никакого благотворнаго вліянія не оказываетъ. Нѣмцы даютъ дозы вдвое большія противъ этихъ и достигаютъ значительнаго пониженія температуры, но это можетъ вызвать коллапсъ и потому не безопасно. Я лично, если когда-нибудь и прибѣгаю при крупозной пневмоніи къ фенацетину, то только при сильной головной боли и бессонницѣ, значить даю его какъ *pervinum*, а не какъ *antipyreticum*.

При леченіи катарральной пневмоніи, равно какъ и капиллярнаго бронхита, я считаю наилучшимъ средствомъ *горячія ванны* въ 31° на 10—15 минутъ. Лечебное значеніе этихъ ваннъ настолько велико, что, по моему мнѣнію, ими можно даже пользоваться для діагностики простой катарральной пневмоніи отъ туберкулезной. Первая легко уступаетъ такому леченію; наоборотъ, при второй облегченіе достигается рѣдко и во всякомъ случаѣ на короткое время. Что же касается до *согрѣвающего компресса*, который въ большемъ ходу при всякомъ лихорадочномъ кашлѣ, то я считаю его средствомъ гораздо болѣе слабымъ, хотя въ успокаивающемъ дѣйствиі ему отказать нельзя. При сильной одышкѣ онъ противопоказанъ, такъ какъ, сдавливая грудную клѣтку, мѣшаетъ дыханію. *Мушекъ* въ остромъ періодѣ пневмоніи я никогда не ставлю; я считаю ихъ показанными только въ случаяхъ затянувшихся, гдѣ лихорадка уже прекратилась, а между тѣмъ остался на ограниченномъ пространствѣ инфильтратъ, который не рассасывается.

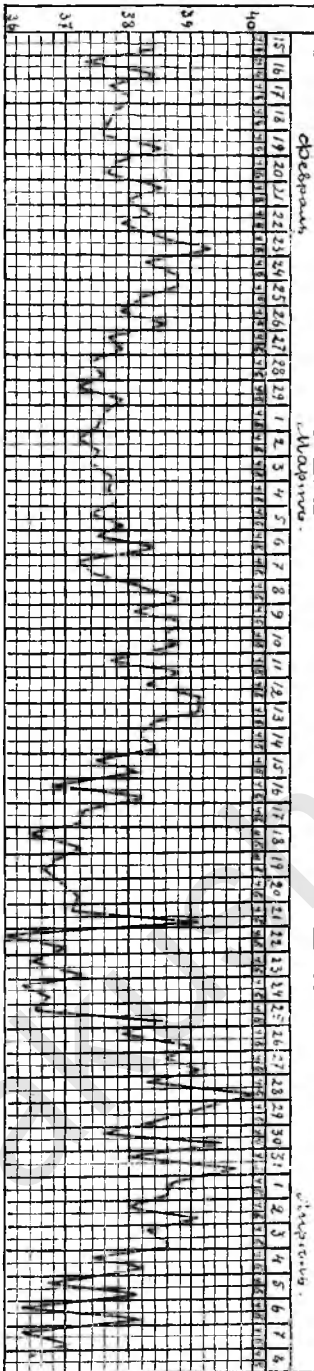
О леченіи плеврита было говорено въ одной изъ предыдущихъ лекцій.

Лекція 21 марта 1900 г.

Въ прошлую лекцію я не успѣлъ ничего сказать вамъ объ употребленіи различныхъ препаратовъ *креозота*, которые при леченіи кашля имѣютъ большое значеніе. Я употребляю ихъ, во-1-хъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ подозрѣніе на туберкулезный характеръ болѣзни; во-2-хъ, при всякомъ хроническомъ бронхитѣ, когда можно предполагать болѣе или менѣе сильное разрыхленіе слизистыхъ оболочекъ дыхательныхъ путей и, въ-3-хъ, при скопленіи слизи, т. е. при обильныхъ, влажныхъ хрипахъ и при бронхоэктазахъ.

При туберкулезѣ я вовсе не рассчитываю убить этими средствами туберкулезныхъ бациллъ, находящихся въ организмѣ, такъ какъ для этого концентрація этихъ средствъ въ крови чрезчуръ слаба, но можно надѣяться, что креозотъ и его препараты, всасываясь въ кровь, распредѣляются по всемъ тканямъ организма и, такъ сказать, портятъ почву для дальнѣйшаго развитія бациллъ. Бактеріологія учитъ, что для того, чтобы помѣшать росту культуръ тѣхъ или другихъ микробовъ, требуется иногда ничтожная прибавка къ питательной средѣ антисептическаго вещества, напр., карболовой кислоты; нѣчто подобное имѣетъ мѣсто и въ организмѣ. Что препараты креозота имѣютъ задерживающее вліяніе на развитіе туберкулеза, это показываютъ и опыты надъ животными. Дѣлали прививку туберкулезныхъ культуръ въ переднюю камеру глаза кроликамъ и затѣмъ одну часть ихъ подвергали леченію іодоломъ, другую нѣтъ. Оказывалось, что у первой партіи туберкулы развились только въ радужной оболочкѣ, а у второй получился общій туберкулезъ.

Чистый креозотъ въ настоящее время болѣе не употребляется, такъ какъ слишкомъ раздражаетъ желудокъ; поэтому пользуются однимъ изъ его препаратовъ: креозоталомъ, углекислымъ гваяоломъ и іодоломъ, которые все дѣйствуютъ одинаково, но лишены раздражающихъ свойствъ. Все ихъ можно давать по столько дециграммъ *pro die*, сколько боль-



ному лѣтъ въ 3 приема, а при наклонности къ поносу не много меньше.

Теперь мы возвратимся къ больной, которая послужила предметомъ настоящей лекціи.

Температура у нея упала, кашель сталъ меньше и хриповъ почти совсѣмъ нѣтъ. Лечили мы ее слѣдующимъ образомъ. Въ виду habitus'a больной, слабости ея и нѣкоторыхъ указаній въ анамнезѣ, я опасался бацилярнаго процесса въ легкихъ, а потому, какъ только кровотеченія прекратились, назначилъ ей тиоколь по 0,3 три раза въ день. Въ виду частаго и сухого кашля ставили горчичники и давали кодеинъ. Мы остановились изъ наркотическихъ именно на немъ, потому что у больной была склонность къ запорамъ. и ей все время приходилось ставить клизмы. Въ дальнѣйшемъ теченіи кашель сталъ болѣе влажнымъ, появилось много влажныхъ хриповъ, а потому кодеинъ былъ отмѣненъ, и съ 3-го марта были назначены вдыханія скипидара, тиоколь же продолжали давать все время. Такъ какъ дѣвочка малокровна, то съ 7-го марта ей начали давать еще carniferin, но скоро его пришлось отмѣнить въ виду новаго повышенія температуры.

Вотъ при такомъ леченіи, отчасти симптоматическомъ, отчасти направленномъ противъ туберкулеза, въ настоящее время наблюдается у больной значительное улучшеніе. Въ

прошлый разъ я поставилъ у нашей больной діагностику туберкулеза и, если бы я былъ увлекающимся юношей, то это улучшение я могъ бы разсматривать, какъ примѣръ благотворнаго вліянія креозотовыхъ препаратовъ на туберкулезъ и вновь бы сослался на упомянутые немного раньше эксперименты надъ животными. Но, къ сожалѣнію, я по своему опыту знаю, что чудодѣйственной силой эти средства всеѣмъ не обладаютъ. Я скорѣе готовъ согласиться, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о простой затянувшейся гриппозной пневмоніи. Тѣмъ не менѣе обращаться съ этой дѣвочкой нужно все-таки съ большой осторожностью, и, будь она изъ богатаго круга, я непременно послалъ бы ее на лѣто въ деревню, а на осень и зиму на югъ. Дѣло въ томъ, что больная наша несомнѣнно предрасположена къ туберкулезу, который можетъ присоединиться къ любому воспалительному процессу, и наша главная забота должна быть направлена къ улучшенію общаго питанія и укрѣпленію организма.

Я думаю нѣкоторое время продолжать леченіе креозотовыми препаратами, а когда мы убѣдимся, что пониженіе температуры держится стойко, а хрипы исчезли, то перейдемъ къ общеукрѣпляющему леченію. Здѣсь можно будетъ назначить рыбій жиръ и желѣзо. Первый лучше давать не одновременно съ ѣдой, чтобы способствовать послабленію. Чтобы не усиливать запора, лучше не давать вяжущихъ препаратовъ желѣза, а назначить бѣлковые; изъ нихъ по содержанію желѣза самый богатый карниферринъ (желѣзо въ соединеніи съ мясофосфорной кислотой); второе мѣсто занимаетъ ферратинъ, который все-таки чаще употребляется, такъ какъ онъ совершенно безвкусенъ.

Съ 25-го марта у больной температура вновь начала повышаться и снова въ легкихъ появилось много влажныхъ хриповъ. Пришлось снова отмѣнить карниферринъ, который опять стали было давать съ 24-го марта, и перейти къ креозоталу и согрѣвающему компрессу. Температура начала понижаться только 3-го апрѣля и постепенно спустилась до нормы.

Хриповъ въ легкихъ къ этому времени почти совсѣмъ не было. 8-го апрѣля больная выписалась изъ клиники въ удовлетворительномъ состояніи, но съ тѣмъ, чтобы и дома продолжать леченіе креозоталомъ и рыбимъ жиромъ.

акusher-lib.ru

Острый милиарный туберкулезъ.*Лекція 3 ноября 1900 г.*

Настя Ф., 11-ти лѣтъ, поступила въ клинику 30-го октября по поводу жара и головной боли.

ANAMNESIS. Отецъ ея, 46-ти лѣтъ, человекъ очень крѣпкаго здоровья; мать умерла нынѣшней весной 37 лѣтъ на третій день послѣ родовъ (былъ сдѣланъ поворотъ). Вообще была здоровая женщина. Туберкулезной наслѣдственности со стороны отца или матери нѣтъ. Всѣхъ дѣтей было 11 человекъ, изъ нихъ въ живыхъ двое; остальные умирали отъ неизвѣстныхъ причинъ до 2-хъ лѣтъ. У больной есть братъ, 8-ми лѣтъ, — здоровый мальчикъ.

Наша больная, по счету 8-ая, родилась въ срокъ; болѣзней новорожденныхъ не имѣла; ходить стала въ концѣ 2-го года и не переставала. Грудью кормила мать только три недѣли, а потомъ перевела на рожокъ. До настоящей болѣзни года 1½ назадъ перенесла дифтерію, а раньше были корь и коклюшъ. Настоящая болѣзнь началась 23-го октября (10 дней тому назадъ) жаромъ и головной болью и съ тѣхъ поръ течетъ безъ всякихъ колебаній. Квартира, гдѣ живетъ больная, теплая и сухая.

За 4 дня пребыванія въ клиникѣ самая низкая температура была 38,9°, самая высокая—40,2° (см. стр. 165).

При поступленіи аппетитъ былъ очень плохъ, такъ что пришлось назначить молоко, какъ лекарство. Но потомъ ап-

петить улучшился, такъ что больная добровольно выпивала около 2—3-хъ кружекъ молока. Все время отмѣчается наклонность къ запорамъ, почему приходилось прибѣгать къ клизмамъ. Ночи спала плохо: мѣшалъ кашель.

STATUS PRAESENS на 11-ый день болѣзни. Больная худощавая дѣвочка; окраска кожи блѣдная и на лицѣ носить даже слегка зеленоватый оттѣнокъ. Кожа вокругъ губъ и на носу особенно блѣдна; подъ глазами синеватые круги. На щекахъ румянецъ съ синеватымъ оттѣнкомъ. Никакой сыпи по тѣлу не замѣчается. Подкожно-жирный слой развитъ умеренно. Кожа нигдѣ не образуетъ складокъ. У больной очень длинныя рѣсницы. Края вѣкъ красны и покрыты небольшими корочками и чешуйками—легонькій blepharitis (такъ называемые, золотушные глаза). Окраска конъюнктивъ нормальная.

Лимфатическія железы на шеѣ, подъ мышками и въ пахахъ не увеличены. Мышечная и костная системы развиты правильно, за исключеніемъ грудной клѣтки, гдѣ отмѣчается западеніе нижняго конца грудины и нѣкоторое выстояніе нижнихъ краевъ ложныхъ реберъ (слѣды рахитизма).

Языкъ обложенъ нетолстымъ бѣлымъ налетомъ; десны нормально окрашены; зубы въ порядкѣ. Зѣвъ чистый. Диспептическихъ явленій нѣтъ. Животъ не вздутъ и не втянутъ, нигдѣ не болѣзненъ. Изъ-подъ края ложныхъ реберъ слегка выдается селезенка мягкой консистенціи, не болѣзненная при давленіи. Селезеночная тупость доходитъ кверху до 8-го ребра. Край печени не простушивается, по перкуссіи границы печени нормальны. На низъ было сегодня безъ клизмы оформленными испраженіями.

Толчекъ сердца въ 5-мъ межреберьѣ чуть-чуть кнутри отъ сосковой линіи. Сердечная тупость влѣво граничитъ съ мѣстомъ толчка, вправо доходитъ только до лѣваго края грудины. При выслушиваніи всюду 2 чистыхъ тона. Пульсъ 140 разъ въ минуту, слабago наполненія, легко сдавливается подъ пальцемъ.

Носъ чистый. *Ноздри рѣзко раздуваются* при дыханіи. *Число дыханій 100*, вчера оно было 65, но и тогда отношеніе числа дыханій къ пульсу было какъ 1:2, что указываетъ на

несомнѣнную одышку; при изслѣдованіи легкихъ спереди всюду находимъ ясный звукъ и чистое дыханіе. Какъ только мы сажаемъ дѣвочку, тотчасъ же является частый, сухой кашель.

Измѣненія перкуторнаго звука нигдѣ не находимъ. При выслушиваніи ни хриповъ, ни бронхіальнаго дыханія, ни бронхофоніи нигдѣ нѣтъ.

Моча кислой реакціи, 1,030 удѣльнаго вѣса, при стояніи даетъ обильный осадокъ, растворимый въ щелочахъ и при подогрѣваніи (ураты). Бѣлка, сахара и индикана не содержитъ. Діазореакція Эрлиха удается очень рѣзко.

Значительная общая слабость, хотя больная и можетъ нѣкоторое время сидѣть въ постели; плохой сонъ, бреда нѣтъ. Сознаніе вполне сохранено, расположеніе духа—покойное, сонливости нѣтъ. Потовъ не бываетъ. Т° сегодня утромъ 39,5°.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ дѣвочкой на 11-мъ днѣ болѣзни съ постоянной температурой выше 39°. У нея отмѣчается значительная одышка и кашель при отрицательныхъ объективныхъ данныхъ со стороны груди; увеличенная и безболѣзненная мягкая селезенка; моча даетъ діазореакцію. Сыпи по тѣлу, насморка, бреда и помраченія сознанія нѣтъ.

ДИАГНОСТИКА. Больная поступила въ клинику съ діагностикой „тифъ“ и въ пользу такого распознаванія можно было привести довольно существенные доводы, каковы: 1) высокая лихорадка типа *continua remittens*, которая не могла быть объяснена какимъ-либо мѣстнымъ процессомъ, 2) опухоль селезенки, 3) рѣзко выраженная діазореакція, 4) умѣренный бронхитъ. Отсутствіе розеолы, поноса и тифознаго *habitus'a*, конечно, не могло исключить тифа, такъ какъ симптомы эти при дѣтскомъ тифѣ отсутствуютъ нерѣдко, но тѣмъ не менѣе діагностика тифа сразу была поколеблена благодаря одному симптому, наличность котораго не могла быть объяснена тифомъ; симптомъ этотъ—*чрезмѣрно учащенное дыханіе*. Для объясненія этого симптома нужно искать другой причины и мы сдѣлаемъ три предположенія: 1) не имѣемъ ли мы дѣло съ, такъ называемымъ, *pneumo-typhus*, или 2) можетъ быть, тифа тутъ совсѣмъ нѣтъ, а имѣется просто

центральная пневмонія, или, наконецъ, дѣло идетъ 3) объ *остромъ миллиарномъ туберкулезѣ*.

Ad 1. Встрѣчаются иногда случаи тифа, отличающіеся тою особенностью, что уже съ первыхъ дней болѣзни появляются симптомы воспаления одного изъ внутреннихъ органовъ, такъ что въ первое время врачъ даже и не подозреваетъ тифа, диагностика котораго выясняется много позднѣе. Сообразно тому, какой органъ поражается, подобнаго рода случаи описываются, какъ нефро-тифъ, плевро-тифъ и т. п. О патогенезъ подобныхъ случаевъ мы еще не имѣемъ достовѣрныхъ свѣдѣній, но извѣстно, однако, что простымъ совпадениемъ двухъ инфекцій (напр., пневмококкомъ и палочкой Eberth'a) объяснить всѣ случаи нельзя, такъ какъ описано не мало случаевъ, когда въ воспаленныхъ органахъ находили ту же самую Эбертовскую палочку, что и въ кишечникѣ. Впрочемъ, этотъ теоретическій вопросъ для насъ сейчасъ не имѣетъ особаго значенія; гораздо интереснѣе рѣшить, можно ли допустить здѣсь осложненіе тифа пневмоніей, т. е. не пневмотифъ ли у нашей больной? Конечно, нѣтъ, такъ какъ пневмотифъ характеризуется раннимъ появлениемъ уплотнѣнія легкаго и другихъ признаковъ пневмоніи, а мы ихъ и до сихъ поръ еще не видимъ, хотя больная находится уже въ концѣ второй недѣли. Съ цѣлью окончательнаго выясненія вопроса о тифѣ была произведена реакція Vidal'я, давшая безусловно отрицательный результатъ: даже при разведеніи 1:10 палочки продолжали двигаться въ теченіе двухъ часовъ.

Ad 2. Мысль о центральной пневмоніи, т. е. о такомъ воспаленіи легкаго, которое долго не выясняется, должна приходить вамъ всякій разъ, когда острое заболѣваніе начинается сильнымъ жаромъ, одышкой, сухимъ кашлемъ и иногда болью въ груди или въ животѣ; особенно подумайте о пневмоніи, когда упомянутые симптомы развиваются послѣ гриппа и касаются ребенка въ возрастѣ до 2—3 лѣтъ. Въ виду того, что у дѣтей старшаго возраста центральныя пневмоніи встрѣчаются рѣдко, да и у маленькихъ онѣ выясняются въ большинствѣ случаевъ въ промежутокъ времени отъ 5-го до 9-го дня, а между тѣмъ нашей больной уже 12 лѣтъ и болѣзнъ

тянется болѣе 1½ недѣли, предположеніе центральной пнеймоніи къ данному случаю совсѣмъ не подходитъ.

Ad 3. Путемъ исключенія мы подошли къ острому милиарному туберкулезу. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи процессъ этотъ характеризуется между прочимъ тѣмъ, что милиарные бугорки охотно высыпаютъ на мѣстѣ перехода капиллярнаго бронха въ альвеолы, т. е. какъ разъ въ самыхъ узкихъ каналахъ и тѣмъ сильно затрудняютъ доступъ воздуха къ легочнымъ пузырькамъ, отчего одышка, въ видѣ значительно учащеннаго дыханія, является обычнымъ симптомомъ остраго милиарнаго туберкулеза легкихъ. Такъ какъ высыпаніе бугорковъ не сопровождается въ первое время уплотнѣніемъ легкихъ, то физикальное изслѣдованіе груди даетъ лишь отрицательные результаты; можете принять за правило, что, *если болѣзнь протекаетъ какъ тифъ, т. е. при высокой температурѣ безъ мѣстныхъ симптомовъ, но больной очень часто дышетъ и для объясненія этой одышки вы не имѣете основаній предположить центральную пнеймонію* (если, наприм., случай тянется долѣе недѣли), *то думайте прежде всего объ остромъ милиарномъ туберкулезѣ*, и вы рѣдко ошибетесь.

Діазореакція въ нашемъ случаѣ нисколько не говоритъ противъ остраго милиарнаго туберкулеза, такъ какъ она встрѣчается при немъ также постоянно, какъ и при тифѣ.

Діагностику туберкулеза вообще, а, стало быть, и остраго милиарнаго, всегда для большей увѣренности желательно подкрѣплять и этиологическими данными, т. е. надо выяснитъ, способенъ ли данный субъектъ заболѣть туберкулезомъ. Въ нашемъ случаѣ наслѣдственнаго расположенія нѣтъ, но дѣвочка несомнѣнно золотушнаго вида (глаза) и со слѣдами рахитизма; извѣстно, что и золотушныя, и рахитическія дѣти могутъ представлять удобную для туберкулеза почву. Въ свое время дѣвочка перенесла корь и коклюшъ; слѣдовательно, она долго хворала катаррами дыхательныхъ органовъ, а при ея расположеніи къ туберкулезу легко могли образоваться подъ вліяніемъ этихъ катарровъ творожистые фокусы въ бронхіальныхъ железахъ, а отсюда самозараженіе бациллами Koch'a, и въ результатѣ острый милиарный туберкулезъ.

Итакъ, мое личное мнѣніе сводится къ тому, что мы имѣ-

емъ дѣло со случаемъ остраго милиарнаго туберкулеза; окончательнаго выясненія діагностики надо ждать отъ дальнѣйшаго теченія. Если это дѣйствительно туберкулезъ, то скоро должны появиться катарральныя явленія со стороны среднихъ и мелкихъ бронховъ, т. е. средне- и мелко-пузырчатые хрипы, позднѣе можетъ развиваться и пнеймонія, и во всякомъ случаѣ летальный исходъ не заставитъ себя долго ждать, такъ какъ продолжительность остраго милиарнаго туберкулеза равняется въ среднемъ 3—4 недѣлямъ, рѣдко онъ затягивается до 6 недѣль. Если же вопреки ожиданіямъ температура спадетъ, одышка исчезнетъ и больная поправится, тогда заднимъ умомъ я скажу, что тутъ былъ не тифъ и, конечно, не милиарный туберкулезъ, а вѣроятнѣе всего тяжелая инфлюэнца съ нервной одышкой; дѣло въ томъ, что токсины инфлюэнцы могутъ порождать самые разнообразныя нервныя симптомы, каковы, наприм., спячка, бредъ, невралгическія боли и пр., а въ томъ числѣ и одышку отъ пораженія дыхательныхъ центровъ; на одышку при отрицательныхъ явленіяхъ со стороны грудныхъ органовъ, какъ на характерный, хотя и не постоянный симптомъ инфлюэнцы указываютъ многіе авторы.

Полноты ради упомяну еще и о томъ, что одышка при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія легкихъ можетъ быть слѣдствіемъ обширныхъ капиллярныхъ эмболій въ области легочной артеріи, но въ данномъ случаѣ для этого нѣтъ этиологическихъ моментовъ, каковы, жировая эмболія или пороки сердца.

Выше приведенныя разсужденія позволяютъ заключить, что я все-таки колеблюсь поставить окончательный діагнозъ остраго милиарнаго туберкулеза и я вамъ скажу почему. Во-первыхъ, меня нѣсколько смущаетъ *habitus* больной, состояніе ея нервной системы, отсутствіе бреда и другихъ, такъ сказать, тифозныхъ симптомовъ. При милиарномъ туберкулезѣ въ кровь поступаютъ и бациллы Koch'a, и токсины ими фабрикуемые; первыя влекутъ за собой развитіе бугорковъ въ различныхъ органахъ, а вторыя вызываютъ общія явленія въ видѣ болѣе или менѣе сильной лихорадки, быстро похуданія и тифозныхъ симптомовъ со стороны нервной системы.

Вотъ послѣднихъ то у нашей больной и нѣтъ. Конечно, это обстоятельство никоимъ образомъ не исключаетъ туберкулеза, такъ какъ общее правило, по которому токсины при инфекціонныхъ болѣзняхъ не всегда бываютъ одинаковой злокачественности, всецѣло относится и къ туберкулезу; въ литературѣ описаны, наприм., и такіе случаи, когда острый милиарный туберкулезъ протекалъ не только безъ тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ, но даже и безъ повышенія температуры.

Во—2-хъ, осторожность въ діагностикѣ требуется еще и сравнительной рѣдкостью случаевъ остраго милиарнаго туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ; за 10 лѣтъ существованія нашей клиники я не помню ни одного чистаго случая остраго милиарнаго туберкулеза.

Третье обстоятельство, говорящее не въ пользу милиарнаго туберкулеза легкихъ, это—отсутствіе явленій бронхита; кашель, правда, есть, но нѣтъ влажныхъ хриповъ, которые въ концѣ второй недѣли должны бы уже появиться. Нѣтъ также и милиарныхъ бугорковъ на днѣ глаза, которые встрѣчаются приблизительно въ 10⁰/₀ случаевъ и которые могли бы установить распознаваніе вполнѣ точно.

Лекція 7 ноября 1900 г.

Сегодня уже 16-ый день болѣзни. Температура за это время стала немного ниже, но продолжаетъ носить характеръ *f. continua remittens*. Никакихъ мѣстныхъ явленій для объясненія этого жара попрежнему нѣтъ; одышка безъ перемѣнъ, кашель не сильнѣе. При выслушиваніи легкихъ третьяго дня сзади на лѣвой сторонѣ между угломъ лопатки и позвоночникомъ слышались влажные довольно мелкіе и даже трескучіе хрипы, но на другой день они исчезли, а 6-го (вчера) появились снова, но уже не тамъ, а около праваго соска; сегодня ихъ и здѣсь нѣтъ. Такое быстрое появленіе и столь же быстрое исчезаніе какъ-бы мелкихъ пнеймоническихъ фокусовъ, можетъ быть объяснено, согласно воззрѣнію *Cadet de Gassicourt* и другихъ французскихъ авторовъ, временными приливами, сопровождающими, быть можетъ,

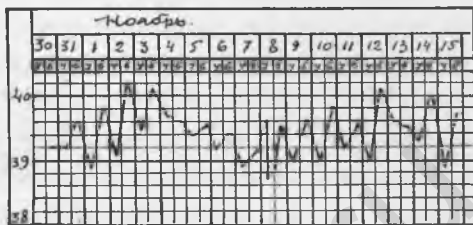
новое высыпаніе бугорковъ; но считать такіе приливы вѣрнымъ признакомъ милиарнаго процесса, конечно, нельзя, такъ какъ они наблюдаются не при одномъ лишь туберкулезѣ, но и при другихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ легкихъ, наприм., при кори, гриппѣ и коклюшѣ. Аппетитъ, прежде совсѣмъ плохой, за послѣдніе дни какъ-будто улучшился; головной боли, бреда, сухого языка, поноса и розеолы попрежнему нѣтъ. Для измѣненія діагностики никакихъ основаній нѣтъ; напротивъ, чѣмъ дальше тянется подобная одышка съ сильнымъ жаромъ безъ мѣстныхъ явленій, тѣмъ больше шансовъ въ пользу остраго милиарнаго туберкулеза, по крайней мѣрѣ, въ теченіе первыхъ трехъ недѣль.

ЛЕЧЕНИЕ. Имѣя въ виду весьма благоприятные результаты, которые получаютъ отъ горячихъ ваннъ при катаральныхъ пнеймоніяхъ у дѣтей, когда ванны эти дѣйствуютъ, повидимому, какъ сильно отвлекающее средство, мы считали ихъ показанными и у нашей больной, а потому онѣ и дѣлались первое время ежедневно (30° до 31° R). Въ виду нѣкоторой слабости пульса во избѣжаніе коллапса за полчаса до ванны давали 0,12 *coffeini natrobenzoici*, а передъ самой ванной десертную ложку портвейна. Ванны дѣлались всегда въ присутствіи врача, который, въ случаѣ надобности, т. е. при первыхъ признакахъ упадка дѣятельности сердца, могъ прекратить ванну во всякое время. Переносились онѣ въ теченіе $\frac{1}{4}$ часа все время очень хорошо: сонъ улучшился и кашель сталъ меньше. Помимо приемовъ возбуждающихъ средствъ передъ ванной, въ теченіе дня больная получала 4 порошка *coffein'a* въ указанной уже дозѣ и каждые 2 часа по десертной ложкѣ вина.

Изъ лекціи 18 ноября 1900 г.

Въ дальнѣйшемъ теченіи температура все время держалась между 39° и 40°. 8-го ноября въ легкихъ сзади появились влажные средне-пузырчатые хрипы, которые съ тѣхъ поръ болѣе не исчезали и захватывали все большее пространство. Появился ціанозъ, слабость все болѣе и болѣе усиливалась и 16 ноября дѣвочка погибла на 25-ый день болѣзни.

При вскрытіи было найдено обильное высыпаніе миллиарных бугорковъ во всѣхъ внутреннихъ органахъ. Особенно много ихъ было въ обоихъ легкихъ, селезенкѣ и подъ серознымъ покровомъ печени. Бронхіальныя железы были нѣсколько гиперплазированы и двѣ изъ нихъ оказались въ начальномъ періодѣ казеознаго перерожденія. Брыжжеечныя железы также были гиперплазированы и во многихъ изъ нихъ были найдены миллиарные бугорки.



Діагностика остраго миллиарнаго туберкулеза, такимъ образомъ, подтвердилась вполне. Патогенезъ случая ясенъ: самозараженіе организма произошло изъ стараго туберкулезнаго фокуса въ бронхіальныхъ железахъ, а эти послѣднія поразились, вѣроятно, еще во время кори и коклюша. Такъ бываетъ обыкновенно, и въ этомъ отношеніи случай нашъ ничего особеннаго не представляетъ. Туберкулезной наслѣдственности въ данномъ случаѣ не было, но подъ вліяніемъ рожковаго кормленія дѣвочка страдала рахитизмомъ (искривленіе грудины и реберъ, поздно начала ходить) и представляла до нѣкоторой степени золотушный habitus (вѣски, рѣсницы), а при такихъ условіяхъ мы, конечно, имѣемъ право предполагать у нея приобрѣтенное расположеніе къ туберкулезу, такъ какъ при рахитизмѣ и золотухѣ организмъ представляетъ обыкновенно удобную почву для культивированія бациллы Koch'a.

XV.

Vulvitis.

Лекція 14 марта 1900 г.

Аня Я., 3-хъ лѣтъ 10-ти мѣсяцевъ, поступила въ клинику 9-го марта по поводу затрудненнаго и болѣзненнаго мочеиспусканія.

АНАМНЕЗЪ. Больная наша происходитъ отъ вполне здоровыхъ родителей. Отецъ — врачъ, 37-ми лѣтъ, матери — 33; послѣдняя — женщина нѣсколько нервная. Указаній на туберкулезъ, сифилисъ и алкоголизмъ со стороны родителей нѣтъ. Отецъ и двоюродный братъ матери страдали какимъ-то психическимъ разстройствомъ.

У матери было 4 беременности, изъ которыхъ вторая кончилась выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ, а четвертая — преждевременными родами на 8-мъ мѣсяцѣ, ребенокъ умеръ черезъ часъ. Въ это время мать хворала какимъ-то поносомъ, сопровождавшимся повышеніемъ температуры. Кромѣ нашей больной въ живыхъ еще одна дѣвочка, 9-ти лѣтъ, здоровая, но нервная.

Наша больная, по счету второй ребенокъ, родилась въ срокъ, чистенькая. Роды были легкіе, болѣзней поворожденныхъ не было. Кормилась грудью матери 3 мѣсяца и все время страдала диспепсіей. По переходѣ на коровье молоко кишечникъ пришелъ въ порядокъ. Зубы стали рѣзаться 5-ти мѣсяцевъ; на ножки начала становиться 10-ти, пошла 1 году

2-хъ мѣсяцевъ, ходить не переставала. На первомъ году жизни была небольшая экзема на щекахъ и по тѣлу. Году былъ коклюшъ, продолжавшійся мѣсяца 1½. Въ началѣ 2-го года стала появляться крапивная сыпь, то исчезающая, то появляющаяся на короткое время вновь. Черезъ нѣсколько времени сыпь сдѣлалась стойкой, зудѣла только по ночамъ и была признана за *prurigo*. Отмѣчается наклонность къ запорамъ.

Последнее заболѣваніе началось 3 недѣли тому назадъ жаромъ 38,4° и рвотой; языкъ былъ обложенъ. Уже въ первый день заболѣванія было отмѣчено болѣзненное мочеиспусканіе. Кромѣ того, сильно чесалось тѣло, а особенно половыя части, такъ что пришлось держать руки. На другой день послѣ начала болѣзни замѣтили на губахъ, языкѣ и внутренней поверхности щекъ много пузырьковъ, которые лопались и образовывали небольшія язвочки. Десны стали красны, слегка кровоточили. Ребенокъ могъ ѣсть только жидкую пищу. Былъ небольшой запахъ изо рта. Черезъ недѣлю изъязвленія слизистой оболочки рта совсѣмъ зажили. Въ это же время сдѣлалось настолько сильное задержаніе мочи, что пришлось прибѣгнуть къ катетеру, при этомъ была замѣчена краснота и припухлость *vulvae*. Чтобы облегчать мочеиспусканіе, стали поливать половыя части водой. Это давало больной возможность мочиться 2—3 раза въ день съ меньшею болью.

Лечилась она Эмсомъ, подмываніемъ квасцами и *kali chlorico*. Черезъ день дѣлали теплыя ванны и внутрь давали бромъ. 2 раза наружныя половыя части были смазаны 2% растворомъ *argent. nitric*. Такъ дѣло шло въ теченіе всей слѣдующей недѣли, къ концу которой мочеиспусканіе сдѣлалось болѣе свободнымъ. Но это продолжалось недолго. Черезъ 2—3 дня боли при мочеиспусканіи возвратились, а между половыми губами показалось серозно-кровянистое отдѣляемое. Въ дальнѣйшемъ теченіи отдѣляемое усилилось, а губы настолько запухли, что рассмотреть болѣе глубокія части не удавалось. Одновременно съ этимъ мать замѣтила и измѣненіе въ общемъ состояніи больной: дѣвочка стала блѣднѣе, потеряла аппетитъ и ослабѣла. Кромѣ ваннъ и подмываній,

за послѣднее время примѣняли присыпку изъ ксероформа и тампоны, смоченные сулемой.

То все время болѣзни къ вечеру нѣсколько повышалась.

Съ такимъ анамнезомъ и съ готовой діагностикой *vulvitis aphtosa* поступила къ намъ въ клинику дѣвочка 9-го марта. *Vulvitis aphtosa* — такая рѣдкая вещь, что мнѣ ее за всю мою практику не пришлось встрѣтить ни разу. Въ литературѣ можно, конечно, найти описанія всевозможныхъ случаевъ, и вотъ, когда заходитъ рѣчь о *vulvitis aphtosa*, то все ссылаются на случай, описанный Parrot. Онъ наблюдалъ вульвитъ, сопровождавшійся высыпаніемъ пузырьковъ на наружныхъ половыхъ частяхъ и на кожѣ. Пузырьки эти лопались и получались язвочки, напоминавшія афты.

Имѣя готовую діагностику такой рѣдкой формы, я съ большимъ интересомъ приступилъ къ осмотру этой больной. Прежде всего мнѣ бросились въ глаза чрезвычайно сильно распухшія, отечныя, сине-багроваго цвѣта большія срамныя губы. Попытка раздвинуть ихъ вызвала рѣзкій крикъ ребенка, — очевидно, что она причинила сильную боль. Сказать совсѣмъ опредѣленно, что собственно было видно при раздвиганіи губъ вслѣдствіе очень сильной общей набухлости было трудно: вся слизистая была ярко-краснаго цвѣта и покрыта не то гноемъ, не то налетомъ, но, впрочемъ, картина эта оказалась мнѣ хорошо знакомой. Когда я вижу такія набухшія сине-багровыя срамныя губы, то мнѣ всегда представляются три болѣзни: 1) *флегмона губъ*, которая бываетъ обыкновенно на одной сторонѣ и зависитъ отъ нагноенія Бартолиновой железы, 2) *erysipelas* большихъ губъ, начавшійся изъ какой-нибудь ссадины на нихъ; ссадины же въ теченіе различныхъ вульвитовъ бываютъ нерѣдко. Особенностью рожии половыхъ частей является то, что пораженное мѣсто бываетъ не ярко-краснаго цвѣта, а именно синебагроваго. Только черезъ 1—2 дня опухоль губъ опадаетъ и настоящая рожистая краснота начинаетъ распространяться дальше. 3) *Дифтерія губъ*.

При флегмонѣ губы отличаются своею плотностью, при рожѣ краснота никогда не располагается симметрично, а потому картина, бывшая предо мной, болѣе всего подходила къ дифтеріи, хотя и не было сплошныхъ налетовъ.

Для выясненія вопроса я обратился къ бактериоскопическому изслѣдованію и оно дало вполнѣ опредѣленные результаты: получена культура дифтерійныхъ палочекъ, хорошо красившихся по Neisser'y. Въ дополненіе къ этому сдѣлали прививку морской свинкѣ и она погибла въ 46 часовъ при обычной картинѣ дифтеріи.

Какъ только характеръ болѣзни былъ установленъ, дѣвочку перевели въ дифтерійный баракъ и сдѣлали ей прививку антидифтерійной сыворотки Behring'a № 3 (11-го марта).

Здѣсь является вопросъ, не слишкомъ ли поздно было дѣлать впрыскиваніе, такъ какъ обыкновенно считаютъ, что его нужно дѣлать не позже 5-го, много 7-го дня болѣзни, а наша дѣвочка была больна уже 3 недѣли.

Я считаю, что противъ *мѣстныхъ явленій* сыворотка *всегда* помогаетъ; дѣло другое—явленія общаго отравленія организма токсинами; противъ нихъ позднія впрыскиванія, конечно, безсильны. Но въ нашемъ случаѣ дифтерія по своимъ свойствамъ была доброкачественная, такъ какъ не вліяла ни на температуру, ни на пульсъ больной, и намъ нужно было лечить только мѣстныя явленія. Кромѣ того, мы не можемъ съ точностью установить, когда началась болѣзнь; вполнѣ возможно, что сначала былъ простой катарръ влагалища, къ которому и привилась дифтерія.

Такъ какъ отецъ больной — врачъ, то легко могло случиться, что онъ самъ и заразилъ ее. Косвеннымъ указаніемъ на послѣдовательное зараженіе можетъ служить то обстоятельство, что одно время дѣвочкѣ стало лучше, а затѣмъ наступило новое ухудшеніе.

Уже на другой день послѣ впрыскиванія больной стало лучше, а къ сегодняшнему дню воспалительный отекъ большихъ губъ совсѣмъ опалъ и входъ во влагалище расширился.

Помимо впрыскиванія мы прибѣгали и къ мѣстнымъ средствамъ. Еще до перевода въ баракъ, чтобы облегчить болѣзненное мочеиспусканіе, мы употребляли компрессы изъ свинцовой примочки и 3⁰/₀ кокаиновую мазь. Обливаніе половыхъ частей водой попробовали замѣнить общей тепловатой ванной, въ которой и предлагали больной мочиться, но

все это мало облегчало боль. Со вчерашняго дня я назначилъ присыпку изъ ортоформа, которымъ рекомендовали засыпать афты во рту передъ ѣдой, такъ какъ онъ обладаетъ обезболивающими свойствами. Можетъ быть, эти свойства и сыграли роль и здѣсь, а, можетъ быть, и благодаря тому, что воспалительныя явленія стихли, но сегодня ребенокъ сталъ мочиться гораздо свободнѣе.

У насъ былъ, слѣдовательно, случай первичной дифтеріи половыхъ частей. Подобные случаи встрѣчаются крайне рѣдко; обыкновенно vulva заболѣваетъ вторично, начинается же болѣзнь съ зѣва.

Вопросъ о дѣтскихъ вульвитахъ вообще представляетъ большой интересъ, и потому я хочу теперь остановиться на немъ и поговорить въ особенности объ ихъ этиологіи.

Чаще всего встрѣчаются *гнойные вульвиты*, которые не сопровождаются особенною опухолью наружныхъ частей, а потому и отличить ихъ отъ дифтеріи не трудно.

Болѣзнь замѣчаютъ обыкновенно по присутствію на бѣлѣ желтыхъ пятенъ. При осмотрѣ половыхъ органовъ гноя можно и не найти. Но иногда при надавливаніи онъ показывается или изъ влагалища (vulvo-vaginitis), или изъ мочеиспускательнаго канала (vulvo-urethritis). Въ свѣжихъ случаяхъ слизистая красна, въ хроническихъ она можетъ оставаться блѣдною. Боль при мочеиспусканіи бываетъ только или въ очень острыхъ случаяхъ, или когда есть ссадины.

Мы можемъ раздѣлить эти вульвиты на *катарральные* и *гонококковые*. Причины катарральныхъ вульвитовъ различны. Неопрятное содержаніе вызываетъ вульвиты нерѣдко; скопляется сало, получается удобная почва для всевозможныхъ микробовъ и воспаленіе можетъ развиваться очень легко. *Физиологическая спайка малыхъ губъ*, аналогичная спайкѣ praeritium'a у мальчика, встрѣчается довольно рѣдко, но также иногда даетъ поводъ къ развитію вульвита, препятствуя свободному оттоку мочи. Въ практикѣ очень часто приписываютъ развитіе вульвита присутствію *оксіуры*. Иногда, дѣйствительно, и эта причина играетъ роль. Оксіуры сами не могутъ ползати по кожѣ, но онѣ вызываютъ зудъ въ апус'ѣ; ребенокъ чешетъ себѣ задній проходъ, нерѣдко дотрагивается

при этомъ и до передняго и, такимъ образомъ, самъ переносить оксіуръ. Разъ онѣ перенесены, получается зудъ и въ vulv'ѣ; чесаніе вызываетъ развитіе ссадинъ, къ которымъ и прививаются различные кокки.

Гораздо чаще, чѣмъ простые вульвиты, встрѣчаютъ гонококковые (въ 90% случаевъ). Вы знаете свойства гонококка: это—диплококкъ, имѣющій форму какъ-бы двухъ сложенныхъ плоской стороной кофейныхъ зеренъ. Его находятъ обыкновенно заключеннымъ внутри клѣтокъ. Гонококкъ хорошо растетъ на глицериновомъ агарѣ, обезцвѣчивается по Gram'у.

Заболѣваніе этой формой вульвита обыкновенно объясняютъ зараженіемъ отъ матери или прислуги, но это только съ бактериологической точки зрѣнія обстоитъ такъ просто, а въ дѣйствительности очень часто приходится наблюдать гонококковыя бѣли у дѣвочекъ въ интеллигентныхъ семьяхъ, причемъ и отецъ, и мать, и прислуга оказываются вполне здоровыми, такъ что опредѣлить источникъ зараженія иногда просто невозможно. Во всѣхъ случаяхъ гонококковыя бѣли въ высшей степени заразительны. Болѣзнь легко передается не только при употребленіи однѣхъ и тѣхъ же губокъ для подмыванія больныхъ и здоровыхъ, но даже посредствомъ общей ванны.

Frankel наблюдалъ въ одномъ пріютѣ въ Гамбургѣ эпидемію, поразившую до 50-ти дѣвочекъ, что онъ объяснилъ тѣмъ, что ихъ заражали сидѣлки, ухаживавшія за ними и подмывавшія ихъ безъ достаточныхъ предосторожностей. Frankel описалъ до 200 такихъ случаевъ и думаетъ, что это какой-то особый гонококкъ. Прививки его къ конъюнктивѣ людей дали отрицательный результатъ, почему онъ и назвалъ его псевдогонококкомъ. Это наблюденіе поколебало прежнее ученіе о гонорройныхъ бѣляхъ у дѣвочекъ. Baginsky и Nenoch уже отступили отъ него и говорятъ, что такія бѣли вызываются, если и Neisser'овскимъ гонококкомъ, то во всякомъ случаѣ ослабленнымъ, а, можетъ быть, и просто микроорганизмомъ, только на него похожимъ.

Я лично думаю, что въ очень немногихъ случаяхъ вульвиты вызываются настоящимъ гонококкомъ, а въ громадномъ

большинствѣ дѣло идетъ о псевдогонококкѣ. Разница видна между прочимъ въ развитіи и въ теченіи болѣзни. Въ однихъ случаяхъ она начинается незамѣтно, носитъ доброкачественный характеръ; болѣзненность при мочеиспусканіи не сильная или даже совсѣмъ отсутствуетъ. Въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ вульвитъ начинается остро, сильнымъ жаромъ и очень болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ, какъ настоящій трипперъ. Различная картина получается и при осмотрѣ: при вульвитахъ перваго рода гной бываетъ жидкій, при вторыхъ густой, съ зеленоватымъ оттѣнкомъ, и притомъ всегда находятъ пораженіе мочеиспускательнаго канала (рѣзъ при мочеиспусканіи). Рѣдкостью такихъ настоящихъ трипперныхъ заболѣваній объясняется и тотъ фактъ, что намъ, дѣтскимъ врачамъ, почти не приходится имѣть дѣло съ гонорройными осложненіями. Правда, въ литературѣ опять-таки можно найти описаніе гонококковыхъ конъюнктивитовъ, плевритовъ, артритовъ, эндокардитовъ и даже перитонитовъ у дѣтей; но это все, если и встрѣчается, то очень рѣдко, соответственно рѣдкости случаевъ настоящаго гонококковаго вульвита.

ПРОГНОСТИКА обычныхъ незлокачественныхъ вульвитовъ относительно выздоровленія всегда хорошая; но въ большинствѣ случаевъ болѣзнь отличается своей продолжительностью, такъ что съ антрактами можетъ тянуться цѣлые мѣсяцы и даже годы.

ЛЕЧЕНІЕ состоитъ въ подмываніи 2 раза въ день и въ дезинфицирующей примочкѣ изъ *kalii hypermanganicum* (1:1000), которой пропитываютъ ватные тампоны и закладываютъ между губъ.

Въ настоящее время въ нашей клиникѣ нѣтъ случаевъ гонорройнаго вульвита, но случайно мы имѣемъ еще болѣе рѣдкій случай настоящаго гонорройнаго уретрита у мальчика 5-ти лѣтъ. Уретриты вообще у мальчиковъ развиваются изъ *balanopostitis*. Но нашъ случай имѣетъ ту особенность, что уретритъ развился у еврейскаго, слѣдовательно, обрѣзаннаго мальчика. Мочеиспусканіе крайне болѣзненно, такъ что передъ нимъ ребенокъ неистово кричитъ и бѣгаетъ по комнатѣ. Изъ мочеиспускательнаго канала выдѣляется въ

большомъ количествѣ густой гной, въ которомъ найдены типичные гонококки. Для успокоенія боли мы клали ему холодные компрессы изъ свинцовой примочки и заставляли погружать при мочеиспусканіи penis въ теплую воду. Такимъ путемъ достигли значительнаго облегченія.

Внутрь давали копайскій бальзамъ по 4 капли на приемъ, 3 раза въ день въ миндальной эмульсіи. Такое леченіе можетъ показаться устарѣлымъ, такъ какъ теперь считаются необходимыми спринцеванія; но это легче сказать, чѣмъ выполнить, такъ какъ даже нѣтъ и подходящихъ спринцевокъ, да и больной при одномъ видѣ этого инструмента начинаетъ кричать и вертѣться, что дѣлаетъ спринцеваніе совершенно невозможнымъ.

Больная пролежала въ клиникѣ до 30-го марта. Ей было сдѣлано 2 впрыскиванія сыворотки Behring'a № 3. Опухоль губъ исчезла къ 17-му числу, болѣзненность при мочеиспусканіи — 18-го. По исчезновеніи опухоли губъ внутри вульвы стали ясно замѣтными налеты, которые исчезли 21-го марта.

Щелочь и мочекислый діатезъ у дѣтей *).

Лекція 30 января 1901 г.

Таня Н., 10 лѣтъ, поступила къ намъ въ клинику 28-го января сего года съ діагностикой начинающагося аппендицита, правда, подъ вопросомъ. Одновременно съ ней поступила къ намъ другая дѣвочка, 4-хъ лѣтъ, съ подозрѣніемъ на туберкулезный перитонитъ. Между тѣмъ оказалось, что онѣ больны одной и той же болѣзью, о которой я и хочу съ вами побесѣдовать въ виду того, что въ учебникахъ о ней говорится недостаточно обстоятельно.

Жалобы Тани при поступленіи сводились къ лихорадочному состоянію и болямъ въ правой половинѣ живота.

ANAMNESIS. Отцу 33 года, матери 30 лѣтъ; люди они здоровые. Туберкулезъ и lues отрицается. Со стороны отца отмѣчается умѣренный алкоголизмъ.

Всѣхъ дѣтей было семеро; кромѣ того, первая беременность окончилась выкидышемъ. Въ живыхъ—четверо. Двое дѣтей умерли до года: одинъ отъ поноса, другой отъ воспаления легкихъ. Третій ребенокъ умеръ 3-хъ лѣтъ отъ нарывовъ въ локтѣ и колѣнѣ (osteomyelitis?). Изъ живыхъ двое здоровы, а 3-й, 3½ лѣтъ, настолько слабъ, что до сихъ поръ не можетъ сидѣть.

*) Напечатано въ журналѣ „Дѣтская медицина“ 1901 г.

Наша больная, 2-я по счету, родилась въ срокъ. Асфиксiи, болѣзней поворожденныхъ и какихъ-либо сыпей не было. Кормилась грудью матери 9 мѣсяцевъ. Прикармливать стали 7-ми мѣсяцевъ манной кашей; поносами не страдала. Зубы стали рѣзаться 6-ти мѣсяцевъ, къ году вышли почти всеѣ молочные зубы. Въ періодъ прорѣзыванiя зубовъ никакихъ болѣзней кромѣ кратковременной пнеймонiи и незначительныхъ поносовъ не было.

На ножки начала становиться 8-ми мѣсяцевъ, ходить стала году и не переставала. 3-хъ лѣтъ перенесла корь, другихъ болѣзней не было.

Настоящая болѣзнь началась 2¹/₂ недѣли назадъ (10 января). Въ первые 10 дней больная жаловалась на нѣкоторую боль при мочеиспусканiи и часто мочилась. 20-го числа замѣтили, что дѣвочка стала блѣдной, и тогда же появились у ней боли въ правой половинѣ живота, которыя, впрочемъ, не помѣшали ей посѣщать училище до 23-го января, но послѣ того больная слегла. Мочиться стала еще чаще, чѣмъ прежде—каждый часъ и даже полчаса. Мочеиспусканiе всегда было болѣзненно. 24-го числа появился поносъ, продолжавшiйся 2 дня. Слабило раза 4 въ сутки жидко, но безъ слизи. Затѣмъ стулъ сдѣлался нормальнымъ. Ни рвоты, ни икоты не было все время, но дня за два передъ поступленiемъ въ клинику появилась довольно упорная тошнота послѣ приѣмовъ пищи.

Столъ вообще удовлетворительный, квартира теплая и сухая.

Изъ этого анамнеза мы получаемъ такое впечатлѣнiе, что дѣвочка въ общемъ всегда была здорова. Правда, у ней были пнеймонiя и корь, но и то, и другое прошло безъ всякихъ дальнѣйшихъ осложнений; физическое развитiе ребенка шло удивительно быстро: въ 6 мѣсяцевъ первые зубы, къ году полонъ ротъ зубовъ, на 9-мъ мѣсяцѣ дѣвочка уже ходила. Настоящая болѣзнь началась остро около 3-хъ недѣль назадъ какъ-бы пузырьными симптомами въ видѣ болѣзненнаго и учащеннаго мочеиспусканiя и болями въ правой сторонѣ живота. Особенно рѣзко боли усиливались при давленiи на животъ и при кашлѣ. При поступленiи больной t^o ея была

40°, сегодня утромъ 38,4°; но давно ли началось у ней лихорадочное состояніе, осталось невыясненнымъ.

Я не буду сейчасъ производить полнаго изслѣдованія больной, такъ какъ оно уже производилось въ палатѣ не одинъ разъ, и мы убѣдились, что органы дыханія, кровообращенія и нервная система у нея въ полномъ порядкѣ. Общее питаніе, какъ вы сами видите, у нея удовлетворительно, можно только отмѣтить небольшое увеличеніе лимфатическихъ железъ на шеѣ. Подробнѣе надо остановиться на органахъ пищеваренія и мочеполовыхъ.

Аппетитъ у нея плоховатъ: она выпиваетъ за день 2 кружки бульона, 3—молока и 2—чая; никакой твердой пищи больная ѣсть не хочетъ. Губы сухи, запаха изо рта нѣтъ; верхніе зубы дегенеративны: къ верхней, болѣе толстой части какъ-бы приставлена другая—меньшая. Такіе зубы указываютъ, что было нарушено питаніе зародыша постоянныхъ зубовъ еще во время утробной жизни плода, причемъ сифилисъ родителей не играетъ роли единственной причины, такъ какъ то же самое измѣненіе зубовъ можетъ быть вызвано и какимъ-либо другимъ разстройствомъ питанія родителей. Игралъ ли въ нашемъ случаѣ роль алкоголизмъ отца или что другое, мы не знаемъ; но что въ данной семьѣ не все обстоитъ благополучно въ смыслѣ наследственности, за это говорить и выкидышъ, и большая смертность у дѣтей. Ни рвоты, ни тошноты у нашей больной не было; уже одно отсутствіе рвоты говоритъ противъ перитифлита. Правда, у нея дома бывали тошноты, но до рвоты и тамъ дѣло не дошло ни разу. На низъ слабитъ отъ одного до трехъ разъ въ сутки нормальными испражненіями. Брюшныя стѣнки не напряжены. Лѣвая сторона живота при давленіи совершенно не болѣзненна. Въ правой—болѣзненность существуетъ, хотя не очень рѣзкая, и притомъ она сильнѣе выражена ближе къ ребрамъ (въ области почки). При аппендицитѣ, напротивъ, самой болѣзненной точкой является середина линіи, соединяющей пупокъ со *spina ossis ilei anter. super.* (линія Mac Burney). Почечная область на правой сторонѣ чувствительна при давленіи и сзади. Область пузыря надъ лобкомъ и со стороны промежности не болѣзненна. Печень и селезенка вполнѣ нормальны.

Слизистая vulvae блѣдна, бѣлей нѣтъ. Мочится большая всего раза 4 въ сутки, въ томъ числѣ одинъ разъ ночью. Моча начинается отдѣляться сразу. Болей ни въ началѣ, ни въ концѣ, ни во время самага мочеиспусканія въ настоящее время нѣтъ.

Моча представляется довольно мутной, съ бѣловатымъ осадкомъ на днѣ сосуда. Подъ микроскопомъ осадокъ состоитъ изъ гнойныхъ тѣлецъ. Всѣ же старанія найти почечные цилиндры до сихъ поръ оставались безуспѣшными. Фильтруется моча хорошо. Реакція слабо-кислая, удѣльный вѣсъ 1,010. При кипяченіи моча мутится, но только слегка. Съ азотной кислотой также получается едва замѣтное кольцо. Бѣлка, значитъ, только слѣды; а, такъ какъ въ мочѣ есть гной, то такое ничтожное количество можно отнести всецѣло на счетъ послѣдняго. Вообще говоря, гной можетъ попасть въ мочу или изъ половыхъ органовъ, или изъ пузыря и почечныхъ лоханокъ, или, наконецъ, изъ самихъ почекъ. О половыхъ органахъ здѣсь особенно говорить нечего, такъ какъ при осмотрѣ мы убѣдились, что они совершенно здоровы. Въ настоящее время приходится считать здоровымъ и пузырь, такъ какъ нѣтъ никакихъ признаковъ его заболѣванія, а между тѣмъ при остромъ гнойномъ циститѣ обязательно должно быть частое и болѣзненное мочеиспусканіе вслѣдствіе спазма пузыря; правда, изъ анамнеза мы знаемъ, что дома у нея пузырьные симптомы были, и потому возможно предположить, что болѣзнь въ данномъ случаѣ началась съ воспаленія пузыря; но предположеніе это совсѣмъ невѣроятно, такъ какъ случай нашъ находится въ остромъ періодѣ (t° 38,4⁰—40⁰); слѣдовательно, припадки раздраженія пузыря не могли бы еще исчезнуть.

Невѣроятно также и воспаленіе почечной ткани (гнойный интерстиціальныи нефритъ), такъ какъ процессъ этотъ никогда не ограничивается одной лишь соединительной тканью почки, но распространяется и на паренхиму, что выражается клинически наличностью въ мочѣ болѣе или менѣе значительныхъ количествъ бѣлка (а не слѣдовъ только) и присутствіемъ въ осадкѣ различныхъ цилиндровъ. Такимъ образомъ, мы приходимъ къ заключенію, что у нашей больной

примѣсь гноя къ мочѣ происходитъ въ почечныхъ лоханкахъ, т. е. что мы имѣемъ дѣло съ чистымъ *пнэлитомъ*.

Прежде чѣмъ рѣшать вопросъ о томъ, съ какого рода пнэлитомъ мы имѣемъ дѣло, слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ объ этиологіи и симптоматологіи пнэлитовъ вообще.

Лекція 3 февраля 1901 г.

О причинахъ пнэлита въ учебникахъ обыкновенно говорится крайне мало, такъ что по нимъ очень трудно составить себѣ ясное представленіе. Въ первомъ выпускѣ моихъ „клиническихъ лекцій“ въ главѣ о *pyelo-cystitis* я довольно подробно говорилъ о причинахъ катарра мочевого пузыря; все, что тамъ сказано объ этиологіи цистита, можетъ имѣть значеніе и для происхожденія пнэлита, а потому, чтобы не повторяться, я теперь скажу только объ условіяхъ, имѣющихъ особенное вліяніе въ дѣлѣ развитія самостоятельнаго пнэлита.

Въ дѣтскомъ возрастѣ пнэлитъ чаще всего бываетъ 1) *травматическаго происхожденія* и зависитъ отъ *выдѣленія съ мочою песка*. Ненормальныя свойства мочи можно замѣтить у такихъ больныхъ еще задолго до развитія пнэлита. Эти свойства выражаются въ высокомъ удѣльномъ вѣсѣ мочи (1,020—1,030) и болѣе или менѣе обильномъ осадкѣ кристалловъ мочевой кислоты (мочевой песокъ). Впрочемъ, само по себѣ, появленіе песка еще не говоритъ за то, что данный субъектъ расположенъ къ пнэлиту; песокъ можетъ появиться временно въ зависимости отъ разныхъ случайныхъ причинъ (лихорадочное состояніе, усиленное потѣніе, извѣстная пища).

Позднѣе къ указаннымъ измѣненіямъ мочи понемногу начинаютъ присоединяться признаки раздраженія лоханокъ: слѣды бѣлка (0,02—0,03%), лейкоциты и даже красные кровяные шарики. Примѣсь послѣднихъ является характернымъ моментомъ въ развитіи болѣзни: песокъ, очевидно, начинаетъ царапать слизистую оболочку лоханокъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣсь крови къ мочѣ бываетъ до такой степени обильной, что моча принимаетъ ясно выраженный кровавистый цвѣтъ. Подобная кровавая моча выдѣляется больнымъ

не постоянно, а черезъ различные, болѣе или менѣе продолжительныя промежутки времени, отъ нѣсколькихъ недѣль до цѣлыхъ мѣсяцевъ; обыкновенно появленіе крови въ мочѣ предшествуется или сопровождается болѣе или менѣе сильными приступами *болей живота* (почечная колика). Изъ анамнеза удается узнать, что приступы боли живота встрѣчались у больного уже много разъ задолго до появленія кровянистой мочи. Подобныя боли съ схваткообразнымъ характеромъ или болѣе постоянныя, хотя и не особенно продолжительныя, зависятъ, вѣроятно, отъ раздраженія мочеточниковъ проходящими черезъ нихъ песчинками и встрѣчаются при мочевоомъ пескѣ далеко нерѣдко; а потому, если къ вамъ привозятъ больного съ жалобой на схваткообразныя боли живота и если вы не найдете у него ничего ненормальнаго въ кишечникѣ, то подумайте прежде всего не о глистахъ, какъ это обыкновенно дѣлаютъ, а о піелитѣ или, по крайней мѣрѣ, о почечномъ пескѣ. Черезъ 1—6 мѣсяцевъ количество гноя увеличивается и болѣзнь уже начинаетъ проявляться нѣкоторыми мѣстными симптомами; можетъ появиться, напр., боль при давленіи въ области почекъ и по тракту мочеточниковъ. Мочеиспусканіе дѣлается болѣе частымъ, а иногда даже и болѣзненнымъ, т. е. появляются не рѣзкіе пузырьные симптомы. Зависятъ они не отъ заболѣванія пузыря, а оттого, что ненормальная моча раздражаетъ его слизистую оболочку. Если дѣло дошло до замѣтной примѣси гноя къ мочѣ, то можетъ появиться болѣе или менѣе продолжительное лихорадочное состояніе, съ колебаніемъ t° отъ 38° до 39° — 40° . Подобнаго рода піелиты отличаются неопредѣленнымъ теченіемъ въ смыслѣ продолжительности: при надлежащемъ леченіи и соотвѣтственной діетѣ болѣзнь можетъ прекратиться въ 3—6 недѣль, но во всякомъ случаѣ она склонна къ возвратамъ, что и понятно, такъ какъ мочевоу песокъ, вызывающій піелитъ, есть результатъ общаго неправильнаго питанія, издавна извѣстнаго подъ именемъ мочевоу кислоты или артритаческаго (подагрическаго) діатеза, характеризующагося избыточнымъ образованіемъ мочевоу кислоты въ организмѣ.

Вообще на мочевоу діатезъ у дѣтей до сихъ поръ обращаютъ гораздо меньше вниманія, чѣмъ онъ того заслу-

живають. А между тѣмъ, помимо такихъ мѣстныхъ заболѣваній, какъ пѣлить, онъ нерѣдко бываетъ причиной очень многихъ и общихъ явленій, почему и слѣдуетъ сказать о немъ нѣсколько подробнѣе.

Общій habitus дѣтей, расположенныхъ къ артритизму или къ мочекиислому діатезу не представляетъ какихъ-либо особенностей: такія дѣти могутъ быть цвѣтущаго вида, полными, даже тучными, краснощекими, веселаго нрава, съ отличнымъ аппетитомъ, даже прожорливыми; но гораздо чаще, наоборотъ, они представляются худыми, блѣдными, малоупитанными, скучными и жалуются обыкновенно на частыя головныя боли и запоры. Больные послѣдняго типа встрѣчаются въ частной практикѣ чрезвычайно часто и обыкновенно регистрируются какъ анэмики, но во многихъ случаяхъ было бы справедливѣе считать ихъ артритиками, такъ какъ въ анамнезѣ ихъ сплошь и рядомъ значится, что у близкихъ родственниковъ встрѣчается то подагра, то почечная колика, то сильныя мигрени,—словомъ тѣ или другія проявленія артритическаго діатеза, а у самого ребенка моча при изслѣдованіи оказывается очень кислой, тяжелой, богатой кристаллами мочевоы кислоты и нерѣдко дающей осадокъ мочевоы песка. У дѣтей артритиковъ нерѣдко приходится наблюдать цѣлый рядъ *нервныхъ симптомовъ* въ видѣ частыхъ *головныхъ болей*, нерѣдко съ характеромъ *мигрени*, *раздражительности*, быстрой смѣны настроенія, беспокойнаго сна (ночной испугъ) и другихъ симптомовъ, такъ называемой, *нейрастеніи*, которая нерѣдко развивается въ дѣтскомъ возрастѣ на почвѣ атритизма. Какъ на особую форму головной боли, не менѣе мигрени, характерной для мочекислаго діатеза, укажемъ на кратковременные приступы головной боли, которая проходитъ очень быстро, напр., въ 3—5 минутъ, но зато повторяется на дню нѣсколько разъ. Одна изъ моихъ паціентокъ, дѣвочка 9 лѣтъ, жаловалась на подобную головную боль то день или два, а то такъ и нѣсколько дней подрядъ, а потомъ проходило нѣсколько недѣль, въ теченіе которыхъ она совсѣмъ не жаловалась на головную боль. Нерѣдко она жаловалась также на боль въ конечностяхъ безъ строго опредѣленной локализаци: то болѣли мышцы (икры или бедра), то сочлененія. Подобныя

неопредѣленные и непостоянные боли также до нѣкоторой степени характерны для артритиковъ. Моча этой больной была богата почечнымъ пескомъ и иногда содержала бѣлокъ (въ видѣ слѣдовъ): дѣдъ со стороны матери былъ подагрикъ, мать страдаетъ сильнѣйшими головными болями (съ характеромъ мигрени и иными); изъ ея братьевъ и сестеръ многіе страдаютъ или почечными коликами, или мигренями.

Для діагностики мочекишлаго діатеза въ высокой степени важно то, что не только головная боль, но и многіе изъ другихъ симптомовъ не наблюдаются постоянно, а появляются *приступообразно*, подобно тому какъ и приступы настоящей подагры у взрослыхъ являются тоже черезъ различные промежутки времени. Въ одномъ случаѣ у мальчика, 3-хъ лѣтъ, вообще совсѣмъ здороваго, я наблюдалъ появленіе черезъ различные промежутки времени, отъ 3 недѣль до 1½ мѣсяца, постоянно однихъ и тѣхъ же симптомовъ: въ теченіе нѣсколькихъ ночей подрядъ ребенокъ страдалъ бессонницей и днемъ былъ очень раздражителенъ и капризенъ, терялъ аппетитъ, а моча его дѣлалась настолько мутной отъ осажденія мочекислыхъ солей, что мутность эта бросалась въ глаза самой матери; въ то время, когда ребенокъ чувствовалъ себя хорошо, моча его становилась свѣтлой и прозрачной. Отецъ мальчика страдаетъ почечной коликой.

Со стороны органовъ пищеваренія особенно интересны случаи *периодической рвоты*, на которую обратили вниманіе прежде всего американскіе врачи (Rachfort Arch. of Pediatr. 1897 и Whitney ib. 1898), а потомъ и французскіе, въ особенности Comby (Arch. de médec. d. enf., 1901, № 1).

Въ одномъ изъ случаевъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ, дѣло шло о дѣвчкѣ 10 лѣтъ, цвѣтущей на видъ, обладавшей прекраснымъ аппетитомъ, нормальнымъ стуломъ и вообще вполне здоровой. Отецъ больной за послѣдніе 3 года каждое лѣто ѣздилъ въ Эссентуки, чтобы лечиться отъ почечныхъ камней; у его близкихъ родныхъ отмѣчаются различныя проявленія артритическаго діатеза: у кого въ видѣ приступовъ настоящей подагры, у кого почечные камни или сильныя мигрени. Наша больная обратилась ко мнѣ по поводу того, что за послѣдній годъ у нея нѣсколько разъ

(черезъ 1—3 мѣсяца) повторялась упорная рвота, наступавшая безъ всякой видимой причины среди полного здоровья, обыкновенно съ утра. Разъ появившись, рвота повторялась до 20 и даже до 26 разъ въ сутки, но уже на слѣдующій день или черезъ 48 часовъ рвота прекращалась, послѣ чего больная быстро поправлялась. Нѣкоторые изъ приступовъ рвоты протекали у нея при нормальной t^0 , тогда какъ при другихъ она поднималась довольно высоко, иногда даже до 40^0 , но тоже лишь на короткое время; на слѣдующій день t^0 падала на 38^0 , а то такъ и совсѣмъ на норму. Такъ какъ дѣвочка была иногда невоздержана въ ѣдѣ, то скорѣе всего можно бы было думать, что рвота у нея являлась результатомъ „засоренія“ желудка, но на грубыя погрѣшности въ діетѣ нѣтъ указаній, а, съ другой стороны, и чрезвычайное упорство рвоты, и частота ея говорятъ противъ „засоренія“.

Въ пользу артритическаго происхожденія рвоты въ данномъ случаѣ говорятъ, во-1-хъ, наличность мочекислаго діатеза у отца больной и у многихъ изъ его близкихъ родныхъ, а, во-2-хъ, свойства мочи у нашей больной; въ здоровомъ состояніи уд. вѣсъ ея мочи былъ около 1,017, моча была прозрачна и не содержала бѣлка, подъ микроскопомъ—незначительное количество кристалловъ мочевоы кислоты; на 2—3-й день приступа уд. вѣсъ 1,026—1,032, моча мутна, въ осадкѣ много кристалловъ мочевоы кислоты; химическимъ путемъ легко опредѣляется присутствіе бѣлка (не болѣе $0,03^0/0$).

На основаніи собственныхъ и чужихъ наблюденій Comby описываетъ артритическую рвоту такъ: ребенокъ на видѣ, смотря по случаю, слабый или крѣпкій, среди полного здоровья или послѣ короткаго недомоганія, заболѣваетъ сразу частой, неукротимой рвотой, сначала остатками пищи, потомъ слизистой жидкостью, иногда съ примѣсью желчи и даже крови; въ желудкѣ не удерживается буквально ничего, всякое питье извергается моментально; такъ продолжается день, два, иногда до 5; обыкновенно замѣчается при рвотѣ болѣе или менѣе значительное лихорадочное состояніе, но, если даже t^0 остается нормальной, то все же общее состояніе сильно страдаетъ; животъ вваливается (въ противоположность перитониту или аппендициту, при которомъ также наблюда-

ется упорная рвота). Послѣ прекращенія рвоты аппетитъ быстро восстанавливается и пищевареніе совершается нормально. Подобные приступы рвоты повторяются каждые 2—3—6 мѣсяцевъ; въ промежутки здоровье можетъ быть превосходнымъ, но это, конечно, не обязательно; чаще, напротивъ, можно констатировать у больныхъ и еще какіе-нибудь симптомы артритизма, напр., мигрени или вообще головныя боли, раздражительность и проч. Приступы рвоты, подобные приступамъ подагры, объясняются самоотравленіемъ организма накопившеюся мочевой кислотой и другими продуктами обмѣна вродѣ ксантина, гипоксантина, которые еще мало обслѣдованы.

Другой любопытный симптомъ, на который съ особымъ удареніемъ указываютъ французскіе авторы, но въ существованіи котораго я еще не имѣлъ случая убѣдиться, это *артритическая лихорадка—fièvre uricémique*. По описанію Comby, она встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, даже на первомъ году, и выражается, подобно болотной лихорадкѣ, приступами зноба, жара и пота. Пароксизмъ тянется часовъ 5—6 и начинается то утромъ, то вечеромъ, т. е. неправильно; пароксизмы повторяются въ теченіе двухъ—пяти дней или въ теченіе многихъ недѣль изо дня въ день; t^0 достигаетъ на высотѣ пароксизма до 40^0 и даже больше и потомъ падаетъ на 37^0 , такъ что въ общемъ получается кривая очень похожая на *f. intermittens quotidiana*. За время лихорадки ребенокъ замѣтно худѣетъ и слабѣетъ; періодъ выздоровленія идетъ медленно. Увеличенія печени и селезенки не наблюдается. По прошествіи мѣсяцевъ шести или цѣлаго года лихорадка появляется снова, и такъ дѣло идетъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Отъ настоящей *f. intermittens* артритическая лихорадка отличается, главнымъ образомъ, отрицательными признаками: отсутствіемъ опухоли селезенки и плазмодій Laveran'a и безрезультатностью леченія хининомъ и мышьякомъ.

Кромѣ приведенныхъ симптомовъ мочекислый діатезъ можетъ выражаться еще и астмой, неопредѣленными болями въ конечностяхъ, въ мышцахъ, или въ сочлененіяхъ и въ костяхъ, болями живота (легкая, рѣдко тяжкая, почечная ко-

лика), дизуріей, частыми позывами къ мочеиспусканію, ночнымъ недержаніемъ мочи, носовыми кровотечениями, наконецъ, различными дерматозами: prurigo, хроническая экцема, потливость.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что, когда ребенокъ страдаетъ малокровіемъ съ хроническими головными болями, или представляетъ симптомы нейрастеніи, или какіе-либо изъ перечисленныхъ припадковъ, въ особенности періодическую рвоту, непокойный сонъ, мигрень, астму и боли живота, то надо вспомнить о возможной зависимости этихъ припадковъ отъ мочекислаго діатеза и искать подтвержденія въ анамнезѣ и въ изслѣдованіи мочи.

Послѣ этого, немного длиннаго отступленія, я перехожу къ изложенію другихъ этиологическихъ моментовъ, вызывающихъ у дѣтей воспаленіе почечныхъ лоханокъ.

2) *Пиэлитъ* нерѣдко наблюдается у дѣтей, долго страдавшихъ *неправильными отправлениями* кишечника — поносами или запорами. Патогенезъ этихъ пиэлитовъ еще невыясненъ; вѣроятно, въ однихъ случаяхъ почечныя лоханки раздражаются ядовитыми веществами, всасывающимися изъ кишечника, а въ другихъ возбудителями воспаленія являются тѣ или другіе изъ кишечныхъ микробовъ, въ особенности *bac. coli communis*. *Coli*—бациллярную форму цистита и пиэлита описалъ впервые нѣсколько лѣтъ тому назадъ Baginsky подъ именемъ *coli-cystitis* и *coli-pyelitis*. Благодаря случайности первоначальныя наблюденія случаевъ *coli-cystitis* относились къ дѣвочкамъ и потому Baginsky думалъ, что кишечная палочка попадаетъ въ мочевой пузырь черезъ уретру, такъ что пиэлитъ, по его мнѣнію, развивается только послѣдовательно изъ цистита (восходящій пиэлитъ). Однако, впоследствии оказалось, что не только пиэлитъ бываетъ и у мальчиковъ, гдѣ зараженіе черезъ уретру допустить трудно, но кромѣ того было доказано, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ пиэлитъ развивается первично безъ цистита. Явилась поэтому вторая теорія развитія *coli*-bacill'ярныхъ пиэлитовъ. Возможно, что *bacillus coli* поступаетъ въ мочевые пути изъ кишечника черезъ кровь. Теорія эта была доказана и экспериментально Rosner'омъ (см. выпускъ I, стр. 47). При пиэлитѣ, развившемся

въ зависимости отъ хроническихъ поносовъ, моча бываетъ менѣе кислой или даже щелочной реакціи, такъ какъ въ такихъ случаяхъ рядомъ съ кишечной палочкой встрѣчаются и другіе микробы, разлагающіе мочевины и, такимъ образомъ, дающіе поводъ къ появленію щелочной реакціи мочи, каковы, напр., стафилококкъ, *proteus* и др.

3) Въ практическомъ отношеніи важно отмѣтить существованіе *туберкулезнаго піэліта*, который до поры до времени можетъ протекать безъ нефрита. Безъ изслѣдованія мочевого осадка на туберкулезныя бациллы точная діагностика его невозможна.

4) Если воспаленіе почечныхъ лоханокъ развивается послѣдовательно за циститомъ, то такая форма извѣстна подъ именемъ *восходящаго піэліта*. Діагностика этой формы трудна, такъ какъ присутствіе гноя въ мочѣ можетъ быть отъ воспаленія пузыря, а симптомовъ специальныхъ для піэліта мы не имѣемъ; если въ мочѣ больного циститомъ кромѣ гноя встрѣчаются еще и мочевые цилиндры, тогда имѣется основаніе предполагать восходящій піэло-нефритъ.

5) Приходится, наконецъ, выдѣлить еще особую группу піэлитовъ, развивающихся отъ неизвѣстныхъ причинъ; ихъ называютъ обыкновенно *идіопатическими піэлітами*.

Нашъ случай, очевидно, относится къ этой послѣдней формѣ, такъ какъ нѣтъ рѣшительно никакихъ причинъ для развитія піэліта.

Можетъ только явиться сомнѣніе, не имѣемъ ли мы здѣсь дѣла съ восходящимъ піэлитомъ, такъ какъ есть указаніе, что болѣзнь началась какъ-будто съ пузырныхъ симптомовъ. Но они были слишкомъ слабо выражены для того, чтобы можно было признать здѣсь циститъ. Не рѣзко же выраженные пузырные симптомы, какъ я уже сказалъ, могутъ зависеть и отъ одного піэліта. Въ виду того, что идиопатическіе піэлиты въ дальнѣйшемъ теченіи нерѣдко оказываются туберкулезными, мы обратили на это обстоятельство специальное вниманіе, но, такъ какъ въ мочевомъ осадкѣ мы бациллъ Кош'а не нашли, да притомъ не было указаній на туберкулезъ ни со стороны анамнеза, ни со стороны *habitus'a* больной, то предположеніе туберкулезнаго характера піэліта было

отвергнуто, тѣмъ болѣе, что противъ туберкулеза говорило и острое начало.

Я уже вамъ говорилъ, что у насъ въ клиникѣ есть еще другая больная, у которой піэлитъ мы должны были признать тоже за идиопатическій. Такое совпаденіе двухъ случаевъ, вообще рѣдко встрѣчающихся, заставляетъ меня думать о возможности происхожденія піэлита у этихъ двухъ дѣвочекъ подъ вліяніемъ какой-либо общей, такъ сказать, эпидемической причины, можетъ быть, инфлюэнцы, но доказать этого мы не можемъ.

Лекція 6 февраля 1901 г.

Моча у больной, которую мы видѣли прошлый разъ, стала гораздо свѣтлѣе; осадокъ не великъ, т^о стоитъ нормальная. Общее состояніе очень хорошо, болѣй никакихъ нѣтъ.

Лечили ее сначала салоломъ и водой Wildungen безъ особаго результата.

Два дня тому назадъ въ виду того, что реакція мочи стала приближаться къ нейтральной, мы вмѣсто Wildungen стали ей давать 2^о/_о растворъ ас. borici по столовой ложкѣ черезъ 2 часа. Можетъ быть это и совпаденіе, но вслѣдъ за назначеніемъ ас. borici развилось рѣзкое улучшеніе.

При леченіи піэлита главное вниманіе надо обращать на условія жизни и питаніе больныхъ. Чистый воздухъ имѣеть, конечно, очень важное значеніе, а потому такихъ больныхъ надо непременно выпускать на воздухъ, если только они не лихорадятъ. Еще лучше посылать въ теплый климатъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ больные, которыхъ много и долго лечили безъ всякаго успѣха дома, при переѣздѣ на югъ въ какой-нибудь мѣсяцъ выздоравливаютъ безъ всякаго леченія.

Дѣтямъ, хворающимъ піэлитомъ, какого бы то ни было происхожденія, надо давать больше питья, чтобы усиливать такимъ образомъ выведеніе мочи. Простая вода или чай являются для нихъ самыми лучшими напитками, а въ пищу надо давать мясо, молоко, яйца и мучнистыя явещества; безусловно воспрещаются пиво, вино, особенно шипучіе сорта,

всякаго рода пряности (перець, горчица и т. п.), редисъ, рѣдька и спаржа.

При піэлитѣ, зависящемъ отъ мочекислаго діатеза, надо бороться не съ мѣстнымъ процессомъ, а обратить вниманіе на неправильность обмѣна веществъ. Воззрѣнія авторовъ на діету больныхъ при мочекислимъ діатезѣ подвергались очень рѣзкимъ колебаніямъ въ связи съ измѣненіемъ взглядовъ фізіологовъ на обмѣнъ веществъ въ организмѣ. Прежде считали, что подагрикамъ особенно вредна мясная пища, и потому сажали ихъ на растительную. Разсуждали такъ, что при мясной пищѣ получится больше мочевої кислоты; при растительной пищѣ, напротивъ, моча содержитъ больше фосфатовъ и меньше мочевої кислоты. Однако, не такъ давно Cantani, исходя изъ того положенія, что мочевая кислота есть результатъ неполнаго окисленія бѣлковъ въ организмѣ, пришелъ къ противоположному выводу. Онъ училъ, что надо способствовать окисленію бѣлковъ, а, давая растительную, т. е. крахмалистую пищу, мы вводимъ въ организмъ много углеводовъ, которые особенно легко окисляются и тѣмъ самымъ какъ-бы защищаютъ мочевою кислоту отъ дальнѣйшаго окисленія ея и перехода въ мочевины. По его опредѣленіямъ, отношеніе мочевої кислоты къ мочевины при растительной пищѣ равнялось 1 : 7, а при мясной—1 : 40; слѣдовательно, выгоднѣе давать мясную пищу, такъ какъ при ней выдѣляется относительно больше мочевины, которая хорошо растворяетъ мочевою кислоту. Англійскіе врачи, держась этого взгляда, и даютъ подагрикамъ исключительно мясную пищу. Въ настоящее время выработался такой взглядъ, что мочевая кислота не есть продуктъ неполнаго сгорания бѣлковъ вообще, а что она является вслѣдствіе распадѣнія нуклеина, а потому безразлично, давать мясо или нѣтъ, но слѣдуетъ только избѣгать такихъ клѣточныхъ органовъ, какъ печень, зобная железа (сладкое мясо), мозгъ, почки, т. е. органовъ, богатыхъ нуклеиномъ.

Мясо при мочекислимъ діатезѣ считается нѣкоторыми вреднымъ, главнымъ образомъ, потому, что пищеварительный лейкоцитозъ при мясной пищѣ бываетъ рѣзче выраженъ, чѣмъ при томъ же количествѣ мучной, а, такъ какъ бѣлые

кровяные шарики богаты нуклеиномъ, то при распаденіи они являются источникомъ образованія мочевой кислоты, и вотъ почему при мясной пищѣ мочевой кислоты должно образоваться больше, чѣмъ при мучной. Однако, это разсужденіе вѣрно только по отношенію къ одинаковымъ количествамъ той или иной пищи, но, такъ какъ степень пищеварительнаго лейкоцитоза зависитъ не отъ одного только качества пищи, но и отъ количества, и такъ какъ человѣкъ не можетъ съѣсть такихъ большихъ количествъ мясной пищи, какъ растительной (вспомнимъ, напр., блины), то и оказывается, что лейкоцитозъ при обильномъ употребленіи мучной пищи будетъ больше, чѣмъ при мясной, а въ связи съ этимъ увеличится и образованіе мочевой кислоты. Но въ сущности все это не важно, такъ какъ главное дѣло вовсе не въ томъ, образуется ли мочевой кислоты въ организмѣ немного больше или немного меньше; гораздо важнѣе другое обстоятельство, а именно, въ какомъ видѣ она циркулируетъ въ немъ.

По современному воззрѣнію, мочевая кислота, въ какомъ бы большомъ количествѣ она не образовалась въ тканяхъ и крови, у здороваго человѣка мочевого осадка не даетъ, такъ какъ она выдѣляется въ растворимой модификаціи, т. е. въ соединеніи съ среднимъ фосфорно-кислымъ натромъ. При мочекаисломъ діатезѣ она, наоборотъ, появляется въ мочѣ (а при подагрѣ и въ тканяхъ) въ нерастворимомъ состояніи, т. е. въ видѣ мочевого песка; для этого вовсе не требуется, чтобы мочевая кислота производилась въ ненормально-обильномъ количествѣ, даже, напротивъ, — во многихъ случаяхъ при свѣжей подагрѣ ея образуется меньше, чѣмъ въ нормѣ (Pfeiffer). Если въ крови окажется много средняго фосфорно-кислаго натра, то вся мочевая кислота вступаетъ съ нимъ въ удоборастворимое соединеніе; если же средній фосфорнокислый натръ перейдетъ въ кислый, то мочевая кислота и ея соли окажутся трудно растворимыми. Мясо, перевариваясь въ желудкѣ, не подвергается кислотному броженію и щелочность крови при мясной діетѣ не уменьшается. Напротивъ, крахмалистая пища легко подвергается кислотному броженію, образовавшіяся кислоты вступаютъ въ связь съ щелочами и переводятъ средній фосфорнокислый натръ въ кислый.

Послѣдній въ такомъ видѣ вступаетъ въ кровь и способствуетъ тому, что мочева кислота выдѣляется съ мочей въ неудоборастворимомъ видѣ, т. е. легко образуется мочевоу песокъ.

Въ силу этихъ соображеній теперь и считаютъ, что мяса можно давать больному при мочекислотомъ діатезѣ, сколько онъ хочетъ, запрещаются только печенка, мозги, почка; крахмалъ же и сахаръ, насколько возможно, ограничиваются, поэтому хлѣбъ дается только кусочками, а картофель и гречневая каша воспрещаются совсѣмъ. Жиръ дозволяется безъ ограниченія, такъ какъ онъ уменьшаетъ аппетитъ.

Вы видите, такимъ образомъ, сколько разъ измѣнялись воззрѣнія на питаніе подагрическихъ больныхъ, а въ концѣ концовъ пришли къ тому воззрѣнію, котораго держался еще Гиппократъ, учившій, что подагрики могутъ ѣсть всякую пищу, т. е. и мясо, и крахмалъ, но только не объѣдаться; онъ совѣтовалъ не наѣдаться досыта, избѣгать пряностей и готовить кушанья попроще.

Изъ растительной пищи особенно слѣдуетъ рекомендовать все сочное и богатое растительными кислотами, какъ-то: салатъ, огурцы, фрукты и т. д., такъ какъ эти органическія кислоты сгораютъ въ крови въ соли и выдѣляются въ видѣ углекислыхъ щелочей. Но нужно запрещать шпинатъ, щавель и томаты, которые содержатъ щавелевую кислоту, цѣликомъ выдѣляющуюся мочей.

Абсолютно запрещается вино, съ чѣмъ согласны всѣ авторы. Santani объяснялъ вредъ его тѣмъ, что спиртъ, какъ и углеводы, предохраняетъ бѣлки отъ полнаго окисленія; но теорія его признана неудовлетворительной, и, если мы все-таки запрещаемъ вино, то, главнымъ образомъ, по опыту, который давно уже доказалъ, что оно плохо переносится при мочекислотомъ діатезѣ. Потому же запрещается и сыръ, хотя его вредъ объясняется частью и теоретически тѣмъ, что это продуктъ разлагающійся и содержащій много гнилостныхъ веществъ и кислотъ, почему и вліяетъ вредно на пищевареніе. Наконецъ, нужно запретить все то, что вызываетъ у даннаго субъекта разстройство пищеваренія. Вообще же ребенку, страдающему выдѣленіемъ мочевого песка можно давать и мясную, и крахмалистую пищу, но слѣдить при этомъ, чтобы

онъ не переѣдалъ. Это особенно относится къ мучнистымъ и сладкимъ пищевымъ веществамъ; съ цѣлью предотвратить излишнее образованіе кислотъ въ желудкѣ, многіе совсѣмъ запрещаютъ давать при мочекислотѣ діатезѣ конфекты и другія сладкія вещи. Многіе изъ врачей дозволяютъ бѣлое мясо, но запрещаютъ черное, но такое назначеніе не имѣетъ достаточнаго научнаго основанія, равно какъ и противоположное мнѣніе, будто нельзя дозволять мясо птицъ (слѣдовательно, бѣлое) потому, что оно богато мочевою кислотой; но, вѣдь, никто еще не доказалъ, что мочева кислота, попавши въ желудокъ, всасывается, не разлагаясь. Большія количества молока и особенно продукты кислаго броженія его (простокваша, варенецъ и т. п.) по содержанію молочной кислоты не могутъ быть рекомендованы, молоко слѣдуетъ давать понемногу, стакана 2—3 въ день.

Кромѣ діеты необходимо регулировать образъ жизни и въ другихъ отношеніяхъ, причемъ особенно важное значеніе мы приписываемъ *движенію* на открытомъ воздухѣ и купанью, будетъ ли оно въ видѣ соленыхъ ваннъ или просто въ рѣкѣ.

Что касается медикаментознаго леченія піэлитовъ, то оно бываетъ различно, смотря по реакціи мочи. Если она кислая то вполне умѣстно назначить мочегонное леченіе щелочными водами. При этомъ нужно слѣдить за реакціей мочи и не давать переходить ей въ нейтральную или щелочную, такъ какъ при этомъ можетъ произойти выпаденіе фосфатовъ и инкрустация почечныхъ лоханокъ, которая способствуетъ усиленію процесса. При кислой мочѣ можно давать тѣ средства, которымъ приписываютъ вліяніе на слизистыя оболочки, и антисептическія средства: *kali chloricum*, салициловый натръ и салоль.

При щелочной мочѣ особенно рекомендуется уротропинъ (смѣсь формальдегида съ амміакомъ) въ растворѣ, ребенку 6—8 лѣтъ по 1,0 grо die; говорятъ, что употребленіе этого средства сокращаетъ теченіе піэлиты, такъ какъ уротропинъ, разлагаясь въ организмѣ, даетъ формалинъ, который и дѣйствуетъ убивающимъ образомъ на микробовъ. При кислой мочѣ его не рекомендуютъ. Салоль употребляется, какъ при кислой, такъ и при щелочной мочѣ, а бензойная кислота спеціально дается при щелочной съ тѣмъ расчетомъ, что

она перейдетъ въ гипсуровую кислоту, а послѣдняя соединится съ амміакомъ разлагающейся мочи и тѣмъ уменьшить раздраженіе слизистой оболочки. Вообще кислоты можно давать при щелочной мочѣ съ большимъ успѣхомъ. Въ нашей клиникѣ при щелочной мочѣ всего чаще прописывается борная кислота въ 2% растворѣ; это средство легко переносится желудкомъ, не оказываетъ вреднаго вліянія на организмъ даже и при продолжительномъ употребленіи и довольно вѣрно устраняетъ щелочную реакцію мочи.

При боляхъ живота вслѣдствіе почечной колики употребляются теплыя ванны и полуванны, а для растворенія песка рекомендуются щелочи въ видѣ минеральныхъ водъ или въ видѣ аптечныхъ препаратовъ. Изъ послѣднихъ можно указать *пиперацинъ* (діэтиленъ — діаминъ) въ 2% растворѣ по чайной или десертной ложкѣ 4—6 разъ въ день, *сидоналъ* (пиперацинъ + хинная кислота) въ томъ же приѣмѣ, *урицидинъ* (смѣсь щелочныхъ солей лимонной, винной и фосфорной кислотъ) по 0,5—1,0 на приѣмъ два раза въ день.

Лекція 13 февраля 1901 г.

Прошлый разъ, говоря о леченіи піэлитовъ, я упомянулъ, что калькулезный піэлитъ и мочевоу песокъ лечатъ минеральными водами. Въ чемъ же проявляется дѣйствіе минеральной воды? Клинически въ томъ, что мочевоу песокъ исчезаетъ; но отчего это зависитъ? Прежде полезное дѣйствіе минеральныхъ водъ приписывали тому, что, повышая щелочность крови, онѣ способствуютъ усиленному поглощенію кислорода изъ воздуха, а послѣдній въ свою очередь вызываетъ усиленное сгораніе мочевоу кислоты въ организмѣ. Также объясняли дѣйствіе щелочей и при діабетѣ. Однако, изслѣдованія Pfeiffer'a сильно поколебали это ученіе. Онъ производилъ количественный анализъ мочи на содержаніе мочевоу кислоты у нѣсколькихъ подагриковъ въ теченіе 8-ми дней подрядъ. Затѣмъ онъ начиналъ давать имъ щелочную воду и повторялъ тѣ же изслѣдованія. Во всѣхъ случаяхъ оказалось, что выведеніе мочевоу кислоты послѣ назначенія щелочнаго леченія даже увеличилось, хотя и на весьма не-

значительную величину. Благодаря этимъ изслѣдованіямъ прежняя теорія уже не пользуется болѣе кредитомъ. Явившаяся новая теорія стала объяснять дѣйствіе щелочей тѣмъ, что мочева кислота лучше растворяется въ щелочахъ, чѣмъ въ простой водѣ. Въ связи съ этимъ ученіемъ особенно охотно стали употреблять при леченіи подагры соли литія, такъ какъ опытами было доказано, что, дѣйствительно, въ присутствіи литія мочева кислота растворяется нѣсколько больше. Но если мы обратимъ вниманіе на концентрацію, въ которой оказывается литій въ мочѣ при внутреннемъ употребленіи углекислаго литія хотя бы въ количествѣ цѣлаго грамма *pro die*, то намъ станетъ совсѣмъ невѣроятнымъ, чтобы онъ оказывалъ какое-либо вліяніе на растворимость мочевои кислоты у больныхъ. Послѣдняя зависитъ отъ того, находится ли мочева кислота въ свободномъ, или связанномъ состояніи. Свободная мочева кислота и ея кислыя калийныя и натронныя соли легко выпадаютъ, а, напротивъ, двойныя соединенія мочевои кислоты натра съ нейтральнымъ фосфорнокислымъ натромъ, остаются въ мочѣ растворенными. Очевидно поэтому, что при мочевои кислотѣ полезно назначать все то, что предохраняетъ средній фосфорнокислый натръ отъ окисленія. Дѣйствіе щелочей и заключается, главнымъ образомъ, въ томъ, что, защищая нейтральный фосфорнокислый натръ, онѣ даютъ мочевои кислотѣ возможность соединиться съ нимъ и перейти въ растворимую модификацію. Pfeiffer въ одномъ случаѣ нашелъ, напр., что до употребленія щелочныхъ водъ данный субъектъ выдѣлялъ мочевои кислоты въ связанномъ состояніи только 20—30%, а послѣ назначенія 90% и даже всѣ 100%.

Если смотрѣть на дѣйствіе щелочей съ этой точки зрѣнія, то нѣтъ никакого основанія давать особое преимущество солямъ литія передъ другими и гораздо раціональнѣе употреблять воды, содержащія известь (*Contrexéville*), которая особенно хорошо нейтрализуетъ кислоты. Употребленіе же минеральныхъ водъ изъ-за содержанія въ нихъ солей литія тѣмъ болѣе не можетъ играть никакой роли, что литія содержится въ нихъ самыя незначительныя количества. Самая богатая углекислымъ литіемъ вода *Elster* содержитъ его

только 0,1 на 1000; болѣе же слабыя воды, какъ, напр., *Wildungen* всего только 0,003 на 1000. Правда, источникъ св. Бонифація содержитъ 0,2 литіевой соли, но уже въ видѣ хлористаго литія, который не играетъ никакой терапевтической роли. Если бы кто-нибудь захотѣлъ назначить все-таки соли литія, то рациональнѣе было бы дать искусственную пирофосфорно-литіевую воду Струве, въ которой на литръ приходится 0,2 углекислаго литія.

При мочекаменномъ діатезѣ употребляются минеральныя воды, принадлежащія къ различнымъ группамъ: чисто щелочныя, щелочно-соленыя, щелочно-горькія и щелочно-земельныя. Къ группѣ чисто-щелочныхъ водъ принадлежатъ: наша русская — Боржомъ, французская *Vichy* и нѣмецкая *Arollinaris* и *Giesshübl*. Боржомъ и *Vichy* относятся къ числу сильно щелочныхъ водъ, такъ какъ содержатъ до 5,0 двууглекислаго натра на литръ. *Arollinaris* и *Giesshübl* — слабыя воды, содержатъ только по 1,0 щелочей.

Если больной жалуется на боль въ животѣ, если въ мочѣ у него много песка, есть бѣлокъ и даже кровь, то нужно дать сильную воду Боржомъ, *Vichy* или *Contrexéville*. Принимать эти воды больной можетъ недѣли 3—4, во всякомъ случаѣ не долѣе того, какъ лакмусовая бумажка покажетъ наступленіе нейтральной реакціи мочи. Затѣмъ слѣдуетъ перейти къ болѣе слабой водѣ, напр., *Arollinaris*. Прежде думали, что продолжительное употребленіе щелочныхъ водъ можетъ вызвать анемію, но теперь доказано, что приемы огромнаго количества щелочей на состояніе крови не оказываютъ вреднаго вліянія. Поэтому слабую воду, въ случаѣ необходимости, давать можно даже круглый годъ.

Въ случаѣ, если нужно достигнуть при помощи воды и слегка послабляющаго дѣйствія, назначаются воды, содержащія кромѣ щелочей и хлористый натръ. Сюда относятся напр., *Ems*, который можно считать слабой водой (углекислаго натра 2,0, хлористаго натра 1,0) и Эссенуки № 17 — крѣпкая вода (углекислаго натра 4,5 и хлористаго натра 4,0). Къ этой же группѣ принадлежитъ отчасти и *Obersalzbrunnen*, но въ ней содержитсяъ еще сѣрнокислый натръ (двууглекислаго натра 2,5, хлористаго натра 0,1 и сѣрнокислаго натра

0,5). Если требуется болѣе сильное дѣйствіе на кишечную перистальтику, то назначается Карлсбадъ (углекислаго натра 2,0, хлористаго натра 1,0 и сѣрнокислаго натра 2,5) или Мариенбадъ (углекислаго натра 2,0, хлористаго натра 2,0 и сѣрнокислаго 5,0).

Что касается дозировки минеральныхъ водъ у дѣтей, то я назначаю ихъ по $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ стакана pro die ребенку 5 — 6 лѣтъ. При боляхъ въ животѣ воду даютъ подогрѣтой, а при склонности къ запору холодной. Первый приемъ воды въ $\frac{1}{2}$ стакана назначается утромъ натощакъ, второй за часъ до обѣда и третій на ночь, если день оканчивается вечернимъ чаемъ часовъ въ 7 вечера. Если же въ семьѣ существуетъ обычай ужинать, то третій приемъ дается за часъ до ужина.

Эти правила употребленія водъ допускаютъ и отступленія. Нѣкоторые вообще предпочитаютъ давать щелочную воду маленькими дозами цѣлый день, и я думаю, что ребенку, страдающему кислыми отрыжками, дѣйствительно, полезно давать немного щелочи и послѣ ѣды; но, такъ какъ такія отрыжки наблюдаются не часто, то въ большинствѣ случаевъ я предпочитаю давать воду только на тощій желудокъ.

Этимъ я заканчиваю изложеніе леченія пиелитовъ и мочеислаго діатеза и теперь скажу еще нѣсколько словъ о нашей больной и о двухъ другихъ, очень съ ней сходныхъ.

У первой въ настоящее время лихорадочнаго состоянія нѣтъ, жалобъ на боли также. Моча ея совершенно чистая. Улучшеніе это наступило у нея очень быстро вслѣдъ за назначеніемъ *acidi borici*, о чемъ мы уже говорили. Чтобы убѣдиться въ томъ, что здѣсь дѣйствительно существуетъ причинная связь, мы на 2 дня прекратили употребленіе кислоты и мутность въ мочѣ появилась снова. Вслѣдъ за возобновленіемъ леченія моча вновь просвѣтлѣла.

О второй дѣвчкѣ, которая находится теперь передъ вами, я уже не разъ упоминалъ въ предыдущихъ лекціяхъ. У нея также была мутная, легко загнивавшая моча слабо-кислой реакціи. Въ осадкѣ мочи было много гноя, но кромѣ того были и цилиндры, хотя и не въ большомъ количествѣ. Слѣдовательно, въ страданіи здѣсь была заинтересована и почечная паренхима—это былъ случай пиелонефрита. Въ виду

легкой разлагаемости мочи, мы ей сначала давали уротропинъ, а затѣмъ, увидавъ успѣшное дѣйствіе борной кислоты на первую больную, мы назначили ее и этой и также съ успѣхомъ. Вотъ ея моча: мутность въ ней есть, но самая ничтожная, гноя и цилиндровъ стало много меньше.

Наконецъ, есть у насъ еще третья больная, которая къ намъ поступила по поводу рѣзкаго малокровія. У нея были найдены венозные шумы, большая селезенка и печень. Моча мутна, но не даетъ осадка и не просвѣтляется при фильтрованіи. Подъ микроскопомъ мы находимъ массу бактерій, но очень мало гноя. Реакція мочи нейтральная. Здѣсь, слѣдовательно, рѣчь идетъ о бактериуріи. Назначеніе борной кислоты и у этой больной также дало хорошіе результаты. Сегодня, правда, вы видите, что моча мутна, но мы уже два дня не даемъ борной кислоты. Вы видите, такимъ образомъ, что во всѣхъ трехъ случаяхъ вслѣдъ за назначеніемъ асборісі наступало быстрое улучшеніе, но, насколько оно прочно, покажутъ дальнѣйшія наблюденія.

Катарральная желтуха.

Лекція 2 декабря 1900 г.

Володя Ф., 5-ти лѣтъ, поступилъ въ клинику 30-го ноября 1900 года по поводу желтушнаго окрашиванія кожи.

АНАМНЕЗЪ. Отецъ — извозчикъ, 50 лѣтъ, пьетъ умеренно, въ общемъ здоровъ; матери 50 лѣтъ, также здорова. Указаній на туберкулезъ и сифилисъ у родителей не имѣется. Всѣхъ дѣтей было 5. Выкидышей, мертворожденныхъ и недоносковъ не было. 3-ое дѣтей умерли 1^{1/2} — 2-хъ лѣтъ отъ роду отъ лѣтнаго поноса. Кромѣ нашего больного, въ живыхъ еще дѣвочка, 14-ти лѣтъ, здоровая. Нашъ больной, 5-ый и послѣдній въ семьѣ, родился въ срокъ, безъ сыпи; асфиксии не было, болѣзней новорожденныхъ также. Кормился грудью матери около полутора года; прикармливать начали съ 3-хъ мѣсяцевъ коровимъ молокомъ и манной кашей.

Поносами на 1-мъ году не страдалъ. Зубы рѣзались съ 6-ти мѣсяцевъ не трудно. На ножки сталъ становиться мальчикъ около года, ходить не переставалъ. До настоящаго заболѣванія никакими болѣзнями не страдалъ.

Настоящая болѣзнь началась недѣли 2 тому назадъ; ребенокъ постепенно сталъ желтѣть, дня 3 спустя появился жаръ, державшійся дня 4—5. Насморка и кашля за это время не было. Разстройства желудка и кишечника за время бо-

лѣзни не отмѣчаемъ. Appetitъ все время хорошій. До болѣзни была склонность къ запорамъ, испражненія бывали большею частію твердыя. За послѣдніе дней 5 — 6 они сдѣлались бѣлыми. За недѣлю до болѣзни и потомъ еще нѣсколько дней ребенокъ сталъ вмѣстѣ со взрослыми ѣсть постную пищу, пока родители не обратились къ врачу.

Итакъ, нашъ больной развивался все время правильно, ничѣмъ особеннымъ до настоящей болѣзни не страдалъ. Последняя же началась остро 14 дней тому назадъ, и, что особенно важно, не сопровождалась никакими желудочными явлениями. У мальчика сохранился даже appetitъ. Можно отмѣтить только, что начало болѣзни совпало съ переходомъ на постную пищу. Въ началѣ болѣзни была повышенная температура, теперь же она ниже—около 38°.

При осмотрѣ больного прежде всего бросается въ глаза желтая окраска его кожи. И лицо, и бѣлки глазъ, и губы, и даже кожа, просвѣчивающая между волосъ, шафранно-желтого цвѣта.

Развить мальчикъ правильно. Подкожно-жирный слой умѣренный, такъ что истощеннымъ его назвать нельзя. Железистая система въ порядкѣ.

Языкъ чистъ, влаженъ; животъ умѣренно вздутъ, мягокъ; область желудка не выпячена и не болѣзненна при давленіи.

При ощупываніи живота по l. mamillaris dextra, на уровнѣ пупка, мы наталкиваемся на острый мягкій край печени; по средней линіи этотъ край стоитъ выше пупка пальца на два.

Печень при давленіи нѣсколько болѣзненна, желчный пузырь не прощупывается. Верхняя граница печени опредѣляется постукиваніемъ на нормальномъ мѣстѣ (по l. mamillaris на 6-мъ ребрѣ); слѣдовательно, печень не опущена, а значительно увеличена.

Изъ-подъ лѣваго края грудной клѣтки при глубокомъ вздохѣ выступаетъ на цѣлый палецъ селезенка. При покойномъ дыханіи она не прощупывается.

Селезеночная тупость начинается по l. axillaris съ 8-го ребра, а впереди заходитъ на цѣлый палецъ за l. costoclavicularis. Слѣдовательно, селезенка увеличена и въ продольномъ, и въ поперечномъ направленіи.

Органы грудной полости въ порядкѣ.

Пульсъ порядочнаго наполненія, по ритму правильный, 96 разъ въ минуту, что для температуры въ 38° нельзя считать замедленнымъ.

На это обстоятельство я обращаю ваше вниманіе между прочимъ потому, что у взрослыхъ при желтухѣ такой степени, какъ у нашего больного, пульсъ не только рѣзко замедляется, но нерѣдко дѣлается притомъ и неправильнымъ (вліяніе желчныхъ кислотъ).

Подобнаго рода измѣненія пульса при желтухѣ наблюдаются только у дѣтей старшаго возраста.

Моча темнаго цвѣта, напоминаетъ лихорадочную мочу, но стоитъ только обратить вниманіе на пѣну и сейчасъ же будетъ ясно, что моча эта желтушная, а не лихорадочная, такъ какъ у нашего больного пѣна желтаго цвѣта, тогда какъ лихорадочная моча всегда даетъ бѣлую пѣну. Реакція съ азотной кислотой и кипяченіемъ открываетъ въ мочѣ небольшое содержаніе бѣлка; въ осадкѣ, собранномъ центрофугой, ничтожное количество гіалиновыхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. При приливаніи азотной кислоты, даже безъ примѣси азотистой, на границѣ жидкостей появляется зеленое кольцо.

Слабить больного ежедневно совершенно неокрашенными колбасообразными испражненіями.

Итакъ, мы имѣемъ дѣло съ остро развившейся желтухой, которая сопровождается неокрашенными испражненіями, лихорадочнымъ состояніемъ, увеличеніемъ печени и селезенки и появленіемъ бѣлка въ мочѣ и реакціи на желчь.

Въ учебникахъ такая желтуха описывается обыкновенно какъ *icterus catarrhalis* и объясняется она распространеніемъ катарра желудка и двѣнадцати-перстной кишки на *ductus choledochus*. Образовавшаяся въ немъ слизистая пробка препятствуетъ оттоку желчи, которая всасывается въ кровь и вызываетъ общую желтуху. Но для большинства случаевъ желтухи, а въ томъ числѣ и для нашего, такое объясненіе не подходитъ. Съ одной стороны, далеко не всегда степень желтухи соотвѣтствуетъ силѣ катарральныхъ явленій. У насъ, напр., явленій катарра желудка совсѣмъ нѣтъ, даже аппе-

титъ у мальчика не пропалъ, а между тѣмъ желтуха очень рѣзкая.

Съ другой стороны, простымъ катарромъ 12-ти-перстной кишки нельзя объяснить другихъ сопутствующихъ явленій. Отчего, напр., зависить опухоль селезенки, которая, какъ въ нашемъ, такъ и во многихъ другихъ случаяхъ, сопровождается, такъ называемую, катарральную желтуху? Увеличеніе печени, зависящее отъ расширенія желчныхъ капилляровъ, не можетъ вызвать застоя въ воротной венѣ. Даже увеличеніе самой печени не можетъ быть объяснено однимъ застоємъ желчи. При закупоркѣ желчнаго протока камнемъ никогда не бываетъ такого значительнаго увеличенія печени.

Остаются безъ объясненія также и лихорадочное состояніе, и появленіе бѣлка въ мочѣ, если считать желтуху только застойной.

Напротивъ, всѣ эти явленія, вмѣстѣ взятыя, даютъ полную картину острой инфекціонной болѣзни. Надо допустить, что желтуха, какъ результатъ катарра желчныхъ протоковъ, есть болѣзнь самостоятельная, а не слѣдствіе катарра желудка, который, хотя и часто бываетъ при этомъ, но онъ не обязателенъ, и потому мы должны смотрѣть на него, какъ на явленіе сопутствующее, а не первичное.

Существуютъ и другія доказательства инфекціоннаго происхожденія желтухи. Такъ, болѣзнь эта нерѣдко появляется эпидемически: наступаетъ такой періодъ, когда въ больницу начинаютъ поступать одинъ за другимъ желтушные больные, тогда какъ въ другое время пройдетъ 2—3 мѣсяца и не увидишь ни одного желтушнаго больного. Бываетъ это обыкновенно въ холодное время года, когда желудочно-кишечныхъ катарровъ сравнительно мало. Наоборотъ, лѣтомъ катарровъ много, а желтухи нѣтъ.

Описаны случаи домашнихъ эпидемій, которыя говорятъ какъ будто-бы даже за контагіозность болѣзни; д-ръ Краснобаевъ, напр., описалъ случай, гдѣ трое дѣтей въ одной семьѣ послѣ переѣзда на новую квартиру захварывали желтухой черезъ нѣсколько дней одинъ послѣ другого. Впослѣдствіи оказалось, что до переѣзда этой семьи на той же квартирѣ былъ желтушный больной, такъ что получается впечатлѣніе,

будто первый больной оставил в своей комнатѣ какой-то контагіи.

Отрицать вліяніе пищи на развитие инфекціонной желтухи никоимъ образомъ нельзя, такъ какъ очень нерѣдко значится въ анамнезѣ, что развитію желтухи предшествовала грубая погрѣшность діеты. Возможно предположить, что подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ эпидемическихъ условій въ кишечникъ попадаютъ какіе-нибудь специфическіе микробы, или подъ вліяніемъ нарушенной діеты и измѣненія пищеварительныхъ соковъ и всего содержимаго кишекъ даются условія для усиленія ядовитости обычныхъ обитателей кишечника (напр., *bac. coli com.*) и вслѣдствіе того происходитъ самозараженіе организма.

Такъ и у нашего больного развитію желтухи могъ способствовать переходъ отъ скоромной пищи къ постной.

Между, такъ называемой, катарральной или инфекціонной желтухой и болѣзью Weil'я существуютъ всевозможныя переходныя формы. А между тѣмъ болѣзнь Weil'я, выражающаяся сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (t^0 до 40^0 и выше), тифозными явленіями (сухой языкъ, бредъ), альбуминуріей, увеличеніемъ печени и селезенки, желтухой и типическимъ теченіемъ, съ обычнымъ исходомъ въ выздоровленіе въ теченіе 7—11 дней, всѣми признается за общую инфекціонную болѣзнь.

ПРЕДСКАЗАНІЕ. Что касается исхода желтухи, то эта болѣзнь считается доброкачественной и въ учебникахъ говорится, что она всегда оканчивается выздоровленіемъ. Это справедливо лишь для большинства случаевъ и ставить абсолютно благопріятное предсказаніе во всѣхъ случаяхъ нельзя, такъ какъ иногда совершенно неожиданно наступаютъ припадки холэміи (судороги, безсознательное состояніе, кома), или болѣзнь переходитъ въ острую желтую атрофію печени, причемъ печень съ каждымъ днемъ уменьшается въ объемѣ и черезъ нѣсколько дней совсѣмъ уходитъ подъ ребра. Одинъ такой случай встрѣтился въ нашей клиникѣ съ мѣсяцъ тому назадъ. Онъ относился къ мальчику 5-ти лѣтъ, поступившему въ клинику по поводу желтухи, производившей впечатлѣніе вполне доброкачественной *icterus sa-*

tarrhalis. Однако, несмотря на лечение, желтуха, в течение двухъ-недѣльнаго пребывания въ больницѣ не только не исчезла, а даже усилилась, печень стала уменьшаться на нашихъ глазахъ, появились возбужденіе, бессонница и дня черезъ 3—4 ребенокъ скончался черезъ 3 недѣли отъ начала болѣзни.

Слѣдовательно, предсказаніе при этой болѣзни нужно дѣлать съ нѣкоторой осторожностью и имѣть въ виду, что доброкачественное теченіе въ первыя 2—3 недѣли еще не гарантируютъ благополучнаго исхода.

Обычная продолжительность инфекціонной желтухи 2—3 недѣли, но иногда болѣзнь затягивается и на 3 мѣсяца, причемъ можетъ случиться, что и лихорадочное состояніе продолжается также долго.

ЛЕЧЕНІЕ. На первомъ мѣстѣ должна быть поставлена легкая, питательная діета: молоко, супъ, бѣлый хлѣбъ, а при порядочномъ аппетитѣ и легкіе сорта мяса. Надо избѣгать, главнымъ образомъ, жирныхъ вещей, такъ какъ за недостаткомъ желчи жиръ плохо всасывается и, оставаясь въ кишкахъ, разлагается и даетъ продукты, раздражающіе слизистую оболочку кишекъ.

Собственно лекарственное лечение полезно начинать съ слабительнаго. Всего чаще даютъ каломель по 0,06 черезъ часъ не больше 4-хъ порошковъ ребенку и 6-ти взрослому. Если нѣтъ послабленія, то черезъ полчаса послѣ послѣдняго порошка даютъ ложку кастороваго масла. Если послѣ каломеля не получается окрашенныхъ испражнений, то хорошо дать въ качествѣ желчегонныхъ щелочи. Мы обыкновенно даемъ Боржомъ или Виши въ количествѣ 1 стакана въ сутки въ 4 пріема до ѣды. При склонности къ запору вода дается холодная; если есть боли въ животѣ, то въ подогрѣтомъ видѣ.

Нѣкоторые рекомендуютъ какъ желчегонное салициловый натръ, а за послѣднее время предложены большія вливанія холодной воды въ кишки. Такому ребенку, какъ нашъ, вливаютъ сразу литръ воды въ 20°C. Нашему больному сначала были назначены вливанія холодной воды, но черезъ 4 дня въ виду бесполезности они были отмѣнены и лечение продолжалось каломелемъ и щелочной водой.

Гипертрофическій циррозъ печени.

Лекція 16 марта 1901 г.

Миша Ш., 11-ти лѣтъ, поступилъ въ клинику 10-го марта 1901 года съ жалобой на желтуху и увеличенный животъ. Анамнеза у этого больного нѣтъ никакого, такъ какъ привезла его къ намъ сосѣдняя землевладѣлица изъ состраданія и сообщить о немъ могла только то, что боленъ онъ уже давно. Это обстоятельство, однако, не помѣшаетъ мнѣ попытаться поставить діагностику на основаніи объективныхъ данныхъ, которыя въ данномъ случаѣ довольно характерны.

STATUS PRAESENS. Больной довольно плохого питанія. Окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ рѣзко желтушная. Зуда въ кожѣ нѣтъ. Подкожно-жирный слой очень дряблый. На груди, животѣ и бедрахъ просвѣчиваютъ [подкожныя вены. Мышцы развиты удовлетворительно и силъ у больного имѣется достаточно. Костный скелетъ правильный. Лимфатическихъ железокъ нигдѣ не прощупывается. Вѣсъ больного 20880 гр.

Органы дыханія и кровообращенія въ полномъ порядкѣ. Пульсъ 90 разъ въ минуту, число дыханій — 28.

Полость рта ничего особеннаго не представляетъ. Зубы цѣлы, языкъ не обложенъ. Аппетитъ очень хорошъ: въ теченіе дня больной съѣдаетъ 4 котлеты, 2 тарелки каши, бѣлый хлѣбъ и выпиваетъ 5—6 кружекъ молока. Никакихъ

диспептическихъ явленій не замѣтно. Ни на самостоятельныя боли, ни на болѣзненность при ощупываніи живота больной не жалуется. Животъ увеличенъ, куполообразной формы. Верхняя граница печени по перкуссіи находится на уровнѣ 6-го ребра по *lin. mamill.*, а нижняя ясно прощупывается на уровнѣ пупка. Край печени ровный, плотный и острый, весь хорошо прощупывается; на немъ ясно выражена вырѣзка. На поверхности печени прощупываются, хотя и не особенно ясно, небольшія неровности, какъ-бы валики. Селезенка плотна и очень увеличена, такъ что нижній край ея опускается ниже пупка. Можно ясно ощупать уголь между селезенкой и печенью. Флюктуаціи въ животъ не замѣчаются. При перкуссіи констатировать присутствіе жидкости въ животъ также нельзя. Геморроидальныхъ шишекъ нѣтъ. Слабитъ больного 1—2 раза въ сутки испражненіями нормальными, какъ по консистенціи, такъ и *по окраскѣ*. Моча цвѣта крѣпкаго чая, гмелиновская реакція на желчные пигменты удается легко. Удѣльный вѣсъ 1,012, реакція кислая, при центрофугированіи получается небольшой осадокъ мочекислыхъ солей и эпителія. Бѣлка и сахара нѣтъ, но довольно большое содержаніе индикана. Ребенокъ очень капризенъ и раздражителенъ. Сонъ порядочный.

Подводя итоги результатамъ изслѣдованія, мы должны отмѣтить у нашего больного увеличеніе и уплотненіе печени и селезенки и не совсѣмъ ровную поверхность печени. Кожа носить явную желтушную окраску. Испражненія не обезцвѣчены. Общее питаніе до нѣкоторой степени пострадало.

ДИАГНОСТИКА. Такая большая, плотная печень можетъ быть при различныхъ болѣзняхъ. Чаще всего въ дѣтскомъ возрастѣ она встрѣчается при *амилоидѣ*. Но диагностику его можно ставить только при наличности опредѣленной этиологіи. Какъ бы ни была велика и плотна печень, нельзя ставить диагностику амилоида у ребенка въ другихъ отношеніяхъ здороваго. Амилоидъ всего чаще развивается въ томъ случаѣ, если въ организмѣ имѣется гдѣ-нибудь хроническій нагноительный процессъ, будетъ ли это затянувшаяся эмпіема, или каріозный процессъ въ позвоночникѣ, или нѣчто подобное. Далѣе, амилоидное перерожденіе внутреннихъ ор-

гановъ наблюдается иногда при долго длящейся болотной лихорадкѣ и въ случаяхъ застарѣлаго сифилиса, — но ничего подобнаго у нашего больного нѣтъ. Можно отмѣтить еще и то, что амилоидомъ прежде всего обыкновенно поражаются почки; такъ что при такихъ большихъ печени и селезенки, какъ въ нашемъ случаѣ, непременно должны были бы быть и признаки страданія почекъ: бѣлокъ въ мочѣ и цилиндры. У этого больного, между тѣмъ, почки совсѣмъ здоровы.

Нѣтъ также никакихъ оснований предполагать въ данномъ случаѣ *лейкэмію*. При этой болѣзни всегда бываетъ рѣзкое поблѣднѣніе слизистыхъ оболочекъ и кожи, специфическія измѣненія крови и увеличеніе лимфатическихъ железъ. Изслѣдованіе крови здѣсь пока еще не было сдѣлано, но тѣмъ не менѣе отрицать лейкэмію все-таки можно съ очень большимъ вѣроятіемъ въ виду отсутствія особенной блѣдности и увеличенія железъ.

Большая печень наблюдается еще при *эхинококкѣ*, который, притомъ, бываетъ въ двухъ формахъ: однокамерный и многокамерный. Предположивъ у нашего больного обыкновенный эхинококкъ печени, мы не объяснимъ всей картины болѣзни, такъ какъ ни желтуха, ни опухоль селезенки не гармонируютъ съ діагностикою эхинококка. Если желтуха и встрѣчается иногда въ зависимости отъ сдавленія глистой желчнаго протока, то тогда испражненія оказываются обезцвѣченными. Противъ діагностики эхинококка говоритъ еще и отсутствіе главнаго симптома — гладкой, флюктуирующей опухоли на печени. Больше похожъ нашъ случай на многокамерный эхинококкъ, который распространяется по каналамъ (Virchow считаетъ, что процессъ идетъ по лимфатическимъ, а Friedreich — по желчнымъ путямъ). Печень увеличивается, дѣлается плотной; опухаетъ и селезенка; вслѣдствіе сдавленія желчныхъ протоковъ развивается желтуха и въ итогѣ получается картина вполнѣ какъ у нашего больного; даже отмѣченныя нами неровности на поверхности печени какъ-бы говорятъ за многокамерный эхинококкъ. Но есть и серьезное возраженіе: во—1-хъ, діагностика многокамернаго эхинококка плохо вяжется съ относительно хорошимъ общимъ видомъ больного, а во—2-хъ, въ дѣтскомъ возрастѣ

многокамерный эхинококкъ до сихъ поръ еще не былъ описанъ ни разу, а къ діагностикѣ *unicum* всегда нужно относиться критически; поэтому и я со спокойной совѣстью отлагаю эту діагностику въ сторону.

Остается только сказать о различныхъ формахъ *цирроза*: сифилитическомъ, простомъ (атрофическомъ) циррозѣ—алкогольномъ или инфекціонномъ—и гипертрофическомъ.

При сифилитическомъ циррозѣ въ печени образуются гуммы, происходитъ разрастаніе соединительной ткани, которая затѣмъ стягивается, и образуется печень съ большими долями. Въ этомъ періодѣ обыкновенно развивается асцитъ и припухаетъ селезенка. Желтухи не бываетъ. Діагностикѣ можетъ помочь анамнезъ и признаки *lues'a* на самомъ больномъ: такъ, отмѣчаются обыкновенно специфическіе (*Hutchinson'овскіе*) зубы, утолщенія костей голени, пораженіе роговицы и т. д. Ничего этого у нашего больного нѣтъ. Асцитъ отсутствуетъ и, напротивъ, есть желтуха, такъ что сифилитическій циррозъ совсѣмъ невѣроятенъ.

Простой циррозъ (алкогольный или вслѣдствіе инфекціонныхъ болѣзней) можно исключить, такъ какъ печень при немъ бываетъ увеличенной только вначалѣ; когда же развивается такая большая селезенка, какъ у нашего больного, то печень начинаетъ сокращаться и развивается асцитъ. Наконецъ, болѣзнь течетъ въ дѣтскомъ возрастѣ быстро, такъ что заканчивается не позже, чѣмъ черезъ 2 года, а иногда даже и въ нѣсколько мѣсяцевъ. Изъ инфекціонныхъ циррозовъ мы еще должны въ частности сказать о маляріиномъ, такъ какъ онъ имѣетъ теченіе нѣсколько отличное отъ другихъ формъ. Мы могли бы очень легко исключить его, если бы у насъ былъ анамнезъ, но и сейчасъ отрицать его все-таки можно потому, что у нашего больного все время держится совершенно нормальная температура, а въ случаѣ застарѣлой маляріи у него были бы хотя небольшія колебанія ея, такъ какъ онъ ничѣмъ не лечился.

Остается еще одна форма — *гипертрофическій циррозъ*, который и является въ нашемъ случаѣ наиболѣе вѣроятнымъ. Этіологія этого заболѣванія неизвѣстна. Въ анамнезѣ должны быть указанія на продолжительную (многолѣтнюю) желтуху,

то улучшающуюся, то обостряющуюся вновь. Если у больного отмѣчается большая печень, а желтуха появилась только недавно, то діагностика гипертрофическаго цирроза невѣроятна. Асцита не бываетъ, а увеличеніе печени происходитъ обыкновенно одновременно съ увеличеніемъ и селезенки. Все это очень подходитъ къ нашему случаю, а потому я ставлю, пока правда только съ большимъ вѣроятіемъ, діагностику гипертрофическаго цирроза печени. Окончательное же рѣшеніе вопроса отлагаю до тѣхъ поръ, пока въ нашихъ рукахъ не будетъ точный анамнезъ.

Полноты ради упомяну еще объ одной формѣ гипертрофическаго цирроза, описанной французскими авторами подъ именемъ *cirrhose cardiaque* и *cardio-tuberculeuse*. Эта форма обуславливается застоємъ крови въ печени вслѣдствіе сердечной слабости (порокъ клапановъ, или адгезивный перикардитъ) и послѣдовательнымъ разрастаніемъ соединительной ткани. Въ числѣ постоянныхъ симптомовъ значится, между прочимъ, водянка живота, но желтухи обыкновенно не бываетъ. У нашего больного какъ разъ наоборотъ, да притомъ нѣтъ признаковъ ни слабости сердца, ни туберкулеза.

Для леченія гипертрофическаго цирроза Захарьинъ рекомендовалъ каломель и наблюденія его были подтверждены Оболенскимъ, который нашель, что подъ вліяніемъ слабительныхъ дозъ каломеля, даваемыхъ повторно, происходитъ, дѣйствительно, замѣтное сокращеніе печени, хотя она и не доходитъ до вполне нормальныхъ размѣровъ.

Нашему больному мы назначимъ его по 0,06 на пріемъ 3—4 раза въ день до появленія зеленаго стула, и спустя 5—6 дней повторимъ *эти пріемы*.

Больной пробыль въ клиникѣ двѣ недѣли, выписался въ томъ же состояніи, въ какомъ поступилъ. Мать, пришедшая за нимъ, сообщила слѣдующій анамнезъ.

Настоящая болѣзнь началась у мальчика 1½ года назадъ. Въ августѣ 1899 года мать впервые замѣтила желтуху конъюнктивъ и кожи. Съ тѣхъ поръ желтуха не проходила, а мальчикъ, имѣвшій прежде хорошій цвѣтъ лица, сталъ ху-

дѣтъ и блѣднѣтъ. Увеличеніе живота мать замѣтила съ весны прошлаго года.

Отець больного умеръ два года тому назадъ отъ неизвѣстной причины (передъ смертью, по словамъ матери, больной весь отекалъ). Съ 17-ти лѣтъ сильно пилъ водку, почти каждый день бывалъ пьянъ. До послѣдней болѣзни ничѣмъ не хворалъ. Умеръ 38-ми лѣтъ.

Мать больного—здоровая женщина 39-ти лѣтъ. На алкоголизмъ, туберкулезъ съ ея стороны указаній нѣтъ.

Всѣхъ дѣтей у нея было 11 человекъ. Всѣ рождались въ срокъ живыми. Младшія дѣти всѣ умерли отъ поносовъ и скарлатины, остались только 5 человекъ старшихъ. Нашъ больной по счету пятый и, такимъ образомъ, стоитъ на границѣ между выжившими и погибшими.

Старшіе братья совершенно здоровы. Больной нашъ росъ здоровымъ ребенкомъ. На третьемъ году перенесъ корь и скарлатину, лѣтомъ иногда страдалъ поносами. Живетъ больной въ условіяхъ бѣдной фабричной семьи. Водки и другихъ спиртныхъ напитковъ никогда не пилъ.

Врожденный порокъ сердца.

Лекція 13 марта 1901 г.

Вася П., 10-ти лѣтъ, поступилъ въ клинику 10-го марта съ жалобой на сердцебіеніе и кашель.

ANAMNESIS. Отцу 30 лѣтъ, здоровый человѣкъ, умѣренно пьетъ. Матери 28 лѣтъ, здоровья хорошаго. Дѣдъ со стороны отца умеръ отъ чахотки. Указаній на lues нѣтъ. Всѣхъ дѣтей въ семьѣ 5 человѣкъ. Нашъ больной старшій; остальные дѣти здоровы. Нашъ больной родился въ срокъ безъ асфиксіи, глаза не гноились. Пупокъ долго не заживалъ, а затѣмъ образовалась грыжа. Кормила мать до 2-хъ лѣтъ, разстройствомъ пищеваренія за это время онъ не страдалъ. Прикармливать стали съ 6-ти мѣсяцевъ. Зубы рѣзались году, ходить началъ въ это же время. Періодъ зуборащенія сопровождался поносами. 5-ти лѣтъ перенесъ корь въ легкой формѣ, другихъ инфекціонныхъ болѣзней и ревматизма не было. Изрѣдка страдалъ насморкомъ и кашлемъ, но не по долгу. Лѣтомъ бывали легонькіе поносы.

Усиленное сердцебіеніе стали замѣчать уже на первомъ году жизни. Когда больному было около 5-ти лѣтъ, мать обратила вниманіе на одышку. Теперь мальчикъ задыхается при скорой ходьбѣ и при подъемахъ на лѣстницу. Кашель появился недѣли 2 назадъ, и начало его сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ.

Помѣщеніе, гдѣ живетъ больной теплое и сухое. Въ Москвѣ живетъ съ годъ; прежде жилъ въ деревнѣ въ хорошей, сухой мѣстности.

Анамнезъ, какъ видите, не даетъ никакихъ особенныхъ данныхъ; можно только отмѣтить, что дѣдъ у него умеръ отъ чахотки, родители же люди молодые и здоровые, и самъ онъ, кромѣ легкой кори, не перенесъ никакихъ инфекціонныхъ заболѣваній. Усиленный сердечный толчекъ былъ отмѣченъ у него уже на первомъ году жизни. Поступилъ онъ къ намъ изъ-за небольшого насморка и кашля, но безъ особеннаго повышенія температуры: въ день поступленія она была $37,7^{\circ}$, а въ настоящее время держится около $36,9^{\circ}$ — $37,1^{\circ}$.

Прежде всего я обращаю ваше вниманіе на сердце нашего больного. Пульсація его рѣзко усилена, такъ что сотрясается вся передняя грудная стѣнка на лѣвой сторонѣ, но главное мѣсто толчка находится чуть-чуть кнутри отъ сосковой линіи. Ясная пульсація ощущается также у праваго края грудины и подъ ложечкой. Прикладывая руку справа отъ грудины, а, главнымъ образомъ, во второмъ и въ меньшей степени въ третьемъ межреберныхъ промежуткахъ, я ощущаю легкое дрожаніе, какъ-будто что-то щекочетъ пальцы—явленіе, извѣстное подъ названіемъ *frémissement cataire*. При постукиваніи области сердца я нахожу нѣкоторое притупленіе звука на грудинѣ, но стоитъ перемѣстить плессиметръ вправо на ребро и звукъ дѣлается яснымъ. Лѣвая граница сердечной тупости не заходитъ за мѣсто толчка; слѣдовательно, сердечная тупость увеличена вправо да и то немного.

При выслушиваніи у верхушки сердца я нахожу два слабыхъ нѣжныхъ шума. На третьемъ лѣвомъ хрящѣ слышны два уже очень рѣзкихъ шума грубаго царапающаго характера. Въ области легочной артеріи слышенъ одинъ шумъ также ясно, но иного тембра, чѣмъ предыдущіе: онъ много мягче. Если теперь перемѣстить стетоскопъ, хотя немного, вправо, то шумъ тотчасъ же рѣзко ослабѣваетъ; наоборотъ, влѣво можно передвигать стетоскопъ хотя до самой ключицы и все-таки шумъ будетъ слышенъ очень ясно. Эти свойства характерны для шума, возникающаго въ самой легочной артеріи; очевидно, онъ мѣстнаго происхожденія, а не проведен-

ный. Наоборотъ, если шумъ при перемѣщеніи стетоскопа къ лѣвой ключицѣ рѣзко ослабѣваетъ, то заболѣваніе клапановъ легочной артеріи можно съ увѣренностью исключить. Чрезвычайно важно обратить вниманіе на то, что второй тонъ легочной артеріи въ сравненіи съ этимъ шумомъ едва слышенъ, и, слѣдовательно, *не усиленъ*. Въ такихъ случаяхъ, какъ нашъ, всегда слѣдуетъ послушать эти шумы и сзади. Дѣло въ томъ, что, при незаращеніи Боталова протока, на спинѣ между позвоночникомъ и лѣвой лопаткой бываетъ слышенъ очень рѣзкій шумъ, напротивъ, изъ легочной артеріи шумъ, если и проводится, то слабо. Въ нашемъ случаѣ сзади слышенъ очень слабый шумокъ.

Печеночная тупость по l. mamillaris начинается на уровнѣ 6-го ребра, нижняя же граница ея совпадаетъ съ краемъ грудной клѣтки. Ощупать край печени не удается, и область ея болѣзненна. При осмотрѣ больного бросается въ глаза краснота его щекъ, которая какъ-то не гармонируетъ съ отсутствіемъ лихорадочнаго состоянія и съ его общимъ скорѣе слабымъ, чѣмъ хорошимъ, питаніемъ. Останавливать ваше вниманіе на остальныхъ его органахъ я не буду, такъ какъ всѣ они въ полномъ порядкѣ.

Интересъ нашего случая заключается въ томъ, что мы имѣемъ крайне рѣзкіе шумы въ сердцѣ, а между тѣмъ объемъ его почти не увеличенъ и нѣтъ никакихъ признаковъ застоя—даже размѣры печени нормальны. Такая картина, т. е. громкіе шумы и даже *frémissement cataire* при нормальной сердечной тупости чрезвычайно типичны для врожденныхъ пороковъ сердца, тогда какъ при приобретенныхъ порокахъ сердечныхъ клапановъ увеличеніе сердца до нѣкоторой степени идетъ параллельно интенсивности шумовъ. Въ пользу врожденности заболѣванія въ нашемъ случаѣ говорятъ еще два обстоятельства: во-первыхъ, усиленное сердцебіеніе было отмѣчено очень рано — уже на первомъ году жизни, а, во-вторыхъ, въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на острия болѣзни, которыя обыкновенно влекутъ за собой пороки сердца: ревматизмъ, хорею, скарлатину и т. п.

Можно было бы возразить, что здѣсь нѣтъ обычнаго спутника врожденныхъ пороковъ сердца—ціаноза; однако, отсут-

ствіе его не исключаетъ все-таки возможности врожденнаго страданія, нужно только обратить вниманіе на то, какое мѣсто поражено.

Врожденные пороки сердца обычно локализируются въ правой половинѣ сердца. Въ нашемъ случаѣ имѣется шумъ съ первымъ временемъ въ области легочной артеріи, не исчезающій при перемѣщеніи стетоскопа вверхъ и влѣво, но тотчасъ же стихающій, если стетоскопъ передвинуть вправо. Такой шумъ можетъ зависѣть только отъ стеноза легочной артеріи, или отъ открытаго Боталова протока. При изслѣдованіи больного мы отмѣтили, что второй тонъ легочной артеріи не только не акцентуированъ, но даже ослабленъ, и это обстоятельство настолько важно, что его одного достаточно, чтобы исключить незакрытіе Боталова протока; на то же указываетъ въ данномъ случаѣ и отсутствіе шума на рукояткѣ грудины. Рѣзкіе царапающіе шумы на третьемъ хрящѣ не могутъ быть объяснены суженіемъ легочной артеріи; они ясно указываютъ, какимъ способомъ въ данномъ случаѣ достигнута компенсація. Очевидно, что суженіе легочной артеріи развилось здѣсь въ томъ періодѣ утробной жизни, когда еще существовало сообщеніе между желудочками, и существовавшее отверстіе благодаря суженію такъ и осталось незаросшимъ. Отсутствіе синюхи, а также и значительнаго расширенія и гипертрофіи праваго желудочка и объясняется наличностью этого отверстія, облегчающаго работу праваго желудочка.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ право предполагать комбинированный порокъ сердца врожденнаго происхожденія, именно: суженіе легочной артеріи и отверстіе въ межжелудочной перегородкѣ. На кашель мы можемъ смотрѣть какъ на явленіе случайное, не имѣющее особаго значенія. Легкій бронхитъ не можетъ объяснить одышки, которой страдаетъ нашъ больной уже издавна; она у него, конечно, сердечнаго происхожденія и зависитъ отъ недостаточнаго снабженія кровью легочныхъ капилляровъ.

Такъ какъ кровообращеніе у нашего больного уравновѣшено удовлетворительно, то онъ можетъ жить еще въ теченіе многихъ лѣтъ, но, конечно, всегда будетъ, такъ сказать, инвалидомъ,

который может погибнуть отъ какой-либо острой болѣзни, какъ только она потребуетъ усиленной дѣятельности сердца, конечно, скорѣе, чѣмъ человѣкъ здоровый.

Леченіе въ настоящее время можетъ состоять только въ правильныхъ діето-гигіеническихъ условіяхъ: питательная пища, умѣренное движеніе и избѣганіе всего, что возбуждаетъ сердце, заставляя его усиленно работать; на этомъ основаніи мы запрещаемъ подобнымъ больнымъ: вино, кофе, горячее питье, танцы, гимнастику, купанье въ холодной водѣ и всякое сильное движеніе, особенно катанье на велосипедѣ. Что касается до назначенія сердечныхъ средствъ, напр., дигиталиса и т. п., то они могутъ быть рекомендованы въ періодѣ разстройства компенсаціи.

Желудочно-кишечныя заболѣванія дѣтей.

Лекція 9 марта 1901 г.

Приступая къ изложенію заболѣваній желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей и имѣя при этомъ въ виду, главнымъ образомъ, дѣтей грудного возраста, я прежде всего хотѣлъ бы сказать о тѣхъ попыткахъ, которыя дѣлаются въ послѣднее время съ цѣлью установить классификацію этихъ болѣзней на основаніи ихъ этиологіи.

Старая вѣнская школа педиатровъ (Mayer, Widerhofer и др.) клали въ основу классификаціи, съ одной стороны, локализацию болѣзненнаго процесса, а, съ другой стороны, свойство патолого-анатомическихъ измѣненій и клиническіе симптомы. За послѣднее время, однако, противъ такого дѣленія появился цѣлый рядъ возраженій. Epstein, Marfan, Lesage и др. указываютъ, что дѣленіе патолого-анатомическое и топографическое совсѣмъ не соотвѣтствуетъ обстоятельствамъ. При дѣтской холерѣ, на примѣръ, наблюдается чрезвычайно тяжелая клиническая картина, а между тѣмъ патолого-анатомическія измѣненія крайне ничтожны; они сводятся только къ катарру кишекъ и желудка. Раздѣленіе топографическое, по ихъ мнѣнію, также не выдерживаетъ критики, такъ какъ никогда не наблюдается изолированнаго заболѣванія какого-либо одного отдѣла желудочно-кишечнаго тракта. Если есть у ребенка страданіе желудка, говорятъ новаторы, если, стало быть, желудочное пищевареніе даетъ ненормальные продукты, то эти

послѣдніе являться раздражителями для слизистой оболочки кишекъ, которая тоже заболѣетъ, и, наоборотъ, въ случаяхъ какъ-бы изолированнаго пораженія кишекъ подробное изслѣдованіе желудочнаго содержимаго, добытаго выкачиваніемъ, всегда покажетъ, что нарушена и функція желудка. По этой причинѣ Marfan, напр., не считаетъ возможнымъ признавать ни катарра тонкихъ кишекъ, ни катарра толстыхъ, а всѣ виды расстройства описываетъ подъ именемъ гастро-энтеритовъ, которые онъ дѣлитъ на острые и хроническіе и потомъ первые—на катарральные и фолликулярные.

Другіе авторы, напр., Escherich, Lesage, Booker и др. въ основу классификаціи кладутъ этиологическіе моменты. Заболѣваніе кишекъ, говорятъ они, зависитъ или отъ того, что въ кишечникъ вмѣстѣ съ пищей попадаютъ раздражающія слизистую оболочку или прямо ядовитыя вещества,—это, такъ называемая, *интоксикація*, или отъ зараженія кишечника микроорганизмами,—это будетъ *инфекція*. Современные бактериологи допускаютъ двѣ формы инфекции кишечника,—*эндогенную* и *экзогенную*. Въ первомъ случаѣ производителями инфекции являются нѣкоторые микробы изъ числа постоянныхъ обитателей кишечника въ здоровомъ состояніи, напр., *bacterium coli commune*, который, подъ вліяніемъ ли пищи, или высокой лѣтней температуры воздуха, или отъ измѣненія среды, въ которой онъ живетъ, т. е. отъ измѣненія свойствъ содержимаго кишекъ, или отъ какихъ-нибудь другихъ причинъ получаетъ ядовитыя свойства. При экзогенной инфекціи производителями болѣзни являются микробы, попавшіе въ желудокъ случайно съ пищей или со слюной и т. п. Lesage, Epstein, Czerny и ихъ послѣдователи, подобно Marfan'у не описываютъ ни диспепсіи, ни катарровъ тонкихъ или толстыхъ кишекъ и проч., но всѣ болѣзни кишечника раздѣляютъ по тяжести инфекціи: напр., Lesage различаетъ 1) легкую инфекцію желудка и кишекъ, 2) тяжелую инфекцію съ лихорадкой и 3) тяжелую инфекцію съ симптомами холеры. При такой классификаціи локалізація болѣзни и патолого-анатомическія измѣненія уже не играютъ роли.

Бактеріологи стремятся далѣе опредѣлить производителя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, чтобы можно было класси-

фицировать дѣтскіе поносы по видамъ микроорганизмовъ; такъ, напр., Lesage въ извѣстномъ руководствѣ Grancher описываетъ 5 видовъ поносовъ, смотря по производителю болѣзни: всего чаще, приблизительно въ 90⁰/₀, таковымъ является, по его мнѣнію, bacterium coli commune, значительно рѣже — staphylococcus, bacillus mesentericus, proteus vulgaris и bacillus pyocyaneus. Escherich прибавляетъ къ этому стрептококковый энтеритъ и, такъ называемый, синій бациллёзъ (bleue bacillose). Booker различаетъ бацилярныя и стрептококковыя формы и т. д. Всѣ подобныя попытки выяснитъ микробную этиологию дѣтскихъ поносовъ, конечно, весьма желательны, такъ какъ онѣ обѣщаютъ принести большую пользу и терапіи, на что уже и теперь есть намеки; укажемъ, напр., на способъ леченія поноса, вызваннаго proteus'омъ, внутреннимъ употребленіемъ чистой разводки bac. lactis (удачный опытъ въ этомъ смыслѣ описанъ изъ клиники Escherich'a), или на заявленіе Concetti (Римъ), сдѣланное имъ на XIII-мъ международномъ съѣздѣ врачей въ Парижѣ, объ успѣшномъ леченіи лѣтняго кроваваго поноса, зависящаго отъ особаго вида bac. coli com., подкожной инъекціей сыворотки животныхъ, иммунизированныхъ по отношенію къ этому микробу. Можетъ быть, найдутся лекарства, специфически дѣйствующія при опредѣленной инфекціи кишечника, — все это, конечно, и возможно, и очень желательно, но бѣда лишь въ томъ, что въ настоящее время бактеріи кишечника даже и въ здоровомъ то состояніи еще плохо изучены, а при поносахъ, когда число бактерій увеличивается чрезвычайно, опредѣлить производителя болѣзни еще труднѣе, и потому мы встрѣчаемся тутъ съ большими противорѣчіями, которыя начинаются уже по вопросу о постоянныхъ обитателяхъ нормальнаго кишечника. До послѣдняго времени считалось доказаннымъ, что, согласно изслѣдованію Escherich'a, въ нормальномъ кишечникѣ дѣтей, питающихся исключительно груднымъ молокомъ, встрѣчаются постоянно и почти въ чистыхъ культурахъ только два вида микробовъ: въ тонкихъ кишкахъ живетъ bac. lactis aërogenes, а въ толстыхъ — bacter. coli com. Но вотъ на XIII-мъ съѣздѣ врачей въ Парижѣ въ присутствіи самого Escherich'a дѣлаетъ докладъ докторъ Tis-

sier (изъ клиники Grancher) и доказываетъ, что Escherich пользовался при своихъ изслѣдованіяхъ ненадежнымъ методомъ и потому пришелъ къ невѣрнымъ выводамъ. Случалось, говорить онъ, что въ нормальномъ стулѣ грудныхъ дѣтей микроскопъ открывалъ только одинъ—два вида, а культура давала ихъ четырнадцать, и, наоборотъ, при гастро-энтеритахъ прямое изслѣдованіе показывало разнообразную флору, а въ культурахъ получали два-три вида или даже только одного *bac. coli* въ чистой разводкѣ. По изслѣдованіямъ Tissier, не *bac. lactis* и не *bac. coli* должны считаться главными и постоянными обитателями кишечника здоровыхъ грудныхъ дѣтей, а *bac. bifidus communis*; рядомъ съ нимъ, но въ ничтожномъ числѣ, встрѣчаются *bac. coli*, *bac. lactis*, *streptococcus* и др. У рожковыхъ дѣтей кишечная флора отличается не только бѣльшимъ разнообразіемъ, но еще и тѣмъ, что среди различныхъ микробовъ нѣтъ ни одного, котораго можно бы считать за главнаго представителя. Далѣе, Tissier показалъ, что кишечная флора рѣзко измѣняется не только при гастро-энтеритахъ, но даже подъ вліяніемъ, напр., слабительной дозы каломеля, котораго достаточно, чтобы *bac. bifidus* почти исчезъ, а на первый планъ выступили *bac. coli commune* и *streptococcus*. Такое измѣненіе кишечной флоры наблюдается при всякомъ поносѣ, хотя бы и самомъ легкомъ, причемъ почти всегда появляются новые виды бактерій, несвойственные нормальному стулу. Пока, говорить Tissier, мы не научимся выдѣлять всѣ виды бактерій, мы не будемъ имѣть права допускать эндогенную инфекцію, т. е. приписывать патогенныя свойства сапрофитамъ, всегдашнимъ обитателямъ кишечника и обыкновенно безвреднымъ. Escherich не возражалъ, онъ только поздравилъ Tissier съ его хорошей работой и сказалъ, что недостатки собственныхъ работъ ему извѣстны и что новѣйшія изслѣдованія, произведенныя въ его клиникѣ, очень хорошо согласуются съ результатами, добытыми Tissier (*Comptes rendus du XIII Congrès international, Paris 1900, Section de Médec. de l'enfance, p. 208—214*).

Въ дѣлѣ выясненія бактериологическаго патогенеза дѣтскихъ поносовъ главное препятствіе состоитъ отчасти въ томъ, что не всѣ виды микробовъ кишечника могутъ быть выдѣ-

лены при современныхъ способахъ изслѣдованія, вслѣдствіе чего очень часто замѣчается очень рѣзкій контрастъ между микробной флорой на препаратѣ изъ дѣтскихъ испражнений и добытыми изъ нихъ культурами, отчасти же въ томъ, что специфическихъ микробовъ, которыми можно бы объяснить происхожденіе гастро-энтеритовъ, пока еще не найдено, а всѣ микробы, которыхъ обвиняють въ произведеніи болѣзни, встрѣчаются и въ нормальномъ стулѣ грудного ребенка. Vaginsky, напр., прямо говорить, что ни при какомъ дѣтскомъ поносѣ онъ не могъ выдѣлить специфическаго микроба, и потому думаетъ, что всѣ поносы, какъ легкіе, такъ и тяжелые, а въ томъ числѣ и дѣтская холера, происходятъ подъ вліяніемъ сапрофитовъ — постоянныхъ обитателей кишечника; слѣдовательно, по его мнѣнію, дѣло идетъ всегда объ эндогенной инфекціи. Къ подобному же выводу пришелъ на основаніи собственныхъ изслѣдованій и Marfan (*Les gastroentérites des nourrissons*, Paris, 1900, p. 31), который говорить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ инфекція кишекъ бываетъ не эктогенной и не первичной, а эндогенной и вторичной. Первой причиной служитъ обыкновенно переѣданіе, или неудобоваримая пища, или дурное молоко, а потомъ уже является аутоинфекція благодаря, главнымъ образомъ, *bac. coli* и стрептококку. И если Lesage доказываетъ, что въ 90% всѣхъ случаевъ поноса производителемъ является *bac. coli*, то доказательства его, хотя на первый взглядъ и кажутся убѣдительными, но не выдерживаютъ строгой критики. Такъ какъ подобныя доказательства приводятся другими авторами въ пользу другихъ микробовъ, то для образца полемики мы приведемъ здѣсь мнѣнія *pro* и *contra* доводовъ Lesage'a, состоящихъ въ слѣдующемъ: 1) въ испражненіяхъ преобладаетъ *b. coli* и культуры даютъ его въ чистомъ видѣ. 2) Lesage находилъ его въ молокѣ, которымъ питались заболѣвшія дѣти. 3) Впрыскиваніе подъ кожу или въ полость брюшины кролику чистыхъ культуръ *b. coli*, добытаго изъ испражнений или изъ зараженнаго молока, вызывало смерть животнаго, приблизительно, въ одинаковый срокъ. 4) Кровяная сыворотка больныхъ обладаетъ агглютинирующей способностью относительно бульонныхъ разводовъ *b. coli*. 5) *Bac. coli* встрѣчается

при вскрытіи вскорѣ послѣ смерти во всѣхъ органахъ, а иногда его можно найти въ крови даже и при жизни (Czerny).

Это все доводы за, а возраженія противниковъ состоятъ въ слѣдующемъ. Ad 1. Tissier показалъ, что *bac. coli* можетъ явиться преобладающимъ микробомъ въ испражненіяхъ дѣтей даже послѣ слабительной дозы каломеля, когда, слѣдовательно, поносъ совсѣмъ не бактерійный, — да притомъ извѣстно, что на многихъ питательныхъ средахъ *bac. coli* размножается до такой степени быстро, что заглушаетъ всѣхъ другихъ, вслѣдствіе чего *bac. coli* въ чистыхъ культурахъ получается иногда и изъ нормальныхъ испражнений (Tissier). Ad 2. Находка *b. coli* въ молокѣ доказываетъ, конечно, что молоко было сильно загрязнено, но что изъ содержавшихся въ немъ множества микробовъ производителемъ болѣзни былъ именно *b. coli* — это не доказано. Ad 3. Что касается ядовитости, то она сама по себѣ не можетъ служить доказательствомъ въ пользу *coli*-бациллярной инфекціи, потому что она очень измѣнчива: *b. coli* можетъ оказаться чрезвычайно ядовитымъ даже и въ нормальныхъ испражненіяхъ, а въ другихъ случаяхъ, будучи ядовитымъ для человѣка, онъ оказывается не ядовитымъ для животныхъ и, кромѣ того, культуры его оказались ядовитыми при подкожныхъ инъекціяхъ, а это еще не доказываетъ ядовитости ихъ при введеніи въ желудокъ. Ad 4. Реакція агглютинаціи по отношенію къ *b. coli* ничего не доказываетъ, такъ какъ тутъ встрѣчаются курьезныя явленія: на одну культуру склеивающимъ образомъ дѣйствуетъ уже сыворотка нормальнаго животнаго, тогда какъ на другую культуру не вліяетъ даже и сыворотка животнаго, повторными прививками сильно иммунизированнаго относительно *b. coli*. Отмѣченъ и такой фактъ, что кровяная сыворотка дѣйствуетъ склеивающимъ образомъ на культуру *b. coli*, добытаго изъ мочи, и совсѣмъ не дѣйствуетъ на культуры *b. coli*, добытаго у того же больного изъ испражнений.

Что касается, наконецъ, пятаго довода, то извѣстно, что *b. coli* очень легко проникаетъ черезъ кишечную стѣнку въ кровь и въ органы, если существуетъ нарушеніе цѣлости кишечнаго эпителия, слѣдовательно, при всякомъ катаррѣ; но

это еще не значитъ, что самый катарръ вызванъ вліяніемъ *b. coli*.

Если даже мы и допустимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣтскихъ поносовъ были опредѣлены производители болѣзни, то мы должны все-таки признать, что картины болѣзни, нарисованныя авторами, настолько не характерны, что, руководствуясь симптомами, рѣшительно невозможно сказать, какимъ микробомъ вызвано данное заболѣваніе. Такъ, напр., наилучше обоснованная форма стрептококкового поноса встрѣчается, по описанію Escherich'a, въ самыхъ разнообразныхъ степеняхъ, начиная отъ легкаго водянистаго поноса и кончая тяжелой дизентеріей. Поносъ отъ *bact. coli*, по описанію Escherich'a, очень напоминаетъ фолликулярный энтеритъ, а, по описанію Lesage'a, картина выходитъ совсѣмъ иная, иногда напоминающая катарръ тонкихъ кишекъ, иногда слизистый поносъ. Ну, однимъ словомъ, по вопросу о роли микробовъ въ патогенезѣ катарровъ кишекъ авторы рѣзко расходятся между собою по всѣмъ пунктамъ и „послѣ пятнадцати-лѣтнихъ усилій, говоритъ Magfan, вопросъ этотъ все-таки остается мало выясненнымъ, со многими темными сторонами и съ противорѣчивыми заключеніями“. Въ виду всего сказаннаго, а, главнымъ образомъ, въ виду того, что ни одинъ микроорганизмъ не обусловливаетъ какой-либо опредѣленной клинической формы поноса, можно считать этиологическую классификацію желудочно-кишечныхъ заболѣваній у дѣтей преждевременной, а потому мы предпочитаемъ старую вѣнскую классификацію, т. е. будемъ описывать диспепсію, острый катарръ тонкихъ кишекъ, дѣтскую холеру, острый фолликулярный энтеритъ и хроническій катарръ кишекъ. Поносовъ специфическаго происхожденія, каковы, напр., тифозный и туберкулезный, мы касаться не будемъ.

Лекція 10 марта 1901 г.

ЭТИОЛОГИЯ дѣтскихъ поносовъ. Этиологию диспепсіи и катарровъ кишекъ у дѣтей, вскармливаемыхъ грудью, и у рожковыхъ нужно разсматривать отдѣльно. Придерживаясь новѣйшаго направленія медицины, мы можемъ различать въ

этіологіі диспепсіі у грудныхъ дѣтей *интоксикацію* и *инфекцію*. Послѣдняя, какъ уже сказано, можетъ быть *эндогенной* и *эктогенной*. Провести точную границу между этими этіологическими тонкостями дѣло довольно трудное, но въ практическомъ отношеніи это и не особенно важно. Чаще всего у грудныхъ дѣтей приходится наблюдать интоксикацію, значительно рѣже эндогенную инфекцію, а эктогенная наблюдается только въ исключительныхъ случаяхъ, о которыхъ мы скажемъ нѣсколько словъ вполнѣдствіи.

Интоксикація, вызывающая диспепсію у грудныхъ дѣтей, зависитъ обыкновенно отъ ненормальныхъ свойствъ женскаго молока, которыя во многихъ случаяхъ могутъ быть опредѣлены посредствомъ микроскопическаго и химическаго изслѣдованія его. Такъ, напр., заранѣе ужъ можно сказать, что, если въ молокѣ встрѣчаются молозивныя тѣльца, хотя послѣ родовъ прошло больше 3-хъ недѣль, или, если вмѣсто средней величины молочныхъ тѣлецъ, въ немъ преобладаютъ или очень крупныя, или, наоборотъ, очень мелкія, пылеобразныя шарики, то оно не будетъ переноситься желудкомъ ребенка. Въ другихъ случаяхъ на непригодность молока указываетъ ненормальное содержаніе жира, когда, напр., вмѣсто 3—4% анализъ показываетъ всего $\frac{1}{2}$ —1%, или, напротивъ, черезчуръ много 5—7%. Впрочемъ, не слѣдуетъ думать, чтобы микроскопическія и химическія изслѣдованія имѣли очень важное значеніе. Они только помогаютъ до нѣкоторой степени выяснить дѣло. Въ практической жизни въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно знать количество молока. Обыкновенно бываетъ такъ, что, если молока выдѣляется много, то и качества оно хорошаго; мало молока, — оно и по качеству плохо.

Бываютъ, однако, случаи, что молоко и при обильномъ отдѣленіи оказывается все-таки плохого качества. Мало того, молоко при всестороннемъ изслѣдованіи можетъ показаться вполнѣ хорошимъ: удѣльный вѣсъ около 1,030, реакція щелочная, микроскопическая проба и химическое изслѣдованіе на жиръ даютъ вполнѣ удовлетворительные результаты, а ребенокъ упорно хвораетъ диспепсіей, несмотря на тщательное исполненіе всѣхъ діетическихъ предписаній. Подобныя

факты встрѣчаются очень часто и объясняются тѣмъ, что составъ молока далеко не такъ простъ, какъ это считали прежде, и что нѣкоторыя изъ его составныхъ частей при настоящемъ состояніи химіи еще не могутъ быть опредѣлены, или опредѣляются съ трудомъ. Въ него входятъ, повидимому, какіе-то особенные продукты дѣятельности грудной железы, имѣющіе огромное значеніе для питанія организма подобно тому, какъ это наблюдается относительно веществъ, поступающихъ въ организмъ изъ щитовидной железы. Нѣкоторые изъ этихъ продуктовъ начинаютъ уже открываться новѣйшими изслѣдованіями. Такъ напр., въ молокѣ найденъ ферментъ, переводящій крахмалъ въ сахаръ (діастазъ) и ферментъ, разлагающій средніе жиры на глицеринъ и жирныя кислоты (липазъ). Кромѣ этихъ постоянныхъ составныхъ частей молока въ него могутъ переходить еще разныя вещества изъ крови, каковы, напр., различные токсины и антитоксины (тетанусъ, дифтерія), нѣкоторыя лекарства (ревень, ртутные препараты) и проч. Если молоко, бѣдное жиромъ, вызываетъ диспепсію, то это происходитъ, конечно, не отъ недостатка жира, а потому, что вслѣдствіе ненормальной функціи молочной железы, на каковую указываетъ бѣдность жиромъ, въ молокѣ появляются вещества, раздражающія слизистую оболочку желудка.

Всѣ эти соображенія должны намъ до нѣкоторой степени объяснить, какимъ образомъ молоко, кажущееся нормальнымъ при обычныхъ методахъ изслѣдованія, можетъ оказаться вреднымъ для ребенка.

Можно привести много примѣровъ, когда подъ вліяніемъ различныхъ условій, дѣйствующихъ на кормилицу, молоко не переносится ребенкомъ, а между тѣмъ ни химической анализъ, ни микроскопическое изслѣдованіе не могутъ открыть въ немъ существенныхъ отклоненій отъ нормы. Известно, напр., что сильныя нервныя потрясенія кормящей иной разъ вызываютъ у ребенка диспепсію, колики и даже судороги; поэтому уже давно было рекомендовано сдаивать то молоко, которое образовалось во время потрясенія. Къ той же категоріи относятся и дѣтскіе поносы во время регулъ у кормящей.

Не остается безъ вліянія и пища. Очень часто приходится наблюдать, что упорные запоры у ребенка проходят послѣ того, какъ кормилицѣ начинали давать кислые яблоки, а у другихъ дѣтей тѣ же яблоки могутъ вызвать уже поносъ. Спиртные напитки и пиво въ частности, а также различныя острия вещества нерѣдко вызываютъ диспепсію у ребенка. Въ этомъ дѣлѣ, повидимому, играетъ большую роль индивидуальность кормящей; нѣкоторыя матери по опыту знаютъ, что имъ нельзя ѣсть такую-то пищу, другимъ — другую (устрицы, раки, кислые фрукты, несвѣжая провизія и др.). Большою частію случается такъ, что пища, вызывающая расстройство пищеваренія у матери, вредно отзывается и на ребенка.

Изъ лекарствъ, переходящихъ въ молоко и могущихъ вызвать болѣе или менѣе сильный поносъ у ребенка, назовемъ ремень, александрійскій листъ, мышьякъ, препараты ртути.

Различныя остролихорадочныя болѣзни матери тоже могутъ дать поводъ къ появленію поноса у ребенка, причемъ причина лихорадки можетъ быть доброкачественна и кратковременна, напр., *angina*, *influenza* и проч. Подобнаго рода гастриты имѣютъ, конечно, токсическое происхожденіе, такъ какъ никакихъ микробовъ въ молокѣ при легкихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ не найдено, между тѣмъ какъ возможность перехода въ молоко токсиновъ нѣкоторыхъ болѣзней вполне доказана, какъ напр., токсина тетануса и дифтеріи.

Если ребенокъ вскармливается кормилицей, то нужно считаться еще и съ „возрастомъ“ молока. Хотя послѣ 2-хъ мѣсяцевъ составъ молока уже не мѣняется существенно, тѣмъ не менѣе слишкомъ старое молоко сплошь и рядомъ оказывается неподходящимъ для новорожденнаго ребенка.

Диспепсія грудныхъ дѣтей, развивающаяся въ зависимости отъ всѣхъ перечисленныхъ причинъ, должна, такимъ образомъ, рассматриваться какъ диспепсія отъ интоксикаціи.

Erstein показалъ, что при развитіи такой диспепсіи играетъ роль и индивидуальность ребенка. Въ Пражскомъ воспитательномъ домѣ, которымъ онъ завѣдуетъ, ему не разъ уда-

валось достигнуть прекращенія диспепсїи тѣмъ, что у двухъ дѣтей, страдавшихъ ею, онъ обмѣнивалъ кормилицъ.

Что касается до *эндогенной инфекции*, то въ развитіи ея самую важную роль играетъ *перекармливаніе*. При чрезчуръ обильной пищѣ въ желудочно-кишечномъ каналѣ остается большое количество не переваренныхъ и не всосавшихся бѣлковъ и жировъ. Эти излишки и представляютъ очень удобную среду для размноженія кишечныхъ микробовъ, причемъ они не только усиленно размножаются, но могутъ получать и патогенное свойство. Въ то время какъ разстройства кишечника, зависящія отъ интоксикаціонныхъ свойствъ женскаго молока, отличаются обыкновенно легкостью теченія и не идутъ далѣе диспепсїи, поносы отъ перекармливанія легко принимаютъ болѣе серьезную форму катарра тонкихъ кишекъ, или фолликулярнаго энтерита. На этиологическое значеніе этихъ „остатковъ пищи“ (Nahrungsrest) съ особеннымъ удареніемъ указываетъ Biedert, считающій ихъ самой главной причиной поносовъ, какъ у грудныхъ, такъ и у рожковыхъ дѣтей. Достойная оцѣнка этого этиологическаго момента имѣетъ, конечно, громадное значеніе для діететической терапіи дѣтскихъ поносовъ вообще. Къ этой же категоріи относимъ мы и столь часто встрѣчающіеся поносы у дѣтей, быстро отнятыхъ отъ груди; ближайшей причиной разстройства бываетъ въ такихъ случаяхъ большею частію перекармливаніе вслѣдствіе очень частаго кормленія или большихъ количествъ молока, къ которому ребенокъ не привыкъ, и сверхъ того еще и другихъ вещей въ родѣ яицъ, каши и пр.

Одна изъ самыхъ частыхъ причинъ поносовъ у грудныхъ дѣтей состоитъ въ *слишкомъ раннемъ прикармливаніи* мучными вещами и мясомъ, или супомъ. Матери обыкновенно думаютъ, что бульонъ, а еще лучше мясной сокъ, или крѣпкій бутылочный бульонъ могутъ укрѣпить ребенка, что онъ раньше начнетъ ходить и пр. Но это — заблужденіе, такъ какъ до года ни мясо, ни мясной сокъ въ большинствѣ случаевъ не переносятся и вызываютъ поносъ; сравнительно легче переносится жидкая молочная кашка и простой бульонъ, но все-таки раньше 6-ти мѣсяцевъ не слѣдуетъ начинать ни съ тѣмъ, ни съ другимъ. Если ребенокъ худъ, хотя здоровъ,

то лучше начать прикормъ молокомъ (мѣсяцевъ 5-ти), потомъ давать разъ въ день молотую манную кашку; если, наоборотъ, ребенокъ перекормленъ, тученъ и, какъ это бываетъ большею частію въ подобныхъ случаяхъ, наклоненъ къ запору, то лучше начать прикормъ съ бульона (куриного или говяжьяго — это безразлично). Пища эта бѣдна бѣлками и вообще гораздо менѣе питательна, чѣмъ молоко, а по богатству солей и экстрактивныхъ составныхъ частей слегка ослабляетъ.

Что касается до мяса, то до 15-ти мѣсяцевъ его совсѣмъ не слѣдуетъ давать; если опытъ съ мясомъ сдѣланъ раньше, то надо слѣдить за стуломъ съ тѣмъ, что, если послѣдній сдѣлается очень вонючимъ, то употребленіе мяса слѣдуетъ сейчасъ же прекратить.

Эктогенная инфекция при исключительно грудномъ кормленіи встрѣчается рѣдко; можетъ, конечно, случиться, что тотъ или другой патогенный микробъ попадаетъ въ желудокъ со слюной, но, такъ какъ въ дѣлѣ зараженія играетъ роль и количество микробовъ, а со слюной ихъ попадаетъ мало, то такой способъ зараженія имѣетъ по преимуществу теоретическій интересъ. Сравнительно чаще эктогенная инфекция имѣетъ мѣсто при маститахъ, когда къ молоку примѣшивается гной, а вмѣстѣ съ нимъ и стафилококки, которые и встрѣчаются въ подобныхъ случаяхъ въ испражненіяхъ въ большомъ количествѣ. Къ категоріи стафилококковаго эктогеннаго поноса относится, какъ показали изслѣдованія изъ клиники Escherich'a, и диспепсія отъ, такъ называемаго, „перегорѣлаго молока“, т. е. отъ такого, которое оставалось въ грудяхъ въ теченіе многихъ часовъ. Уже по внѣшнему виду такое молоко очень рѣзко отличается отъ нормальнаго: оно очень жидко, синяго цвѣта, низкаго удѣльнаго вѣса и очень бѣдно жиромъ, но почему оно плохо переваривалось, было неясно. Изслѣдованія Мого изъ клиники Escherich'a въ недавнее время показали, что, если давать дѣтямъ сосать грудь матерей послѣ отдыха въ 10 — 20 часовъ, то иногда они захварываютъ рѣзкими явленіями диспепсіи: появляется поносъ и иногда даже рвота. Въ испражненіяхъ такихъ дѣтей во множествѣ были находимы стафилококки, которые, какъ из-

вѣстно, всегда встрѣчаются въ молочныхъ каналахъ грудного соска, но при продолжительномъ отдыхѣ груди эти микробы, по мнѣнію Мого, могутъ размножаться до такой степени, что попадаютъ въ желудокъ въ большомъ количествѣ и вызываютъ диспепсію. Такимъ образомъ, въ настоящее время можно разсматривать диспепсію отъ перегорѣлаго молока, какъ случай экзогенной инфекціи. Прибавимъ, впрочемъ, что наблюденіе Мого стоитъ особнякомъ и что до послѣдняго времени считалось фактомъ, что, хотя стафилококки и живутъ въ млечныхъ ходахъ грудного соска, но они тамъ не размножаются и не отличаются патогенными свойствами.

При разборѣ этиологіи поносовъ у рожковыхъ дѣтей точно также можно различить интоксикацію и эндогенную и экзогенную инфекцію. Интоксикація можетъ имѣть мѣсто при самомъ свѣжемъ и на видѣ очень хорошемъ молокѣ, если оно получается отъ коровъ, получающихъ неподходящій кормъ, напр., барду съ пивныхъ или винокуренныхъ заводовъ, или если съ пищей попадаютъ какія-либо вредныя растенія и т. п. Въ публикѣ очень распространено мнѣніе о томъ, что молоко коровъ, выгнанныхъ на зеленый кормъ, часто служитъ причиной диспепсіи у дѣтей. Если принять во вниманіе, что зеленый кормъ часто вызываетъ появленіе жидкихъ испражнений у самой коровы, то нѣтъ ничего удивительнаго, что при этомъ измѣняется и молоко, но тутъ возможно и иное толкованіе, — указываютъ именно на то обстоятельство, что при жидкихъ испражненіяхъ ими легко можетъ запахаться вымя коровы, а потому при доеніи молоко легко заражается частицами испражнений: на этомъ основаніи при зеленомъ кормѣ требуется особенная щепетильность въ чистомъ содержаніи коровы.

Болѣе опасныя интоксикаціи происходятъ отъ порчи молока микробами; если молоко подвергалось ихъ дѣйствию въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, то кипяченіе (стерилизація) уже не можетъ поправить дѣла, такъ какъ оно, хотя и убиваетъ микробовъ, но не разрушаетъ выработанныхъ уже токсиновъ.

Искусственное вскармливаніе даетъ особенно удобную почву и для развитія эндогенной инфекціи, поводомъ къ тому слу-

жать два обстоятельства, во-1-хъ, перекармливаніе и, во-2-хъ, богатое содержаніе въ коровьемъ молокѣ трудноваримаго казеина. Оба эти обстоятельства ведутъ къ тому, что въ кишечникѣ ребенка накапливается „вредный пищевой остатокъ“ (schädliches Nahrungs-rest Bidert'a), о значеніи котораго было сказано выше. Этимъ объясняется необходимость разведенія коровьяго молока водой, когда дѣло идетъ о рожковомъ кормленіи маленькихъ дѣтей, въ особенности новорожденныхъ.

Эктогенная инфекция при искусственномъ вскармливаниіи встрѣчается довольно часто и зависитъ отъ загрязненія молока микроорганизмами. Одни изъ этихъ микроорганизмовъ разлагаютъ сахаръ, другіе — бѣлки. Изъ первыхъ самымъ обыкновеннымъ является *bact. lactis aërogenes*, но продукты, вырабатываемые этимъ микробомъ, настолько безвредны, что мы даже постоянно употребляемъ ихъ въ пищу подъ видомъ простокваши и варенца. Напротивъ, *bact. coli commune* и нѣкоторые другіе виды, которые также разлагаютъ сахаръ, даютъ ядовитые продукты. Маслянокислое броженіе для насъ не важно, такъ какъ это броженіе происходитъ только тогда, когда уже закончится молочнокислое. Очевидно, что внѣшній видъ молока къ этому времени настолько измѣнится, что никто не можетъ дать его ребенку.

Очень важное значеніе въ этиологіи дѣтскихъ поносовъ играютъ, такъ называемыя, протеолитическія бактеріи, т. е. дѣйствующія на бѣлки. Однѣ изъ нихъ сначала вызываютъ свертываніе бѣлка, а уже затѣмъ ихъ пептонизацію. Эти микробы менѣе опасны, такъ какъ присутствіе ихъ нетрудно замѣтить — молоко свернулось. Гораздо опаснѣе микробы, которые вызываютъ пептонизацію, не свертывая казеина. Молоко тогда совсѣмъ не измѣняетъ своего внѣшняго вида, а между тѣмъ содержитъ много ядовитыхъ веществъ. Такъ дѣйствуетъ, напр., сѣнная бактерія. Сами эти микроорганизмы легко погибаютъ при кипяченіи, но споры ихъ чрезвычайно стойки, такъ что въ стерилизованномъ молокѣ, сохранявшемся въ тепломъ мѣстѣ, они очень легко размножаются снова. Предупредить ихъ развитіе можно только охлажденіемъ молока ниже 10^0 немедленно вслѣдъ за стерилизаціей.

Особую группу въ этиологическомъ отношеніи представля-

ютъ собою *эпидемическіе и заразительные дѣтскіе поносы*. Они встрѣчаются, главнымъ образомъ, тамъ, гдѣ скопляется много дѣтей, какъ напр., въ дѣтскихъ пріютахъ и больницахъ. До поры до времени все обстоитъ благополучно, но вотъ поступилъ ребенокъ съ поносомъ, или заболѣлъ кто-нибудь изъ пріютскихъ, и съ тѣхъ поръ появляются все новые и новые случаи, болѣзнь передается отъ одного больного другому и ничѣмъ нельзя остановить развитія эпидеміи. Если же такой пріютъ закрыть и произвести при этомъ тщательную дезинфекцію помѣщенія, какъ послѣ инфекціонной болѣзни, то поносы прекращаются несмотря на то, что общій режимъ и пища остаются тѣ же, что были и прежде. Зараза можетъ передаваться, вѣроятно, и черезъ воздухъ, но чаще всего она переносится руками сидѣлокъ, которыя, убирая пеленки, запачканныя испражненіями, а затѣмъ, не вымывши рукъ, даютъ рожки и пищу и такимъ образомъ заражаютъ все новыхъ и новыхъ дѣтей. Этотъ фактъ былъ подтвержденъ прямыми изслѣдованіями Neubner'a, который во время одной изъ поносныхъ эпидемій въ его клиникѣ нашелъ *bact. coli commune* на рукахъ у сидѣлокъ и на дѣтскихъ рожкахъ. Понятно, что ради предохранительныхъ цѣлей всего бы лучше имѣть въ пріютахъ отдѣльную прислугу для раздачи пищи и отдѣльную для подмыванія дѣтей и удаленія запачканныхъ пеленокъ. Но, такъ какъ это невозможно въ виду финансовыхъ соображеній, то надо требовать отъ нянекъ строжайшей чистоты, какъ относительно ихъ самихъ, такъ и всей посуды, рожковъ и прочихъ вещей, приходящихъ въ соприкосновеніе съ ребенкомъ.

Обстоятельство это имѣетъ практическое значеніе, такъ какъ въ силу его на появленіе поноса въ семьѣ, гдѣ есть другія дѣти, нужно смотрѣть какъ на возможность возникновенія заразной болѣзни и въ особенности требовать безусловной чистоты со стороны ухаживающаго персонала.

Бактеріоскопическія изслѣдованія испражненій во время эпидемій дѣтскаго поноса съ цѣлію опредѣлить возбудителя болѣзни производились много разъ различными авторами, но результаты получились не одинаковые; даже у одного и того же бактериолога въ различныя эпидеміи получались разные

производители болѣзни. Такъ напр., Escherich во время одной пріютской эпидеміи нашель особаго стрептококка, который по нѣкоторымъ своимъ свойствамъ отличается отъ всѣхъ другихъ видовъ стрептококка, а въ томъ числѣ и отъ того, что обычно живетъ въ дѣтскомъ кишечникѣ. Escherich встрѣчалъ его при жизни больныхъ въ ихъ крови и мочѣ, а послѣ смерти во всѣхъ почти внутреннихъ органахъ и въ стѣнкахъ кишечника; онъ назвалъ его enteritis streptococcus. Картина болѣзни была разная: у однихъ дѣтей она выражалась легкимъ водянистымъ поносомъ, а у другихъ она была похожа на кровавый поносъ, или на тяжелыя формы фолликулярнаго энтерита. Возбудителемъ другихъ эпидемій онъ считалъ, такъ называемую, синюю бациллу (окрашивается по Gram'у въ синій цвѣтъ, почему и самая болѣзнь названа Escherich'омъ blaue Bacillöse), а въ третьемъ ряду случаевъ производителемъ болѣзни оказался *b. coli comm. (coli colitis)*. Кишечная палочка, какъ производитель эпидемическихъ поносовъ, въ томъ числѣ и кровавыхъ (*dysenteria*), опредѣлялась и другими авторами, напр., Neuberg'омъ и Lesage'емъ. Проф. Celli (директору гигиеническаго института въ Римѣ) не только удалось изолировать изъ испражнений при тяжелой лѣтней дизентеріи разновидность кишечной палочки, названную имъ *bacterium coli dysenteriforme*, но даже путемъ подкожныхъ впрыскиваній кошкамъ чистыхъ культуръ вызвать у нихъ патолого-анатомическія измѣненія и клиническую картину дизентеріи; а потомъ онъ добылъ изъ культуръ этого микроба токси-протеинъ, посредствомъ котораго онъ иммунизировалъ осла и добылъ отъ него сыворотку, оказавшую въ наблюденіяхъ Concetti блистательное дѣйствіе при леченіи кроваваго поноса.

При настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній надо думать, что производителями эпидемическихъ, такъ называемыхъ, инфекціонныхъ дѣтскихъ поносовъ могутъ быть разные микробы, а въ томъ числѣ, по всей вѣроятности, и нѣкоторые изъ постоянныхъ обитателей нормальнаго кишечника, такъ что эпидемическіе поносы могутъ имѣть и эндогенное происхожденіе, а нѣкоторые авторы (Marfan, Baginsky) думаютъ, что таковое имѣетъ мѣсто во всѣхъ случаяхъ.

Что *лѣтняя жара* играет громадную роль въ этиологіи желудочно-кишечныхъ катарровъ, извѣстныхъ подъ именемъ „лѣтняго поноса“ (подъ этимъ именемъ подразумѣвается не какая-нибудь опредѣленная клиническая форма, но вообще поносъ, такъ какъ лѣтомъ всѣ виды его усиливаются), — этотъ фактъ никѣмъ не оспаривается, но, какъ объяснить вліяніе лѣтней жары на развитіе поносовъ вообще и дѣтской холеры въ частности, — это вопросъ спорный. Специфическаго микроба для дѣтской холеры не найдено, а потому думаютъ, что либо подъ вліяніемъ высокой лѣтней температуры измѣняется свойство соковъ желудочно-кишечнаго канала и, такимъ образомъ, измѣняются условія жизни и развитія обычныхъ микробовъ кишечника, либо подъ вліяніемъ жары очень быстро портится молоко, которое и производитъ интоксикацію кишечника (не инфекцію, ибо дѣтская холера не можетъ быть предотвращена употребленіемъ стерилизованнаго молока въ аппаратъ Soxlet'a). Въ виду того, что дѣтской холерой заболѣваютъ почти исключительно рожковыя дѣти, или хотя бы и грудныя, но получающія кромѣ груди еще и коровье молоко, второе предположеніе вѣроятнѣе, а отсюда тотъ выводъ, что лучшимъ предохраненіемъ ребенка отъ заболѣванія лѣтнимъ поносомъ вообще и дѣтской холерой въ частности надо считать употребленіе въ нищу только такого молока, которое было вскипячено тотчасъ (не позднѣе часу) послѣ доенія и содержалось нотомъ на холодѣ вплоть до употребленія (при t° ниже $+10^{\circ}$ R).

Что касается до роли *прорѣзыванія зубовъ* въ этиологіи дѣтскихъ поносовъ, то это вопросъ спорный. Съ легкой руки Kassowitz'a за послѣдніе годы все больше и больше распространяется тотъ взглядъ, что прорѣзываніе зубовъ, какъ процессъ физиологическій, никакихъ болѣзней вызывать не можетъ и что для этого нѣтъ никакихъ поводовъ, такъ какъ всѣ препятствія, которыя встрѣчаются растущему зубу на его пути, преодолеваются имъ до такой степени постепенно, что соединительная ткань десны атрофируется подъ вліяніемъ давленія со стороны зубовъ безъ всякой боли и безъ раздраженія. Но этотъ чисто теоретическій взглядъ не подтверждается наблюденіемъ, такъ какъ сплошь и рядомъ при-

ходится видѣть, особенно при прорѣзываніи коренныхъ зубовъ, красныя и распухшія десны, иногда съ кровоподтекомъ надъ самымъ зубомъ, иногда афтозныя язвочки вокругъ его и одновременно съ этимъ сильное слюнотеченіе и лихорадочное состояніе. Не особенно рѣдко замѣчается при этомъ и небольшой поносъ, для котораго трудно подыскать какое-нибудь объясненіе помимо прорѣзыванія зубовъ, такъ какъ пища и все прочее оставалось за послѣднее время безъ перемѣнъ. Я держусь того мнѣнія, что, если прорѣзываніе зубовъ вызываетъ воспаленіе десенъ или вообще стоматитъ, то оно можетъ въ такомъ случаѣ сопровождаться и поносомъ, но, если при этомъ другія причины не замѣшаны, то поносъ бываетъ легкій, хотя иногда и довольно продолжительный, напр., недѣли двѣ.

Наконецъ, нужно отмѣтить еще существованіе *вторичныхъ катарровъ*, являющихся въ теченіе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Патогенезъ этихъ вторичныхъ поносовъ не всегда одинаковъ. Въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, главная роль принадлежитъ вліянію токсиновъ этихъ болѣзней на слизистую оболочку кишечника, черезъ которую они выделяются. Нѣчто аналогичное замѣчается при отравленіяхъ различными ядами минеральнаго или растительнаго царства; какъ на примѣръ укажемъ на поносы вслѣдствіе подкожныхъ впрыскиваній большихъ дозъ мышьяка или сулемы. Въ другихъ случаяхъ поносъ, можетъ быть, вызывается просто проглатываніемъ отдѣляемаго изъ верхнихъ дыхательныхъ путей; или, можетъ быть, подъ вліяніемъ инфекціонной лихорадки уменьшается отдѣленіе желудочнаго сока и, слѣдовательно, измѣняются условія жизни постоянныхъ обитателей кишечника (т. е. даются условія для эндогенной инфекціи). На первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить *корь*, при которой катарры кишекъ (большею частію легкій фолликулярный энтеритъ) наблюдаются тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ. Нерѣдко также поражаются желудокъ и кишки при *инфлюэнцѣ*, которая иногда кромѣ лихорадочнаго состоянія выражается еще только рвотой и поносомъ и больше ничѣмъ. При тяжелой *скарлатинѣ* нерѣдко встрѣчается вонючій поносъ, имѣющій неблагоприятное прогностическое значеніе,

такъ какъ доброкачественная скарлатина на кишки не вліяетъ. Изъ другихъ лихорадочныхъ болѣзней сравнительно нерѣдко сопровождаются поносомъ всѣ тѣ, которыя протекають съ катарромъ бронховъ или верхнихъ воздухоносныхъ путей, причеиъ поводомъ является проглатываніе слизи, напр., насморкъ, ангина, воспаленіе легкихъ и др. Вторичные катарры кишекъ отличаются вообще доброкачественнымъ теченіемъ и обыкновенно черезъ нѣсколько дней проходятъ, за исключеніемъ только септическихъ катарровъ, т. е. поносовъ при септицеміи. Подъ именемъ септическихъ поносовъ описываются два рода случаевъ: въ однихъ дѣло идетъ объ общемъ сепсисѣ, при которомъ впоследствии заболѣвають и кишки, тогда какъ въ другихъ случаяхъ первично заболѣвають кишки, а въ дальнѣйшемъ теченіи происходитъ общее зараженіе вслѣдствіе прониканія микробовъ изъ кишечника въ сосудистую систему. Вторичные септическіе поносы встрѣчаются у маленькихъ дѣтей нерѣдко, напр., при рожѣ и при другихъ септическихъ заболѣваніяхъ, особенно въ воспитательныхъ домахъ. Напротивъ того, доказательныхъ случаевъ второй категоріи, т. е. зараженія организма изъ кишекъ (септицемія кишечнаго происхожденія) описано мало, именно только Escherich'омъ подъ именемъ стрептококкового энтерита, который встрѣчался ему въ видѣ приютской эпидеміи. Наблюденія Czerny и Moser'a, очень часто находившихъ при дѣтскихъ поносахъ еще при жизни въ крови кишечную палочку, остались не подтвержденными.

Лекція 13 марта 1901 г.

СИМПТОМАТОЛОГІЯ дѣтскихъ поносовъ. Поносъ у маленькихъ дѣтей, о которыхъ только я и буду говорить, и преимущественно въ возрастѣ до года, встрѣчается въ трехъ главныхъ формахъ, извѣстныхъ подъ именемъ диспепсіи, катарра тонкихъ кишекъ и фолликулярнаго энтерита, или катарра толстыхъ кишекъ.

Первая форма—*dyspepsia*—обусловливается раздраженіемъ слизистой оболочки желудка и кишекъ продуктами броженія не вполне переваренной пищи; расстройство пищеваренія не

зависитъ здѣсь отъ какихъ-либо грубыхъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки, а просто отъ недостаточной дѣятельности желудочнаго сока; однако, само собою разумѣется, что при продолжительномъ существованіи диспепсіи вслѣдствіе постояннаго раздраженія слизистой оболочки желудка послѣдняя можетъ подвергнуться катарральному воспаленію и въ дѣйствительности нерѣдко подвергается ему, а потому рѣзкой границы между диспепсіей и катарромъ желудка провести нельзя. Къ счастью для терапіи обстоятельство это не имѣетъ особаго значенія.

Вторая форма имѣетъ своимъ анатомическимъ субстратомъ катарръ слизистой оболочки тонкихъ кишекъ, выражающійся увеличеннымъ отдѣленіемъ жидкости въ полость кишекъ и слущиваніемъ эпителія.

Наконецъ, въ основаніи 3-ей формы лежитъ воспаленіе слизистой оболочки толстыхъ кишекъ съ преимущественнымъ пораженіемъ фолликуль.

Дифференціальный діагнозъ всѣхъ этихъ видовъ поноса основывается, во-первыхъ и главнымъ образомъ, на *характерѣ испражнений* и, во-вторыхъ, на *сопутствующихъ явленіяхъ*. У маленькихъ дѣтей, питающихся почти исключительно молокомъ, нормальный стулъ у всѣхъ одинаковъ и измѣненія его при болѣзняхъ кишекъ настолько характерны, что представляютъ самыя лучшія основанія для распознаванія различныхъ формъ катарра кишекъ. При оцѣнкѣ дѣтскаго стула необходимо обращать вниманіе на *число* испражнений въ теченіе сутокъ, на ихъ *консистенцію, цвѣтъ, запахъ*, реакцію и постороннія *примѣси*.

Здоровый грудной ребенокъ, при нормальной дѣятельности желудочно-кишечнаго канала, марается въ сутки 2—3 раза; испраженія его бываютъ *кашицеобразной*, киселеобразной консистенціи и не должны содержать избытка воды, т. е. нормальныя испраженія, попавши на простынку, должны промачивать ее вокругъ себя приблизительно на 1 снт.; чѣмъ больше воды въ испраженіяхъ, тѣмъ шире дѣлается поясъ влажныхъ пеленокъ. Это—самый простой и практичный способъ опредѣленія количества воды въ испраженіяхъ. Нормальный стулъ отличается далѣе тѣмъ, что онъ *равномерно*

окрашенъ въ прекрасный *желтый* или оранжевый цвѣтъ съ золотистымъ блескомъ, и обладаетъ очень слабымъ, не противнымъ *кисловатымъ запахомъ*, реакція его слабокислая, кромѣ того онъ содержитъ обыкновенно замѣтную примѣсь слизи, но она тѣсно смѣшана съ каломъ, а не является въ видѣ отдѣльныхъ комковъ или „гнѣздъ“, какъ при фолликулярномъ энтеритѣ.

Диспептический стулъ представляетъ слѣдующія особенности: онъ *обилень*, но не *частъ* (вмѣсто 2—3 разъ ребенка слабитъ до 5 разъ въ сутки) и состоитъ, главнымъ образомъ, изъ *кала*. Изъ этого правила встрѣчаются впрочемъ исключенія; не особенно рѣдко случается именно такъ, что матери обращаются къ врачу съ жалобой на симптомы, болѣе подходящія къ фолликулярному энтериту, чѣмъ къ диспепсiи: онѣ говорятъ, напр., что ребенокъ ихъ марается очень часто, разъ до 10 въ сутки, и очень понемногу, примѣрно съ чайную ложку, но, несмотря на столь частыя испражненія, бодрый общій видъ ребенка и его упитанность какъ-бы не гармонируютъ съ сильнымъ поносомъ. При ближайшемъ изслѣдованiи оказывается, что поноса дѣйствительно нѣтъ, а что небольшое количество испражненiй диспептического характера показывается у ребенка всякій разъ съ выходомъ газовъ; здѣсь происходитъ приблизительно то же самое, что при откупориванiи бутылки зельтерской воды: стремительно выходящiй газъ увлекаетъ съ собою и частицы воды, или, по отношенiю къ ребенку,—частицу испражненiй. Хорошiй общій видъ больного, отсутствiе лихорадочнаго состоянiя, а главное колики и то обстоятельство, что стулъ, хотя и не обильный, но состоящiй изъ диспептического кала, а не изъ голой слизи, дѣлаютъ распознаванiе такой формы диспепсiи отъ фолликулярнаго энтерита не труднымъ. Содержанiе воды въ диспептическихъ испражненiяхъ почти не увеличено, вслѣдствiе чего *консистенцiя* ихъ остается *нормальной, кашцеобразной* или киселеобразной; количество слизи въ нихъ нѣсколько увеличено, но слизь эта, какъ и въ нормальномъ стулѣ, тѣсно смѣшана съ каломъ; если же она встрѣчается въ отдѣльныхъ комкахъ, то указываетъ на раздраженiе слизистой оболочки толстыхъ кишекъ и, слѣдовательно, на пе-

реходъ диспепсіи въ фолликулярный энтеритъ; но объ этомъ послѣ. Особенно характерно для диспепсіи, какъ болѣзни вслѣдствіе недостаточнаго дѣйствія желудочнаго сока, присутствіе въ стулѣ большихъ количествъ неперевареннаго молока въ видѣ большей или меньшей величины *блмыхъ свертковъ*, состоящихъ, главнымъ образомъ, изъ жира, кишечнаго эпителія и солей, въ числѣ которыхъ важную роль играютъ жирнокислыя соли известнаго (Wegscheider). Характерно далѣе измѣненіе *цвѣта*: билирубинъ желчи при диспепсіи легко переходитъ въ биливердинъ, вслѣдствіе чего желтый цвѣтъ нормальнаго стула является перемѣшаннымъ съ зеленымъ; иногда это превращеніе одного пигмента въ другой происходитъ лишь на пеленкахъ, полежавшихъ на воздухѣ, и тогда желтый стулъ черезъ нѣсколько времени получаетъ зеленые края *). Смѣсь желтаго, зеленого и бѣлаго цвѣта

*) То обстоятельство, что позеленіе диспептического стула происходитъ на нашихъ глазахъ, несмотря на кислую реакцію испражненія, рѣшительно говоритъ противъ теоретическихъ воззрѣній Pfeiffer'a, который доказывалъ на Висбаденскомъ съѣздѣ (Beilage z. Centralbl. f. Kinderheil. 1887), что ни одна изъ тѣхъ кислотъ, что встрѣчаются въ кишкахъ, не въ состояніи придать зеленого цвѣта нормальному желтому стулу, но что эта реакція легко происходитъ подъ вліяніемъ щелочей, даже и слабыхъ, а потому Pfeiffer и предполагаетъ, что зеленыя испражненія у грудныхъ дѣтей происходятъ вслѣдствіе того, что въ какомъ-нибудь мѣстѣ кишки бываетъ при диспепсіи щелочная реакція. Мы остановились на этомъ теоретическомъ вопросѣ въ виду того, что Pfeiffer придаетъ ему большое значеніе въ дѣлѣ выясненія патогенеза болѣе тяжелыхъ пораженій кишки, а также и въ леченіи. Дѣло въ томъ, что въ мѣстной щелочности содержамаго Pfeiffer видитъ большую опасность, такъ какъ въ нормѣ кислая реакція дѣтскихъ испражненій является предохранительнымъ средствомъ противъ размноженія бактерій (нѣкоторыхъ, конечно) и потому щелочная реакція въ какомъ-нибудь отдѣлѣ кишки представляетъ, по его мнѣнію, первую ступень тяжелыхъ заболѣваній кишки, протекающихъ при щелочности всего кишечнаго содержимаго, какъ напр., дѣтской и азіатской холеры;—словомъ щелочность создаетъ почву весьма удобную для инфекціи, а потому Pfeiffer совѣтуетъ лечить зеленые поносы кислотами и предостерегаетъ отъ назначенія щелочей не только при дѣтскихъ диспепсіяхъ, но даже и здоровымъ дѣтямъ въ видѣ, напр., столь часто практикующейся прибавки соды къ коровьему молоку. Но этотъ чисто теоретическій совѣтъ совершенно не подтверждается наблюденіями у постели больныхъ, а затѣмъ никѣмъ не

придаетъ диспептическому стулу довольно своеобразный видъ, оправдывающій сравненіе его съ „рубленными яйцами“. Въ хроническихъ случаяхъ, особенно у дѣтей вскармливаемыхъ коровьимъ молокомъ, вслѣдствіе недостатка красящихъ веществъ желчи стулъ является блѣдножелтымъ или даже и совсѣмъ безцвѣтнымъ.

Запахъ и реакція диспептическихъ испражнений большею частію бываютъ слабо или сильно кислые; въ запущенныхъ случаяхъ встрѣчаются и вонючія испражнения, съ запахомъ тухлыхъ яицъ.

Самый актъ дефекаціи совершается легко, нерѣдко съ шумомъ вслѣдствіе выхода вѣтровъ, но безъ тенезмовъ и безъ боли.

Разстройство пищеваренія, характеризующее диспепсію, выражается далѣе рвотой, метеоризмомъ и приступами ко-

доказано, что только щелочи могутъ превратить билирубинъ въ биливердинъ; возможно, что химическій процессъ этотъ происходитъ подъ влияніемъ самихъ бактерій или ихъ продуктовъ.

Скажемъ кстати нѣсколько словъ о *теоріи зеленого поноса* французскихъ авторовъ (Науем, Hammon, Lesage и др.). Они отличаютъ два вида зеленого поноса: *желчный и бациллярный*. Въ первомъ зеленая окраска стула зависитъ отъ превращенія билирубина желчи въ биливердинъ, а во второмъ зеленый поносъ зависитъ отъ развитія въ кишечникѣ хромогенной (зеленой) бациллы, открытой Demaschino въ 48-мъ году и подробно изученной Lesage'емъ (Arch. d. Physiol., 1888, № 2). Отличить эти два вида зеленого поноса легко и безъ микроскопа, для этого стоитъ только подѣйствовать на испраженія азотной кислотой: въ случаѣ желчнаго поноса зеленый цвѣтъ или прямо переходитъ въ фіолетовый и розовый, или сначала зеленая окраска дѣлается болѣе насыщенной; въ случаѣ же бациллярнаго поноса испраженія отъ азотной кислоты обезцвѣчиваются. Для діагностики имѣетъ значеніе и возрастъ: желчный зеленый поносъ всего чаще встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ мѣсяцевъ жизни, у которыхъ бациллярный является крайне рѣдко (изъ 98 случаевъ Lesage'a только 8 разъ); напротивъ того, отъ 2 до 12 мѣсяцевъ зеленый поносъ чаще зависитъ отъ хромогенной бациллы (изъ 125-ти случаевъ на долю желчнаго поноса приходилось 58 случаевъ, а на бациллярный—67). Послѣ 2-хъ лѣтъ бациллярная форма не встрѣчается почти никогда.

Lesage различаетъ 3 степени зеленого бациллярнаго поноса у дѣтей: легкую, среднюю и тяжелую. Первая степень безлихорадочная, число испражнений не болѣе 6, выздоровленіе въ нѣсколько дней. При средней

ликъ. *Диспептическая рвота* является обыкновенно послѣ пищи, иногда тотчасъ, въ другихъ случаяхъ черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа послѣ ѣды; она нерѣдко сопровождается тошнотой, при которой ребенокъ блѣднѣетъ и дѣлается безпокоенъ; этимъ обстоятельствомъ, а также и тѣмъ, что рвота является даже и *послѣ незначительныхъ количествъ пищи и содержитъ слизь*, настоящая рвота отличается отъ срыгиванія, наступающаго безъ всякихъ предвѣстниковъ среди полного благосостоянія дитяти. Послѣ диспептической рвоты ребенокъ успокаивается и дѣлается бодръ и веселъ, чего никогда не бываетъ при рвотѣ мозговой, напр., при meningitis, когда рвота не только не освѣжаетъ больного, но, напротивъ того, онъ дѣлается обыкновенно еще слабѣе и апатичнѣе. Замѣчу кетати, что смѣшать начало менингита съ диспепсіей у грудного ребенка очень легко, такъ какъ кромѣ рвоты въ обоихъ случаяхъ бываетъ безпокойство больного и частые приступы крика (при менингитѣ, вѣроятно, вслѣдствіе головной боли). Противъ диспепсіи говоритъ *повышеніе температуры*, обыкновенно сопровождающее начало менингита, и *отсутствіе метеоризма и диспептического стула*—признакъ чрезвычайной важности, если только онъ на лицо. Къ сожалѣнію, однако, надо имѣть въ виду, что кричащихъ дѣтей вообще слишкомъ

формъ число испражнений отъ 6 до 10, ребенокъ лихорадитъ, поносъ нерѣдко затягивается, переходя въ хроническую форму. Тяжелая форма или холероподобный зеленый поносъ: число испражнений до 20, скоро развивается колыяпсъ, но рвоты, въ отличіе отъ дѣтской холеры, обыкновенно не бываетъ вовсе или она незначительна. Смерть можетъ наступить въ 36—48 часовъ при явленіяхъ упадка силъ.

Позднѣйшія работы Jeffries'a и Escherich'a (Jahrbuch f. Kinderh., XXX, S. 89) не подтвердили указаній Lesage'a относительно хромогенной бациллы зеленого поноса, такъ какъ ни тому, ни другому не удалось изолировать этой бациллы изъ зеленыхъ испражнений; а потому и теорія французскихъ врачей на счетъ патогенеза зеленого поноса еще не можетъ считаться доказанной. По мнѣнію Baumgarten'a, хромогенная бацилла, хотя и встрѣчается иногда при поносѣ и придаетъ зеленую окраску стулу, но она не принадлежитъ къ числу патогенныхъ и произвести поноса не можетъ. Самъ Lesage съ тѣхъ поръ тоже ни разу не встрѣтилъ больше бациллярнаго зеленого поноса, такъ что надо думать, что то была какая-то исключительно рѣдкая форма зеленого поноса, не имѣющая поэтому практическаго интереса.

много кормятъ, а потому и при менингитѣ можетъ развиваться диспепсія, тѣмъ болѣе что у грудныхъ дѣтей загорь при воспаленіи мозговыхъ оболочекъ встрѣчается далеко не такъ часто, какъ у дѣтей болѣе взрослыхъ, а потому диспептический стулъ самъ по себѣ еще не можетъ служить достаточнымъ основаніемъ для полнаго исключенія мозгового страданія. При менингитѣ, не осложненномъ диспепсіей, животъ не только не вздутъ, но онъ даже нѣсколько вваливается и при надавливаніи оказывается мягче нормальнаго.

Далѣе противъ диспепсіи говоритъ *упорство рвоты и характеръ крика*. Рвота при диспепсіи въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень скоро проходитъ при регулированіи діеты, напр., при запрещеніи коровьяго молока, и при назначеніи тѣхъ или другихъ лекарствъ, о которыхъ рѣчь впереди, между тѣмъ какъ для мозговой рвоты характерно именно то, что она продолжается, несмотря на самое правильное кормленіе ребенка, хотя бы даже молокомъ матери, и не уступаетъ лекарствамъ. Относительно крика разница состоитъ въ томъ, что при диспепсіи крикъ силенъ, болѣе или менѣе продолжителенъ, но во всякомъ случаѣ онъ является *приступами*, т. е. вдругъ появляется и вдругъ исчезаетъ, нерѣдко въ извѣстное время, напр., по ночамъ, тогда какъ при менингитѣ начало и конецъ крика обозначаются неясно: ребенокъ кричитъ, можетъ быть, и не такъ сильно, но за то продолжительно, онъ почти не знаетъ покоя; — однимъ словомъ, бойтесь рвоты у грудного ребенка, который слишкомъ много кричитъ днемъ и ночью и особенно, *если этотъ ребенокъ марается нормальнымъ стуломъ и питается исключительно груднымъ молокомъ*, при которомъ прежде онъ коликами не страдалъ, и кормилица его въ данное время здорова и не имѣетъ регулъ. Диагностическое значеніе далѣе можетъ имѣть и *возрастъ*: крикъ отъ коликъ встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, всего чаще до 6-ти недѣль, рѣдко послѣ 3-хъ мѣсяцевъ. А потому будьте особенно осторожны въ предсказаніи, когда имѣете дѣло съ ребенкомъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, который при рвотѣ много кричитъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи въ обоихъ случаяхъ черезъ нѣ-

сколько дней рвота обыкновенно прекращается, ребенок дѣлается покойнѣе, но діагностика уже легче, потому что при диспепсіи больной видимо выздоравливаетъ, онъ веселъ, а если продолжаетъ кричать, то непременно при диспептическомъ стулѣ, тогда какъ при менингитѣ съ прекращеніемъ рвоты онъ дѣлается сонливъ, а потомъ появляются и другіе мозговые припадки, изъ которыхъ напряженная, иногда даже возвышенная фонтанель, неподвижный взглядъ и сосательныя движенія губами во время сна, являются большею частію раньше эклампсическихъ судорогъ, полной спячки и сведеннаго затылка.

Итакъ, въ пользу диспептической рвоты говорятъ слѣдующія обстоятельства: *нормальная температура, диспептический стулъ, метеоризмъ, періодичность крика, неправильность діеты (какъ наличная причина диспепсіи), возрастъ до шести недѣль и ненапряженная фонтанель.*

Правда, ошибка возможна и при вполнѣ выраженныхъ симптомахъ менингита, который принимается въ такомъ случаѣ за, такъ называемый, гидроцефалоидъ, но избѣжать ошибки не трудно: имѣйте только въ виду, что диспепсія никогда не ведетъ къ гидроцефалоиду; а если послѣдній и можетъ при случаѣ развиться въ нѣсколько дней, т. е. такъ же быстро, какъ и менингитъ, то только послѣ очень бурныхъ катарровъ кишекъ, извѣстныхъ подъ именемъ дѣтской холеры, которая, какъ увидимъ, не похожа по своимъ припадкамъ и теченію ни на диспепсію, ни на менингитъ.

Если рветъ не тотчасъ послѣ ѣды, то вырванное молоко является обыкновенно свернутымъ и только при полной щелочной реакціи желудочнаго сока неизмѣненнымъ, что встрѣчается гораздо рѣже, точно также рѣдко бываетъ рвота свернутымъ молокомъ, только что принятымъ.

Метеоризмъ и *колики* обуславливаются скопленіемъ въ кишечномъ каналѣ газовъ — продуктовъ броженія непереваренной пищи. Животъ при этомъ не особенно чувствителенъ къ давленію, издаетъ тимпаническій звукъ при постукиваніи и представляетъ неизмѣненные покровы. Приступы колики состоятъ изъ періодически возвращающихся болей живота. Начало каждаго приступа обозначается внезапнымъ, сильнымъ

крикомъ, за которымъ слѣдуетъ судорожное сгибаніе и разгибаніе ногъ въ бедренномъ и колѣнномъ суставахъ, вслѣдствіе чего ребенокъ то притягиваетъ бедра къ животу, то опять быстро отталкиваетъ ихъ. Черезъ нѣкоторое время, съ выходомъ газовъ, а иногда и безъ этого, боль моментально исчезаетъ и ребенокъ успокаивается впредь до новаго приступа, наступающаго то раньше, то позднѣе, смотря по интенсивности болѣзни; вообще въ этомъ отношеніи можно только сказать, что ночью и послѣ ѣды приступы повторяются чаще, чѣмъ въ другое время, а иногда страннымъ образомъ исключительно ночью. У очень раздражительныхъ дѣтей приступъ коликъ иногда кончается припадкомъ эклампсическихъ судорогъ—новый поводъ къ смѣшенію диспепсіи съ менингитомъ. Являются ли судороги вслѣдствіе всасыванія вредныхъ продуктовъ изъ кишечника, или рефлекторнымъ путемъ, или онѣ зависятъ отъ пассивной гипереміи мозга вслѣдствіе продолжительнаго крика, я рѣшить не берусь, но думаю, что болѣе важную роль играетъ здѣсь первый моментъ. Особенное расположеніе грудныхъ дѣтей къ коликамъ объясняется отчасти свойствомъ ихъ пищи, такъ какъ молоко и крахмалъ (исключительная пища грудныхъ дѣтей) очень легко подвергаются броженію, отчасти же слабымъ развитіемъ кишечной мускулатуры, скоро уступающей давленію со стороны скопившихся газовъ. Что приступъ коликъ можетъ кончиться и безъ выхода газовъ изъ кишекъ, это фактъ, не подлежащій сомнѣнію и легко констатируемый, напр., при кормленіи ребенка грудью во время коликъ. Ребенокъ, кричащій отъ боли живота, не всегда беретъ грудь, но, если онъ возьметъ ее, то колики обыкновенно проходятъ, хотя бы газы и не вышли и метеоризмъ не уменьшился. Фактъ этотъ я объясняю себѣ тѣмъ предположеніемъ, что приступъ коликъ зависитъ не отъ общаго количества газовъ (въ кишкахъ), а отъ неравномѣрнаго распредѣленія ихъ, вслѣдствіе чего извѣстныя части кишекъ растягиваются сильнѣе, чѣмъ другія, является мѣстный спазмъ кишекъ и, такимъ образомъ, приступъ коликъ. Процессъ сосанія, вызывающій легкую перистальтику въ стѣнкахъ желудка и въ сосѣднихъ тонкихъ кишкахъ, способствуетъ разрѣшенію мѣст-

наго спазма и болѣе правильному распредѣленію газовъ, а, слѣдовательно, и прекращенію коликъ; что при этомъ часть газовъ можетъ выйти наружу, въ этомъ нѣтъ, конечно, ничего страннаго. Болѣе правильному распредѣленію газовъ содѣйствуютъ также нѣкоторыя мѣры, предпринимаемыя врачами, напр., треніе живота и т. п. (см. о леченіи). Практическіе врачи очень склонны объяснять коликами всякій громкій и какъ-бы безпричинный крикъ; но это неосновательно. Прежде, чѣмъ прибѣгать къ диспепсіи, слѣдуетъ убѣдиться, что нѣтъ какой-либо другой причины для крика; нѣтъ, напр., занозы или иголки, и обратить особое вниманіе на уши, такъ какъ боль при воспаленіи средняго уха вызываетъ такой же громкій крикъ, какъ и колики. Въ такомъ случаѣ надавливаніе на козелокъ уха или потягиваніе за ушную раковину вызываетъ рѣзкое усиленіе крика. Если крикъ моментально прекращается на болѣе или менѣе продолжительное время послѣ клизмы, то это обстоятельство говоритъ въ пользу коликъ, потому что вмѣстѣ съ испражненіемъ выходятъ и газы. Что же касается до обычнаго у матерей признака „сученія ножками“, когда ребенокъ то притягиваетъ ножки къ животу, то сразу ихъ вытягиваетъ и третъ одну голень о другую, то этотъ симптомъ встрѣчается при всякой сильной боли и для діагностики диспептической колики онъ не имѣетъ значенія.

Далѣе надо имѣть въ виду *крикъ отъ болѣзненнаго мочеиспусканія* (ребенокъ кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокаивается послѣ выхода мочи) и особенно *крикъ отъ голода*. Послѣднюю причину крика узнать, вообще говоря, не трудно, но тѣмъ не менѣе очень часто она остается неузнанной въ теченіе многихъ дней благодаря тому, что о ней не думаютъ. Чтобы узнать крикъ отъ голода, надо посмотрѣть, остается ли въ груди кормящей молоко послѣ того, какъ прикладывали ребенка къ груди; если удастся выдавить только нѣсколько капель молока, то его, конечно, мало; а, чтобы окончательно выяснитъ дѣло, нужно только покормить ребенка коровьимъ молокомъ, послѣ чего онъ успокоится и на нѣсколько часовъ заснетъ крѣпкимъ сномъ, какимъ онъ давно уже не спалъ.

ПРЕДСКАЗАНИЕ при диспепсіи хорошее, такъ какъ при устраненіи причины она обыкновенно скоро проходитъ; но, если причина, вызвавшая диспепсію, продолжаетъ дѣйствовать, то болѣзнь затягивается на неопредѣленное время и легко переходитъ въ катарръ кишекъ, а во время лѣтнихъ жаровъ и въ дѣтскую холеру.

Нѣкоторые авторы по почину Demme и Biedert'a описываютъ еще особый видъ диспепсіи, исключительно свойственной груднымъ дѣтямъ и характеризующейся появленіемъ испражнений очень богатыхъ жиромъ вслѣдствіе нарушеннаго всасыванія жировъ молока въ кишкахъ. Страданіе это описано Biedert'омъ, подъ именемъ *жирового поноса* (Fettdiarrhoea). Функциональное расстройство пищеваренія, извѣстное подъ этимъ именемъ, является или какъ первичное и самостоятельное страданіе вслѣдствіе особенностей дѣтской организаціи, или какъ послѣдовательное, вызванное катарромъ кишекъ или заболѣваніемъ поджелудочной железы (Demme). Въ первомъ случаѣ ребенокъ уже съ самага рожденія не переноситъ никакого (даже и грудного) молока, иначе какъ при значительномъ разведеніи. При вскрытіи дѣтей, умершихъ при явленіяхъ жирового поноса, Demme въ 5-ти случаяхъ могъ констатировать ограниченный катарръ слизистой оболочки двѣнадцати-перстной кишки при пустомъ желчномъ пузырьѣ; поджелудочная железа была увеличена въ объемъ, блѣдна и суха. Biedert тоже находилъ катарръ двѣнадцати-перстной кишки съ суженіемъ кишечнаго отверстія протока, выводящаго желчь и панкреатическій сокъ, и, кромѣ того, жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ и паренхиматозное воспаленіе поджелудочной железы.

Діагностика жирового поноса основывается на слѣдующихъ данныхъ: видъ испражнений въ такихъ случаяхъ отличается салнымъ блескомъ, причѣмъ цвѣтъ ихъ можетъ оставаться нормальнымъ, желтымъ, а консистенція кашицеобразной; чаще однако испражненія бываютъ сѣровато-бѣлаго цвѣта и вонючи или зеленоваты и слизисты, смотря по характеру и мѣсту сопутствующаго воспаленія. Для распознаванія жирового поноса важно также и то обстоятельство, что поносъ и похуданіе ребенка упорно держатся, несмотря на са-

мое строгое регулирование діеты, усиливаются при назначеніи сливочной смѣси и быстро улучшаются при употребленіи пищи, не содержащей жира (бѣлочная вода — см. о леченіи). Точная діагностика возможна лишь на основаніи химическаго опредѣленія процентнаго содержанія жира въ сухомъ остаткѣ. (Испражненія высушиваются, остатокъ взвѣшивается, потомъ подвергается дѣйствию эфира и снова взвѣшивается). При жировомъ поносѣ % жира колеблется отъ 41 до 67, а въ нормальномъ стулѣ отъ 4 до 25 (Biedert). Вмѣсто кропотливаго химическаго изслѣдованія Biedert рекомендуетъ пользоваться микроскопомъ: небольшая частица испражненій разбавляется на объективномъ стеклышкѣ каплей воды и изслѣдуется; въ нормальномъ стулѣ на полѣ зрѣнія микроскопа появляются только мелкія капли жира и притомъ въ ничтожномъ количествѣ, между тѣмъ какъ при жировомъ поносѣ встрѣчается цѣлая масса очень большихъ жировыхъ капель.

Лекція 17 марта 1901 г.

Испражненія при катаррѣ тонкихъ кишекъ и при фолликулярномъ энтеритѣ бываютъ различны смотря по тому, имѣемъ ли мы дѣло съ острымъ, или съ хроническимъ случаемъ.

При остромъ катаррѣ тонкихъ кишекъ испражненія, какъ и при диспепсїи, *обильны*, но притомъ значительно *уцѣнены* (6—8 разъ въ сутки) и вслѣдствіе преобладанія воды надъ прочими составными частями — *жидки*, водянисты, блѣдны и выходятъ легко, сильной струей, съ шумомъ отъ выдѣляющихся газовъ. Въ свѣжихъ случаяхъ испражненія, хотя иногда и пахнутъ довольно сильно, но они все-таки не особенно вонючи; запахъ падали, по моему мнѣнію, всегда указываетъ на хроничность поноса. Чѣмъ живѣе перистальтика, т. е. чѣмъ чаще и обильнѣе испражненія, тѣмъ легче появляются въ нихъ бѣлые клочки неперевареннаго молока; но это обстоятельство не можетъ еще служить признакомъ осложненія катарра диспепсїей, такъ какъ оно зависитъ лишь отъ быстраго выведенія молока, которое не успѣваетъ перевариться; у старшихъ дѣтей по той же причинѣ часто появляются въ испражненіяхъ остатки непереваренной пищи, особенно ра-

стительной (картофель, горохъ и пр.), требующей для своего перевариванія сравнительно больше времени. *Передъ испражненіемъ* ребенокъ обыкновенно беспокоится или даже вслѣдствіе коликъ кричить, но послѣ дефекаціи успокаивается и дѣлается веселъ (при остромъ фолликулярномъ энтеритѣ — наоборотъ). *Животъ* при катаррѣ тонкихъ кишекъ обыкновенно значительно *вздутъ*, но при давленіи не болѣзненъ. Всѣ другіе припадки завясятъ отъ степени потери воды при поносѣ. Чѣмъ обильнѣе поносъ, тѣмъ сильнѣе бываетъ жажда, тѣмъ меньше отдѣляется мочи, тѣмъ суше дѣлаются губы и слизистая оболочка рта и тѣмъ скорѣе развивается упадокъ силъ и похуданіе (недѣли черезъ двѣ послѣднее бываетъ уже очень замѣтнымъ).

При одновременномъ пораженіи желудка является и *рвота*, и въ такихъ случаяхъ нерѣдко наблюдается лихорадочное состояніе и иногда очень значительное, напр., до 39° и даже до 40° — *инфекціонный гастро-энтеритъ*.

Эти формы рвоты и поноса, т. е. остраго катарра желудка и кишекъ составляютъ переходъ отъ простаго катарра тонкихъ кишекъ къ *дѣтской холерѣ*.

Дѣтская холера наблюдается почти исключительно у грудныхъ дѣтей или вообще у дѣтей, питающихся, главнымъ образомъ, молокомъ, а потому послѣ двухъ лѣтъ, когда дѣти получаютъ смѣшанную пищу, она встрѣчается крайне рѣдко такъ же, какъ и у взрослыхъ (*cholera nostras*).

Въ этиологіи холеры главную роль кромѣ возраста играютъ еще три момента: 1) лѣтняя жара, 2) рожковое кормленіе, и 3) дурнокачественный воздухъ.

Хотя спорадическіе случаи дѣтской холеры и встрѣчаются во всѣ времена года, но лѣтомъ заболѣваемость дѣтей на первомъ году жизни усиливается до чрезвычайной степени. Въ настоящее время благодаря трудамъ Baginsk'аго (Берлинъ), Langstaff'a (Лондонъ), Seibert'a (Нью-іоркъ) и др. (см. Arch. f. Kinderheil., XII, 1890, Ueber Cholera infant. v. Baginsky) можно признать за доказанное, что въ произведеніи дѣтской холеры не играютъ роли ни колебанія уровня почвенной воды, ни сухость или влажность воздуха, ни высота стоянія барометра и проч., а только абсолютное *поднятіе тем-*

пературы воздуха на нѣсколько градусовъ выше средней нормы; болѣзненность усиливается тѣмъ больше, чѣмъ выше лѣтняя температура и чѣмъ она постояннѣе, т. е. *чѣмъ меньше разница между ночной и денной температурой*.

Вліяніе пищи выражается въ томъ, что дѣтской холерой въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ заболѣваютъ рожковья дѣти, или дѣти, получающія вмѣстѣ съ груднымъ молокомъ еще и коровье, тогда какъ при одномъ грудномъ молокѣ холера почти никогда не развивается. Исключеніе изъ этого правила составляютъ случаи дѣтской холеры, появляющіеся въ видѣ эпидемій подѣ вліяніемъ третьяго этиологическаго момента, именно дурнокачественнаго воздуха. Такъ, напр., Epstein (Henoch's Jubel-Band. 1890) свидѣтельствуетъ, что смертность дѣтей отъ дѣтской холеры въ Пражскомъ воспитательномъ домѣ значительно усиливается не лѣтомъ, а въ зимніе мѣсяцы, когда нѣтъ возможности очищать воздухъ открываніемъ оконъ, причемъ вовсе нерѣдко захварываютъ и грудныя дѣти (септические катарры). Извѣстно также, что дѣтская холера особенно свирѣпствуетъ среди дѣтей, живущихъ въ дурныхъ, тѣсныхъ квартирахъ.

Въ патолого-анатомическомъ смыслѣ дѣтская холера есть ничто иное, какъ очень острый катарръ *всего тракта* желудочно-кишечнаго канала.

О патогенезѣ дѣтской холеры было сказано въ главѣ объ этиологіи катарровъ кишекъ; въ пользу интоксикаціоннаго или инфекціоннаго происхожденія ея говорятъ внезапное наступленіе болѣзни, лихорадочное состояніе, *быстрое развитіе кол-лякса, не всегда соответствующаго числу и качеству испражнений* и почти постоянное присутствіе альбуминурии *).

*) Нерѣдко бѣлокъ появляется уже въ самомъ началѣ болѣзни, но чаще на 2-ой—3-ій день; альбуминурия отличается значительной продолжительностью и нерѣдко затягивается надолго въ періодѣ выздоровленія. Въ періодѣ разгара болѣзни количество бѣлка колеблется отъ 0,4% до 1%. Микроскопъ открываетъ въ мочѣ красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца, эпителий, гіалиновые и зернистые цилиндры (Hofstein, Epstein). Количество бѣлка имѣетъ важное прогностическое значеніе: изъ 797 случаевъ Hofstein'a значительная альбуминурия отмѣчена 676 разъ, а небольшое количество бѣлка — 121; изъ первой группы умерло 81,7%, изъ второй—только 29,1%.

входить въ тѣло ребенка или съ пищей, какъ напр., не всѣмъ свѣжее коровье молоко, или молоко больной кормилицы (сюда относятся, напр., случаи быстрой смерти отъ дѣтской холеры дѣтей, которыхъ кормили матери, заболѣвшія острымъ гастро-энтеритомъ; ср. Lesage, *Etude clinique sur le cholera infantile*, Paris 1889, p. 21; молоко въ такихъ случаяхъ не содержитъ никакихъ микробовъ, но, по всей вѣроятности, оно не свободно отъ какихъ-либо токсиновъ); возможно, что ядовитыя вещества образуются вслѣдствіе своеобразной ферментаціи молока въ самомъ кишечникѣ подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ пока возбудителей, попадающихъ въ пищеварительные органы ребенка изъ воздуха. (Сюда относятся случаи заболѣванія холерой дѣтей, воспитывающихся только на грудномъ молокѣ). Но такъ какъ заболѣваютъ почти исключительно рожковья дѣти, то болѣе вѣроятно, что токсины образуются въ молокѣ еще до употребленія его въ пищу. Лѣтняя жара какимъ-нибудь образомъ способствуетъ именно такой порчѣ молока, при которой въ немъ образуются особенно ядовитыя вещества.

Вопросъ о томъ, не производится ли дѣтская холера какимъ-нибудь специфическимъ микробомъ, подобно азіатской холерѣ, рѣшается отрицательно. Задача будущихъ изслѣдованій состоитъ въ опредѣленіи токсиновъ, вырабатываемыхъ сапрофитными бактеріями, а пока можно только сказать, что подъ вліяніемъ различныхъ сапрофитныхъ бактерій бѣлковые тѣла молока разлагаются, причемъ въ числѣ другихъ тѣлъ образуются птомаины, отъ всасыванія которыхъ и происходитъ отравленіе организма.

Клинически дѣтская холера выражается, какъ и эпидемическая, чрезвычайно упорной рвотой, сильнѣйшимъ поносомъ и *быстрымъ наступленіемъ коллапса* (упадка силъ).

Больного слабитъ 10—20 разъ въ сутки; такой сильный поносъ и частая рвота наступаютъ обыкновенно внезапно среди полного здоровья или послѣ небольшого продромальнаго поноса или диспепсіи, испражненія совершенно жидки, какъ вода (транссудатъ), очень обильны и совершенно неокрашены желчью (пеленки смочены точно мочей); отъ приѣсы кишечнаго эпителія и массы грибковъ они мутны, ре-

акція ихъ въ началѣ кислая, позднѣе щелочная, запахъ не силенъ. Животъ вслѣдствіе частыхъ испражнений *мягокъ* и не *вздутъ*, начало болѣзни сопровождается обыкновенно болѣе или менѣе значительнымъ жаромъ, иногда до 39° — 40° . Позднѣе, въ періодъ колюща температура обязательно понижается, причемъ паденіе периферической температуры наступаетъ раньше, чѣмъ центральной, такъ что является большое несоотвѣтствіе между показаніями термометра: *in axilla*, напр., показываетъ онъ температуру даже ниже нормы ($35,5^{\circ}$ — 36°), а *in recto* лихорадочную ($38,5^{\circ}$ — 39°); позднѣе, однако, и центральная температура падаетъ на 37° и ниже, а периферическая можетъ дойти даже до 33° . Наблюденіе хода температуры имѣетъ отчасти значеніе для предсказанія, такъ какъ, чѣмъ ниже падаетъ она, тѣмъ меньше шансовъ на благополучный исходъ. А пока центральная температура стоитъ выше нормы, то значить колющъ еще не очень великъ; впрочемъ, при оцѣнкѣ значенія этого симптома надо имѣть въ виду возможность предсмертнаго (за нѣсколько часовъ до смерти) повышенія температуры, достигающаго иногда, несмотря на полный упадокъ силъ и на субнормальную периферическую температуру, до $38,5^{\circ}$ — 39° .

Къ числу характерныхъ симптомовъ дѣтской холеры относятся также *сильная жажда* и значительное уменьшеніе мочи (иногда дѣло доходитъ, какъ и при *cholera asiatica*, до полной анурии), причемъ въ мочѣ появляется обыкновенно бѣлокъ.

Вслѣдъ за рвотой и поносомъ наступаютъ явленія колюща, составляющаго одинъ изъ главныхъ отличительныхъ признаковъ дѣтской холеры отъ обыкновеннаго катарра желудка и кишекъ. Такъ какъ степень развитія симптомовъ этого періода не всегда соотвѣтствуетъ силѣ поноса и рвотѣ, то надо думать, что упадокъ дѣятельности сердца и другіе припадки только отчасти обусловливаются сгущеніемъ крови, главнымъ же образомъ они зависятъ отъ общей интоксикаціи организма.

Прежде всего замѣчается похолоданіе конечностей, малый и частый пульсъ, большая слабость, а позднѣе развивается ціанозъ (губы), глаза вваливаются, пульсъ почти исчезаетъ,

слизистая оболочка рта холодна, покрыта клейкою слизью; хриплый, слабый голосъ; родничекъ впадаетъ, кости черепа заходятъ одна подъ другую (края лобной и затылочной костей заходятъ подъ края темянныхъ). Въ тяжелыхъ случаяхъ появляется *склерема*, т. е. характерное затвердѣніе кожи и подкожной клѣтчатки, зависящее отъ всасыванія въ кровь паренхиматозныхъ жидкостей. Склерема, какъ и похолоданіе кожи, начинается съ ногъ и рукъ (ступни, голени, предплечья) и потомъ распространяется кверху на ягодицы и туловище и даже лицо. Кожа при склеремѣ блѣдно-воскового цвѣта, плотна и совершенно не упруга, такъ что собранныя складки не расправляются; подобную кожу Widerhofer удачно сравниваетъ съ замороженной кожей. У тучныхъ дѣтей склерема всегда выражается рѣзче, чѣмъ у худыхъ. Склерема кожи при поносѣ считается чрезвычайно дурнымъ прогностическимъ признакомъ, почти исключаящимъ возможность благопріятнаго исхода; передъ смертію появляется неправильное, затрудненное дыханіе съ сильнымъ поднятіемъ грудной клѣтки, роговыя оболочки мутнѣютъ и размягчаются; выдыхаемый воздухъ дѣлается холоднымъ, наконецъ наступаетъ спячка, сведеніе затылка и конечностей, конвульсіи и смерть отъ атрофіи мозга (острый гидроцефалоидъ, по Widerhofer'у — уремія). Теченіе дѣтской холеры очень острое: смерть или выздоровленіе наступаетъ черезъ нѣсколько дней, больные рѣдко переживаютъ первую недѣлю; еще рѣже холера переходитъ въ хроническій поносъ. Если ребенокъ перенесетъ болѣзнь, то надолго остается слабымъ и нерѣдко страдаетъ повторными чирьями, или подвергается флегмонознымъ воспаленіямъ.

Дѣтскую холеру всего легче смѣшать съ эпидемической холерой, такъ какъ припадки въ обоихъ случаяхъ одинаковы. Діагностика основывается лишь на характерѣ эпидеміи, да на присутствіи въ испражненіяхъ „запятой Koch'a“ при азіатской холерѣ. Настоящая холера, какъ извѣстно, не щадитъ ни взрослыхъ, ни дѣтей и не стоитъ въ такой близкой зависимости отъ лѣтней жары, какъ холера дѣтская, которая съ наступленіемъ прохладныхъ дней быстро ослабѣваетъ.

Во время жаркихъ лѣтнихъ мѣсяцевъ у дѣтей нерѣдко

появляется особаго рода разстройство пищеваренія, напоминающее дѣтскую холеру, но отличающееся отъ нея во многихъ отношеніяхъ. Это разстройство наблюдается преимущественно у дѣтей недавно отнятыхъ отъ груди, или вообще у дѣтей, получающихъ кромѣ молока еще и мясную пищу. Оно характеризуется появленіемъ частыхъ, жидкихъ и весьма *волючихъ* испражнений въ сопровожденіи болѣе или менѣе повышенной температуры. Такому поносу нерѣдко предшествуетъ запоръ. Вѣроятной причиной этой формы инфекціоннаго поноса считается разложеніе въ кишечномъ каналѣ мяса. Испражнения въ отличіе отъ холерныхъ не водянисты и безцвѣтны, а волючи, сѣроватаго или желто-зеленаго цвѣта, кислой или нейтральной реакціи и содержатъ остатки непереваренной пищи. Испражнения не такъ часты и не такъ обильны, какъ при холерѣ, а рвота нерѣдко и вовсе отсутствуетъ, *животъ* вслѣдствіе избыточнаго образованія газовъ *вздутъ*, повышение температуры легко констатировать не только *in recto*, но и подъ мышкой. Въ тяжелыхъ случаяхъ смерть можетъ наступить въ 2 — 3 дня, но не при явленіяхъ альгидности и безъ похолоданія периферіи тѣла, а при высокой температурѣ, сухомъ языкѣ, затемненномъ сознаніи вслѣдствіе общей инфекціи, какъ при тифѣ, тяжелой скарлатинѣ и т. п. Въ сравнительно легкихъ случаяхъ болѣзнь держится въ умѣренныхъ границахъ, лихорадка не высока и протекаетъ безъ тифозныхъ явленій. Въ свѣжихъ случаяхъ подобнаго рода Demme достигалъ быстрого излеченія посредствомъ строгой діеты, назначая больному, какъ исключительную пищу, жидкіе отвары риса, овса или ячменя и строго запрещая молоко и мясо (18—ter Bericht Jenner'schen Kindersp. 1881).

При остромъ фолликулярномъ энтеритѣ—*enteritis follicularis*—мы тоже имѣемъ дѣло съ катарромъ кишекъ, но катарръ этотъ послѣдовательный: онъ присоединяется къ воспаленію фолликулярнаго аппарата толстыхъ кишекъ съ пораженіемъ перифолликулярной (подслизистой) ткани, преимущественно нижняго отдѣла ихъ, почему и катарръ ограничивается (по крайней мѣрѣ, вначалѣ) только слизистой оболочкой прямой кишки и нисходящей части ободочной. Въ

нѣкоторыхъ случаяхъ воспаленныя фолликулы подвергаются язвенному распаденію, оставляя на своемъ мѣстѣ фолликулярныя язвы; процессъ въ такихъ случаяхъ затягивается и катарръ распространяется дальше кверху до тонкихъ кишекъ.

Характерныя симптомы этого страданія удовлетворительно объясняются участіемъ въ процессѣ слизистой оболочки прямой кишки. Они тѣ же, что и при дизентеріи, которая есть тоже воспаленіе слизистой оболочки нижняго отдѣла кишекъ. Между этими двумя процессами нѣтъ рѣзкой разницы въ клиническомъ отношеніи: какъ при фолликулярномъ энтеритѣ, такъ и при дизентеріи встрѣчаются легкіе и тяжелые случаи. Отличіе состоитъ отчасти въ силѣ припадковъ (при дизентеріи они, говоря вообще, выражены интензивнѣе), отчасти же и главнымъ образомъ въ происхожденіи: dysenteria принадлежитъ къ числу инфекціонныхъ и контагіозныхъ заболѣваній кишечника; воспаленіе слизистой оболочки при ней въ тяжелыхъ случаяхъ доходитъ до степени дифтеритическаго воспаленія съ послѣдовательнымъ некрозомъ ея и образованіемъ обширныхъ язвъ. Фолликулярный же энтеритъ есть заболѣваніе спорадическое, только въ пріютахъ или вообще въ мѣстахъ скучиванія дѣтей онъ принимаетъ иногда характеръ эпидеміи. Если я вижу передъ собою единичный случай слизистаго поноса средней силы и притомъ зимой, то я назову его enteritis follicularis, тогда какъ точно такой же случай лѣтомъ, въ мѣстности, гдѣ много подобныхъ заболѣваній, я признаю за дизентерію. Такая неопредѣленность въ діагностикѣ будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока не будетъ открытъ специфическій производитель дизентеріи.

Испражненія при enteritis follicularis состоятъ главнымъ образомъ изъ безцвѣтной или зеленоватой *слизи*, иногда окрашенной кровью; незначительнаго скопленія этого воспалительнаго продукта уже достаточно, чтобы вызвать позывъ къ испражненію, а потому испражненія *не обильны*, но за то очень часты: больного слабятъ 10, 15 и больше разъ въ сутки и притомъ, въ отличіе отъ катарра тонкихъ кишекъ и дѣтской холеры, всякое испражненіе сопровождается тенезмами и *болѣзненнымъ жиленіемъ* (ребенокъ долго сидитъ на горшкѣ). Слизистый или слизисто-кровянистый стулъ почти совсѣмъ

не пахнет; въ *легкихъ* случаяхъ послѣ нѣсколькихъ слизистыхъ испражнений появляется нормальный или жидкій стулъ изъ верхнихъ отдѣловъ кишекъ, а послѣ этого опять выдѣляется голая слизь. Въ болѣе серьезныхъ случаяхъ тоже самое наблюдается только послѣ назначенія слабительнаго, а въ самыхъ тяжелыхъ — каловаго стула не удается вызвать даже и касторовымъ масломъ. Обстоятельство это, по моему мнѣнью, имѣетъ несомнѣнное прогностическое значеніе: если первый приемъ кастороваго масла подѣйствовалъ хорошо, то болѣзнь кончится скоро; если же касторовое масло не дѣйствуетъ, а дальнѣйшіе приемы его начинаютъ вызывать рвоту, то поносъ будетъ упорный, а, можетъ быть, и опасный.

Спазмъ мышцъ прямой кишки и задняго прохода нерѣдко распространяется и на сосѣднія мышцы мочевого пузыря, вслѣдствіе чего наблюдается болѣзненное мочеиспусканіе, или задержаніе мочи. Вслѣдствіе частыхъ испражнений, при нормальномъ ходѣ пищеваренія въ верхнемъ отдѣлѣ кишечнаго канала, газы не успѣваютъ скопляться въ кишкахъ, а потому *животъ* не только не вздувается, но, напротивъ того, всегда болѣе или менѣе сильно *сваливается*. При ощупываніи живота въ тяжелыхъ случаяхъ удается констатировать *болѣзненность* при давленіи въ области нисходящей части толстой кишки; боль эта иногда очень сильна и совершенно похожа на боль при ограниченномъ перитонитѣ, отъ котораго, вѣроятно, она и зависитъ.

Дальнѣйшее отличіе фолликулярнаго энтерита отъ другихъ видовъ катарра состоитъ въ томъ, что онъ сопровождается обыкновенно *лихорадочнымъ состояніемъ* ремиттирующаго характера, неправильнаго типа. Въ легкихъ случаяхъ лихорадки можетъ и не быть; вообще говоря, высота температуры и продолжительность лихорадки до нѣкоторой степени пропорціональны интензивности болѣзни, но бываетъ и такъ, что лихорадочное состояніе и не высоко, и не продолжительно, а болѣзнь между тѣмъ принимаетъ опасное теченіе и, наоборотъ, начнется болѣзнь съ сильнаго жара, градусовъ въ 40, а глядишь послѣ слабительнаго дня въ 2—3 больной уже выздоровѣлъ. Это—второй критерій для пред-

сказанія. Въ большинствѣ случаевъ лихорадочное состояніе держится отъ 1-ой до 2-хъ недѣль, но можетъ затянуться и гораздо дольше, напр., недѣль на шесть (тяжелые случаи).

Несмотря на частыя испражненія при повышенной температурѣ, упадокъ силъ (коллапсъ) при enteritis follicularis наступаетъ далеко не такъ быстро, какъ при сильномъ катаррѣ тонкихъ кишекъ и не говоря уже о дѣтской холерѣ, но похуданіе и блѣдность наступаютъ уже съ первыхъ дней. Только въ тяжелыхъ случаяхъ кроваваго поноса, напр., при настоящей дизентеріи, сопровождающейся сильной болью живота вслѣдствіе раздраженія брюшины, похолоданіе конечностей, нитевидный пульсъ, большая блѣдность и упадокъ силъ наступаютъ съ первыхъ же дней и больной, по замѣчанію Trousseau, имѣетъ видъ человѣка, находящагося въ альгидномъ періодѣ холеры. Въ легкихъ случаяхъ enteritis follicularis можетъ кончиться выздоровленіемъ въ 2—3 дня, для чего достаточно одного приема кастороваго масла; но въ болѣе тяжелыхъ затягивается недѣли на 3, даже на 6, или переходитъ въ хроническую форму съ самой неопредѣленной продолжительностью.

Очень тяжелые случаи могутъ кончиться смертью уже въ остромъ (лихорадочномъ) періодѣ. Въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ дѣло начинается съ быстраго поднятія температуры, которая въ первый же день можетъ достигнуть 40° Ц., причемъ иногда, особенно у маленькихъ дѣтей, появляются однократныя или повторныя эклампсическія судороги съ послѣдовательнымъ сопорознымъ состояніемъ. Въ подобныхъ случаяхъ смертельный исходъ можетъ наступить въ теченіе первыхъ сутокъ, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ.

5-го мая 1882 года въ Дѣтскую больницу поступила дѣвочка, 6-ти лѣтъ отъ роду, отлично упитанная и прежде всегда здоровая. Братъ ея, 3-хъ лѣтъ, нѣсколько дней хвораетъ кровавымъ поносомъ. Дѣвочка вчера была еще совершенно здорова и заболѣла въ 4 часа утра болью живота, рвотой, поносомъ съ жиленьемъ и жаромъ; до 10-ти часовъ утра прослабило разъ около 10-ти слизью съ примѣсью крови и съ болями живота. Въ 11-мъ часу эклампсическій при-

падокъ и потомъ спячка; черезъ часъ больная пришла въ себя, поносъ продолжался.

Въ 4 часа дня новый приступъ эклямпсіи и снова сопорозное состояніе, на этотъ разъ вплоть до смертельнаго исхода, послѣдовавшаго въ 6 часовъ вечера при полномъ безсознательномъ состояніи, неощутимомъ пульсѣ и чрезвычайно обильномъ потѣ. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, болѣзнь тянулась всего 14 часовъ! При аутопсіи сильная гиперемія слизистой оболочки по всему тракту толстыхъ кишекъ и припухлость фолликулъ, выступающихъ на красномъ фонѣ своимъ желтоватымъ цвѣтомъ и придающихъ слизистой оболочкѣ пестрый видъ; въ ileum припухлость Пейеровыхъ бляшекъ; въ полости черепа отекъ мозга и сильное налитіе венъ мягкой мозговой оболочки.

По моимъ наблюденіямъ, эклямпсія въ началѣ кроваваго поноса имѣетъ, хотя и весьма дурное, но все-таки *не абсолютно* смертельное значеніе; во всякомъ случаѣ, однако, предсказаніе при ней хуже, нежели при судорогахъ въ началѣ оспы или пневмоніи. Лѣтомъ enteritis follicularis, какъ и катарръ тонкихъ кишекъ, легко переходитъ въ дѣтскую холеру.

Какъ о весьма частыхъ осложненіяхъ тяжелыхъ случаевъ фолликулярнаго энтерита, я упомяну о выпаденіи прямой кишки и о параличѣ сфинктера ani.

Выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки—prolapsus ani, s. prolapsus recti, какъ слѣдствіе фолликулярнаго энтерита, бываетъ временнымъ или постояннымъ. Въ первомъ случаѣ нижняя часть recti показывается только при испражненіяхъ или тнезмахъ, но въ промежуткахъ между ними она уходитъ обратно на свое мѣсто; выпавшая часть вправляется сама собою. Во второмъ случаѣ выпавшая часть сама собою не вправляется и должна быть вправлена руками. Въ сравнительно легкихъ случаяхъ вправленіе удается легко, и можетъ быть производимо самой матерью или нянькой, но въ тяжелыхъ случаяхъ вправленная кишка тотчасъ выпадаетъ снова или совсѣмъ не вправляется. Узнать выпаденіе кишки легко, такъ какъ ее смѣшать не съ чѣмъ; отъ полиповъ она отличается ббльшей величиной (полипъ рѣдко бываетъ круп-

нѣе лѣснаго орѣха) и отверстіемъ на вершинѣ опухоли, черезъ которое палецъ легко проникаетъ въ просвѣтъ кишки. Въ терапевтическомъ отношеніи важно узнать, не предстоитъ ли выпаденіе кишки въ данномъ случаѣ? Убѣдиться въ этомъ можно посредствомъ изслѣдованія задняго прохода. Дѣло въ томъ, что prolapsus recti является результатомъ сильныхъ тенезмовъ, которые, въ свою очередь, всегда сопровождаются чрезвычайной раздражительностью прямой кишки. Если при такихъ условіяхъ мы будемъ осматривать anus при положеніи больного на спинѣ, съ сильно согнутыми и отведенными бедрами, то замѣтимъ, что при раздвиганіи ягодицъ пальцами, сейчасъ же появляются тенезмы, причѣмъ края заднепроходнаго отверстія какъ-бы выворачиваются наружу, т. е. слизистая оболочка немного выпадаетъ. То же самое бываетъ и при всякомъ испражненіи, а, слѣдовательно, въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ уже дѣло съ временнымъ выпаденіемъ, которое всякую минуту можетъ сдѣлаться постояннымъ.

Выпаденіе прямой кишки, когда она не можетъ быть вправлена, значительно ухудшаетъ предсказаніе.

Параличъ сфинктера, какъ и prolapsus ani, развивается только въ тяжелыхъ случаяхъ энтерита и всегда постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ дней. Сначала дѣлается слабость сфинктера, позволяющая легко растягивать его пальцами позднѣе, когда наступаетъ полный параличъ, anus зіяетъ въ видѣ круглаго отверстія. При благопріятномъ ходѣ энтерита параличъ сфинктера скоро исчезаетъ самъ собой и даже раньше прекращенія поноса (въ періодѣ улучшенія).

Болѣзни, о которыхъ мы говорили до сихъ поръ, болѣе свойственны груднымъ дѣтямъ; теперь же я перехожу къ хроническому поносу, чаще встрѣчающемуся у дѣтей въ возрастѣ отъ 1 до 3 лѣтъ и старше.

Картины болѣзни при *хроническомъ катаррѣ* тонкихъ кишекъ и при *хроническомъ фолликулярномъ энтеритѣ* довольно сходны между собой, такъ какъ острый катарръ при переходѣ въ хроническую форму не остается на первоначальномъ мѣстѣ своего появленія, а распространяется обыкновенно на весь трактъ кишечнаго канала. Въ патолого-анатомическомъ

отношеніи сходство состоитъ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ распространеннымъ катарромъ слизистой оболочки тонкихъ и толстыхъ кишекъ и съ припуханіемъ, вслѣдствіе гипереміи и клѣтчатой инфильтраціи, брыжжеечныхъ железъ и фолликулъ кишекъ, съ тою лишь разницей, что при *enteritis follicularis chronica* на первый планъ выступаетъ изъязвленіе фолликулъ толстой кишки и прямой, что отражается и на клинической картинѣ страданія, тогда какъ при, такъ называемомъ, хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишекъ вслѣдствіе постоянного метеоризма рѣзче выступаетъ атрофія всей стѣнки кишки вмѣстѣ съ фолликулярнымъ аппаратомъ.

Сходство клинической картины состоитъ въ слѣдующемъ. Испражненія въ обоихъ случаяхъ обильны, сѣровато-желтаго и какъ-бы глинистаго цвѣта, жидки и чрезвычайно вонючи; въ обоихъ случаяхъ ребенокъ представляетъ высшую степень истощенія: при осмотрѣ живота атрофированныхъ дѣтей часто можно замѣтить подъ кожей присутствіе плотныхъ узелковъ, величиной съ булавочную головку и между ними тонкіе шнурочки, принимаемые за облитерированные лимфатическіе сосуды съ ихъ клапанами (а, можетъ быть, эти утолщенія соотвѣтствуютъ маленькимъ лимфатическимъ железкамъ — *Widerhofer*). Паховыя железы припухаютъ. Общая анемія всегда развита значительно, нерѣдко появляются отеки рукъ и ногъ (кисти, ступни и голени), а также и лица. Въ исключительныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти и до общей водянки со скопленіемъ жидкости въ серозныхъ полостяхъ. Ограниченные отеки стопъ и кистей сами по себѣ не имѣютъ дурного прогностическаго значенія, такъ какъ нерѣдко они являются въ періодѣ выздоровленія, когда больной при отличномъ аппетитѣ мараетъ уже почти совсѣмъ нормально; такіе отеки недѣли черезъ двѣ исчезаютъ безслѣдно даже и безъ леченія, а еще скорѣе при растираніи погъ спиртными жидкостями.

Подкожный жиръ атрофируется совершенно, кожа и мышцы дѣлаются очень дряблыми, лицо принимаетъ старческое выраженіе, родничекъ вваливается; у грудныхъ дѣтей затылочные кости заходятъ подъ теменныя; иногда дѣло закан-

чивается развитіемъ мозговыхъ симптомовъ вслѣдствіе атрофіи мозга и послѣдовательной головной водянки (мое мнѣніе), или отека мозговыхъ оболочекъ вслѣдствіе гидреміи (Wertheimer). Это —, такъ называемый, *хроническій гидроцефалондъ*. Состояніе это характеризуется вначалѣ припадками раздраженія мозга, каковы: *безпокойство, бессонница*, вскрикиваніе во снѣ, гиперестезія, иногда рвота, подергиванія мышцъ лица и конечностей, а потомъ припадками угнетенія мозговой дѣятельности: является *сонливость*, неправильное, иногда Cheyne-Stokes'ское дыханіе, *сведеніе затылка*, спячка и смерть.

Въ обоихъ случаяхъ, наконецъ, ребенокъ мучается бессонницей (самый ранній симптомъ анэмїи мозга) и сильной жаждой, вслѣдствіе которой ребенокъ постоянно проситъ пить (обстоятельство нерѣдко мѣшающее правильному леченію).

Отличія состоятъ въ томъ, что при хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишекъ испраженія жидки, иногда даже совсѣмъ водянисты, нерѣдко содержатъ богатую примѣсь непереваренной пищи, но не слизисты, слабѣе большого легкого, *безъ жиленія* и безъ боли (иногда бывають схваткообразныя боли передъ испраженіемъ, и не особенно часто: обыкновенно раза 3—4 въ сутки, рѣдко больше шести; *животъ всегда сильно растянутъ* газами).

При enteritis follicularis chronica, хотя и появляются такія же испраженія, какъ и при хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишекъ, но въ перемежку съ ними выдѣляются испраженія вполне характерныя для пораженія толстой кишки: они *скудны* состоятъ по преимуществу изъ *гнойной слизи*, иногда съ примѣсью крови, и сопровождаются ясно замѣтнымъ *жиленіемъ*, а иногда и болью; число испраженій рѣдко бываетъ меньше 6, обыкновенно же *больше* 10 въ теченіе сутокъ: согласно съ этимъ вздутіе живота при enteritis follicularis chronica, хотя бы и осложненномъ катарромъ тонкихъ кишекъ, никогда не достигаетъ такой степени, какъ при обыкновенномъ катаррѣ тонкихъ кишекъ. Животъ, если и вздутъ нѣсколько, то все-таки мягокъ, тѣстообразенъ.

Хроническій катарръ кишекъ у маленькихъ дѣтей не всегда протекаетъ такъ тяжело, какъ здѣсь описано. Во мно-

гихъ случаяхъ, не смотря на продолжительность поноса общей атрофіи тѣла вовсе не наступаетъ, замѣчается только похуданіе и блѣдность, а еще въ другихъ случаяхъ даже и подкожный жиръ сохраняется довольно хорошо, но блѣдность явленіе обычное; однако, отнюдь не слѣдуетъ думать, что объднѣніе крови гемоглобиномъ и красными кровяными шариками прямо пропорціонально силѣ поноса; скорѣе напротивъ — самыя сильныя степени малокровія съ восковымъ цвѣтомъ лица всего чаще наблюдаются при сравнительно легкихъ формахъ хроническаго катарра кишекъ: больного слабятъ, хотя и жидко, но не часто, 1—2 раза въ сутки, а въ нѣкоторые дни и вовсе не слабятъ, а между тѣмъ анемія прогрессируетъ чрезвычайно; очень часто въ подобныхъ случаяхъ мало-по-малу увеличивается селезенка, въ крови увеличивается число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и въ концѣ концовъ развивается полная картина „селезеночнаго малокровія“ или болѣзни Iacksch'a. Такое разстройство кровотова-ренія зависитъ, конечно, не отъ „потери соковъ“ организмомъ, а отъ хронической интоксикаціи организма или самоотравленія изъ кишечника. Подобныя формы „кишечнаго хлороза“ наблюдаются почему-то только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ 2—3, а послѣ 5-ти лѣтъ, онъ встрѣчается только у тѣхъ, что приобрѣли его раньше.

У дѣтей старшаго возраста (лѣтъ послѣ 5-ти) хроническій катарръ кишекъ выражается иначе. Онъ развивается обыкновенно изъ той или другой формы остраго катарра кишекъ и особенно часто остается послѣ лѣтнаго кроваваго поноса, но иногда уже съ самаго начала поносъ появляется какъ-бы въ хронической формѣ, т. е. въ анамнезѣ не отмѣчается сильнаго, остраго поноса. Симптомы различны въ зависимости отъ интензивности болѣзни, отъ локализаци и отъ продолжительности процесса. Такъ какъ острый катарръ кишекъ, особенно тонкихъ, при переходѣ въ хроническую форму распространяется обыкновенно на весь трактъ кишечника, то здѣсь невозможно строго разграничивать катарра тонкихъ кишекъ отъ катарра толстыхъ, а можно говорить только о томъ, въ какомъ мѣстѣ катарръ локализуется по преимуществу.

Если хроническій катарръ занимаетъ, главнымъ образомъ, тонкія кишки, именно верхній отдѣлъ ихъ, то вовлекается въ страданіе и желудокъ (правильнѣе сказать, дѣло начинается съ катарра желудка и потомъ вовлекается въ страданіе и верхній отдѣлъ кишечника). Въ такихъ случаяхъ (т. е. когда толстыя кишки здоровы) поноса нѣтъ, равно какъ нѣтъ и запора, но больной часто жалуется на схваткообразныя боли въ животѣ, языкъ не чистъ, изо рта непріятный запахъ, аппетита нѣтъ, животъ нѣсколько вздутъ и замѣчается легкая желтизна конъюнктивъ. Форма эта хорошо поддается леченію щелочными минеральными водами и обыкновенно считается за катарръ желудка, но легкая желтуха, боли живота и метеоризмъ доказываютъ участіе и тонкихъ кишекъ; отсутствіе же поноса объясняется тѣмъ, что содержимое кишекъ задерживается въ толстыхъ кишкахъ, причѣмъ вода успѣваетъ всосаться.

Самымъ обычнымъ симптомомъ *хроническаго катарра толстыхъ кишекъ* (но только не нижняго отдѣла ихъ) является *запоръ*; больного слабитъ черезъ 2—3 дня твердымъ каломъ или приходится часто прибѣгать къ клистирамъ; вмѣстѣ съ испраженіемъ выходитъ довольно много слизи, чѣмъ, между прочимъ, этотъ катарральныи запоръ отличается отъ привычнаго запора, зависящаго отъ врожденной атоніи кишекъ, состоянія большею частію наследственнаго происхожденія, въ анамнезѣ котораго никакого сильнаго или продолжительнаго поноса, который предшествовалъ бы наступленію запора, не значится.

Въ другихъ случаяхъ хроническій катарръ кишекъ характеризуется постоянной *смыной запора поносомъ*; это чередованіе идетъ иногда съ замѣчательной правильностію: 2—3 дня запоръ, а потомъ 1—2 дня поносъ вонючими жидкими испраженіями съ замѣтной примѣсью слизи; правильность, впрочемъ, не обязательна; иной разъ проходятъ цѣлыя недѣли, въ теченіе которыхъ ребенокъ марается нормальнымъ, плотнымъ стуломъ, или замѣчается наклонность къ запору, но вотъ, подъ вліяніемъ какой-нибудь погрѣшности въ діетѣ является поносъ. Въ третьемъ ряду случаевъ хроническій катарръ кишекъ выражается *ежедневнымъ поносомъ*: больного

слабить не часто, 1—2—3 раза, но очень вонючими, жидкими испражнениями, большею частью сбраго, глинистаго или темнобураго цвѣта. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вонючій поносъ принимаетъ какъ-бы періодическое теченіе: 2—3 испражненія разъ за разомъ ночью, или рано утромъ, и потомъ цѣлый день больного совсѣмъ не слабитъ, или жидкія испражненія слѣдуютъ непосредственно послѣ ѣды; въ обоихъ случаяхъ можно съ увѣренностью предположить поражение толстыхъ кишекъ. Подобный поносъ, по мнѣнію проф. Чернова, зависитъ отъ катарра слѣпой кишки, на что указываютъ высокій тимпаническій тонъ при постукиваніи области соесі, урчаніе въ этомъ мѣстѣ и боль при надавливаніи, а иногда замѣчается повышенная чувствительность по всему протяженію толстой кишки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *періодическій хроническій поносъ* служитъ выраженіемъ *маскированной болотной лихорадки*, и, подобно обыкновенному катарру, всего чаще встрѣчается у дѣтей послѣ 5-ти лѣтъ. Ребенка слабитъ 2—4 раза въ сутки жидкимъ, вонючимъ каловымъ стуломъ, обыкновенно въ теченіе немногихъ часовъ, а въ остальную часть сутокъ ребенокъ или совсѣмъ не марается, или стулъ его нормаленъ. Поносъ является въ видѣ пароксизмовъ изо дня въ день или черезъ день, большею частію ночью или рано утромъ. Повышенія температуры обыкновенно не бываетъ, но селезенка нерѣдко увеличена и даже прощупывается. Такъ какъ желудочное пищевареніе остается нормальнымъ, то при болотномъ поносѣ (какъ и при нѣкоторыхъ формахъ катарра толстыхъ кишекъ) языкъ чистъ, аппетитъ хорошъ, общее состояніе питанія удовлетворительно. Важная особенность болотнаго поноса состоитъ, между прочимъ, въ томъ, что онъ не уступаетъ ни строгой діетѣ, ни назначенію слабительныхъ или опія и вяжущихъ, но *быстро проходитъ отъ хинина*. Двухъ, трехъ дней леченія хининомъ достаточно, чтобы прекратить поносъ, упорно неуступавшій леченію въ теченіе мѣсяцевъ.

Болотный поносъ встрѣчается и въ острой формѣ и тогда симулируетъ острый фолликулярный энтеритъ. При этихъ формахъ періодичность не всегда бываетъ рѣзко выражена: большею частію слизистыя испражненія появляются въ те-

ченіе цѣлыхъ сутокъ, но въ *известные часы частота испражнений замѣтно усиливается.*

Въ легкихъ формахъ и въ острыхъ случаяхъ замѣчается строгая періодичность, причемъ во время аперексіи появляется нормальный стулъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ болѣзнь начинается повышеніемъ температуры, которая доходитъ до 39° и даже до 40°, но держится не долго, иногда только одинъ день.

Въ острыхъ случаяхъ болотный поносъ можетъ быть принять за обыкновенный фолликулярный энтеритъ, или за дизентерію, а хроническій — за катарръ толстыхъ кишекъ. Диагностика основывается, главнымъ образомъ, на типичной періодичности поноса; подспорьемъ диагностикѣ служитъ въ острыхъ случаяхъ начальное, кратковременное повышение температуры и опухоль селезенки (хотя и то, и другое не обязательно), а въ хроническихъ — хорошій общій видъ больного, чистый языкъ, удовлетворительный аппетитъ, опухоль селезенки и анамнезъ: больной или хворалъ перемежающейся лихорадкой, или, по крайней мѣрѣ, жилъ въ болотистой мѣстности, а также безрезультатность леченія опиѣмъ и другими лекарствами и быстрое улучшение отъ хинина.

Отсутствіе болѣзненности въ области толстой кишки, въ особенности *in reg. coecali*, при давленіи тоже говоритъ въ пользу болотнаго поноса, а указаніе на бывшій прежде острый *colitis* можетъ быть истолковано въ пользу хроническаго катарра толстыхъ кишекъ не болотнаго происхожденія. Какъ обстоитъ дѣло съ плазмодіями въ крови при болотномъ поносѣ, я сказать не могу, такъ какъ всѣ наблюдавшіеся мною случаи встрѣтились мнѣ въ частной, или въ амбулаторной практикѣ, неудобные для производства изслѣдованія крови.

Мнѣ остается еще сказать о своеобразномъ хроническомъ страданіи кишекъ, извѣстномъ подъ именемъ *enteritis membranacea, s. colitis mucosa*. Болѣзнь характеризуется появленіемъ приступовъ *боли живота*, сопровождающихся выдѣленіемъ *per anum* слизистыхъ массъ то въ видѣ перепонокъ, напоминающихъ ленточную глисту, то въ видѣ трубокъ (отпечатокъ кишки), то просто въ видѣ „гнѣздъ“ слизи; вмѣстѣ

се слизью выходятъ обыкновенно и испражненія въ видѣ отдѣльныхъ сухихъ комковъ, что, впрочемъ, не обязательно, такъ какъ слизь можетъ выдѣляться и безъ испражненій, или въ сопровожденіи кашицеобразнаго стула. Выдѣленіе слизи продолжается 1—2 дня, рѣдко нѣскольکو дней подрядъ, и потомъ прекращается на неопредѣленное время: въ легкихъ случаяхъ антракты доходятъ до нѣсколькихъ недѣль, тогда какъ въ болѣе тяжелыхъ приступы повторяются каждую недѣлю. Къ числу характерныхъ признаковъ болѣзни принадлежитъ, между прочимъ, запоръ въ періодѣ антрактовъ. Въ отличіе отъ proctitis, при которомъ тоже выдѣляется много слизи, здѣсь не бываетъ ни тенезмовъ, ни жгленія, а только боли, а тамъ никогда слизи не выходитъ въ видѣ пленокъ. Болѣзнь всегда отличается хроническимъ теченіемъ и тянется мѣсяцы и даже годы, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ все ограничивается однимъ - двумя приступами. Во многихъ случаяхъ больные чрезвычайно чувствительны къ нарушеніямъ діеты: незначительнаго увеличенія количества пищи или измѣненія качества (непривычное кушаніе) бываетъ достаточно для того, чтобы появился приступъ. Одни больные не переносятъ мяса, другіе молока, третьи еще чего нибудь, такъ что каждый отдѣльный случай требуетъ индивидуализированія при назначеніи діеты, которая выясняется опытомъ. Патогенезъ этой болѣзни недостаточно выясненъ: одни считаютъ ее за своеобразный катарръ толстыхъ кишекъ, другіе за неврозъ, а третьи (въ особенности французы) за одно изъ проявленій мочекишлаго діатеза. Въ виду того, что enteritis tembranasea нерѣдко встрѣчается у дѣтей, раньше страдавшихъ болѣе или менѣе упорными поносами, или перенесшихъ недавно кровавый поносъ, надо думать, что въ подобныхъ случаяхъ вліяніе катарра весьма вѣроятно.

Относительно предсказанія замѣчу слѣдующее: если есть возможность назначить больному правильную діету и, такимъ образомъ, устранить причину болѣзни, то при всякомъ *остромъ* разстройствѣ пищеваренія, будетъ ли это диспепсія, катарръ тонкихъ кишекъ, или фолликулярный энтеритъ, предсказаніе можно ставить хорошимъ, такъ какъ болѣзнь кончается обыкновенно скорымъ выздоровленіемъ. Исключеніемъ изъ этого

правила являются только очень тяжелыя формы enteritis follicularis (кровоавый поносъ) и дѣтская холера.

Два только что названныхъ процесса свирѣпствуютъ, какъ извѣстно, лѣтомъ и уносятъ массу жертвъ. Для меня не подлежитъ сомнѣнiю, что въ обоихъ этихъ случаяхъ смертельный исходъ можетъ наступить, несмотря на самое правильное и старательное леченiе, хотя бы начатое съ перваго дня заболѣванiя.

При кровавомъ поносѣ предсказанiе тѣмъ хуже, чѣмъ выше лихорадка, чѣмъ чаще испражненiя и чѣмъ сильнѣе тенезмы, но большая или меньшая примѣсь крови къ слизи-стому стулу, по моимъ наблюденiямъ, не имѣетъ особаго значенiя. Бурное начало болѣзни, напр., съ повышенiемъ температуры до 40° и больше, иногда съ начальнымъ эклампсическимъ припадкомъ, хотя въ большинствѣ случаевъ и указываетъ на предстоящее тяжелое теченiе болѣзни, но *не всегда*; болѣе вѣрное предсказанiе въ подобныхъ случаяхъ можно сдѣлать, только выждавши дѣйствiя кастороваго масла: какъ-бы сильно не начался поносъ, но, если первый приемъ кастороваго масла оказалъ хорошее слабительное дѣйствiе, то можно смѣло рассчитывать на скорое ослабленiе всѣхъ припадковъ и на благополучный исходъ болѣзни.

При дѣтской холерѣ въ началѣ болѣзни предсказанiе всегда сомнительно: оно сравнительно лучше, если заболѣвшiй находится при груди, или, если можно дать ему кормилицу, если испражненiя не очень часты и еще окрашены желчью; при безцвѣтныхъ или вонючихъ испражненiяхъ и при быстромъ наступленiи колляпса предсказанiе хуже. Очень дурное прогностическое значенiе при дѣтской холерѣ принадлежитъ анурии и мозговымъ симптомамъ (сонливость, глубокие вздохи, безпокойство и проч.), еще хуже симптомы колляпса. О значенiи склеремы и паденiя температуры для предсказанiя я уже говорилъ; развитiе этихъ симптомовъ идетъ, параллельно степени колляпса и разстройству кровообращенiя.

Диспенсiя, предоставленная своему собственному теченiю, затягивается на неопредѣленное время, особенно у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно; ребенокъ отстаетъ въ развитiи, нѣсколько худѣетъ и блѣднѣетъ и въ концѣ концовъ

или поражается рахитизмомъ, или диспепсія переходитъ въ катарръ тонкихъ или толстыхъ кишекъ. Переходъ этотъ обозначается появленіемъ водянистыхъ или слизистыхъ испражнений вперемежку съ диспептическимъ стуломъ.

Изъ острыхъ катарровъ тонкихъ кишекъ дурной репутаціей въ прогностическомъ отношеніи пользуются катарры у дѣтей, недавно отнятыхъ отъ груди. Если ребенку нельзя дать груди, то подобные поносы легко переходятъ въ дѣтскую холеру (лѣтомъ), или принимаютъ хроническое теченіе. Почти тоже значеніе проф. Widerhofer приписываетъ поносамъ у дѣтей, страдающихъ упорными и обширными экцемами. Относительно значенія отдѣльныхъ симптомовъ можно замѣтить, что при катаррѣ тонкихъ кишекъ слѣдуетъ сообразоваться со степенью жажды и съ количествомъ мочи; пока не уменьшится жажда и не увеличится количество мочи, до тѣхъ поръ нельзя рассчитывать на прочное улучшеніе, а, напротивъ того, даже и при улучшеніи другихъ przypadковъ, слѣдуетъ опасаться рецидива (Widerhofer).

Предсказаніе при *хроническихъ* катаррахъ кишекъ зависитъ, главнымъ образомъ, отъ состоянія силъ больного, отъ степени его истощенія, отъ продолжительности поноса, отъ причины его (туберкулезъ) и еще отъ того, возможно ли поставить больного ребенка въ правильную гигиеническую и діететическую обстановку. Отрицать возможность благоприятнаго исхода не слѣдуетъ даже и въ самыхъ запущенныхъ случаяхъ, когда ребенокъ истощенъ до *pes plus ultra* и когда появляются уже отеки рукъ и ногъ; даже появленіе przypadковъ хроническаго гидроцефалоида и то не можетъ свидѣтельствовать о безусловно безнадежномъ состояніи больного.

Лекція 20 марта 1901 г.

Теперь перехожу къ леченію дѣтскаго поноса и начну съ диспепсіи.

Леченіе диспепсіи можетъ быть *причиннымъ* и *симптоматическимъ*. *Первое безусловно необходимо и потому всегда важнѣе второго, безъ котораго можно обойтись.*

Причинное леченіе, имѣющее цѣлью устраненіе причины

диспепсии, будетъ такъ разнообразно, какъ разнообразны самыя причины, но въ общемъ всегда преслѣдуется одна цѣль — *регулировать діету*. Для удобства обзора всѣхъ нужныхъ мѣропріятій я различаю, во-1-хъ, диспепсію у дѣтей, получающихъ грудное молоко, и, во-2-хъ, у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно. О леченіи диспепсии у грудныхъ я подробно говорилъ въ первомъ выпускѣ моихъ лекцій, такъ что теперь я могу прямо перейти къ леченію диспепсии у рожковыхъ дѣтей.

У дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, диспепсія встрѣчается гораздо чаще. Въ этихъ случаяхъ отклоненія отъ правилъ дѣтской діететики такъ многочисленны и разнообразны, что мы можемъ привести только главнѣйшія: такъ, коровье молоко можетъ вызвать диспепсію, если оно дурного качества, особенно прокислое, если недостаточно разводится водой и дается съ примѣсю какихъ-нибудь трудно варимыхъ для ребенка веществъ. Слѣдуетъ принять за правило, что ни крахмалъ, ни какао, ни разные сорта кофе не годятся для дѣтей до 4—5 мѣсяцевъ: спеціальнаго упоминанія въ этомъ отношеніи заслуживаютъ соска, ароруть, молочная кашка и мука Нестле.

Самый лучший способъ причиннаго леченія диспепсии у ребенка, вскармливаемого искусственно или быстро отнятаго отъ груди, — способъ, удовлетворяющій всякой диспепсии, отъ какой бы неправильности въ кормленіи она ни зависѣла, — состоитъ въ выборѣ для ребенка хорошей кормилицы, такъ какъ только при грудномъ молокѣ мы можемъ разсчитывать на вѣрный и быстрый успѣхъ. Нерѣдко бываетъ такъ, что зимой ребенокъ переноситъ коровье молоко хорошо, а лѣтомъ начинаетъ страдать поносомъ; 5-ти или 6-ти-мѣсячный возрастъ ребенка въ подобныхъ случаяхъ не можетъ служить препятствіемъ къ тому, чтобы взять ему кормилицу; при этомъ не мѣшаетъ имѣть въ виду, что для такого ребенка вовсе нѣтъ необходимости искать кормилицу непременно съ 5-ти или 6-ти-мѣсячнымъ молокомъ; напротивъ, можно взять и 6-ти-недѣльную, потому что ребенокъ, переносившій коровье молоко, перенесетъ, конечно, и грудное, хотя бы и не вполне подходящее къ нему по возрасту.

Если взять кормилицу нельзя, то приходится ограничиться назначеніемъ діеты, строго придерживаясь правилъ искусственнаго вскармливанія коровьимъ молокомъ, какъ самымъ подходящимъ суррогатомъ при обыкновенныхъ условіяхъ. Основныхъ условій, соблюденіе которыхъ необходимо при рожковомъ кормленіи, немного; они касаются количествъ молока, его сравнительной трудноваримости и легкой скисаемости.

Такъ какъ *перекармливаніе рожковыхъ дѣтей* является одной изъ самыхъ частыхъ причинъ диспепсіи, то мы и начнемъ съ опредѣленія необходимыхъ для ребенка количествъ молока. Величина отдѣльныхъ порцій и всего суточнаго количества молока для дѣтей разныхъ возрастовъ устанавливается, конечно, лишь приблизительно, причемъ руководствуются или вѣсомъ ребенка, или возрастомъ его.

Первый способъ, конечно, лучше, такъ какъ при немъ удобнѣе приспособляться къ индивидуальнымъ особенностямъ ребенка; такъ, напр., если ребенокъ недоношенъ и слабъ, то онъ долженъ высасывать меньшія количества, чѣмъ здоровый ребенокъ его возраста. Правда есть и неудобство, состоящее въ томъ, что тучный, перекармливаемый и потому сравительно тяжелый ребенокъ будетъ получать больше своего худенькаго, можетъ быть, хронически голодающаго сверстника, тогда какъ надо бы какъ разъ наоборотъ. Въ дѣйствительности, по причинѣ того, что вѣсы для взвѣшиванія ребенка въ нашихъ дѣтскихъ встрѣчаются рѣдко, обыкновенно приходится руководствоваться только возрастомъ. При вѣсовомъ расчетѣ полагается давать 15% вѣса ребенка *pro die* въ 7-8 приемовъ; такъ, напр., при вѣсѣ въ 4000 грм. нужно давать 600 грм. въ день или около 80 грм. заразъ, слѣдовательно, на каждые *kilo* вѣса дается по 20 грм. за одинъ разъ.

Въ основу расчета по возрасту кладутся слѣдующія данныя. Наблюденія показали, что въ первый день ребенокъ высасываетъ $\frac{1}{100}$ своего вѣса и затѣмъ каждый день прибавляетъ по 1 грм. слѣдовательно, при среднемъ вѣсѣ новорожденнаго ребенка въ 3000 грм., онъ въ первый день высосетъ 30 грм., а въ возрастѣ одного мѣсяца 30 + 30, т. е. 60 грм., въ 2 мѣсяца 60 + 30, т. е. 90 грм. и т. д. до

5 мѣсяцевъ. Иначе это можно выразить такъ: ребенокъ до 5-ти мѣсяцевъ высасываетъ за одинъ разъ столько унцій молока, сколько ему мѣсяцевъ плюс еще одна унція. Если мы сравнимъ теперь расчетъ по вѣсу съ расчетомъ по возрасту, то получимъ приблизительно одинаковыя данныя при условіи, если ребенокъ нормальнаго развитія.

Будемъ ли мы разсчитывать по первому способу или по второму, мы увидимъ, что здоровый 5-ти-мѣсячный ребенокъ долженъ высасывать приблизительно по 1 литру или почти штофъ молока въ сутки, и это количество остается уже безъ перемѣнъ до конца перваго года.

Опредѣленные антракты между пріемами пищи для рожковаго ребенка слѣдуетъ соблюдать строже, чѣмъ при груди, такъ какъ коровье молоко труднѣе переваривается и дольше остается въ желудкѣ. Опыты съ выкачиваніемъ содержимаго желудка показали, что отъ женскаго молока желудокъ освобождается черезъ 2 часа, а отъ коровьяго черезъ 3; на этомъ основаніи современные дѣтскіе врачи не позволяютъ давать рожокъ чаще, чѣмъ черезъ 3 часа днемъ и не болѣе двухъ разъ ночью, а послѣ 5-ти мѣсяцевъ только одинъ разъ въ ночь, т. е. въ первые мѣсяцы жизни 7 разъ въ сутки, позднѣе 6 разъ.

Что касается до втораго условія—*трудноваримости коровьяго молока*, то она обусловливается, главнымъ образомъ, тѣмъ, что въ коровьемъ молокѣ почти втрое больше казеина сравнительно съ женскимъ и что казеинъ подъ вліяніемъ желудочнаго сока створаживается плотными, крупными комками, тогда какъ казеинъ женскаго молока осаждается очень нѣжными хлопьями. По этой причинѣ маленькія дѣти рѣдко бываютъ въ состояніи справиться съ цѣльнымъ коровьимъ молокомъ, а потому для дѣтей первыхъ трехъ мѣсяцевъ, а при слабомъ желудкѣ и дольше, принято разводить молоко. Для разведенія употребляется всего чаще ячменный (или овсяный) отваръ, растворъ молочнаго сахара и растворъ соды (2%) столовую ложку на стаканъ молока.

Biedert требовалъ для маленькихъ дѣтей (на 1-мъ мѣсяцѣ) разводить молоко тремя частями воды, чтобы довести содержаніе казеина до 1%, такъ какъ, по его мнѣнію, болѣшя

количества его не переварятся; но при такомъ сильномъ разведеніи очень мало достанется ребенку жира и молочнаго сахара, а между тѣмъ наблюденія показываютъ, что большинство дѣтей уже въ первыя недѣли жизни легко переносятъ молоко при гораздо меньшихъ степеняхъ разведенія. По этой причинѣ большинство педиатровъ довольствуется разведеніемъ 1 ч. воды на 2 ч. молока и только въ тѣхъ случаяхъ, когда ребенокъ не переноситъ молока при такомъ разведеніи, берутъ больше воды. Такъ какъ и при разведеніи молока на $\frac{1}{3}$ оно все-таки, сравнительно съ женскимъ, становится очень бѣдно сахаромъ и жиромъ, то большинство педиатровъ вмѣсто простой воды берутъ растворъ молочнаго сахара, причѣмъ количество послѣдняго опредѣляется различно; такъ, напр., Neubner рекомендуетъ 6⁰/₀ растворъ молочнаго сахара (3 чайныхъ ложки наравнѣ съ краями на стаканъ воды) и беретъ его въ равномъ объемѣ съ молокомъ. Soxlet употребляетъ 12⁰/₀ растворъ того же сахара и прибавляетъ его 1 часть на 2 части молока. Marfan беретъ 1 часть 10⁰/₀ раствора сахара на 2 части молока. Такое количество молочнаго сахара дѣйствуетъ иногда послабляющимъ образомъ, и потому употребляютъ его слѣдуетъ только при склонности къ запору, а въ другихъ случаяхъ лучше пользоваться растворомъ тростниковаго сахара, притомъ въ количествѣ вдвое меньшемъ, такъ какъ онъ много слаще молочнаго.

Съ цѣлью избѣгнуть обѣднѣнія молока жиромъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы способствовать казеину свертываться менѣе плотными свертками, Biedert предложилъ прибавлять къ молоку сливки (капельки жира пронизываютъ свертки казеина и этимъ дѣлаютъ ихъ болѣе рыхлыми). Много сахара при этомъ способѣ прибавлять не требуется, такъ какъ жиръ до нѣкоторой степени его замѣняетъ.

Способъ Biedert'a заключается въ томъ, что литръ молока ставится въ широкомъ сосудѣ на 4—5 часовъ и затѣмъ снимаютъ $\frac{1}{8}$ часть литра сливокъ. Эти сливки затѣмъ разводятся различными количествами воды и молока, и, такимъ образомъ, получаютъ 6 номеровъ смѣси:

№ 1-ый 1 ч. слив. (125,0), 3 ч. воды (375,0), 15,0 мол. сах.

№ 2-ой 1 " " " 3 " " " 15,0 " " $\frac{1}{2}$ ч. (60,0) м.

№ 3-ий	1 ч. слив.	(125,0)	3 ч. воды	(375,0)	15,0 мол. сах.	1 ч. (125,0)	м.
№ 4-ый	1 " "	" "	3 " "	" "	15,0 " "	2 " (250,0)	" "
№ 5-ый	1 " "	" "	3 " "	" "	10,0 " "	3 " (375,0)	" "
№ 6-ой	1 " "	" "	2 " "	" "	10,0 " "	4 " (500,0)	" "

Первый номеръ сливочной смѣси Biedert'a назначается для новорожденныхъ и въ первыя недѣли жизни съ тѣмъ, чтобы черезъ мѣсяць переходить къ слѣдующему номеру.

Съ тою же цѣлью—разрыхленія свертковъ казеина—употребляются для разведенія молока отвары ячменя и овса.

Въ публикѣ очень распространено мнѣніе, что овсяный отваръ слѣдуетъ давать при запорѣ, а ячменный при склонности къ поносу; но, въ дѣйствительности, серьезнаго значенія это не имѣетъ. Для приготовленія отвара берутъ десертную ложку овсяной муки или ячменныхъ крупъ на стаканъ воды, кипятятъ до размягченія зеренъ и процѣживаютъ сквозь полотно. Отваромъ разводятъ молоко сначала на $\frac{1}{3}$, а затѣмъ, смотря по обстоятельствамъ, или постепенно убавляютъ разведеніе, если дѣло идетъ хорошо, или, наоборотъ, берутъ молоко пополамъ съ отварами, если молоко плохо переваривается.

Въ главѣ объ этиологіи было уже сказано, что коровье молоко можетъ при нѣкоторыхъ условіяхъ обладать токсическими свойствами, несмотря на всю свою свѣжесть. Причины ядовитости могутъ зависѣть отъ здоровья коровы или отъ неподходящаго корма. Чтобы избѣгнуть вліянія индивидуальности коровы, совѣтуютъ брать, такъ называемое, смѣшанное молоко, т. е. не отъ одной, а отъ нѣсколькихъ коровъ, а что касается до корма, то всего лучше, если корова кормится сѣномъ и отрубями.

Что касается до легкой скисаемости молока, то она зависитъ отъ того, что молоко представляетъ собой прекрасную питательную среду для самыхъ разнообразныхъ микробовъ и, между прочимъ, какъ для тѣхъ, что разлагаютъ молочный сахаръ, образуя молочную кислоту, такъ и для микробовъ, разлагающихъ казеинъ, причемъ образуются очень ядовитые продукты.

Для предотвращенія порчи молока микробами мы имѣемъ хорошее средство въ стерилизаціи молока посредствомъ кипяченія.

Изъ различныхъ аппаратовъ, предложенныхъ для стерилизаціи молока, наибольшей извѣстностью пользуется аппаратъ Soxlet'a, принципъ котораго состоитъ въ томъ, что разъ простерилизованное молоко не приходитъ въ соприкосновеніе съ воздухомъ вплоть до того времени, какъ оно дается ребенку, причемъ все время оно сохраняется въ стерилизованной посудѣ; въ этомъ послѣднемъ обстоятельствѣ и состоитъ главное преимущество аппарата Soxlet'a, такъ какъ молоко, какъ бы хорошо оно ни было стерилизовано, будучи перелито въ чистую, но не обезвреженную посуду, портится очень скоро.

Аппаратъ Soxlet'a состоитъ изъ большой кастрюли, въ которую помѣщаются нѣсколько бутылочекъ. Въ каждую изъ нихъ наливается такая порція молока, которую ребенокъ высасываетъ въ одинъ разъ. Молоко, конечно, разводится соответственно возрасту растворомъ молочнаго сахара. Отверстіе бутылочекъ накрывается резиновымъ кружкомъ, который придерживается жестянымъ колпачкомъ. Кастрюля наливается водою такъ, чтобы уровень послѣдней совпадалъ съ уровнемъ молока въ бутылкахъ. Затѣмъ весь аппаратъ ставится на огонь.

Во время кипяченія молока водяные пары легко выходятъ изъ-подъ резинового кружка, а по окончаніи кипяченія, когда пары охлаждаются и въ бутылочкахъ произойдетъ разрѣженіе воздуха, атмосферное давленіе крѣпко прижимаетъ резиновый кружокъ къ горлышку бутылки. Передъ употребленіемъ резиновый кружокъ снимается и замѣняется соскомъ.

Кипяченіе, хотя и убиваетъ микробовъ, но споры нѣкоторыхъ изъ нихъ остаются и потому, если послѣ кипяченія молоко остается въ тепломъ мѣстѣ, то оно легко можетъ испортиться, а потому положительно необходимо всѣ стеклянки съ стерилизованнымъ молокомъ сохранять въ прохладномъ мѣстѣ. Flügge показалъ, что споры не развиваются въ томъ случаѣ, если молоко сохраняется при температурѣ ниже $+12^{\circ}$ R.

Что касается до срока кипяченія молока, то прежде онъ считался въ 40 минутъ, затѣмъ его убавили до 20, а теперь рекомендуютъ кипятить только 10 минутъ. Это уменьшеніе производили потому, что оказалось и 10-ти-минутнаго кипя-

ченія вполне достаточно для того, чтобы убить большинство развившихся микроорганизмовъ: *bact. aërogenes*, *bac. coli comm.* и туберкулезныхъ.

Въ тоже время и 40-ка-минутное кипяченіе оказывается недостаточнымъ для того, чтобы уничтожить споры сѣнной пептонизирующей бактеріи.

Чтобы достигнуть полной стерилизаціи молока, нужно было бы кипятить его въ теченіе 4-хъ часовъ и при температурѣ 120°, а при такомъ кипяченіи молоко настолько измѣняетъ свои химическія свойства, что дѣлается уже совершенно негоднымъ для кормленія.

За послѣднее время, однако, выяснилось, что даже и кратковременное кипяченіе оказываетъ очень вредное вліяніе на различныя составныя части молока. Такъ, напр., въ молоко содержится лецитинъ, который, согласно опытамъ Данилевскаго, чрезвычайно способствуетъ росту организма. Между тѣмъ даже при 10-ти-минутномъ кипяченіи лецитинъ разлагается. Кромѣ того, пригораетъ молочный сахаръ, разрушаются молочные шарики и жиръ сливается въ большія капли, такъ что происходитъ нарушеніе жировой эмульсіи молока.

Наконецъ, происходитъ разрушеніе различныхъ веществъ, не поддающихся пока химіи, каковы различныя ферменты, изъ которыхъ многіе играютъ важную роль въ питаніи. Насколько рѣзко измѣняются свойства молока, можно видѣть уже изъ измѣненія вкуса и цвѣта его послѣ кипяченія.

За послѣднее время, какъ за границей, такъ и у насъ, стали поговаривать о вредномъ вліяніи стерилизаціи молока на общее питаніе дѣтскаго организма. Стерилизованному молоку приписываютъ особую непрочность дѣтей, которыя имъ питались, и обвиняютъ его вмѣстѣ съ другими суррогатами въ томъ, что оно производитъ дѣтскій скорбутъ, или, такъ называемую, болѣзнь Barlow'a.

Въ виду всего этого въ настоящее время стерилизацію молока стараются замѣнить пастеризаціей, которая состоитъ въ томъ, что молоко нагреваютъ только до 65° впродолженіе 2-хъ часовъ.

При этомъ бактеріи убиваются такъ же, какъ и при стерили-

лизаціи, а между тѣмъ химическія свойства и вкусъ молока измѣняются очень мало.

Недавно д-ръ Гиппиусъ предложилъ аппаратъ, который хорошо удовлетворяетъ своему назначенію пастеризовать молоко.

Состоитъ онъ изъ кастрюли съ двойными стѣнками. Наружная стѣнка внизу нѣсколько длиннѣе внутренней и полость, находящаяся между стѣнками, снизу открыта, а вверху нѣсколькими отверстиями сообщается съ наружнымъ воздухомъ. Въ немъ, какъ и въ аппаратъ Soxlet'a находится стойка, въ которой помѣщается 5 стеклянокъ. Д-ръ Гиппиусъ рекомендуетъ закрывать ихъ не резиновыми кружками, а просто ватными пробками, которыхъ вполне достаточно для задержанія микроорганизмовъ. Во внутреннюю камеру аппарата вдѣланъ термометръ, на скалкѣ котораго нанесены дѣленія отъ 40° до 75°. Въ стеклянки наливается извѣстнымъ образомъ разведенное молоко, а въ кастрюлю вода также, какъ и въ Soxlet'овскій аппаратъ. Затѣмъ весь приборъ помѣщается на любую керосинку и нагрѣвается тамъ до 75°, а затѣмъ переносятъ его на специальный треножникъ. Та часть, на которую ставится аппаратъ, представляетъ изъ себя кругъ съ небольшимъ отверстиемъ посрединѣ. Благодаря описанному уже нами устройству стѣнокъ, между дномъ сосуда и стативомъ получается воздушная камера, непосредственно сообщаемая съ пространствомъ между стѣнками. Небольшая лампочка, помѣщенная подъ стативомъ, нагрѣваетъ воздухъ въ этой камерѣ, такъ что въ аппаратѣ все время держится ровная температура отъ 60° до 70°. Аппаратъ стоитъ здѣсь въ теченіе 2-хъ часовъ, а затѣмъ стеклянки вынимаютъ, охлаждаютъ и держатъ при температурѣ не выше 10°.

Аппаратъ этотъ хорошо достигаетъ цѣли и довольно удобенъ. Между прочимъ, съ помощью его очень легко имѣть постоянно теплое молоко, что особенно важно для ночи. Для этого въ аппаратѣ оставляется всегда одна стеклянка, которую въ случаѣ надобности нужно только слегка охладить, что уже совсѣмъ легко, и молоко готово. На мѣсто этой стеклянки ставится новая, которая къ слѣдующему кормленію успѣетъ нагрѣться.

Д-ръ Гишпюсъ опредѣлялъ количество микробовъ въ молоко, подвергнутомъ пастеризаціи въ его приборѣ, и нашель, что молоко получается совершенно чистое.

Само собою разумѣется, что, если молоко долго стояло и успѣло уже испортиться, то никакое кипяченіе его не поправитъ, а потому однимъ изъ главныхъ условій приготовленія хорошаго стерилизованнаго или пастеризованнаго молока состоитъ въ томъ, чтобы молоко было совсѣмъ свѣжее, всего лучше, только что подоенное, парное.

Итакъ, назначая діету при диспепсіи у рожковаго ребенка, вы въ общемъ будете придерживаться правилъ искусственнаго вскармливанія и обратите вниманіе на вышеприведенныя главныя условія: самое свѣжее молоко отъ коровъ, получающихъ хорошій кормъ, главнымъ образомъ, сѣно, педантичная чистота всей посуды, приходящей въ соприкосновеніе съ молокомъ и съ ребенкомъ, пастеризація или кипяченіе молока, причемъ молоко должно оставаться въ той посудѣ, въ которой кипятилось (если нѣтъ аппарата Soxlet'a, то можно взять эмалированную кастрюлю съ крышкой), сохраненіе молока послѣ кипяченія или пастеризаціи въ прохладномъ мѣстѣ; разведеніе молока для маленькихъ дѣтей на $\frac{1}{3}$ растворомъ молочнаго сахара (10:100), кормленіе не болѣе 7 разъ въ сутки опредѣленными количествами молока, сообразно возрасту ребенка.

Когда приходится назначать діету диспептику, то слѣдуетъ придерживаться правила—дать ребенку пищу болѣе легкую, чѣмъ та, что соотвѣтствуетъ ему по возрасту. Если, напр., обращаются къ вамъ съ ребенкомъ, которому отъ роду $\frac{1}{2}$ года, то вы можете третировать его, какъ трехмѣсячнаго, и сообразно этому назначьте ему разводить молоко на $\frac{1}{3}$ ячменнымъ отваромъ или молочнымъ сахаромъ и дадите въ сутки не литръ молока, какъ полагается здоровому полугодовалому ребенку, а всего, можетъ быть, 600—700 грм., или, вмѣсто разведеннаго молока, вы дадите ему № 2 сливочной смѣси, которая соотвѣтствуетъ ребенку въ возрастѣ 2—3 мѣсяцевъ. Точно также поступаемъ мы и въ тѣхъ случаяхъ, когда назначаемъ молочную діету при катаррахъ кишекъ.

Если есть возможность регулировать діету ребенка, то

диспепсія проходить обыкновенно безъ всякихъ лекарствъ: но, наоборотъ, одними лекарствами безъ діеты вылечить диспепсію невозможно. Фармацевтическія средства нужны лишь для *симптоматическаго* леченія.

Противъ *диспептической рвоты*, смотря по реакціи вырванныхъ массъ, обыкновенно назначаются или щелочи, или кислоты; такъ, при рвотѣ свернутымъ молокомъ, при кисломъ запахѣ изо рта и кислыхъ испражненіяхъ показуется назначеніе щелочей, напр., въ видѣ раствора *соды*.

Rp: Aq. destill. 50,0

Natr. bicarbon. 0,5

Syr. simpl. 5,0

MDS. Черезъ два часа по чайной ложкѣ.

или магнезія:

Rp: Aq. destill. 50,0

Magnes. carbonic. 0,5

или:

Rp: Aq. destill.

Aq. Calcis aa 25,0

и пр. При щелочной реакціи вырваннаго болѣе полезными считаются *кислоты*, изъ которыхъ одними врачами предпочитается молочная (2⁰/₀), другими—хлористоводородная (1⁰/₀).

Я лично не придерживаюсь этихъ показаній и во всѣхъ случаяхъ *острой* диспепсіи предпочитаю кислоту, и именно, по совѣту Непосч'а, *хлористоводородную*, которую считаю отличнымъ средствомъ не только противъ рвоты, но также и противъ диспептическаго поноса. Я прописываю ее въ слизистомъ отварѣ одну или, въ случаѣ надобности (см. ниже), съ опіемъ по нижеприведенной формулѣ.

Въ настоящее время, съ легкой руки Epstein'а, стали часто прибѣгать при рвотѣ у дѣтей на первомъ году жизни къ *промыванію желудка*. Показаніемъ къ промыванію желудка служить всякая желудочная рвота, начиная отъ привычнаго срыгиванія и кончая дѣтской холерой, но самымъ главнымъ показаніемъ, т. е. симптомомъ, всего лучше уступающимъ этому методу леченія, является диспептическая рвота.

Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче въ техническомъ отношеніи удастся произвести промываніе желудка; дѣти

нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду и особенно къ концу года, оказываютъ нерѣдко значительное сопротивленіе и подчасъ до такой степени затрудняютъ производство операціи, что врачъ бываетъ вынужденъ прервать ее, не доведя до конца; самъ Epstein признается, что иногда онъ встрѣчалъ непреодолимое препятствіе къ продолженію промыванія въ безпрерывномъ, продолжительномъ крикѣ ребенка, въ слишкомъ часто повторявшихся рвотныхъ движеніяхъ, въ задержкѣ дыханія и въ появленіи ціаноза. Помимо этого, встрѣчаются случаи, въ которыхъ промываніе желудка прямо противопоказано, какъ напр., при слишкомъ большой слабости ребенка (сюда относится и альгидный періодъ дѣтской холеры), при значительной одышкѣ вслѣдствіе пораженія легкихъ, при врожденныхъ порокахъ сердца.

Инструментарій, необходимый для производства промыванія желудка у маленькихъ дѣтей, не сложенъ. вмѣсто желудочнаго зонда берутъ мягкій Nelaton'овскій катетеръ 8—12 номера, смотря по возрасту; посредствомъ небольшой стеклянной трубки онъ соединяется съ гуттаперчевой трубкой такого же калибра, снабженной на другомъ своемъ концѣ стеклянной воронкой. Катетеръ не слѣдуетъ брать длиннѣе 35 сант. (въ случаѣ надобности его обрѣзають), а дренажную трубку—45 сант. Чтобы не вводить катетеръ черезчуръ глубоко, на немъ отмѣчаютъ длину разстоянія отъ мечевиднаго отростка до середины лба. При производствѣ операціи врачъ слѣдитъ за ребенкомъ и за зондомъ, а помощникъ его держитъ остальную часть аппарата (трубку и воронку) и, согласно распоряженіямъ врача, то льетъ въ воронку воду, подымая ее кверху, то опускаетъ ее и тѣмъ превращаетъ трубку въ сифонъ, черезъ который влитая въ желудокъ жидкость выливается наружу.

Epstein совѣтуетъ производить вливаніе при положеніи ребенка на спячѣ, но въ виду бывающей иногда рвоты лучше держать ребенка въ вертикальномъ положеніи слегка наклоненномъ кпереди, чтобы въ случаѣ рвоты жидкость не могла попасть въ дыхательные пути. Все, что стѣсняетъ дыханіе ребенка (пеленки), должно быть устранено, а чтобы ручки не мѣшали, ихъ заворачиваютъ вмѣстѣ съ верхней частью

туловища въ какой-нибудь платокъ. Введеніе зонда производится такъ: указательный палецъ лѣвой руки вводится въ ротъ и слегка придавливаетъ языкъ; правой рукой врачъ беретъ зондъ, какъ писчее перо, недалеко отъ его свободнаго конца и, не обращая вниманія на крикъ ребенка и на могущія быть тошнотныя движенія, вводитъ его вдоль указательнаго пальца, держась средней линіи, въ глотку и по задней стѣнкѣ ея далѣе внизъ; когда зондъ прошелъ черезъ верхнюю часть пищевода, то указательный палецъ лѣвой руки можетъ быть удаленъ изо рта. Какъ только зондъ попалъ въ желудокъ, тотчасъ же появляются рефлекторныя сокращенія стѣнокъ послѣдняго и содержимое его показывается въ стеклянной трубкѣ, связующей зондъ съ дренажемъ, что и служитъ сигналомъ къ тому, чтобъ опустить воронку и дать содержимому желудка выйти наружу въ подставленный сосудъ. Когда самопроизвольное опорожненіе желудка кончилось, то приступаютъ къ промыванію; для этого воронку снова поднимаютъ и наливаютъ черезъ нее заранѣе отмѣренное количество подогрѣтой жидкости (для ребенка 2—8 недѣль отъ 30—50 грм. на разъ, позднѣе 60—100—200 грм.), и потомъ, опуская воронку, снова опоражниваютъ желудокъ.

Вливаніе жидкости въ воронку слѣдуетъ производить, по возможности, непрерывной струей, иначе вгоняется черезъ трубку много воздуха. Въ случаѣ вливанія чрезмѣрнаго количества жидкости, послѣдняя не проходитъ въ кишки, а изливается обратно черезъ ротъ мимо зонда. Вливаніе повторяется 2—3 раза подрядъ, пока жидкость, выливающаяся черезъ воронку, не будетъ совсѣмъ свѣтла. Для промыванія берутъ или $\frac{1}{2}\%$ растворъ соды, или какую-либо изъ щелочныхъ минеральныхъ водъ.

Приступы коликъ очень скоро уступаютъ разнымъ механическимъ средствамъ, такъ что лекарства приходится назначать лишь для предупрежденія возвратовъ; впрочемъ, въ этихъ видахъ причинное леченіе гораздо дѣйствительнѣе. Что касается средствъ механическихъ, то иногда простого обнаженія тѣла ребенка бываетъ уже достаточно для купированія приступа; сокращеніе кишекъ и выходъ газовъ въ этомъ случаѣ вызывается, вѣроятно, путемъ рефлекса вслѣд-

ствіе раздраженія брюшныхъ покрововъ сравнительно холоднымъ комнатнымъ воздухомъ. Върнѣ дѣйствуетъ потираніе живота концами пальцевъ, смазанныхъ масломъ—*массажъ живота*; треніе производится по направленію толстой кишки, начиная съ правой подвздошной области и кончая лѣвой. Ароматическія мази (напр., ung. nucisti — бобковая мазь) не имѣютъ, конечно, никакихъ преимуществъ передъ прованскимъ или миндальнымъ масломъ, а при слишкомъ усердномъ приложеніи мази эти очень сильно раздражаютъ кожу и нерѣдко вызываютъ острыя экзематозныя сыпи на покровахъ живота и интенсивный дерматитъ. Если ни тотъ, ни другой способъ не оказываютъ желаннаго дѣйствія, то вводятъ in anum *катетеръ* или наконечникъ клистирной трубки на глубину $2\frac{1}{2}$ —3 дюймовъ (за sphincter ani inter.). Черезъ трубку сейчасъ же выходятъ газы и приступъ кончается моментально; точно также скоро, или даже еще върнѣ, дѣйствуетъ *клизтиръ* изъ тепловатой воды; это самое дѣйствительное и всегда върно дѣйствующее средство противъ приступа коликъ, но и оно не избавляетъ отъ возврата ихъ. Въ этомъ направленіи лучше дѣйствуетъ *теплая ванна* (28—29° R.), послѣ которой ребенокъ обыкновенно засыпаетъ, далѣе — *согрѣвающей компрессъ на животъ* и изъ внутреннихъ средствъ *опій*. Для компрессовъ берется тряпка изъ мягкаго полотна, сложенная въ 4—6 разъ, такъ чтобы получился 4-хъ-угольный компрессъ величиной приблизительно въ $\frac{1}{8}$ листа бумаги (для новорожденныхъ нѣсколько уже и короче); онъ намачивается комнатной водой (16° R.), выжимается, кладется на животъ и покрывается восщанкой или американской клеенкой, и потомъ весь животъ и нижняя часть грудной клѣтки забинтовываются широкимъ (въ $\frac{1}{4}$ аршина) фланелевымъ бинтомъ. Компрессъ, наложенный по этому способу, хорошо лежитъ на животѣ и не выскользаетъ изъ-подъ фланели, что очень важно. Часа черезъ 2—4 компрессъ можно перемѣнить.

Назначая внутрь *опій*, слѣдуетъ помнить, что для грудныхъ дѣтей, особенно для новорожденныхъ, онъ принадлежитъ къ числу весьма сильно дѣйствующихъ средствъ, такъ что дѣтямъ очень слабымъ, недоношеннымъ, анемичнымъ, а

также послѣ значительной потери соковъ (напр., при дѣтской холерѣ и при обильномъ скопленіи отдѣляемаго въ бронхахъ (bronchitis capillaris) лучше вовсе не назначать опіатовъ. Гдѣ нѣтъ противопоказаній, тамъ можно назначать или *tr. opii simpl.*, или Доверовъ порошокъ. При дозировкѣ тинктуры я придерживаюсь правила—не назначать въ теченіе сутокъ капель ея болѣе, какъ вдвое противъ числа лѣтъ дитяти; такъ, напр., ребенку 3-хъ мѣсяцевъ ($\frac{1}{4}$ года) я даю $\frac{1}{2}$ капли *t-rae opii s.* въ день, полугодовалому — каплю, годовалому 2 капли и потомъ прибавляю по 1 каплѣ на годъ. Большіе приемы можно назначать только дѣтямъ, которыя уже принимали опій и доказали, что не обладаютъ къ нему чрезмѣрной воспримчивостью. Вообще, назначая опій, слѣдуетъ предупреждать окружающихъ, чтобы они давали лекарство только до наступленія сна. При диспепсіяхъ опій рѣдко назначается одинъ, обыкновенно же, смотря по показаніямъ, съ другими антидиспептическими средствами, напр., съ хлористоводородной кислотой:

Rp: Aq. destill. 50,0
Acidi muriatic. dil. gtts X
T-rae Opii simpl. gtt. I
Syr. simpl. 10,0

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (для ребенка 3-хъ мѣсяцевъ).

Вмѣсто воды иногда назначаютъ *D-tum rad. Althaeae* или *d-tum Salep.* Вмѣсто опія можно давать также *гидратъ хлоралля*. Приемы: для новорожденнаго 0,06 и никакъ не болѣе 0,2 въ сутки (до сна); годовалому 0,12 на приемъ. Противопоказанія тѣ же, что и для опія. Нѣкоторые врачи хвалятъ противъ коликъ средства, останавливающія броженіе, каковы, напр., *Resorcinum* (0,3—50,0), *Natr. benzoicum* или *Natr. salicyl.* въ вдвое меньшемъ приемѣ. Объ этихъ средствахъ я не могу говорить по собственному опыту, такъ какъ слишкомъ мало употреблялъ ихъ.

Поносъ проходитъ обыкновенно отъ употребленія соляной кислоты и опія. Въ затянущихся случаяхъ при переходѣ диспепсіи въ катарръ тонкихъ кишекъ показаны *вяжущія* (см. о леченіи катара).

Въ заключеніе два слова о пепсинѣ и каломелѣ. *Пепсинъ*

можетъ имѣть примѣненіе при недостаточномъ отдѣленіи желудочнаго сока, напр., у недоношенныхъ, истощенныхъ, малокровныхъ, но и здѣсь назначать его нужно непременно съ кислотой. Лучшими препаратами я считаю пепсинъ Wytte и русскій пепсинъ Карѣва. Напр.:

Rp: Pepsini rossic. 1,0
Acid. muriat. dil. gttss X—XV
Aq. destill. 90,0
Syr. simpl. 10,0

DS. По чайной ложкѣ черезъ 15 минутъ послѣ сосанія груди.

или:

Rp: Pepsini 0,03—0,06
Sacchari albi 0,3
D. t. d. № 10

S. По порошку послѣ сосанія, заливая микстурой съ ас. muriat.

Что касается до каломеля, то несомнѣнно, что онъ обладаетъ антисептическими свойствами и, можетъ быть, поэтому, или въ силу какихъ-либо другихъ его свойствъ, онъ оказываетъ при разстройствахъ пищеваренія у дѣтей, особенно при диспепсіи, очень благоприятное дѣйствіе, но тѣмъ не менѣе я лично рѣдко употребляю его при диспепсіи и именно потому, во-1-хъ, что удобно обхожусь и безъ него, стало-быть, не считаю его необходимымъ, а, во-2-хъ, потому, что каломель, чтобы ни говорили про него его поклонники, во всякомъ случаѣ принадлежитъ къ числу средствъ не индифферентныхъ для организма ребенка и, чѣмъ рѣже будетъ онъ встрѣчаться въ дѣтской практикѣ, тѣмъ лучше, и, наконецъ, въ-3-хъ, потому, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не устранена причина, дѣйствіе его также не прочно, какъ и всѣхъ другихъ средствъ. Прописывается онъ такъ:

Rp: Calomelani 0,06
Sacchari albi 4,0
M. f. pulv. d. in part. aequ. № 12

DS. Четыре порошка въ день.

Долѣе 2—3 дней употреблять каломель не слѣдуетъ.

Я перехожу теперь къ леченію *остраго катарра тонкихъ кишекъ и фолликулярнаго энтерита*. Діететическое и причинное леченіе въ обоихъ этихъ страданіяхъ ведется по тѣмъ

же правиламъ, какъ и въ диспепсiи, изъ которой обыкновенно и развиваются эти процессы. Самые упорные и опасные катарры у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, или *быстро отнятыхъ отъ груди*, требуютъ назначенiя кормилицы, такъ какъ на болѣе или менѣе вѣроятный успѣхъ мы можемъ рассчитывать лишь при грудномъ молокѣ; при этомъ нѣтъ необходимости брать кормилицу надолго: уже въ 3—4 дня здоровье ребенка въ большинствѣ случаевъ поправляется настолько, что грудь можно отмѣнить, и только во избѣжанiе возвратовъ лучше предпринимать въ подобныхъ случаяхъ постепенное отученiе. Мнѣ приходилось иногда брать кормилицу къ 7—10-ти—мѣсячнымъ дѣтямъ, прежде никогда не видавшимъ груди; къ сожалѣнiю, такихъ дѣтей не всегда можно заставить взять грудь, въ такомъ случаѣ ничего не остается болѣе, какъ назначить діету, сообразуясь съ возрастомъ больного: дѣтямъ 1—2 лѣтъ я охотно назначаю рисовый супъ и муку Нестле; груднымъ — коровье молоко или сливочную смѣсь, причемъ всегда начинаю съ самыхъ легкихъ разведенiй, напр., при употребленiи сливочной смѣси съ перваго номера; при коровьемъ молокѣ — развожу его 3-мя частями воды и только постепенно перехожу къ болѣе тяжелой пищѣ.

Относительно діеты при острыхъ катаррахъ кишекъ у дѣтей многіе доктора строго запрещаютъ всякаго рода молочную пищу и назначаютъ слизистые супы или бульонъ, т. е. пищу почти совсѣмъ не питательную. Я держусь того мнѣнiя, что, чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ труднѣе переносить онъ такую скудную діету, т. е. тѣмъ скорѣе онъ истощается, а потому я думаю, что оставлять маленькихъ дѣтей на нѣсколько дней безъ пищи сопряжено съ нѣкоторымъ рискомъ; въ случаѣ выздоровленiя ребенокъ послѣ такого поста надолго остается анэмичнымъ, слабымъ и оказываетъ большое расположенiе къ чирьямъ и абсцессамъ. Только дѣтямъ, страдающимъ при поносѣ частой *рвотой*, слѣдуетъ *воспретить молоко*, даже и грудное, и назначить на 1—2 дня бѣлочную воду или овсяный отваръ. Для приготовленiя бѣлочной воды берутъ на стаканъ отварной, но остуженной воды сырой бѣлокъ отъ одного яйца, размѣшиваютъ, процѣ-

живають черезъ кисею и прибавляютъ потомъ 2 куска сахара и чайную ложку коньяку.

При выборѣ діеты для дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, въ случаѣ остраго катарра кишекъ я *избѣгаю* только той пищи, при которой сдѣлался катарръ, и назначаю какую-нибудь другую и притомъ болѣе легкую пищу. Выборъ можетъ колебаться лишь между различными суррогатами грудного молока, но узнать заранѣе, который изъ нихъ лучше будетъ переноситься желудкомъ ребенка, мы не можемъ, а потому надо пробовать и мѣнять пищу до тѣхъ поръ, пока не найдемъ подходящую, которую ребенокъ будетъ переносить и при которой будетъ улучшаться поносъ. Долго производить опытъ съ извѣстной пищей не слѣдуетъ, такъ какъ составить себѣ понятіе о пригодности данной пищи можно уже черезъ 3—4 дня. Если, напр., катарръ кишекъ вызванъ употребленіемъ швейцарскаго молока или мукой Нестле, или цѣльнымъ коровьимъ молокомъ, или слишкомъ раннимъ употребленіемъ крахмальной пищи, то я начинаю леченіе съ хорошаго коровьяго молока, надлежащимъ образомъ (смотря по возрасту) разведеннаго ячменнымъ отваромъ или растворомъ соды, и если оно все-таки не переносится, то дня черезъ три перехожу къ сливочной смѣси (N 1-ый) или къ искусственнымъ сливкамъ. Особеннаго вниманія заслуживаетъ жажда; основное правило состоитъ въ томъ, чтобы давать питье непременно маленькими порціями: 2—3 чайныхъ ложки заразъ, все равно, будетъ ли это чай съ ромомъ или миндальное молоко, или просто свѣжая вода. При рвотѣ питье должно быть совсѣмъ холоднымъ, со льда.

Если есть возможность достать кумысъ или кефиръ, то всего лучше при остромъ катаррѣ кишекъ обратиться прямо къ этой пищѣ.

Кефиръ — это продуктъ броженія коровьяго молока подъ влияніемъ своеобразныхъ комочковъ, служащихъ бродиломъ. Онъ имѣетъ видъ бѣлой, густоватой жидкости съ виннымъ, слабо кислымъ вкусомъ. Кефиръ готовится кавказскими горцами и служитъ имъ не только питательнымъ, но и цѣлебнымъ средствомъ при малокровіи, болѣзняхъ кишекъ, легочной чахоткѣ и проч. Комочки, служащіе для пригото-

нія кефира, бываютъ различной величины и съ перваго взгляда напоминаютъ комки творога. Подъ микроскопомъ всякая частица комочка состоитъ изъ двухъ морфологическихъ частей: дрожжевыхъ клѣтокъ и бактерій; послѣднія составляютъ основную массу комочка. Ферментъ кефира обладаетъ сильно развитою способностью сопротивляться неблагоприятнымъ внѣшнимъ условіямъ, и въ сухомъ видѣ можетъ сохраняться весьма долго, не лишаясь способности вызывать броженіе въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и даже, можетъ быть, лѣтъ, что даетъ возможность пересылать этотъ ферментъ на большія разстоянія; такимъ образомъ, кефиръ можетъ быть легко приготовляемъ *во всякомъ мѣстѣ и во всякое время*. Приготовленіе его довольно просто; вотъ какъ описываетъ его Дмитріевъ: на полстакана закваски (комочковъ) наливается 3 стакана молока (лучше снятого, а если цѣльнаго, и когда оно жирно, то $2\frac{1}{2}$ стакана и $\frac{1}{2}$ стакана прокипяченной воды) и сосудъ - графинъ или стеклянная банка, горлышко которой обвязывается полотномъ, — по временамъ (черезъ часъ, два) взбалтывается. Если держать графинъ въ комнатѣ при $t^{\circ} 13^{\circ}$ — $15^{\circ}R.$, то черезъ 24 часа кефиръ годенъ къ употребленію. Если же закваски взято больше, или температура, при которой происходитъ броженіе была выше, то кефиръ поспѣваетъ ранѣе; (къ сожалѣнію, авторъ не говоритъ о томъ, какъ узнать, готовъ ли кефиръ и что съ нимъ дѣлается, если онъ перестоится). Готовый кефиръ сливаютъ, а на закваску наливаютъ свѣжую порцію молока для слѣдующаго дня. Разъ или два въ недѣлю комки слѣдуетъ промывать въ холодной водѣ, чѣмъ избѣгается возможность развитія бутироваго броженія, придающаго неприятный запахъ кефиру. Комочки закваски постепенно растутъ и въ числѣ, и въ объемѣ, такъ что приблизительно черезъ 3—4 недѣли удваиваются.

Въ первый моментъ дрожжевые грибки, опущенные въ молоко, падаютъ на дно, но уже черезъ полчаса, черезъ часъ, при постепенномъ образованіи около комочковъ воздушныхъ пузырьковъ, они поднимаются къ поверхности жидкости и послѣдняя приходитъ въ броженіе: верхніе слои ея просвѣтлѣваютъ, на комки осѣдаютъ сгустки казеина, которые, соединяясь

въ большіе клочки (разбиваемые взбалтываніемъ), постепенно отпадаютъ отъ комковъ и опускаются на дно или пристають къ стѣнкамъ сосуда. Поясъ просвѣтлѣвшаго молока постепенно увеличивается, пока не дойдетъ до дна; но это можетъ случиться только въ такомъ случаѣ, если жидкость остается въ покоѣ, при частомъ же взбалтываніи въ нижней части сосуда всегда скопляется много сгусточковъ казеина, которые, будучи взвѣшанными въ сывороткѣ, мѣшаютъ просвѣтлѣнію жидкости.

Готовый кефиръ, слитый съ дрожжей, представляетъ густоватую жидкость кислой реакціи, имѣетъ запахъ свѣжей сметаны и весьма пріятный, кисловатосладкій вкусъ. На видъ это—молочная сыворотка, въ которой *in suspensione* плавають весьма мелкіе сгусточки казеина, настолько нѣжные, что тотчасъ послѣ взбалтыванія они незамѣтны для глазъ и жидкость имѣетъ видъ обыкновеннаго молока. По всей вѣроятности, не только по виду, но и на дѣлѣ, кефиръ есть молочная сыворотка, въ которой частью растворень, частью взвѣшенъ казеинъ. Весь процессъ образованія его состоитъ въ томъ, что при броженіи молочнаго сахара образуются молочная и угольная кислоты и алкоголь, а казеинъ частью растворяется, частью выпадаетъ весьма нѣжными, мелкими хлопьями.

Если подъ руками есть уже готовый кефиръ, то дальнѣйшее его приготовленіе лучше вести по слѣдующему способу: къ стакану приготовленнаго первымъ способомъ кефира прибавляютъ два стакана *снятого* молока и закупориваютъ герметически въ бутылку толстаго стекла (изъ-подъ шампанскаго). Бутылка ставится въ теплой (14⁰—15⁰ R) комнатѣ и часто взбалтывается; черезъ сутки кефиръ готовъ. Этотъ бутылочный кефиръ очень богатъ углекислотой, пѣнится въ стаканѣ и гораздо пріятнѣе на вкусъ. Сгустки казеина въ этомъ видѣ кефира еще мельче и, какъ кажется, судя по цвѣту жидкости, большая часть его растворена.

Бутылочный кефиръ можно приготовить и прямо, закупоривая герметически бутылку съ простымъ кефиромъ, не разбавленнымъ молокомъ, но при этомъ онъ на вкусъ гораздо кислѣе и острѣе (Клиническая Газета 1882, стр. 243). Опыты

съ искусственнымъ желудочнымъ сокомъ показали, что оба вида кефира, сравнительно съ коровимъ молокомъ, перевариваются несравненно быстрѣе.

Назначать кумысъ или кефиръ при поносѣ у маленькихъ дѣтей всего лучше маленькими порціями, напр., по десертной ложкѣ черезъ $\frac{1}{2}$ часа, а въ случаѣ сильной жажды, по чайной ложкѣ черезъ 10—15 минутъ. При упорной рвотѣ, кумысъ долженъ стоять на льду. Молочная кислота, содержащаяся въ кумысѣ и въ кефирѣ, считается Науеи'омъ и многими другими французскими авторами за одно изъ самыхъ дѣйствительныхъ средствъ при дѣтскихъ поносахъ, не исключая и холеры.

Изъ лекарствъ самымъ дѣйствительнымъ при остромъ катаррѣ тонкихъ кишекъ безспорно слѣдуетъ считать *opii* и его препараты. Всего чаще я прибѣгаю къ тинктурѣ, которую соединяю съ соляной кислотой (именно у грудныхъ, особенно при катаррахъ, происходящихъ изъ диспепсіи), или съ танниномъ (у дѣтей старше года, такъ какъ грудныя плохо переносятъ таннинъ особенно при рвотѣ):

Rp: Tannini 0,12
Aq. destill. 60,0
T-rae opii simpl. gttss II
Syr. simpl. 10,0

MDS. Черезъ 1—2 часа по чайной ложкѣ (для ребенка 1—2 лѣтъ).

Небольшая мутность или осадокъ, образующійся отъ прибавленія опія къ раствору таннина, повидимому, не мѣшаетъ успѣху леченія.

Другіе хвалятъ при остромъ катаррѣ тонкихъ кишекъ Calomel по 0,005 черезъ 2 часа, Magisterium bismuthi по 0,10—0,20 3 раза въ день, Argentum nitricum (0,02—0,03—100,0) 3 раза въ день по чайной ложкѣ, и изъ вяжущихъ Tannalbinum въ сравнительно большихъ дозахъ, напр., ребенку нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду по 0,2 на приемъ, ребенку 3—5 лѣтъ по 0,3—0,5 два, три раза въ день; взрослымъ даютъ 1,0—2,0 на приемъ. Средство это представляетъ собою соединеніе бѣлка съ танниномъ и оно имѣетъ передъ послѣднимъ то преимущество, что проходитъ черезъ желудокъ безъ измѣненій и совершенно не раздражаетъ слизи-

стую оболочку его (таннинъ же, напротивъ, легко вызываетъ рвоту и потому можетъ быть назначаемъ только въ малыхъ приемахъ). Въ щелочномъ содержимомъ кишечника таннальбинъ разлагается и только тогда проявляется вяжущее дѣйствіе входящаго въ его составъ таннина. Таннальбинъ почти безвкусенъ, но онъ не растворяется въ водѣ и потому иногда дурно проглатывается дѣтьми. Специальныхъ показаній для назначенія того или другого изъ этихъ средствъ, сколько: мнѣ извѣстно, не существуетъ.

При enteritis follicularis acuta я начинаю лечение *непрерывно съ слабительнаго* и всего чаще съ кастороваго масла: грудному—чайную ложку, дѣтямъ 2—3 лѣтъ — десертную. Если первый приемъ не подѣйствовалъ, т. е. если испражненія попрежнему остаются чисто-слизистыми съ тенежами, то на слѣдующій день приемъ кастороваго масла слѣдуетъ повторить. При отвращеніи къ маслу можно выписать его въ эмульсіи:

Rp: Ol. ricini 10,0
Aq. destill. 60,0
Mucil. gum. arab. g. s. ut f. emuls.
Syr. simpl. 10,0

MDS. Черезъ часъ по десертной ложкѣ до дѣйствія.

Или замѣнить его ревенемъ однимъ или вмѣстѣ съ каломелемъ, напр., для ребенка 2-хъ лѣтъ:

Rp: Pulv. rad. rhei chinensis 0,12
Calomelani 0,03
Sacch. albi 0,5
M. f. pulv. d. t. d. № 4

S. Черезъ 1—2 часа по порошокъ до дѣйствія.

Послѣ слабительнаго испражненія дѣлаются рѣже, тенежы и боль уменьшаются, особенно послѣ нѣсколькихъ приемовъ опія per se или въ какой-нибудь слизистой или масляной микстурѣ, напр.:

Rp: D-ti Salep или
Mixt. oleos. 50,0
T-rae opii simpl. gtts IV
Syr. simpl. 10,0

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

Противъ тенезмовъ съ успѣхомъ назначаются также *согрѣвающие компрессы* и, такъ какъ мѣсто страданія при фолликулярномъ энтеритѣ—толстая кишка, именно, нижній ея отрѣзокъ, то и *клизтиры*.

Въ остромъ періодѣ, при тенезмахъ и боли, могутъ имѣть примѣненіе только *успокаивающіе клизтиры*, напр., отваръ крахмала (чайная ложка вѣрхомъ на стаканъ воды) съ опиѣмъ, отваръ льняного сѣмени и т. п. Чтобы подобные клизтиры, по возможности, дольше оставались въ кишкѣ, они должны удовлетворять слѣдующимъ тремъ условіямъ: клизтиръ долженъ быть не великъ (для грудного—одна столовая ложка, для старшихъ—2), теплый (подогрѣтый до 29° R.) и вводится въ кишку не съ силой, а постепенно и непремѣнно *послѣ* испражненія. Клизтиры ставятся раза 3 въ день, опиѣ прибавляется къ нимъ въ приѣмахъ втрое большихъ, нежели per os. О дѣйствиі клизтировъ нельзя сказать ничего опредѣленнаго: иногда они переносятся хорошо и дѣйствительно успокаиваютъ ребенка, т. е. испражненія становятся рѣже и жилие уменьшается; зато въ другихъ случаяхъ, напротивъ, клизтиры видимо усиливаютъ раздраженіе кишки и тогда должны быть отмѣнены; встрѣчаются и такіе больные, которые совсѣмъ не переносятъ клизтировъ, а между тѣмъ успокаиваются отъ суппозиторіевъ съ опиѣмъ:

Rp: Butyr. cacao 0,6—1,25
 Extr. opii aq. 0,005—0,008
 M. f. suppos. d. t. d. № 6
 MDS. Вводитъ 2 раза въ день.

Многіе авторы рекомендуютъ также клизтиры изъ различныхъ вязущихъ растворовъ, напр., танина, ляписа, сѣрно-кислаго цинка и проч., но всѣ эти средства сильно раздражаютъ и могутъ имѣть приложеніе только въ хроническихъ случаяхъ (см. ниже). Точно также неумѣстными считаю я и клизтиры изъ полуторохлористаго желѣза, рекомендованнаго противъ кровавыхъ испражненій. Раздражая слизистую оболочку прямой кишки и вызывая усиленное сокращеніе мышечной оболочки, подобные клизтиры только усиливаютъ венозный застой въ слизистой оболочкѣ, а, слѣдовательно, и склонность къ кровотеченію. При очень сильныхъ

тенезмахъ я, по совѣту Образцова (Клиническая газета, № 12, 1882 г.) и Demme, съ успѣхомъ примѣнялъ ледяное леченіе, приче́мъ небольшіе кусочки льда (величиной въ орѣхъ) вводились in rectum каждыя 5—10 минутъ въ теченіе $\frac{1}{2}$ —1 часа до замѣтнаго ослабленія жиленія; при усиленіи послѣдняго чрезъ 1—2 часа снова начинаютъ вводить ледъ.

Нѣкоторые авторы рекомендуютъ съ самаго начала при слизистомъ или кровавомъ поносѣ дѣлать высокія клизмы, т. е. вливаніе въ кишки большихъ количествъ жидкости посредствомъ мягкаго желудочнаго катетера, введеннаго in rectum, по возможности, дальше (на $\frac{1}{4}$ аршина и больше). Для такихъ клизмъ берутъ либо легкіе растворы какихъ-либо дезинфицирующихъ средствъ, либо слабый растворъ поваренной соли (0,6%), а то такъ и просто отварную воду. Я не принадлежу къ послѣдователямъ подобнаго механическаго способа леченія. Несмотря на всю кажущуюся рациональность этого метода, въ мало-мальски тяжелыхъ случаяхъ онъ непримѣнимъ, такъ какъ высокое введеніе наконецника, хотя бы и мягкаго, значительно усиливаетъ раздраженіе прямой кишки, а, слѣдовательно, и тенезмы, и потому вмѣсто улучшенія замѣчается иной разъ ухудшеніе поноса. Но въ случаяхъ не особенно тяжелыхъ дѣйствіе высокіхъ клизмъ нерѣдко бываетъ обрывающимъ, а потому всегда слѣдуетъ въ началѣ болѣзни попробовать, будутъ ли переноситься вливанія. Въ свѣжихъ случаяхъ я беру обыкновенно 1% растворъ салициловаго натра, а въ хроническихъ—такой же растворъ танина (1—2 чайн. ложки наравнѣ съ краями на 2 стакана воды въ 29° R.). Вливаютъ заразъ годовалому 2 стакана, ребенку 5-ти лѣтъ до 10 стакановъ заразъ. Клистиры изъ уксуснокислаго алюминія (Soltmann), или свинца (Nepoch), или изъ висмута (Jacobi) не имѣютъ преимуществъ передъ другими средствами.

Перехожу къ леченію дѣтской холеры. Діета при ней должна быть очень строгая, такъ какъ больные рѣшительно ничего не переносятъ и извергаютъ рвотой все, не исключая воды. *Молоко абсолютно воспрещается, даже и грудное*, до тѣхъ поръ, пока не прекратится рвота. Нѣкоторые думаютъ, что, если для ребенка, вскармливаемаго искусственно (а ихъ

то всего чаще и поражаетъ дѣтская холера), можно взять кормилицу, то она доставитъ ему не только пищу, но и самое лучшее лекарство, но это обыкновенно не оправдывается. Во всѣхъ случаяхъ надо стремиться утолять не голодь, а только жажду, которая всегда очень сильна, и притомъ имѣть въ виду, что главная опасность грозитъ ребенку со стороны коляпса, а потому питье должно обладать и возбуждающими свойствами. Этимъ двумъ показаніямъ отлично удовлетворяетъ обыкновенный чай, который я употребляю уже давно и о которомъ съ большой похвалой отзывается также и проф. Widerhofer; напротивъ, вода съ виномъ не можетъ быть употребляема въ большихъ количествахъ, такъ какъ возбужденіе отъ вина незамѣтно переходитъ въ опьянѣніе, да притомъ она скоро дѣлается противной. Какое бы питье вы ни назначали, во всякомъ случаѣ, его слѣдуетъ давать лишь *небольшими порціями, но почаще* и, по случаю рвоты—въ холодномъ видѣ со льда чайными ложками каждыя 15—20 минутъ и даже чаще.

Изъ лекарствъ нѣтъ ни одного, которое помогало бы во всѣхъ случаяхъ, а потому рекомендуется цѣлая масса средствъ. Отъ средствъ, останавливающихъ поносъ, рѣдко бываетъ польза, хотя въ *началѣ болѣзни* они и рекомендуются, особенно висмутъ, по 0,1 — 0,2 на приемъ раза 4 въ день—одинъ или вмѣстѣ съ каломелемъ по 0,006—0,01 на приемъ, напр.:

Rp: Magist. bismuthi 1,0—2,0

Calomelani 0,06—0,1

Sacchari albi 2,0

M.f. pulv. d. in part. aeq. № 10

DS. По 1 порошокъ 4 раза въ день.

Barthez и Sanné отдають преимущество ляпису:

Rp: Argenti nitrici cryst. 0,01—0,03

Aq. destill. 50,0

DS. По чайной ложкѣ каждыи часъ.

Таннинъ при желудочной рвотѣ вообще противопоказанъ, а что касается до опія, то онъ показанъ только въ началѣ болѣзни, когда ребенокъ безпокоенъ, часто кричитъ, особенно при ощупываніи живота, и не спитъ; но по мѣрѣ развитія апатіи и общей слабости, опій отступаетъ на задній планъ,

а при холодныхъ конечностяхъ, при вялой кожѣ (складка кожи долго не расправляется), осунувшемся лицѣ и тѣмъ болѣе при склеремѣ опіи прямо вреденъ.

Болѣе рациональными при дѣтской холерѣ считаются въ началѣ болѣзни всѣ средства, препятствующія ферментации или броженію содержимаго желудка и кишекъ; сюда относятся промыванія желудка и различныя противогнилостныя.

Рекомендуются креозотъ, бензойно-кислая магнезія или натръ, резорцинъ, хининъ и др. для дѣтей 2 — 6 мѣсяцевъ въ слѣдующихъ дозахъ:

Rp: Creosoti gtts I—II
Aq. cynamom. 90,0
Syr. simpl. 10,0

DS. Черезъ 3 часа по чайной ложкѣ.

Rp: Magnes. benzoic. 4,0
Aq. destillat. 90,0
Syr. simpl. 10,0

DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

Rp: Resorcini 0,2—0,4
Inf. chamomil. 60,0
T-rae opii simpl. gtts I—II
Syr. simpl. 10,0

DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

Wi derhofer считалъ лучшимъ средствомъ при дѣтской холерѣ каломель по 0,005—0,01 черезъ 2 часа въ теченіе 24—48 часовъ именно до появленія зеленой окраски стула.

При появленіи признаковъ коллапса всего нужнѣе *возбуждающія*: чай, кофе, эфиръ, мускусъ, liq. ammonii anisatus, горчичныя ванны и пр. Прополаскиванія желудка въ этомъ періодѣ бесполезны. Чистый спиртъ или коньякъ съ водой и съ прибавкой креозота хвалить Demme:

Rp: Cognac fine Champ. 2,0
Creosoti 0,01 — 0,015
Pulv. gummos. 1,0
Aq. destillat. 50,0

DS. Принять въ теченіе сутокъ.

Дозы коньяка слѣдующія: ребенку

отъ 2 до 4 недѣль по 2 gtts на приемъ или 10 — 20 pro die
„ 4 „ 8 „ „ 3 — 5 „ „ „ 20 — 40 „

отъ	8	до	12	недѣль	по	5	—	10	gtts	на	пріемъ	или	40	—	60	pro die
"	12	"	16	"	"	10	—	15	"	"	"	"	60	—	80	"
"	16	"	24	"	"	16	—	25	"	"	"	"	80	—	120	"

въ рисовомъ отварѣ или съ чаемъ отъ 2—4 стакановъ въ сутки.

Спиртъ дѣйствуетъ не только какъ возбуждающее, но и какъ останавливающее броженіе. *Liquor ammonii anis.* возбуждаетъ дѣятельность сердца и дыханіе и служитъ средствомъ нейтрализующимъ кислую реакцію кишечнаго содержимаго. Назначается онъ отъ 10 до 30 капель на день въ той или другой миксурѣ. Если, несмотря на эти средства, упадокъ силъ увеличивается, то впрыскиваютъ подъ кожу эфиръ (по $\frac{1}{4}$ шприца 2 — 3 раза въ день) или камфору:

Rp: Camphorae tr. 1,0
 Spiriti vini
 Aq. destill. aa 10,0
 DS. Отъ $\frac{1}{4}$ шприца 2—3 раза въ день.

А еще лучше фізіологическій растворъ повареной соли (0,6%) въ количествѣ 50,0 раза 2 въ день подъ кожу внутренней поверхности бедра или живота.

Для приготовленія *горчичныхъ ваннъ* берутъ двѣ горсти горчицы (въ порошокѣ), зашитой въ холстяной мѣшочекъ, на ведро воды въ 30° R., ребенка держать въ ваннѣ до покраснѣнія кожи (минуть 15), потомъ его вынимаютъ, обливаютъ теплой водой, обсушиваютъ и завертываютъ въ теплыя одѣяла. Ванна повторяется нѣсколько разъ въ день, именно, какъ только ребенокъ начинаетъ снова холодѣть. По Widerhofer'у, горчичныя ванны принадлежатъ къ числу энергическихъ возбуждающихъ средствъ: онъ совѣтуетъ употреблять ихъ до тѣхъ поръ, пока онѣ не перестанутъ вызывать красноту кожи; если же реакція послѣ ванны не является (обыкновенное явленіе при рѣзко выраженной склеремѣ), то состояніе больного можно признать безнадежнымъ и, слѣдовательно, дальнѣйшее леченіе бесполезнымъ.

Особенно важны *профилактическія мѣры*: лѣтомъ не отнимать дѣтей отъ груди, не оставлять безъ вниманія даже самый легкій поносъ, хотя бы и въ періодъ прорѣзыванія зубовъ! При искусственномъ вскармливаніи строжайшимъ образомъ соблюдать всѣ относящіяся къ нему правила, и

особенно остерегаться кислого молока (всякій разъ пробовать реакцію лакмусовою бумагою). Ежедневно купать дѣтей въ прохладной водѣ (24⁰—22⁰) и заботиться о чистомъ воздухѣ.

Переходя къ *леченію хроническихъ поносовъ*, я прежде всего замѣчу, что, отъ чего бы ни зависѣлъ поносъ, т. е. будетъ ли это простой хроническій катарръ тонкихъ кишекъ, или хроническій фолликулярный энтеритъ, осложненный катарромъ, во всякомъ случаѣ разсчитывать при немъ на силу нашихъ фармацевтическихъ средствъ — дѣло очень рискованное, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ лекарства дѣйствуютъ очень невѣрно, а единственно, что можетъ принести пользу и *въ большинствѣ случаевъ* дѣйствительно приносить ее, это—*дѣта*. Основное правило, котораго я держусь при діетическомъ леченіи всякаго хроническаго поноса, состоитъ въ томъ, что *непремѣнно* нужно *перемѣнить пищу ребенку и назначить ему ту, къ которой онъ меньше привыкъ*, что, конечно, еще вовсе не означаетъ того, чтобы новая пища была бы легче, или удобоваримѣе прежней; очень часто, напр., приходится лечить хроническій поносъ у дѣтей, получающихъ исключительно бульонъ, назначеніемъ молока, или вообще молочной пищи и получать при этомъ блистательные результаты. При выборѣ пищи для дѣтей не только грудныхъ, но и для двухъ-трехлѣтняго возраста, я руководствуюсь правилами искусственнаго вскармливанія, о которомъ говорилъ выше, причемъ желудокъ двухлѣтняго больного ребенка я третирую, какъ желудокъ полугодовалаго здороваго; больного 6—8 мѣсяцевъ третирую, какъ новорожденнаго и т. д., и, сообразно этому, назначаю, напр., ребенку 2-хъ лѣтъ муку Нестле или коровье молоко съ водой и т. п., ребенку 6—8-ми мѣсяцевъ даю сливочную смѣсь etc.

Говоря объ искусственномъ вскармливаниі дѣтей, я упоминалъ уже о томъ, что мы не знаемъ такого суррогата, который во всѣхъ случаяхъ давалъ бы удовлетворительные результаты и переносился бы всѣми новорожденными и грудными дѣтьми; то же самое долженъ я повторить и по поводу діеты дѣтей, страдающихъ хроническимъ поносомъ: одними переносится хорошо одна пища, другими — дру-

гая; врачъ долженъ пробовать и при неудачѣ мѣнять пищу. Съ какого суррогата начать леченіе, это зависитъ отчасти отъ индивидуальныхъ возрѣній врача на достоинство различныхъ суррогатовъ, отчасти же отъ интенсивности болѣзни и отъ возраста ребенка. Вообще говоря, чѣмъ сильнѣе выражена болѣзнь, тѣмъ охотнѣе обращаюсь я къ пищѣ, соотвѣтствующей новорожденному дитяти или ребенку первыхъ мѣсяцевъ жизни, и, наоборотъ, чѣмъ старше ребенокъ или чѣмъ слабѣе поносъ, тѣмъ смѣлѣе назначаю я почти цѣльное молоко или муку Нестле.

Хроническіе поносы чаще встрѣчаются не у грудныхъ, а у дѣтей старше года или 2-хъ лѣтъ. Въ этомъ возрастѣ всего чаще я начинаю леченіе съ муки Нестле и считаю этотъ препаратъ за весьма хорошее средство противъ хроническаго поноса, даже если послѣдній зависитъ отъ фолликулярнаго энтерита. Я утверждаю это и теперь, несмотря на протестъ Soltmann'a, который прямо говоритъ, что онъ не понимаетъ, какъ это нѣкоторые врачи все еще назначаютъ при хроническихъ поносахъ у дѣтей мучнистые и крахмалистые препараты. До сихъ поръ подобная „легко бродящая“ пища назначалась и мною, и другими чисто на основаніи эмпириі, такъ какъ клиническія наблюденія доказывали полезность такой діеты; въ настоящее же время, благодаря работѣ Escherich'a рекомендуемая нами діета оказывается вполнѣ рациональной: Escherich показалъ именно, что при вонючихъ поносахъ (а хроническіе катарры кишекъ сопровождаются обыкновенно весьма вонючими испражненіями) происходитъ въ кишкахъ вонючее разложеніе бѣлковъ пищи подъ вліяніемъ извѣстныхъ микробовъ и что процессъ этотъ можетъ быть устраненъ назначеніемъ углеводовъ, возбуждающихъ кислое броженіе въ кишечникѣ и тѣмъ измѣняющихъ почву для развитія микробовъ; въ итогѣ происходитъ то, что микроорганизмы гниlostнаго разложенія бѣлковъ исчезаютъ и замѣняются микробами кислаго броженія, испражненія утрачиваютъ вонючій запахъ и, получая желтую окраску, приближаются по наружному виду къ нормальнымъ. Escherich въ своихъ опытахъ могъ по произволу вызывать въ кишечномъ содержимомъ собакъ тотъ или другой видъ микробовъ и со-

образно этому измѣнять видъ и запахъ испражнений, смотря по тому, какой пищей онъ ихъ кормилъ. То же самое можно постоянно наблюдать и у дѣтей при хроническомъ поносѣ. Если мука не переносится или не принимается ребенкомъ, то я перехожу къ молоку съ ячменнымъ отваромъ (2 ч. молока на 1 ч. отвара), или съ содой, или желудочнымъ кофе.

Искусственныя сливки Biedert'a я имѣлъ возможность испытать въ нѣсколькихъ случаяхъ и иногда съ блистательнымъ успѣхомъ; въ одномъ случаѣ, напр., при хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишекъ у ребенка двухъ лѣтъ (въ частной практикѣ) поносъ продолжался уже около 4-хъ мѣсяцевъ и повелъ къ значительному истощенію, такъ что ребенокъ не могъ даже сидѣть; за время болѣзни другими докторами были перепробованы самыя разнообразныя лекарства, а изъ діететическихкихъ средствъ молоко, мука Нестле, бульонъ, и, наконецъ, даже сырая говядина. Я назначилъ больному искусственныя сливки Biedert'a № 1-ый, далъ приѣмъ кастороваго масла (въ виду вонючихъ испражнений) и потомъ Infus. rad. valer. ex 0,5—50,0. Испражнения, которыя были до сихъ жидкими, какъ вода, и очень вонючими, уже на слѣдующій день сдѣлались значительно гуще и не столь вонючи; ребенокъ видимо ожилъ: меньше пицалъ; еще черезъ день — запоръ, такъ что пришлось ставить клистиръ и съ тѣхъ поръ поносъ больше не возвращался. Я видѣлъ больного черезъ 3 мѣсяца и узналъ, что за все это время онъ почти постоянно страдалъ запорами, хотя уже давно ѣстъ бульонъ, молочную кашу и мясо.

Въ крайнемъ случаѣ, когда всѣ названныя средства оказываются неэффективными, можно прибѣгнуть къ Либиховскому супу.

Либиховскій супъ — средство, несомнѣнно, очень хорошее, особенно при фолликулярномъ энтеритѣ (Widerhofer), но имѣетъ то неудобство, что требуетъ большой аккуратности въ приготовленіи и потому всего лучше, если сама мать беретъ на себя эту обязанность. Приготавливается онъ такъ: берутъ

1 лоть солодовой муки	} приготавливается смѣсь холоднымъ путемъ;
1 унцію раствора углекисл. кали изъ	
4 гранъ на $\frac{3}{4}$ ақ.	

1 лоть пшеничной муки	}	хорошо смѣшать, подогрѣть на умѣренномъ огнѣ (или въ водяной банѣ) до кипѣнія, потомъ снять съ огня, помѣшавать и вскипятить еще разъ.
10 лоть цѣльнаго молока		

Эту кашицу смѣшиваютъ съ первой смѣсью и потомъ опять подогрѣваютъ на очень умѣренномъ огнѣ, или еще лучше въ водяной банѣ, при постоянномъ помѣшиваніи до тѣхъ поръ, пока смѣсь не сдѣлается *совсѣмъ жидкой и сладкой*, тогда она доводится до кипѣнія, процеживается черезъ мелкое сито, и супъ готовъ.

Съ цѣлью упростить приготовленіе Либиховскаго супа, фабриканты придумали готовить супъ въ видѣ экстрактовъ, напр., экстрактъ Löfflund'a въ Штутгартѣ, экстрактъ Liebe въ Дрезденѣ и друг. Для приготовленія супа достаточно развести столовую ложку экстракта въ большомъ стаканѣ молока, на половину разбавленнаго водой.

Хорошо приготовленный супъ долженъ быть сладкимъ, а потому прибавлять къ нему сахара не нужно. Сохраняться онъ можетъ только сутки, а потому всякій день надо готовить свѣжій; разогрѣвать супъ можно только на очень медленномъ огнѣ или въ водяной банѣ. Большею частію Либиховскій супъ принимается дѣтьми охотно, но иногда, вѣроятно, вслѣдствіе запаха солодомъ, съ перваго раза не нравится, тогда можно прибавить къ супу 1—2 ложки дубоваго кофе или какао, варенаго въ водѣ. Цѣльный Либиховскій супъ дается только дѣтямъ старше двухъ мѣсяцевъ, а новорожденнымъ онъ разводится пополамъ съ водой. Старшимъ дѣтямъ при поносахъ дается цѣльный супъ. Приемы его тѣ же, что и для коровьяго молока (см. выше).

Вѣнскіе педиатры часто назначаютъ при хроническихъ поносахъ *молоко съ телячьимъ бульономъ*, который готовится такъ: 1 фунтъ хорошей, но не жирной телятины варятъ съ тремя стаканами воды, потомъ процеживаютъ, солятъ и смѣшиваютъ съ парнымъ коровьимъ молокомъ въ различныхъ пропорціяхъ, смотря по возрасту; такъ, для ребенка 2-хъ мѣсяцевъ—1 чашку молока и 2 чашки бульона; 3-хъ мѣсяцевъ — поровну, позднѣ — 2 чашки молока и 1 чашку супа.

Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть еще о томъ, что, если мы ждемъ отъ кумыса или отъ кефира пользы въ острыхъ поносахъ, то съ тѣмъ большей надеждой можемъ прибѣгать къ нимъ въ хроническихъ случаяхъ. По моему мнѣнію, *хроническій поносъ составляетъ самое настоящее показаніе для употребленія кумыса въ дѣтскомъ возрастѣ*. Его пьютъ сначала по $\frac{1}{4}$ стакана 4 раза въ день, потомъ постепенно доходятъ до 1—2 бутылокъ въ день.

При назначеніи діеты, какъ маленькимъ дѣтямъ, такъ и болѣе взрослымъ, страдающимъ затяжными поносами, родители, да и врачи тоже, часто грѣшатъ въ томъ отношеніи, что даютъ больному мясо и запрещаютъ молоко, тогда какъ слѣдуетъ поступать какъ разъ наоборотъ, такъ какъ при хроническомъ катаррѣ кишекъ мясо почти всегда плохо переносится, поносъ не только усиливается, но дѣлается при томъ вонючимъ. Можно смотрѣть на мясо до нѣкоторой степени какъ на реактивъ, при помощи котораго можно узнать прочность выздоровленія; случается сплошь и рядомъ, что недавно прекратившійся поносъ начинается снова вслѣдъ за мясной діетой; напротивъ того, мучныя вещи переносятся при хроническомъ катаррѣ кишекъ обыкновенно хорошо; манная каша на водѣ для маленькихъ дѣтей и различнаго рода кисели, а для взрослыхъ, кромѣ того, еще и гречневая каша могутъ быть очень рекомендованы; при ежедневныхъ жидкихъ испражненіяхъ особенно рекомендуется кисель изъ черники.

Фармацевтическое леченіе хроническаго поноса, зависитъ ли онъ отъ фолликулярнаго энтерита или отъ простаго катарра кишекъ, я начинаю съ слабительнаго и всего чаще именно съ *кастороваго масла*. Вообще я назначаю это средство при дѣтскихъ поносахъ довольно часто, такъ какъ считаю его показаннымъ, во-первыхъ, при всякомъ поносѣ, сопровождающемся болями живота, которыя встрѣчаются иногда и при острыхъ катаррахъ тонкихъ кишекъ; во-вторыхъ, при тенезмахъ и слизистыхъ испражненіяхъ (фолликулярные энтериты, острый и хроническій) и, въ-3-хъ, наконецъ, при *вонючихъ испражненіяхъ* (случаи хроническаго поноса отъ какой бы причины ни было).

Послѣ слабительнаго я даю *вяжущія съ опіемъ* (при частыхъ испражненіяхъ или при боляхъ живота) или безъ него. Выборъ средствъ здѣсь очень большой; которое изъ нихъ лучше, сказать трудно; обыкновенно приходится переходить отъ одного къ другому.

Я лично всего чаще употребляю азотнокислый висмутъ *per se* по 0,2 — 0,3 на приемъ раза 3 — 4 въ день вмѣстѣ съ таннальбиномъ и опіемъ, также ляписъ и ратанію:

Rp: Magisterii bismuthi (s. Bismuthi salicylici) 0,06—0,12—0,2
Tannalbini 0,2—0,3
Pulv. Doveri 0,03—0,06
M. f. pulv. d. t. d. № 12
S. По 1 пор. 3—4 раза въ день.

или:

Rp: Argenti nitrici 0,03—0,06
Aq. destill. 90,0
MDS. Черезъ 2—3 часа по чайной ложкѣ.

или:

Rp: T-rae ratanhiaе 10,0
DS. По 2—5 капель 3—4 раза въ день.

При поносѣ, сопровождающемся повышеніемъ температуры, что нерѣдко наблюдается при *enteritis follicul. chron.* охотно даютъ дубильно-кислый хининъ или хининъ вмѣстѣ съ таннальбиномъ, но это назначеніе совсѣмъ не рациональное, такъ какъ *chinin. tannic.* не растворяется ни въ желудкѣ, ни въ кишкахъ и при продолжительномъ употребленіи большихъ дозъ таннальбина съ хининомъ вмѣстѣ съ испражненіями выходятъ инородныя тѣла (кишечные камни), состоящіе изъ дубильнокислаго хинина.

Если поносъ не силенъ, но тянется ужъ давно, а больной очень блѣденъ или рахитикъ, то показано желѣзо въ маленькихъ дозахъ:

Rp: Ferri lactici 0,015
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. d. t. d. № 12
S. 3—4 раза въ день.

или:

Rp.: Liq. ferri sesquichlorat.
Glycerini \overline{aa} 5,0
DS. По 2—3 капли въ день.

Въ послѣднее время вошли въ моду различныя дезинфицирующія, напр., салоль и нафталинъ; послѣдній во многихъ случаяхъ оказывалъ мнѣ большія услуги.

Салоль дается дѣтямъ до года по 0,03 — 0,06 на приемъ раза 4 въ день; дѣтямъ 2-хъ лѣтъ по 0,06 — 0,12 на приемъ до 0,5 про die, послѣ 6 лѣтъ по 1,0 — 2,0 про die въ порошкахъ или микстурѣ (взбалтывая):

Rp: Saloli 0,2
Mixturee gummos. 90,0
Syr. simpl. 10,0

DS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ (ребенку 6—7 лѣтъ.).

При употребленіи нафталина необходимо обращать вниманіе на чистоту препарата, такъ какъ химически не чистый нафталинъ можетъ вызвать тенезмы мочевого пузыря, странгурию и т. п. Чистый нафталинъ не долженъ окрашивать алкоголя, съ которымъ онъ взбалтывается, въ желтый цвѣтъ. Приемы для маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 2-хъ, по 0,3 — 0,6 про die, старшимъ по 0,06—0,2 на приемъ нѣсколько разъ въ день въ порошкахъ или микстурѣ:

Rp: Naphtalini 0,3—1,0
Mucil. gum. arab.
Aq. Chamomil. \overline{aa} 40,0
Ol. menth. pp. gtt I

DS. Взбалтывая, черезъ 2 часа по десертной ложкѣ (ребенку 1—3 лѣтъ).

или:

Rp: Naphtalini 0,12
Magister. bismuthi 0,2
M. f. pulv. d. t. d. № 12

S. Черезъ 3 часа по порошоку (ребенку 2—3 лѣтъ).

Въ хроническихъ катаррахъ кишекъ съ успѣхомъ также примѣняются минеральныя воды, напр., Эмсъ - Кренхень, Виши-Селестень, для маленькихъ дѣтей по чайной ложкѣ черезъ 2 часа въ подогрѣтомъ видѣ, для дѣтей 8—10 лѣтъ по столовой.

При хроническомъ поносѣ приходится иногда соединять вяжущія или дезинфицирующія съ возбуждающими, показаніемъ для которыхъ являются: ослабленная дѣятельность сердца, похолоданіе и отекъ конечностей и вообще истощеніе; въ подобныхъ случаяхъ умѣстны, напр.:

Rp: Inf. rad. Valerian. ex 4,0 ad 50,0
Tannini 0,2
Vini Mader.
Syr. simpl. aa 2,0

MDS. Черезъ два часа по чайной ложкѣ (ребенку 2-хъ лѣтъ).

При перемежающемся поносѣ, служащимъ выраженіемъ маляріи, самымъ вѣрнымъ и быстро дѣйствующимъ средствомъ надо считать хининъ въ количествѣ столькихъ гранъ, сколько больному лѣтъ за нѣсколько часовъ до начала поноса.

Изъ наружныхъ средствъ можно ожидать пользы отъ флаanelевыхъ набушниковъ или отъ согрѣвающихъ компрессовъ.

При хроническомъ фолликулярномъ энтеритѣ съ большой пользой можно употреблять *клизирры*, но только не маленькіе, какъ въ острыхъ случаяхъ, а, напротивъ, большіе и чѣмъ больше, тѣмъ лучше, напр., въ видѣ вливанія въ кишки посредствомъ Негар'овской воронки или Эсмарховской кружки. Вливанія производятся при положеніи больного на спинѣ съ нѣсколько согнутыми бедрами (для расслабленія брюшной стѣнки); in apertum вводится наконечникъ клистирной трубки, соединенный длиннымъ гуттаперчевымъ рукавомъ съ кружкой, въ которую наливается нужное количество вливаемой жидкости. Когда наконечникъ введенъ на высоту приблизительно двухъ дюймовъ, то поднимаютъ кружку на 1 аршинъ выше постели больного и съ этой высоты заставляютъ жидкость медленно стекать въ кишки. Вливаніемъ большихъ количествъ жидкости въ кишечный каналъ желаютъ достигнуть двухъ цѣлей: во-1-хъ, промыть кишки и, во-2-хъ, дѣйствовать тѣмъ или другимъ лекарствомъ на большую слизистую оболочку на большемъ протяженіи или дезинфицировать содержимое кишекъ. Для первой цѣли можетъ служить простая вода (конечно, подогрѣтая); для второй — вяжущія или противогнилостныя. Такъ какъ дѣти иногда очень скоро

привыкають къ вливаніямъ и надолго задерживаютъ въ себѣ влитую жидкость, то, понятно, что введенное въ кишки лекарство можетъ всосаться и оказать общее дѣйствіе, а потому ядовитыхъ веществъ слѣдуетъ избѣгать, каковы, напр., столь часто употребляемые при поносахъ *plumbum aceticum*, *ac. carbolicum* и др. Для вливаній я употребляю обыкновенно растворъ салициловаго или бензойнаго натра (2⁰/₀). Вливать можно ребенку 1 года 200 грм., 2 лѣтъ—300—400 грм., 3-хъ лѣтъ около 500, но начинать слѣдуетъ съ дозъ вдвое меньшихъ. Если ребенокъ привыкъ къ вливаніямъ и не кричитъ во время этой операціи, то можно руководствоваться выраженіемъ лица больного: вливаніе слѣдуетъ остановить, какъ скоро ребенокъ выражаетъ боль; точно также слѣдуетъ остановиться и тогда, если во время вливанія жидкость доходить до слѣпой кишки, т. е. когда тимпаническій звукъ этой области замѣняется тупымъ, что, впрочемъ, рѣдко удается констатировать.

Въ періодѣ выздоровленія, если поносъ прошелъ, то надо позаботиться о надлежащемъ кормленіи ребенка, такъ какъ при строгой діетѣ истощеніе будетъ постепенно прогрессировать, что и выразится ежедневной потерей вѣса. Единственное средство убѣдиться въ томъ, достаточно ли пищи получаетъ ребенокъ, состоитъ въ методическомъ взвѣшиваніи его. Во всякомъ случаѣ, съ мясомъ надо быть осторожнымъ; всего лучше начинать съ вареной курицы, перейти потомъ къ куриной котлетѣ, жареной или вареной въ бульонѣ, потомъ ужъ къ телятинѣ и говядинѣ.

Такъ какъ послѣ хроническаго поноса надолго остается общая слабость, похуданіе и анемія, или *рахитизмъ*, то само собою разумѣется, что въ періодѣ выздоровленія обыкновенно приходится прибѣгать къ укрѣпляющему методу леченія — виномъ, желѣзомъ, ваннами и т. п., смотря по обстоятельствамъ. Изъ діететическихъ средствъ здѣсь первое мѣсто занимаютъ молоко, мясо и хлѣбъ.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
I. Затяжные и безлихорадочныя формы инфлюэнцы	1
II. Затяжные лихорадочные процессы въ дѣтскомъ возрастѣ .	27
III. Хорѣя	50
IV. Базедова болѣзнь	59
V. Pseudohypertrophia musculorum	68
VI. Болѣзнь Little'я	76
VII. Параличъ Strümpell'я	84
VIII. Дифтерійный параличъ	91
IX. Morbus maculosus Werlhofii	100
X. Pneumonia crouposa	113
XI. Pneumonia centralis	118
XII. Pleuritis exsudativa	126
XIII. Лечение кашля	143
XIV. Острый милиарный туберкулезъ	157
XV. Vulvitis	166
XVI. Пиелитъ и мочекислый діатезъ	174
XVII. Катарральная желтуха	196
XVIII. Гипертрофическій циррозъ печени	202
XIX. Врожденный порокъ сердца	208
XX. Желудочнокишечныя заболѣванія дѣтей	213