

# КРАТКІЙ УЧЕБНИКЪ ДѢТСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

ДЛЯ СТУДЕНТОВЪ ПОСЛѢДНИХЪ СЕМЕСТРОВЪ.

СОСТАВИТЕЛЬ

**Нилъ Филатовъ**

Орд. профес. дѣтскихъ болѣзней въ Императорскомъ Московскомъ университетѣ и директоръ Хлудовской дѣтской больницы.

Издание десятое.

(ПОСМЕРТНОЕ).

МОСКВА.

Складъ изданія у А. А. Карцева.

1911.

akusher-lib.ru



## Предисловіе

къ I-му изданію.

Едва ли кто пожалуется на недостатокъ учебниковъ по дѣтскимъ болѣзнямъ; на русскомъ языкѣ есть прекрасныя переводы руководства Непосч'а, Vogel-Biedert'а, Багинскаго и др., такъ что появленіе въ свѣтъ еще моего учебника можетъ показаться лишнимъ и требуетъ оправданій. По этому поводу замѣчу, что изданіе его предпринято мною единственно только по просьбѣ студентовъ, для которыхъ цѣна иностранныхъ руководствъ оказывается слишкомъ высокою. Такъ какъ краткій учебникъ этотъ имѣетъ цѣлью удовлетворить потребность студентовъ, то онъ и содержитъ въ себѣ только то, что помѣщено въ программѣ испытанія на званіе лѣкаря въ медицинской комиссіи, съ прибавленіемъ единственной главы—о важнѣйшихъ анатомо-физиологическихъ особенностяхъ дѣтскаго организма и объ изслѣдованіи дѣтей.

Отличаясь отъ другихъ учебниковъ краткостью и неполнотой, книга эта не претендуетъ на конкуренцію съ ними и не можетъ замѣнить ихъ; ея raison d'être только въ потребности студентовъ.

Москва,  
1893 года іюня 6.



## О важнѣйшихъ анатомо-физиологическихъ особенностяхъ дѣтскаго организма и объ изслѣдованіи дѣтей.

Органы дыханія и кровообращенія. Самыя существенныя измѣненія, происходящія въ организмѣ ребенка вслѣдъ за рожденіемъ его на свѣтъ, касаются органовъ дыханія и кровообращенія. Во время утробной жизни плода легкія его не функционируютъ, они находятся въ спавшемся состояніи, т.-е. въ видѣ такъ наз. *зародышеваго ателектаза*; дыханіе плода производится при посредствѣ послѣда, въ которомъ происходитъ обмѣнъ газовъ между кровью плода и кровью матери. Артеріальная кровь течетъ отъ послѣда по пупочной венѣ, которая, вступивъ черезъ пупочное кольцо въ полость живота, раздѣляется на двѣ вѣтви: одна идетъ къ печени, другая, носящая названіе *Арантіева протока*—*ductus venosus Arantii*, соединяетъ пупочную вену съ нижнею полой веной, отъ чего происходитъ смѣшеніе артеріальной крови плода съ венозной. Кровь, поступившая въ легочную артерію, не идетъ цѣликомъ въ легкія, чтобы потомъ черезъ легочныя вены вернуться къ сердцу, а отчасти переходитъ черезъ *Боталловъ протокъ*—*ductus arteriosus Botalli*—въ аорту, смѣшивается, слѣдовательно, съ кровью, идущей изъ лѣваго желудочка, и разносится дальше по всеѣмъ артеріямъ тѣла, а въ томъ числѣ и въ главнѣйшія вѣтви *arteriae hypogastricae*, именно въ пупочныя артеріи. Эти послѣднія выходятъ черезъ пупочное кольцо наружу и идутъ къ послѣду, образуя вмѣстѣ съ пупочной веной и соединяющею ихъ слизистой соединительною тканью—*Вартоновою студенью*—пупочный канатикъ или пуповину, наружную оболочку котораго составляетъ амніонъ.

Какъ только ребенокъ родится на свѣтъ и послѣдовое дыханіе прекращается, такъ сейчасъ кровь начинаетъ бѣднѣть кислородомъ и дѣлается богаче углекислотой; такая кровь возбуждаетъ дыхательный центръ, и въ результатѣ является первый вздохъ. Легкое, растянутое воздухомъ, оказываетъ значительное присасывающее дѣйствіе: кровь усиленно приливаетъ къ легкимъ по вѣтвямъ легочной артеріи, тогда какъ Боталловъ протокъ закрывается, и такимъ образомъ восстанавливается нормальное легочное дыханіе. Одновременно съ этимъ или немного спустя прекратившаяся пульсация въ пупочныхъ артеріяхъ указываетъ на прекратившееся теченіе крови въ пуповинѣ; Арантіевъ протокъ и вѣтвь, идущая къ печени, лишенные притока крови изъ пупочной вены, закрываются, и въ итогъ получается кровообращеніе въ томъ видѣ, въ какомъ оно остается на всю жизнь.

При рожденіи ребенка на свѣтъ пуповина его завязывается на высотѣ трехъ пальцевъ отъ пупочнаго кольца двумя лигатурами и перерѣзывается между ними ножницами. Въ теченіе 4—6 слѣдующихъ дней этотъ остатокъ пуповины высыхаетъ и отдѣляется на уровнѣ кожи путемъ реактивнаго нагноенія. Моментомъ отпаденія пуповины заканчивается первый періодъ дѣтскаго возраста—„новорожденный“, и начинается періодъ возраста грудного ребенка.

*Пульсъ* въ дѣтскомъ возрастѣ бываетъ тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, и колеблется отъ 140 (на первомъ году жизни) до 80 въ минуту (у ребенка 12-ти лѣтъ). Вообще говоря, у дѣтей до 5 лѣтъ пульсъ больше ста въ минуту, а послѣ 5 лѣтъ меньше ста ударовъ. У маленькихъ дѣтей, у которыхъ задерживающіе центры и нервы функционируютъ вообще слабо, вліяніе п. vagi на сердце выражается мало; этимъ объясняется, между прочимъ, какъ легкая возбудимость сердца у дѣтей, т.-е. громадное учащеніе сердцебіенія подъ вліяніемъ незначительныхъ причинъ, напр., крика, лихорадочнаго состоянія и проч., такъ и отсутствіе замедленія пульса при нѣкоторыхъ условіяхъ, при которыхъ у взрослыхъ констатируется, обыкновенно, не только замедленіе, но даже и неправильность пульса, напр., при желтухѣ и въ особенности при острой головной водянкѣ. Чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ рельефнѣе отражается на сердцѣ вліяніе

vagus'a; послѣ 2-го года при hydrocephalus acutus оно замѣчается уже довольно ясно.

Благодаря легкой возбудимости дѣтскаго сердца, частота пульса у дѣтей не имѣетъ такого діагностическаго значенія, какъ у взрослыхъ, и судить, напр., о степени лихорадочнаго состоянія по частотѣ пульса у маленькихъ дѣтей рѣшительно нельзя; точно такъ же не велико значеніе частоты пульса и для предсказанія.

Ислѣдованіе пульса у маленькихъ дѣтей всего лучше производить во время сна, тогда какъ считать его во время крика совершенно бесполезно. Счисленіе пульса производится пальцемъ, приложеннымъ къ лучевой артеріи въ области запястья, при чемъ обращается вниманіе на качество пульса (величину и силу) и на темпъ его.

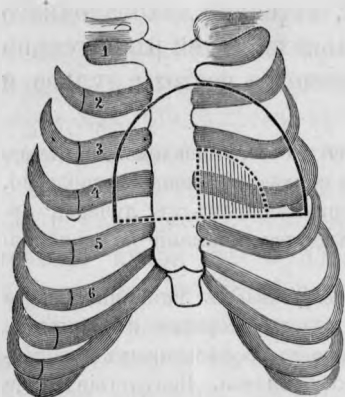
Изъ особенностей органовъ дыханія заслуживаютъ вниманія прежде всего сравнительная узкость носовыхъ проходовъ, гортани и бронховъ, что имѣетъ важное значеніе для теченія разныхъ болѣзненныхъ процессовъ, въ особенности крупа и капиллярнаго бронхита. Вслѣдствіе болѣе горизонтальнаго положенія реберъ дѣтская грудная клѣтка сравнительно короче, но шире, чѣмъ у взрослыхъ, а діафрагма стоитъ выше, вмѣстѣ же съ діафрагмой подымается и сердце (см. ниже).

*Дыханіе* у маленькихъ дѣтей лѣтъ до трехъ совершается, главнымъ образомъ, посредствомъ діафрагмы (абдоминальный типъ); оно поверхностно и потому учащено; въ первые мѣсяцы жизни ребенокъ дѣлаетъ отъ 35 (во время сна) до 50 дыханій въ минуту (при бодрствованіи), при чемъ дыханіе часто бываетъ неправильнымъ; на второмъ году жизни до 30, потомъ съ каждымъ годомъ частота дыханій постепенно уменьшается и къ 6 годамъ доходитъ, примѣрно, до 20 разъ въ минуту.

Чтобы правильно судить о томъ: нормальна ли часть дыханія у даннаго ребенка, полезно сравнить его съ пульсомъ, такъ какъ въ нормѣ на одно дыхательное движеніе приходится  $3\frac{1}{2}$ —4 удара пульса (1 : 3—4), въ случаѣ же одышки это отношеніе измѣняется какъ 1 : 2—3. Одышка у дѣтей выражается участіемъ вспомогательныхъ мышцъ (движеніе крыльцевъ носа, напряженіе шейныхъ мышцъ) и стягиваніемъ нижней периферіи грудной клѣтки вдоль мѣсть прикрѣпленія діафрагмы (перипнеймоническая бороздка Trouseau). При усиленномъ дѣйствіи діафрагмы, напр. во время крика, стягиваніе нижней периферіи грудной клѣтки замѣчается у маленькихъ дѣтей (лѣтъ до трехъ) и безъ одышки, прямо вслѣдствіе того, что мягкія ребра не въ состояніи оказать достаточной точки опоры сильно сокращающейся діафрагмѣ. Если ребра очень мягки, напр., у дѣтей до трехъ мѣсяцевъ или у рахитиковъ, то стягиваніе замѣчается даже и при спокойномъ дыханіи.

Счисленіе дыхательныхъ движеній, какъ и пульса, всего лучше производить во время сна; оно производится или просто глазомъ, или легкимъ прикладываніемъ руки на подложечную область.

Фиг. I.

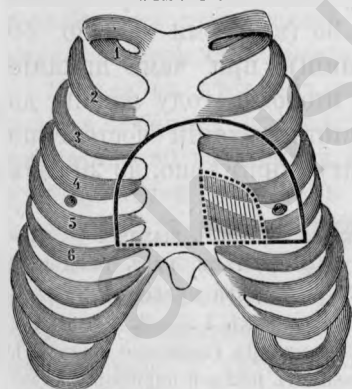


Ребенокъ 1 года.

пока ребенокъ не сдѣласть вдоха; если тупой звукъ зависить отъ инфильтраціи легочной ткани или отъ плевритическаго экссудата, то глубокой

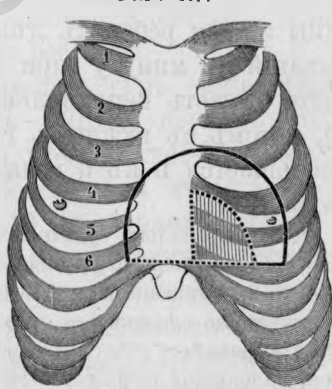
Исслѣдованіе легкихъ у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, совершается посредствомъ ошупыванія, простукиванія и выслушиванія груди. Вслѣдствіе малыхъ размѣровъ грудной клѣтки перкуссия всегда производится *слабыми* ударами молоткомъ по плессиметру или пальцемъ по пальцу, при чемъ особенное вниманіе обращается на симметричность постукиваемыхъ мѣстъ и неправильное положеніе грудной клѣтки, такъ какъ стоитъ ребенку хоть немного согнуть позвоночникъ, какъ на вогнутой сторонѣ получается нѣсколько притупленный звукъ. Притупленіе перкуторнаго звука замѣчается также при крикѣ ребенка (особенно сзади внизу), а потому необходимо постукивать короткими, но частыми ударами одно и то же мѣсто до тѣхъ поръ,

Фиг. II.



Ребенокъ 6 лѣтъ.

Фиг. III.



Ребенокъ 12 лѣтъ.

вдохъ не устраняетъ притупленія. Наконецъ, несуществующая тупость на одной сторонѣ грудной клѣтки можетъ получиться еще и въ случаѣ, если при постукиваніи спины мать прижимаетъ къ своей груди переднюю поверхность грудной клѣтки ребенка постукиваемой стороны. Для избѣжанія подобной ошибки слѣдуетъ пересадить ребенка въ другую сторону и перкутировать еще разъ. При постукиваніи области сердца слѣду-

еть имѣть въ виду, что чѣмъ меньше ребенокъ, тѣмъ выше начинается сердечная тупость, тѣмъ дальше кнаружи ощущается толчекъ сердца и тѣмъ дальше за правый край грудины заходить относительная сердечная тупость. Такъ напр., у годовалаго (фиг. I) *верхняя* граница сердечной тупости начинается съ хряща 2-го ребра, у ребенка 6 лѣтъ (фиг. II)—со 2-го межребернаго промежутка, а у 12-лѣтняго (фиг. III)—съ 3-го ребра. *Правая* граница относительной сердечной тупости доходитъ у годовалаго на уровнѣ соска до l. parasternalis, у 6-лѣтняго нѣсколько не доходитъ до нея, у 12-лѣтняго—въ серединѣ между l. parasternalis и правымъ краемъ грудины; *лѣвый край* относительной сердечной тупости во всѣхъ возрастахъ нѣсколько заходитъ за l. mammilaris; *нижняя* граница у годовалаго идетъ отъ верхняго края 5-го ребра горизонтально къ правому 4-му промежутку, у 6-лѣтняго—отъ 5-го промежутка къ верхнему краю праваго 6-го ребра, у 12 лѣтняго—отъ верхняго края 6-го ребра къ 6-му правому промежутку. Абсолютная тупость на 1-мъ году жизни начинается отъ нижняго края 3-го ребра. Правая граница абсолютной тупости во всѣхъ возрастахъ доходитъ только до лѣваго края грудины, а лѣвая нѣсколько не доходитъ до l. mammilaris.

Что касается толчка верхушки, то у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 4-хъ, онъ заходитъ за l. mammilaris на 1—2 см., отъ 4 до 7 лѣтъ онъ лежитъ обыкновенно на l. mammilaris, а послѣ—нѣсколько кнутри отъ нея.

При выслушиваніи маленькихъ дѣтей неудобно пользоваться обыкновеннымъ стетоскопомъ, такъ какъ необходимое надавливаніе его причиняетъ беспокойство ребенку, и врачъ не можетъ слѣдить инструментомъ за движеніями ребенка, поэтому лучше выслушивать просто ухомъ. Для аускультации сердца весьма пригодны стетоскопы съ двумя мягкими гуттаперчевыми трубками; этимъ инструментомъ отлично выслушиваются также всякаго рода хрипы и шумы тренія, но нюансы дыхательныхъ шумовъ ступневаются.

Въ первые мѣсяцы жизни дыхательный шумъ, вслѣдствіе слишкомъ поверхностнаго дыханія, слышится слабо, но послѣ полугода и въ теченіе первыхъ лѣтъ везикулярный дыхательный шумъ бываетъ чрезвычайно громкій и потому получилъ названіе цуэрильнаго дыхательнаго шума.

У маленькихъ дѣтей, на 1-мъ году жизни, получается иногда тупой звукъ при постукиваніи въ области рукоятки грудины вслѣдствіе присутствія *зобной железы*—gl. thymus—органа, исключительно свойственнаго новорожденнымъ и дѣтямъ первыхъ лѣтъ жизни. Величина его подвержена значительнымъ колебаніямъ: въ однихъ случаяхъ она достигаетъ въ ширину всего лишь 2 см. и книзу доходитъ только до верхней части сердечной сорочки, тогда какъ въ другихъ она опускается почти до діафрагмы и представляется массивнымъ железистымъ тѣломъ до 5 и даже до 7 см. въ ширину. Съ возрастомъ она постепенно атрофируется и къ началу половой зрѣлости совсѣмъ исчезаетъ, хотя нерѣдко остатки ея сохраняются даже до средняго возраста.

*Кровь* представляетъ существенныя особенности только у новорожденныхъ дѣтей въ первые дни жизни. Въ это время



по нѣкоторымъ своимъ свойствамъ она похожа на кровь при значительной анеміи, между тѣмъ какъ по количеству красныхъ кровяныхъ шариковъ и по количеству гемоглобина она далеко превосходитъ нормальную кровь взрослога. Къ числу первыхъ свойствъ относятся, напр., большія колебанія въ величинѣ отдѣльныхъ красныхъ шариковъ (микро- и макроциты), они легче обезображиваются подъ вліяніемъ реактивовъ или измѣненія влажности (пойкилоцитозъ), рядомъ съ окрашенными встрѣчаются шарики, лишеныя гемоглобина (такъ наз. тѣни—Schatten), а также красныя кровяныя тѣльца съ ядрами. Среднее количество красныхъ шариковъ въ 1 куб. мм. крови новорожденнаго значительно больше, чѣмъ у грудныхъ дѣтей или у взрослыхъ; вмѣсто 4—5 милліоновъ, у новорожденныхъ насчитывается отъ 5 до 8 мил. Содержаніе гемоглобина у нихъ тоже повышено: вмѣсто 70—75%, какъ у взрослыхъ, у нихъ бываетъ отъ 90 до 115%, сообразно чему колеблется и уд. вѣсъ; у новорожденныхъ уд. в. = 1,056—1,066, а потомъ уменьшается съ возрастомъ до 1,050—1,048. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ у новорожденныхъ колеблется около 20.000 въ 1 куб. мм., достигая иногда 36 тыс. (у взрослыхъ 7—10 тысячъ). Всѣ эти особенности довольно быстро сглаживаются, такъ что уже къ 10-му дню число кровяныхъ шариковъ достигаетъ нормальной величины, а вмѣстѣ съ тѣмъ падаетъ и количество гемоглобина, и въ результатѣ оказывается, что черезъ нѣсколько недѣль кровь грудного ребенка отличается отъ крови взрослога, главнымъ образомъ, лишь нѣсколько большимъ содержаніемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; къ концу 2-го года сглаживается и эта разница. Замѣтимъ еще, что кровь у новорожденныхъ не такъ легко створаживается, какъ обыкновенно, что имѣетъ неблагоприятное вліяніе на попытки врача остановить какое-либо кровотеченіе у новорожденнаго.

**Органы пищеваренія.** Со стороны *полости рта* главнѣйшія особенности, обусловливающія образъ питанія ребенка, состоятъ въ отсутствіи зубовъ и въ недостаточной дѣятельности слюнныхъ железъ. О прорѣзываніи зубовъ будетъ сказано въ главѣ о болѣзняхъ, появляющихся во время прорѣзыванія зубовъ, а что касается до *слюнныхъ железъ*, то отмѣтимъ только, что у новорожденныхъ слюны отдѣляется

вообще очень мало, притомъ слюна эта почти вовсе не содержитъ птіалина, а такъ какъ у нихъ и сокъ поджелудочной железы не содержитъ въ себѣ фермента, превращающаго крахмалъ въ сахаръ, то понятно, что пищеварительные органы новорожденнаго совершенно не приспособлены къ перевариванію мучной пищи. Усиленное отдѣленіе слюны наступаетъ у дѣтей лишь на 3-мъ мѣсяцѣ жизни, а такъ какъ они еще не умѣютъ справляться съ ней, то она вытекаетъ обыкновенно наружу, обуславливая появленіе *физиологическаго слюнотеченія*, неправильно приписываемаго матерями и даже нѣкоторыми врачами вліянію прорѣзыванія зубовъ, являющихся въ дѣйствительности на нѣсколько мѣсяцевъ позднѣе. Недостаточное отдѣленіе слюны въ первыя недѣли жизни служитъ причиной сухости слизистой оболочки рта и кислой реакціи ротовой слизи, чѣмъ дается удобная почва для развитія соог'а.

*Желудокъ* у новорожденныхъ отличается отъ желудка взрослыхъ не только малою величиною (40—50 куб. см.; по отношенію къ вѣсу тѣла новорожденнаго это составляетъ 1:60, тогда какъ у взрослого это отношеніе = 1:23), но также своею формою (онъ не имѣетъ т. н. дна) и болѣе вертикальнымъ положеніемъ; благодаря незначительной величинѣ, желудокъ маленькихъ дѣтей легко переполняется, а вслѣдствіе вертикальнаго положенія и цилиндрической формы легко же и освобождается отъ своего содержимаго посредствомъ срыгиванія или перехода пищи въ кишки, такъ что черезъ 1½, много черезъ 2 часа все принятое грудное молоко уже успѣваетъ перейти въ кишечникъ; коровье молоко остается въ желудкѣ нѣсколько дольше, примѣрно до 3 часовъ. Наблюденія при помощи желудочнаго зонда показали, что нормальная функція мышцъ желудка нарушается, если не давать желудку покоя, такъ, напр., Czerny замѣтилъ, что если ребенку дать грудь черезъ часъ раза три подъ рядъ, то черезъ 2 часа послѣ послѣдняго кормленія желудокъ окажется еще далеко не пустымъ. Желудочный сокъ новорожденнаго оказывается вполнѣ приспособленнымъ для перевариванія молока, т.-е. пищи, назначенной ему природою; дѣйствительно, въ немъ доказано (посредствомъ изслѣдованія содержимаго желудка, выкаченнаго желудочнымъ зондомъ

присутствіе какъ свободной соляной кислоты и пепсина, такъ и сычужнаго фермента, обусловливающаго створаживаніе казеина. Благодаря быстрому переходу молока изъ желудка въ кишки, главное пищевареніе у маленькихъ дѣтей совершается въ кишечникѣ, чему способствуетъ, во-1-хъ, сравнительно большая вмѣстимость и длина кишекъ у дѣтей (у новорожденныхъ кишечникъ въ 6 разъ длиннѣе тѣла, тогда какъ у взрослого только въ 4 раза) (Венекер); вмѣстимость кишекъ по расчету на 100 фунтовъ вѣса тѣла составляетъ у дѣтей около 6000 куб. см., а у взрослыхъ только 3500—4500, а, во-2-хъ, достаточное количество желчи, омыляющей жиры, и сока поджелудочной железы, способнаго (по содержанію трипсина) пептонизировать бѣлки и, благодаря панкреатину, разлагать жиры. (Какъ уже сказано, въ немъ нѣтъ только поджелудочнаго птіалина, превращающаго крахмалъ въ сахаръ; ферментъ этотъ является позднѣе, примѣрно къ концу 3-го мѣсяца).

Слабо развитая мускулатура кишекъ и свойство молока—легко подвергаться броженію съ образованіемъ газовъ—объясняетъ чрезвычайную склонность грудныхъ дѣтей къ метеоризму и коликамъ.

*Испражненія* новорожденныхъ, извѣстныя подъ именемъ первороднаго кала (меконіум), имѣютъ видъ клейкой темно-бурой густой массы, состоящей изъ слизи, остатковъ желчи, кишечнаго эпителия, кристалловъ холестерина, эпидермоидальныхъ клѣтокъ и микроскопически-мелкихъ волосковъ; послѣднія три составныя части являются въ немъ вслѣдствіе проглатыванія во время утробной жизни околоплодныхъ водъ съ примѣсью кожной смазки, покрывающей все тѣло утробнаго плода. По Нубергу, самой характерной частью меконія слѣдуетъ считать особаго рода желто-зеленнаго тѣла, придающія первородному калу его зеленый оттѣнокъ и названныя Нубергомъ меконіевыми тѣлами (Меконкӧрер). Они имѣютъ видъ глыбокъ, дающихъ съ азотной кислотой реакцію Гмелина. Тѣла эти суть не что иное, какъ перерожденные, высушія и пропитанныя желчью эпителиальныя клѣтки кишекъ. Кишки освобождаются отъ меконіума въ первые два—три дня, а потомъ ребенокъ марается совершенно желтымъ, густымъ, какъ горчица, испражненіемъ, слегка кисловатаго

запаха. При расстройствах пищеварения все эти свойства стула изменяются настолько характерно, что по виду испражнений можно судить не только о свойствах болезни кишечника, но и о месте страдания (см. болезни кишечника). Число испражнений детей в первые месяцы жизни при нормальном пищеварении бывает 3—4 в сутки, к концу года 1—2.

Печень у маленьких детей относительно очень велика; желчь беднее, чем у взрослых, органическими солями и желчными кислотами, но может быть богаче слизью.

**Мочевые и половые органы.** Выработка мочи начинается во время утробной жизни. Первое мочеиспускание после рождения ребенка наступает или на первый день жизни, или на второй, редко на третий. Количество мочи увеличивается сообразно количеству выпиваемого молока, и, вообще говоря, у грудных детей, питающихся исключительно жидкой пищей, оно относительно больше, чем у детей старшего возраста. Суточное количество мочи, равное на первый день всего 20—30 куб. см., к 10-му дню подымается уже до 300, а к концу месяца до 400. Количество мочи у детей старшего возраста определить с точностью нельзя по случаю слишком больших колебаний; в среднем можно принять, что на каждый год приходится в сутки от 100 до 125 куб. см., что составляет для 5-летнего ребенка 500—750 к. см., для 10-летнего от 1000 до 1150 к. см. мочи в сутки.

Моча новорожденных в первые дни жизни мутна от богатства мочеислыми солями и слизью, сравнительно высокого удельн. веса (1010—1020) и в большинстве случаев содержит хлопья, исчезающие к 10-му дню; после того моча делается водяниста, безцветна, низкого уд. веса (1002—1005) и совершенно прозрачна. Более темная моча, мало чем отличающаяся от мочи взрослых, появляется лишь у детей, получающих мясную пищу.

Что касается до анатомических особенностей мочеполовых органов у детей, то следует отметить, во-1-хъ, присутствие мочеислого инфаркта в почечных канальцах и, во-2-хъ, физиологическую спайку крайней плоти с головкой. И то и другое может быть причиной болезненного мочеиспускания у детей. Мочекислый инфарктъ, состоящий изъ

мочекислаго аммонія и мочевоѣ кислоты, выдѣляется съ мочей въ теченіе первыхъ двухъ недѣль, но вліяніе его на здоровье ребенка можетъ продолжаться гораздо дольше, такъ какъ песчинка, застрявшая въ мочевоомъ пузырьѣ, можетъ послужить ядромъ, около котораго выкристаллизовываются потомъ фосфорнокислыя или мочекислыя соли, образуя такимъ образомъ пузырьный камень. Что же касается до фізіологическаго слипанія крайней плоти съ головкой, то оно постепенно исчезаетъ въ теченіе 1-го и 2-го года жизни.

**Нервная система.** Головной мозгъ новорожденнаго представляетъ нѣкоторыя существенныя особенности. Твердая мозговая оболочка плотно срослена съ внутреннею поверхностью костей свода черепа; вещество полушарій богато водою, потому оно сочнѣе или болѣе мягкой консистенціи, чѣмъ у взрослыхъ; въ разрѣзѣ сѣрое вещество мало чѣмъ отличается отъ бѣлаго. Ростъ мозга идетъ особенно быстро въ теченіе двухъ первыхъ лѣтъ жизни, но уже и при рожденіи мозгъ ребенка сравнительно очень великъ: онъ составляетъ приблизительно  $\frac{1}{10}$  вѣса тѣла, тогда какъ у взрослыхъ только  $\frac{1}{40}$ .

Въ фізіологическомъ отношеніи существеннѣйшія особенности головного мозга дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни состоятъ въ недоразвитіи волевыхъ центровъ коры, вслѣдствіе чего всѣ движенія новорожденныхъ носятъ на себѣ рефлексорный, некоординированный характеръ. Произвольныя движенія, напр., протягиваніе рукъ къ блестящему предмету, появляются приблизительно около 3 мѣсяцевъ. Около того же времени ребенокъ начинаетъ правильно держать голову; около 8 мѣсяцевъ онъ можетъ безъ поддержки сидѣть, вскорѣ послѣ того научается ползать, къ концу года—стоять, а въ началѣ 2-го года—ходить. Чѣмъ хуже шло питаніе организма на первомъ году жизни, чѣмъ больше ребенокъ хворалъ, тѣмъ позднѣе начинаетъ онъ ходить; по этой причинѣ грудныя дѣти начинаютъ ходить раньше рожковыхъ; особенно поздно появляется эта способность у рахитиковъ. Поэтому при собираніи анамнеза всегда слѣдуетъ справляться, между прочимъ, о томъ, когда ребенокъ началъ ходить. Въ практическомъ отношеніи интересно замѣтить, что, по изслѣдованіямъ Ргеугега, зрѣніе и слухъ у новорожден-

ныхъ развиты чрезвычайно слабо, такъ что совершенно напрасно, повидимому, вошло въ обыкновеніе держать маленькихъ дѣтей въ темнотѣ, защищая ихъ отъ свѣта и малѣйшаго шума. Вкусъ и обоняніе у новорожденныхъ несомнѣнно существуютъ. Къ концу года ребенокъ научается произносить короткія слова, а къ двумъ годамъ—говорить.

Относительно периферическихъ нервовъ Soltmann доказалъ, что возбудимость и проводимость нервныхъ стволовъ у новорожденныхъ ценяты оказываются значительно слабѣе, чѣмъ у взрослыхъ, но то и другое развивается довольно быстро, такъ что черезъ нѣсколько недѣль функція нервныхъ стволовъ доходить до нормы, между тѣмъ какъ задерживающіе центры остаются еще далеко не вполне развитыми; въ этихъ-то двухъ условіяхъ, т.-е. въ слабой дѣятельности задерживающихъ центровъ, съ одной стороны, и въ нормальной возбудимости периферическихъ нервовъ—съ другой, мы имѣемъ объясненіе чрезвычайной склонности маленькихъ дѣтей (первыхъ двухъ лѣтъ) къ судорогамъ (*физиологическая спазмофилия*).

Повидимому, слабо развитъ у нихъ и центръ, регулирующий температуру тѣла, вслѣдствіе чего у маленькихъ дѣтей замѣчается большая неустойчивость температуры какъ въ нормальномъ состояніи, такъ и при лихорадочныхъ болѣзняхъ; по этому случаю самыя незначительныя причины могутъ вызывать у нихъ повышение температуры до 40°, а подъ вліяніемъ охлажденія (воздухомъ или водой) температура ихъ быстро падаетъ, и легко наступаетъ коллапсъ; обстоятельство это принимается во вниманіе при назначеніи жаропонижающаго лѣченія ваннами или новѣйшими antipyretica. Нормальная температура у дѣтей приблизительно та же, что и у взрослыхъ, т.-е. отъ 36,5 до 37,5 in ano.

*Сонъ.* Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ больше онъ спитъ. Новорожденный просыпается только на короткіе сроки, чтобы сосать грудь. До конца 1-го года ребенокъ спитъ больше, чѣмъ бодрствуетъ; на 2-мъ и 3-мъ году жизни дѣти, обязательно, разъ или два засыпаютъ днемъ. Съ 4 лѣтъ дѣти спятъ только ночью въ теченіе 10—12 часовъ.

*Кожа* ребенка при появленіи на свѣтъ оказывается покрытой на всей поверхности тѣла, кромѣ ладоней и подошвъ,

довольно толстымъ слоемъ сала, извѣстнаго подъ именемъ *жирной смазки* (*vernix caseosa*), являющейся результатомъ усиленной функціи кожныхъ салныхъ железъ во время утробной жизни плода. Смазка эта удаляется, обыкновенно, во время первой же ванны; послѣ того кожа ребенка подъ вліяніемъ различныхъ раздраженій (температура воздуха, ванна) подвергается значительному приливу крови, и вся поверхность тѣла представляется красной (*физиологическая эритема новорожденныхъ*); дня черезъ два красота эта исчезаетъ, нерѣдко уступая мѣсто желтой окраскѣ (см. гл. о желтухѣ новорожденныхъ). Послѣ исчезанія гипереміи кожи наступаетъ, обыкновенно, слущиваніе кожицы, которая сходитъ мѣстами въ видѣ довольно большихъ пластовъ; это лупленіе продолжается отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, особенно долго затягивается оно у слабыхъ недоношенныхъ дѣтей.

Усиленная функція салныхъ железъ на 1-мъ году жизни всего рѣзче проявляется на волосистой части головы; при недостаточно опрятномъ содержаніи ребенка обильно отдѣляющееся сало смѣшивается съ комнатной пылью и, засыхая въ темныя корки, покрываетъ сводъ черепа толстымъ панциремъ, по цвѣту и консистенціи весьма похожимъ на кору экземы. Разница въ томъ, что при *seborrhoea* послѣ отдѣленія корокъ обнажается нормальная кожа, а при экземѣ—мокнущая.

Потовыя железы у новорожденныхъ развиты очень слабо, а потому до 4-го мѣсяца почти никогда не удается видѣть у дѣтей пота; а что касается до слезныхъ железъ, то онѣ и вовсе не функционируютъ. Гораздо большій интересъ для практическаго врача представляютъ *грудныя железы*, которыя у всѣхъ дѣтей безъ различія пола съ первыхъ дней жизни начинаютъ припухать и дѣлаются болѣзненными, вслѣдствіе скопленія въ нихъ молокоподобной жидкости; этотъ физиологическій процессъ заканчивается иногда воспаленіемъ железъ (см. о грудницѣ новорожденныхъ).

**Вѣсъ и ростъ дѣтей.** Средній вѣсъ новорожденнаго 3000—3150 грм. (8 фунт.). Изрѣдка рождаются дѣти въ 4000 и 5000 грм. (12 $\frac{1}{2}$  ф.), а въ исключительныхъ случаяхъ вѣсъ при рожденіи можетъ достигать даже 9000 грм. (22 $\frac{1}{2}$  ф.);

наоборотъ, слабыя дѣти, хотя бы и доношенныя, вѣсятъ 2500, а недоноски еще того меньше, напр., 2000 и даже 1800 грм. Въ теченіе первыхъ 3—4 дней первоначальный вѣсъ падаетъ (вѣроятно, отъ недостаточнаго воспріятія пищи) въ общемъ на 130—200 грм., но въ теченіе слѣдующихъ 5—10 дней потеря эта пополняется такъ, что къ 10—14-му дню ребенокъ снова достигаетъ первоначальнаго вѣса. Чѣмъ слабѣе ребенокъ отъ рожденія, тѣмъ больше бываетъ паденіе вѣса, и тѣмъ позже приобрѣтаетъ ребенокъ свой первоначальный вѣсъ; по этой причинѣ особенно большая убыль вѣса наблюдается у недоносковъ ( $\frac{1}{10}$  ихъ вѣса); своего первоначальнаго вѣса они достигаютъ сплошь и рядомъ лишь къ концу 1-го мѣсяца жизни. Въ теченіе слѣдующихъ мѣсяцевъ увеличеніе вѣса идетъ такъ быстро, что къ концу 5-го мѣсяца первоначальный вѣсъ удваивается (ежемесячная прибавка=650 грм.= $1\frac{3}{8}$  ф.), а къ концу года утраивается 9000—9450 (отъ 5-го до 12-го мѣсяца прибавляется въ общемъ 470 грм. въ мѣсяць= $1\frac{1}{8}$  ф.), дальше увеличеніе вѣса идетъ значительно тише, такъ что къ концу 2-го года ребенокъ прибавляется только на 1800 грм. и вѣситъ, слѣдовательно, около 11.250 грм. (28 ф.). Эти данныя слѣдуетъ знать, такъ какъ на основаніи ихъ врачъ судить о томъ, правильно ли развивается ребенокъ, и руководствуется ими при рѣшеніи разныхъ вопросовъ изъ области дѣтской діететики, напр.: хороша ли кормилица, не пора ли начать прикармливать и проч. Вѣсъ годовалаго ребенка удваивается къ 7 годамъ (19 kilo=1 п. 8 ф., 1600 грм. въ годъ) и еще разъ удваивается къ 14 годамъ (38 kilo=2 п. 15 ф. или по 2700 грм. въ годъ).

Длина тѣла новорожденнаго равняется 50 сантиметрамъ; къ концу года она увеличивается на 20 стм., на 2-мъ году на 14, на 3-мъ на 7, а потомъ ежегодно до 14 лѣтъ приблизительно на 6—7 стм., такъ что къ концу 5-го года ростъ удваивается, а къ концу 12-го утраивается,—слѣдовательно, увеличеніе роста идетъ въ 12 разъ тише вѣса.

При оцѣнкѣ степени развитія ребенка обращается вниманіе не только на вѣсъ и ростъ, но также и на отношеніе длины тѣла къ окружности головы и груди. У новорожденнаго окружность головы (34—35 стм.) всегда бываетъ боль-



ше окружности груди на 2—3 стм. (31—33 стм.). У нормально развитого новорожденного окружность груди должна превышать половину длины тѣла minimum на 7 стм. (обычно она превышает на 9—10 стм., а если разница между головой и грудью больше  $2\frac{1}{2}$ , а между грудью и половиной длины тѣла меньше 7 стм., то это указывает на врожденную слабость ребенка, на его малую жизнеспособность (Фребеліусъ). У здоровыхъ нормально развивающихся дѣтей окружность груди сравнивается съ окружностью головы въ концѣ 1-го или на 2-мъ году жизни, а на 3-мъ году окружность груди должна превышать окружность головы. Такъ какъ ростъ тѣла увеличивается болѣе чѣмъ вдвое быстрѣе окружности груди, то разница между полуростомъ и грудью постепенно сглаживается и на 6—7—8-мъ году жизни доходить до нуля, а потомъ грудь начинаетъ отставать, такъ что къ 12 годамъ разница въ пользу полуроста доходитъ до 2—4 стм. Чѣмъ лучше развитъ ребенокъ, тѣмъ дольше размѣръ груди превалируетъ надъ половиной роста. Послѣ 14 лѣтъ ростъ груди опять беретъ перевѣсъ.

Голова новорожденныхъ представляетъ весьма важныя особенности. При ощупываніи головы новорожденного легко замѣтить, что кости свода черепа подвижны, такъ какъ онѣ соединяются между собой посредствомъ перепонокъ, такъ называемыхъ швовъ; различаютъ, какъ извѣстно, лобный, вѣнечный, стрѣловидный и затылочный швы. Въ мѣстѣ соединенія трехъ первыхъ швовъ, значить между углами лобныхъ костей и теменныхъ, остается промежутокъ, извѣстный подъ именемъ *большого родничка*, представляющагося въ видѣ умѣренно натянутой перепонки, четырехугольной формы, пульсирующей изохронично съ пульсомъ. Величина большого родничка опредѣляется его діаметрами, т.-е. разстояніемъ отъ края лобной кости одной стороны до края теменной кости другой стороны. Діаметръ этотъ у новорожденного равняется 2—3 стм. Въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ жизни размѣры родничка увеличиваются, такъ что наибольшей величины онъ достигаетъ на 9-мъ или 10-мъ мѣсяцѣ, а послѣ того начинаетъ уменьшаться (зарастать) и къ 18-му мѣсяцу совсѣмъ окостенѣваетъ. (По наблюденіямъ Kassowitz'a, такія измѣненія величины родничка наблюдаются только у рахити-

ковъ, а у дѣтей вполнѣ здоровыхъ уменьшеніе размѣровъ родничка идетъ прогрессивно съ первыхъ дней жизни, и костенѣніе его заканчивается къ концу года, но такое прогрессивное уменьшеніе родничка наблюдается очень рѣдко; чаще встрѣчаются такіе случаи, когда въ теченіе первыхъ 5—6 мѣсяцевъ величина родничка остается стаціонарной, а потомъ начинаетъ медленно уменьшаться, и въ началѣ 2-го года родничокъ зарастаетъ). Всѣ другіе роднички, именно затылочный и височные, успѣваютъ зарости еще во время утробной жизни плода. При выслушиваніи родничка у дѣтей отъ 5-го мѣсяца жизни иногда слышится дуящій шумъ, совпадающій съ систолой сердца; происхожденіе этого шума еще не выяснено съ достаточной точностью; по мнѣнію нѣкоторыхъ, онъ происходитъ въ сонной артеріи, слегка сдавливаемой въ *canalis caroticus* височной кости (Jurasc); но намъ кажется болѣе вѣроятнымъ, что „шумъ родничка“ есть просто малокровный шумъ, происходящій въ венозныхъ синусахъ; по этой причинѣ у такихъ дѣтей, у которыхъ есть шумъ родничка, всегда слышится еще болѣе громкій шумъ на сосцевидныхъ отросткахъ и на затылкѣ. Прежде думали, что шумъ этотъ встрѣчается только у рахитиковъ, и иногда при головной водянкѣ, но въ настоящее время ему не придаютъ такого діагностическаго значенія. По нашимъ наблюденіямъ, онъ всего чаще наблюдается у дѣтей малокровныхъ. Въ діагностическомъ отношеніи интереснѣе другія особенности родничка, такъ, напр., слишкомъ долгое незарастаніе его, а также и швовъ, указываетъ либо на головную водянку, либо на рахитизмъ; выпяченный родничекъ указываетъ на повышенное давленіе въ полости черепа, а если притомъ онъ значительно напряженъ, то можно заключить объ экссудативномъ процессѣ въ полости черепа; наоборотъ, ввалившійся родничекъ является спутникомъ потери соковъ организмомъ (поносъ) или упадка дѣятельности сердца. Форма черепа у здоровыхъ дѣтей бываетъ овальная, безъ выступанія лобныхъ и теменныхъ бугровъ, обуславливающихъ четырехугольную форму черепа у рахитиковъ. За исключеніемъ швовъ и родничка, на дѣтскомъ черепѣ нигдѣ не должно быть мягкихъ, уступающихъ давленію пальцемъ мѣстъ. Подобныя мѣста всего чаще появляются на затылкѣ вслѣдствіе

и на способъ изверженія кала (съ жилиемъ и тенезмами, съ болью). Микроскопическое изслѣдованіе испражнений можетъ сразу доказать присутствіе кишечныхъ глисть и выяснитъ на основаніи свойства яичекъ природу паразита.

Спеціальныи осмотръ апус'а и половыхъ органовъ важенъ въ смыслѣ выясненія присутствія сифилитическихъ кондаломъ; при болѣзненномъ испраженіи удается открыть иногда трещину задняго прохода; при появленіи нѣсколькихъ капель чистой крови послѣ дефекаціи требуется изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ съ цѣлью убѣдиться, нѣтъ ли тамъ полипа. При болѣзненномъ мочеиспусканіи, если осмотръ половыхъ органовъ не открываетъ физиологическаго слипанія крайней плоти съ головкой или слипанія ерамныхъ губъ, причина болѣзни, можетъ быть, выяснится при изслѣдованіи пузыря катетромъ (камень) или осмотромъ мочи. Изслѣдованіе мочи на бѣлокъ необходимо предпринимать во всѣхъ случаяхъ.

При собираніи анамнеза справляются не только о томъ, давно ли началась и какъ протекла данная болѣзнь, но даже и о томъ, чѣмъ вообще хворалъ ребенокъ въ свою жизнь, какъ воспитывался онъ на первомъ году жизни (грудь или рожокъ), какъ рѣзались зубы, легко ли произошло отнятіе отъ груди, когда ребенокъ началъ ходить, былъ ли онъ доношенъ, здоровы ли его братья, сестры или родители, не было ли выкидышей у матери.

## **I. Составъ женскаго молока. Употребляемые способы его изслѣдованія.**

Женское молоко, какъ и всякое другое, состоитъ изъ воды, въ которой растворены различные виды бѣлка и, главнымъ образомъ, казеинъ, а также сахаръ и соли, и взвѣшены микроскопическія капельки жира, отъ присутствія которыхъ зависитъ непрозрачность и бѣлый цвѣтъ молока.

Женское молоко отличается отъ молока коровъ и другихъ животныхъ нѣкоторыми особенностями химическаго состава какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи. Разница въ количествѣ составныхъ частей замѣчается также и въ молокѣ различныхъ женщинъ, вслѣдствіе чего говорятъ о густомъ и жидкомъ молокѣ; еще больше колеблется составъ молока въ различное время послѣ родовъ. Молоко, выдѣляющееся въ послѣднія недѣли беременности и въ первые дни послѣ родовъ, отличается желтоватымъ цвѣтомъ, большимъ удѣльнымъ вѣсомъ и, главнымъ образомъ, тѣмъ, что свертывается при кипяченіи (по крайней мѣрѣ, въ

теченіе трехъ первыхъ дней) вслѣдствіе того, что рядомъ съ казеиномъ содержитъ значительное количество бѣлка кровяной сыворотки; такого рода молоко называется *молозивомъ*.

Въ обыкновенномъ женскомъ молокѣ бѣлковыхъ веществъ содержится, приблизительно, 10 грм. на 1000, жира на 25 грм. больше, чѣмъ бѣлка, а сахара на 25 грм. больше, чѣмъ жира, солей же всего только 2 грм. Слѣдовательно, составъ женскаго молока таковъ: бѣлка  $10\%$ , жира  $35\%$ , сахара  $60\%$  и солей  $2\%$ . Молозиво отличается отъ молока гораздо болѣшимъ содержаніемъ бѣлка и солей, но оно бѣднѣе сахаромъ и жиромъ: бѣлковъ  $30\%$ , жира  $25\%$ , сахара  $35\%$ , солей  $3\%$ .

Въ сущности составъ молока приведенными цифрами далеко не исчерпывается, такъ какъ онъ гораздо сложнѣе, и несомнѣнно, что нѣкоторыя изъ его составныхъ частей при настоящемъ состояніи химіи еще не могутъ быть опредѣлены или опредѣляются съ трудомъ. Начать съ того, что мы еще хорошо не знаемъ, сколько видовъ бѣлковъ и какіе именно встрѣчаются въ молокѣ рядомъ съ казеиномъ. Большинство авторовъ признаютъ въ молокѣ присутствіе растворимой модификаціи бѣлка, такъ наз., лактальбумина (Schlossman) или геміальбумозы (Шмидтъ); по наблюденіямъ разныхъ авторовъ, чѣмъ больше въ молокѣ растворимаго бѣлка, тѣмъ, caeteris paribus, молоко легче переваривается, такъ какъ подъ влияніемъ сычужнаго фермента оно свертывается болѣе пѣжными хлопьями, и такъ какъ женское молоко гораздо богаче лактальбуминомъ или геміальбумозой, чѣмъ коровье, то оно и переваривается легче. Далѣе слѣдуетъ отмѣтить, что какъ въ коровьемъ, такъ и въ женскомъ молокѣ содержатся, хотя и въ небольшомъ количествѣ, еще и другія азотистыя вещества, изъ которыхъ нужно отмѣтить *лецитинъ* и *нуклеинъ*, два вещества, содержащія въ себѣ фосфоръ въ органическомъ соединеніи; обѣимъ этимъ составнымъ частямъ молока приписывается весьма важное значеніе въ дѣлѣ питанія ребенка, особенно лецитину: женское молоко, сравнительно съ коровьимъ, богаче и тѣмъ и другимъ (въ женскомъ лецитина  $2\%$ , нуклеина—1.3, а въ коровьемъ перваго 1.1, втораго 0.6); разница эта тѣмъ болѣе существенна, что мы не можемъ устранить ее, когда хотимъ вскармливать ребенка коровьимъ молокомъ.

Къ числу составныхъ веществъ молока, мало доступныхъ химіи, относятся разные ферменты, напр., открытый Woichut въ женскомъ молокѣ *диастазъ* и другія вещества, вырабатываемыя не клѣтками молочной железы, а попадающія въ молоко изъ кровяной сыворотки, какъ, наприм., антитоксины (опыты Ehrlich'a надъ иммунизированными животными), нѣкоторыя лѣкарства и проч. Благодаря присутствію въ молокѣ разныхъ трудно опредѣлимыхъ веществъ, нерѣдко встрѣчаются случаи, когда молоко, кажущееся во всѣхъ отношеніяхъ хорошимъ, тѣмъ не менѣе не переносится ребенкомъ, вызывая у него колики. Въ послѣднее время Eschrich, желая объяснить частое развитіе анеміи у рожковыхъ дѣтей и даже

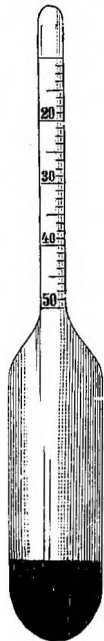
у такихъ, которыя отлично переносятъ коровье молоко, высказалъ предположеніе о присутствіи въ женскомъ молокѣ особаго фермента, играющаго роль стимула для общаго питанія организма.

Количество молока у кормящей женщины увеличивается послѣ родовъ съ каждымъ днемъ и стоитъ на достигнутомъ максимумѣ отъ 2-го до 7-го мѣсяца, послѣ чего начинаетъ понемногу убывать; хорошая кормилица даетъ отъ 2-го до 6-го мѣсяца около 1000—1500 грм. молока.

При *изслѣдованіи* молока, съ цѣлью опредѣленія его достоинства, какъ пищи грудного ребенка, обращается вниманіе на его реакцію, удѣльный вѣсъ, содержаніе жира и микроскопической составъ.

Фиг. IV.

Опредѣленіе *реакціи* дѣлается посредствомъ лакмусовой и куркумовой бумажекъ. Реакція женскаго молока обязательно должна быть *щелочной* (въ отличіе отъ коровьяго, которое нерѣдко представляетъ нейтральную или амфотерную реакцію). Если лакмусовая бумажка показываетъ кислую реакцію, то такое молоко, какъ патологическое, должно быть признано негоднымъ для питанія ребенка.

Лактоденсиметръ  
Сонгад'а.

Для опредѣленія *удѣльнаго вѣса* молока употребляется ареометръ, извѣстный подъ именемъ *лактоденсиметра* (фиг. IV). Въ практикѣ пользуются, обыкновенно, инструментомъ Сонгад'а, отличающимся, сравнительно съ ареометромъ Кувенне, меньшею величиною, позволяющей сдѣлать опредѣленіе удѣльнаго вѣса даже и небольшихъ количествъ молока. Средній уд. вѣсъ женскаго молока = 1030 (если уд. в. воды = 1000) съ колебаніемъ на 5 градусовъ въ ту или другую сторону, т.е. отъ 1025 до 1035. Уд. в. молока будетъ тѣмъ выше, чѣмъ больше въ немъ бѣлка и сахара и чѣмъ меньше жира, и, наоборотъ, уд. вѣсъ будетъ тѣмъ ниже, чѣмъ молоко жирнѣе; значитъ, судить о качествѣ

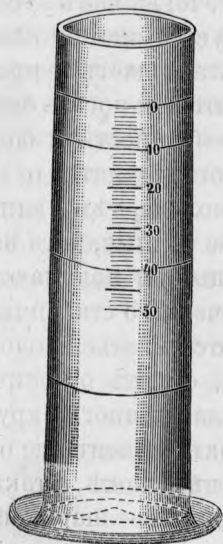
молока по уд. вѣсу можно лишь послѣ опредѣленія въ немъ количества жира. Понятно, что молозиво, богатое бѣлкомъ и бѣдное жиромъ, должно имѣть высокій уд. вѣсъ (1040 до 1060).

Самый простой, хотя далеко несовершенный, способ *опредѣленія жира* въ молокѣ состоитъ въ осмотрѣ капель молока, выдавливаемыхъ изъ груди: жидкое молоко кажется синеватымъ и сейчасъ же стекаетъ съ соска, тогда какъ густое отличается бѣлымъ цвѣтомъ, а очень густое напоминаетъ сливки. Столь же приблизительные результаты даетъ и *проба ногтемъ*, при чемъ каплю молока помѣщаютъ на ноготь большого пальца и по цвѣту капли, по ея прозрачности и большей или меньшей легкости стеканія съ ногтя судятъ о количествѣ жира; понятно, что чѣмъ жиже молоко, тѣмъ капля его будетъ прозрачнѣе и подвижнѣе. Болѣе точные, хотя все-таки не вполне удовлетворительные, результаты получаются при помощи *кремометра*, т. е. цилиндрическаго стаканчика съ дѣленіями; въ этомъ стаканчикѣ даютъ отстаиваться молоку и, по количеству образовавшихся сливокъ, судятъ о количествѣ жира. Но инструментъ этотъ (фиг. V) даетъ иногда крупныя ошибки, такъ какъ отстаиваніе сливокъ зависитъ не отъ одного лишь процентнаго содержанія жира въ молокѣ, а также отъ уд. вѣса молока, отъ величины молочныхъ шариковъ, температуры и, можетъ быть, отъ еще какихъ-нибудь вліяній. Провѣряя показанія кремометра, Сопгад нашель, напр., что въ одномъ молокѣ сливки занимали 8 дѣленій, количество жира оказалось 38<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, въ другомъ при 10 дѣленіяхъ—30<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, а въ третьемъ при 9 дѣленіяхъ—всего только 21<sup>0</sup>/<sub>00</sub> и т. п.

Болѣе точные результаты даетъ оптическая проба *Vogel's*. Инструментарій его состоитъ изъ трехъ вещей: цилиндрической сосудъ вместимостью въ 100 куб. см. (до черты), въ которомъ смѣшивается молоко съ водой, пипетка, раздѣленная на 5 к. см., и плоскій сосудъ (фиг. VI), состоящій изъ двухъ параллельныхъ стеклянныхъ пластинокъ, соединенныхъ мѣдной оправой. При изслѣдованіи молока поступаютъ такъ: въ цилиндрической сосудъ наливаютъ 100 к. см. воды и прибавляютъ къ ней помощью пипетки 3 к. см. молока, размѣшиваютъ и наливаютъ смѣсь въ плоскій сосудъ, который подносятъ къ глазу, и черезъ мутную воду смотрятъ на пламя свѣчи, удаленной отъ инструмента на разстояніе фута; понятно, что комната должна быть затемнена. Если контуры свѣчи еще видны, то жидкость сливаютъ снова въ

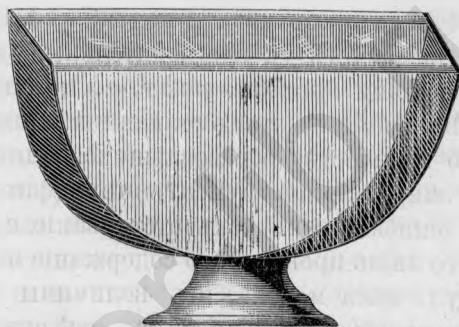
цилиндрической сосудъ, прибавляютъ еще 1 к. стм. молока и снова смотрятъ, продолжая такимъ образомъ до тѣхъ поръ, пока контуры пламени перестанутъ быть видны. Къ инструменту приложена таблица, изъ которой прямо видно, какое количество жира соотвѣтствуетъ данному количеству молока, прибавленному къ водѣ, чтобы сдѣлать ее достаточно прозрачной.

Фиг. V.



Кремометръ Quevenne'a.

Фиг. VI.



Инструментъ Vogelt'a.

Эта оптическая проба тоже не отличается особенной точностью, хотя и даетъ все-таки довольно удовлетворительные результаты. Неудобство метода состоитъ, между прочимъ, въ томъ, что онъ даетъ сравнительно большой просторъ субъективности изслѣдователя при рѣшеніи вопроса объ окончательномъ исчезаніи контуровъ пламени. Лучшимъ инструментомъ для опредѣленія жира въ молоко считается *лактобутирометръ Marchand'a*, видоизмѣненный для спеціальнаго изслѣдованія женскаго молока *Сопгад'омъ*, который сдѣлалъ его болѣе миниатюрнымъ, такъ какъ, обыкновенно, приходится имѣть дѣло лишь съ небольшими количествами женскаго молока; лактобутирометръ *Сопгад'a* требуетъ всего 5 к. стм. молока (фиг. VII).

Изслѣдованіе, по описанію самого *Сопгад'a* производится слѣдующимъ образомъ: молоко наливаютъ въ инструментъ точно до замѣтки *M (Milch)*, прибавляютъ каплю (отнюдь не болѣе, такъ какъ можетъ наступить свертываніе казеина и нарушиться выдѣленіе жира) натровой щелочи; послѣдняя

нейтрализуетъ случайно бывающую молочную кислоту, препятствуетъ свертыванію казеина во время производства пробы и повышаетъ растворимость жира въ эфирѣ. Взболтавъ затѣмъ хорошенько, прибавляютъ эфира точно до замѣтки Aeth., закрываютъ инструментъ пробкой и сильно взбалтываютъ. Потомъ прибавляютъ до А 80—90% алкоголя, взбалтываютъ опять тщательно и ставятъ инструментъ въ теплую воду 35—40°, оставляя его въ вертикальномъ положеніи до тѣхъ поръ, пока слой жира не перестанетъ увеличиваться на поверхности. Послѣ всего этого опредѣляютъ въ скалѣ слой жира и именно—на пространствѣ отъ самой углубленной точки на верхней поверхности до таковой на нижней выпуклой; по формулѣ  $1,260 + (n^0 \times 0,233)$  \*) вычисляютъ по числу сосчитанныхъ градусовъ количество жира.

Фиг. VII.



Лактобутирометръ Сонгад'я.

Градусы лакто- бутирометра	Соотвѣтствующіе проц. жира.
1	1,493 (1,5)
2	1,726 (1,7)
3	1,959 (2,0)
4	2,192 (2,2)
5	2,425 (2,4)
6	2,658 (2,7)
7	2,891 (2,9)
8	3,124 (3,1)
9	3,357 (3,4)
10	3,590 (3,6)
11	3,823 (3,8)
12	4,056 (4,1)
13	4,289 (4,3)
14	4,522 (4,5)
15	4,755 (4,8)
16	4,988 (5,0)
17	5,222 (5,2)

\*) Такъ какъ формулу эту легко забыть, то можно пользоваться болѣе простымъ способомъ: число дѣлений умножается на 0.2 и къ произведенію прибавляется 1.5, напр., при 5 дѣленіяхъ % жира будетъ:  $5 \times 0.2 + 1.5 = 2.5$ , при 10 дѣленіяхъ:  $10 \times 0.2 + 1.5 = 3.5$ .



Лактобутирометръ при нормальномъ женскомъ молокѣ долженъ показывать 7—12 дѣл., что равняется 3—4% жира. Образование должнаго слоя жира происходитъ въ 5—10—15 минутъ. Сравнивая эти результаты съ опредѣленіемъ жира путемъ химическаго анализа, Сопгад нашелъ, что его инструментъ показываетъ въ среднемъ выводѣ 92,24% (minimum—88,59%, maximum—98,86% количества жира, опредѣленнаго химическимъ анализомъ). При изслѣдованіи молока по какому бы то ни было способу, слѣдуетъ имѣть въ виду, что количество жира рѣзко измѣняется во время отсасыванія груди; если грудь отдыхала часа два или больше, то первая порціи молока бываютъ очень водянисты (1,5—2% жира), тогда какъ подъ конецъ сосанія молоко изъ той же самой груди оказывается гораздо жирнѣе (3,6—4,5% жира), количество бѣлковъ, сахара и солей при этомъ почти не измѣняется, а потому для изслѣдованія грудного молока необходимо брать его изъ груди послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ ее 2—3 минуты.

Вліяніе на составъ молока возраста женщины, числа родовъ и періода менструацій не постоянно и большею частью не существенно,—гораздо важнѣе значеніе пищи, беременности, психическихъ вліяній и лѣкарствъ. Питательная мясная пища даетъ болѣе густое молоко и увеличиваетъ количество его, но слишкомъ роскошный „барскій“ столъ послѣ скудной крестьянской пищи очень часто ведетъ не къ улучшенію молока, а къ ожирѣнію кормилицы и къ уменьшенію количества молока, при чемъ молоко дѣлается настолько трудноваримымъ, что ребенокъ получаетъ колики и диспепсію. То же самое наблюдается при беременности: молоко убываетъ, въ немъ нерѣдко удается констатировать присутствіе молозивныхъ тѣлецъ, и ребенокъ страдаетъ разстройствомъ пищеваренія; подъ вліяніемъ сильныхъ психическихъ аффектовъ молоко можетъ совсѣмъ пропасть; вліяніе лѣкарствъ выражается въ томъ, что многія изъ нихъ (мышьякъ, опій и др. наркотическія, іодъ, ртуть и др.) переходятъ въ молоко.

**Минроснопическая проба.** При изслѣдованіи капли молока подъ микроскопомъ при увеличеніи въ 200—300 разъ, все поле зрѣнія оказывается усыяннымъ круглыми капельками жира, извѣстными подъ именемъ молочныхъ тѣлецъ;

величина ихъ не одинакова: различаютъ крупныя, среднія и мелкія тѣльца; въ нормальномъ молокѣ, въ подавляющемъ большинствѣ, должны встрѣчаться средней величины тѣльца, въ противномъ случаѣ молоко надо считать не совсемъ удовлетворительнымъ. Молоко признается еще менѣе годнымъ, если микроскопъ открываетъ въ немъ элементы, специально свойственные молозиву, а именно большія зернистыя и жирно-перерожденныя клѣтки и такъ назыв. *молозивныя тѣльца*, т.-е. клѣтки, представляющія изъ себя конгломератъ изъ молочныхъ тѣлецъ, связанныхъ остатками клѣточной протоплазмы; въ нѣкоторыхъ видно еще ядро, въ другихъ найти его не удастся. Отъ распаденія этихъ образований получаютъ клѣтки съ шапками, т.-е. капля жира съ приставшимъ къ ней кусочкомъ протоплазмы. (Подъ влияніемъ осміевоы кислоты шапочки окрашиваются въ черный цвѣтъ, а протоплазма--въ желтоватый).

Итакъ, наши требованія къ молоку сводятся къ слѣдующему: щелочная реакція, удѣльный вѣсъ около 1030, % жира отъ 3 до 4, значительное преобладаніе на полѣ зрѣнія микроскопа молочныхъ шариковъ средней величины, отсутствіе (послѣ 3 недѣль) молозивныхъ тѣлецъ, кровяныхъ и гнойныхъ шариковъ.

### Правила кормленія грудью.

При кормленіи ребенка грудью слѣдуетъ держаться извѣстныхъ правилъ, безъ соблюденія которыхъ легко могутъ развиваться у питомца различные виды разстройства пищеваренія.

1. Какъ часто давать ребенку грудь? Въ первое время послѣ родовъ новорожденный много спитъ, и можно давать ему грудь всякій разъ, какъ онъ проснется. Молока въ первые дни у матери бываетъ еще мало, да при томъ же и ребенокъ сосеть не сильно, потому опасность отъ перекармливанія въ это время не угрожаетъ; но если держаться такого способа кормленія и дальше, то уже на второмъ мѣсяцѣ начинаютъ, обыкновенно, появляться признаки того, что ребенокъ переѣдаетъ, т.-е., что онъ получаетъ молока больше

того, чѣмъ можетъ переварить: онъ или срыгиваетъ часть высосаннаго молока, или начинаетъ много кричать отъ коликъ. Въ виду этого уже съ конца 1-го мѣсяца слѣдуетъ приучать ребенка къ правильнымъ промежуткамъ между приемами пищи. Первые 2—3 мѣсяца можно давать грудь черезъ 2 часа днемъ и черезъ 3 ночью (отъ 8 утра до 8 вечера, 7 разъ, и потомъ въ 11, въ 2 и въ 5 час., всего 10 разъ), послѣ 3-го мѣсяца — черезъ 3 часа днемъ и 2 раза ночью (всего 7 разъ въ сутки). Къ такому правилу пришли отчасти на основаніи опытовъ съ выкачиваніемъ содержимаго желудка, при чемъ оказалось, что желудокъ освобождается отъ пищи не ранѣе какъ черезъ 2 часа, а отчасти на основаніи наблюденій, показавшихъ, что при частомъ даваніи груди нерѣдко появляется у ребенка расстройство пищеваренія, которое быстро устраняется удлиненіемъ промежутковъ между даваніемъ груди.

2. Вопросъ о томъ, сколько времени долженъ ребенокъ каждый разъ оставаться при груди, рѣшается самимъ ребенкомъ; кормленіе прекращается, когда ребенокъ перестаетъ прилежно сосать, т.-е. оставляетъ грудь, отдыхаетъ, какъ-бы засыпаетъ или смотритъ по сторонамъ и т. п. Время прилежнаго сосанія колеблется отъ 5 до 15 мин. въ зависимости отъ количества молока, мягкости груди и голода ребенка; если онъ давно не сосалъ, то прилежно сосетъ дольше; если кормили его недавно, то насыщается скорѣе; главное правило: не давать грудь насильно, т.-е. не совать ему въ ротъ сосокъ, когда онъ уже выпустилъ его.

Вопросъ о томъ, сколько времени можетъ ребенокъ сосать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, всего раціональнѣе рѣшается посредствомъ взвѣшиванія ребенка до и послѣ сосанія съ цѣлью опредѣленія количества высасываемаго молока. Сообразно вмѣстимости желудка ребенокъ въ первую недѣлю жизни не долженъ высасывать болѣе 40—50 грм., къ концу мѣсяца до 60—70 грм. и потомъ съ каждымъ мѣсяцемъ до 5-го мѣсяца на 10—20 грм. больше (на 5-мъ мѣсяцѣ отъ 130 до 150 грм. за разъ). Это уже максимальныя цифры. Вотъ примѣрная таблица количества молока, высасываемаго ребенкомъ у хорошей кормилицы:

Къ концу 1-го мѣс. реб. высас. за разъ	60	грм. въ день	500
" " 2-го " " " " "	90	" " "	600—700
" " 3-го " " " " "	100—120	" " "	700—800
" " 4-го " " " " "	120—130	" " "	800—900
" " 5—12 " " " " "	130—150	" " "	1000.

3. Не все равно, давать ли всякій разъ обѣ груди, или соблюдать между ними очередь. Дѣло въ томъ, что если грудь отдыхаетъ нѣсколько часовъ, то сначала отдаивается молоко синеватое, очень бѣдное жиромъ, а потомъ болѣе густое. Такая разница въ различныхъ порціяхъ молока замѣчается не у женщинъ только, но и у коровъ и у другихъ животныхъ. Слѣдовательно, при сосаніи обѣихъ грудей ребенокъ получить или очень жидкое молоко (если обѣ груди отдыхали долго), или очень густое, а потому для устраненія этого недостатка необходимо соблюдать очередь между грудями. Обѣ груди даются ребенку только въ томъ случаѣ, если молока мало, или послѣ полгода, когда ребенокъ требуетъ больше пищи, чѣмъ можетъ дать ему одна грудь.

4. Отнятіе отъ груди производится постепенно, т.-е. ребенка приучаютъ сначала къ новой пицѣ,—его, какъ говорится, начинаютъ прикармливать.

Если ребенокъ сытъ (прибавляется правильно въ вѣсѣ) однимъ груднымъ молокомъ, то прикармливаніе можно начать мѣсяца за два до предполагаемаго отнятія; если же замѣчается остановка въ развитіи ребенка, то прикармливаніе начинаютъ, смотря по надобности, и раньше, но только не ранѣ 4-го мѣсяца, а если молока у кормящей мало даже и для трехмѣсячнаго ребенка, то такая женщина, значить, вообще плохая кормилица, и тогда лучше взять другую.

Въ нормальномъ состояніи ребенокъ долженъ прибавляться въ вѣсѣ приблизительно по такой схемѣ:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
въ мѣсяцъ	750	700	650	600	550	500	450	400	350	300	250	200
въ сутки	25	23	22	20	18	17	15	14	12	10	8	7.

Въ большинствѣ случаевъ надобность въ прикармливаніи замѣчается на 7-мъ мѣсяцѣ. Сначала даютъ ребенку разъ въ день коровье молоко пополамъ съ водою, дня черезъ три—цѣльное. Если желудокъ хорошо переноситъ его, то слѣдую-

щую недѣлю даютъ одинъ разъ въ день бульонъ и другой разъ молоко; на 3-й недѣлѣ къ бульону прибавляютъ яйцо въ смятку и вмѣсто молока кашу; на 4-й недѣлѣ даютъ въ день 3 раза постороннюю пищу, а на второй мѣсяцъ грудь остается только для ночи. Когда ребенокъ хорошо перевариваетъ супъ, яйца, молоко и кашу, то можетъ быть отнятъ. Во время эпидемій поноса (лѣтомъ) отнимать не слѣдуетъ, равно какъ нельзя отнимать ребенка, если онъ боленъ какой-нибудь случайной болѣзью, будетъ ли то бронхитъ, корь или вообще какое-либо лихорадочное страданіе. Послѣ отнятія отъ груди ребенокъ остается при той пищѣ, къ которой привыкъ, по крайней мѣрѣ, мѣсяца два; послѣ года можно осторожно знакомить его съ мясомъ, сначала давая ему рубленное мясо въ вареномъ видѣ разъ въ день вмѣстѣ съ супомъ, а потомъ и жареную котлету. Къ концу 2-го года можно давать вареные овощи, а въ случаѣ запора—и сырые фрукты въ небольшомъ количествѣ.

### **Условія, при которыхъ мать не кормитъ своего ребенка.**

Въ однихъ случаяхъ мать *не можетъ* кормить грудью, въ другихъ она *не должна* этого дѣлать.

Невозможность кормленія обуславливается различными причинами: 1) полное отсутствіе молока въ грудяхъ, 2) значительныя трещины сосковъ, дѣлающія сосаніе невыносимо болѣзненнымъ, 3) гнойное воспаленіе обѣихъ грудныхъ железъ, 4) вдавленный сосокъ, захватить который ребенокъ рѣшительно отказывается, 5) ребенокъ не беретъ груди по причинамъ, въ немъ лежащимъ (раздвоенная губа, волчья пасть и проч.). Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ можно кормить сцеженнымъ молокомъ.

Мать не должна кормить во веѣхъ случаяхъ, когда она хвораетъ какою-либо болѣзью, передающеюся по наслѣдству или черезъ зараженіе, каковы, напр., туберкулезъ, ясно выраженная золотуха, эпилепсія, психическое разстройство, или если она вообще слабого здоровья вслѣдствіе явно выраженной анеміи или какой-нибудь другой хронической болѣзни; не слѣдуетъ позволять кормить грудью женщинамъ съ порокомъ сердца, съ нефритомъ, истеричкамъ и такимъ, которыя,

будучи сами здоровыми, происходят изъ туберкулезной семьи. Что касается до вопроса о томъ, можетъ ли кормить своего ребенка мать сифилитичка, то отвѣтъ дается, смотря по случаю: если мать заразилась до беременности, или если она здорова, а ребенокъ родился въ сифилисѣ отъ отца, то мать должна его кормить; если же мать заразилась во время беременности, ребенокъ же, повидимому, здоровъ, то въ такомъ случаѣ пусть лучше мать не кормить.

Изъ острыхъ болѣзней противопоказуютъ кормленіе всѣ, относящіяся къ группѣ контагіозныхъ.

Лихорадочное состояніе само по себѣ совмѣстимо съ кормленіемъ грудью, если только оно не ведетъ къ исчезанію молока. Легкія степени анэмїи и первности могутъ служить поводомъ къ отнятїю отъ груди только въ томъ случаѣ, если подъ вліяніемъ кормленія симптомы усиливаются; нерѣдко случается, что малокровныя, слабыя, нервныя женщины никогда не чувствуютъ себя такъ хорошо, какъ въ періодъ кормленія грудью, что объясняется тѣмъ, что въ это время у нихъ проявляется усиленный аппетитъ, и онѣ не только не худѣютъ, но даже поправляются, несмотря на лактацію; а потому при рѣшеніи вопроса, можетъ ли анэмичная женщина взять на себя дѣло кормленія грудью *своего* ребенка, надо руководствоваться опытомъ, заставивши мать кормить хотя 1—2 недѣли; если за это время аппетитъ улучшается, то, значитъ, дѣло пойдетъ.

Иногда поводомъ къ отнятїю ребенка отъ груди служить *плохое качество молока*, при чемъ руководствуются отчасти результатами изслѣдованія молока, отчасти здоровьемъ ребенка: если, несмотря на правильное кормленіе, ребенокъ много кричитъ отъ коликъ и постоянно страдаетъ диспепсіей, то данное молоко ему не годится, потому слѣдуетъ передать его кормилицѣ или перевести на коровье молоко. Подобнаго рода диспепсіи всего чаще встрѣчаются у первенцевъ, когда мать или слѣшкомъ молода (моложе 20 л.), или малокровна, или нервна. Точно такъ же показано отнятїе отъ груди въ случаѣ новой беременности матери, потому что это истощаетъ мать и отражается на ребенкѣ, который или страдаетъ отъ недостатка молока, или получаетъ, кромѣ того, еще и колики. Что касается до регулъ, то сами по себѣ онѣ не тре-

бують прекращенія лактаціи, если только нѣтъ постояннаго разстройства пищеваренія у ребенка.

### Правила при выборѣ и содержаніи кормилицы.

Кормилица должна удовлетворять тремъ главнымъ условіямъ: надо: 1) чтобы у нея было *достаточно молока*, 2) чтобы молоко было хорошо и 3) чтобы она была *здорова*; этимъ въ сущности сказано все.

О количествѣ молока судимъ по результатамъ сдаиванія его или по прибавкѣ вѣса ребенка непосредственно послѣ того, какъ онъ пососалъ грудь.

Самый простой и достаточно точный приемъ для оцѣнки количества молока состоитъ въ томъ, что выдавливаютъ молоко изъ груди непосредственно послѣ того, какъ ребенокъ сосалъ ее минутъ 15; если при этомъ условіи молоко выдавливается изъ груди въ видѣ нѣсколькихъ струй, бьющихъ фонтаномъ, то молока, значить, достаточно. Къ здоровью кормилицы надо относиться гораздо придирчивѣе, чѣмъ къ здоровью матери, такъ какъ средняго достоинства мать все же лучше, чѣмъ хорошая кормилица. Осмотръ кормилицы начинается съ полости рта и зѣва (плохіе зубы и рыхлыя десны плохо вяжутся съ хорошимъ пищевареніемъ; зѣвъ—любимое мѣсто для проявленія сифилиса на слизистыхъ оболочкахъ) и распространяется на всѣ органы, при чемъ особое вниманіе обращается на кожу и лимфатическія железы (золотуха, сифились въ формѣ сыпей, рубцовъ, хронической гиперплазіи железъ), на половые органы и легкія (туберкулезъ).

Возрастъ кормилицы долженъ быть отъ 20 до 35 лѣтъ; время, протекшее послѣ родовъ, не имѣетъ большого значенія, такъ какъ составъ молока, начиная со 2-го мѣсяца и до 9-го, измѣняется очень незначительно; лучше, конечно, если ребенокъ кормилицы—ровесникъ ея будущему питомцу. Брать въ кормилицы женщину, только-что родившую, неудобно, во-1-хъ, потому, что молоко ея, какъ молозиво, годится только для новорожденнаго; во-2-хъ, въ этотъ періодъ ей угрожаютъ различныя послѣродовыя заболѣванія; въ-3-хъ, количество молока не велико. Неудобно также брать кормилицу послѣ

6 мѣсяцевъ, такъ какъ послѣ этого срока отдѣленіе молока идетъ на убыль. Женщина, родившая уже два или три раза и хорошо выкормившая своихъ или чужихъ дѣтей, предпочитается первородящимъ, такъ какъ она уже доказала свои епособности быть кормилицей.

Для оцѣнки достоинствъ молока прибѣгаютъ къ помощи химическаго и микроскопическаго изслѣдованія его и къ осмотру ея собственнаго ребенка, который можетъ выяснитъ нѣкоторые недостатки молока, не открывающіеся анализомъ: онъ позволяетъ, напр., судить о времени, протекшемъ отъ момента родовъ (иногда поступаютъ въ кормилицы женщины, уже откормившія своего ребенка), и о сифилисѣ (такъ какъ врожденный сифилисъ проявляется у ребенка большею частью въ теченіе первыхъ 6 недѣль, то многіе врачи не совѣтуютъ брать кормилицу, ребенку которой еще нѣтъ 6 недѣль). Что касается изслѣдованія молока, то нѣкоторые авторы считаютъ его ненужнымъ, такъ какъ нерѣдко встрѣчаются случаи, что молоко, негодное для даннаго ребенка, отлично переносится другимъ или оказывается какъ при химическомъ, такъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи совсѣмъ хорошимъ. Значитъ, дѣло врача опредѣлитъ только количество молока, а качество его выяснитъ самъ ребенокъ. Во многихъ случаяхъ, однако, химическое или микроскопическое изслѣдованія, несомнѣнно, указываютъ на плохое качество молока.

Если кормилица является безъ ребенка и не можетъ представить метрики его, то судить о возрастѣ ея молока можно до нѣкоторой степени при помощи реакціи Умикова. Онъ смѣшиваетъ 5 к. стм. изслѣдуемаго молока съ 2,5 к. стм. 10%-го раствора амміака и подогреваетъ эту смѣсь въ водяной банѣ при 60° Ц. въ теченіе 15 — 20 минутъ, при чемъ получается болѣе или менѣе интенсивная окраска смѣси отъ свѣтло-розоваго до темно-фіолетоваго цвѣта; по интенсивности окраски и судятъ о возрастѣ молока, такъ какъ чѣмъ старше молоко, тѣмъ сильнѣе окраска; такъ, напр., въ первыя 6 недѣль реакція едва замѣтна, въ слѣдующія шесть недѣль получается ясная розово-фіолетовая окраска, которая съ каждымъ мѣсяцемъ дѣлается темнѣе и темнѣе.



При содержаніи кормилицы слѣдуетъ руководствоваться правиломъ: „чѣмъ проще, тѣмъ лучше“, какъ въ пищѣ, такъ и въ образѣ жизни.

Діета: щи, каша, мясо, молоко, хлѣбъ, чай и т. п. простые вещи; запрещаются спиртные напитки, пахучія вещества (чеснокъ, напр.) и слишкомъ непривычная пища. Квасъ и другія кислоты въ умѣренномъ количествѣ дозволяются, если онѣ не производятъ у ребенка колики, что, впрочемъ, случается рѣдко и выясняется опытомъ. Отнюдь не слѣдуетъ стараться перекармливать кормилицу, такъ какъ при употребленіи слишкомъ питательной пищи случается сплошь и рядомъ, что кормилица начинаетъ замѣтно полнѣть, но вмѣстѣ съ тѣмъ теряетъ молоко, или оно дѣлается трудноваримымъ, и ребенокъ страдаетъ разстройствомъ пищеваренія. Чѣмъ болѣе впроголодь жила кормилица до поступленія на мѣсто, тѣмъ осторожнѣе слѣдуетъ быть при назначеніи ей питательной, непривычной пищи. Пиво въ умѣренномъ количествѣ можно дозволять только женщинамъ, привыкшимъ къ нему.

Гигіена: обязательны прогулки на свѣжемъ воздухѣ и легкая работа (уборка дѣтской, мытье бѣлья и т. п.). При надзорѣ за кормилицей имѣть въ виду, чтобъ отнюдь не клала съ собой ребенка спать (возможность задушенія) и чтобъ не прибѣгала къ груди, какъ къ успокоительному средству (перекармливаніе).

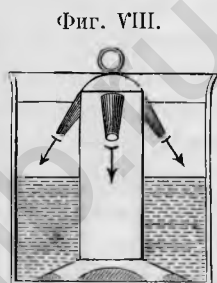
## **I. Правила, нанія должны быть соблюдаемы при выкармливаніи дѣтей молокомъ животныхъ.**

Имѣя въ виду, что ребенокъ не можетъ питаться твердою пищей, такъ какъ у него нѣтъ зубовъ, и что въ первые мѣсяцы жизни онъ не можетъ переварить крахмала, потому что слюнные железы и поджелудочная железа еще не вырабатываютъ фермента, переводящаго крахмалъ въ сахаръ, необходимо вскармливать ребенка жидкою пищей, не содержащей крахмала, а въ виду слабости органовъ пищеваренія вообще надо, чтобы всѣ вещества, входящія въ составъ пищи, т.-е. бѣлки, углеводы и жиры, были въ легко употребляемой формѣ. Всѣмъ этимъ условіямъ всего лучше удовлетворять

молоко животных: жиръ здѣсь въ формѣ эмульсии, а сахаръ и бѣлки—въ растворѣ, и послѣдніе притомъ въ такомъ видѣ, что не осаждаются отъ кипяченія и потому допускаютъ сохраненіе молока на сравнительно продолжительный срокъ.

По химическому составу и по другимъ свойствамъ къ женскому молоку всего болѣе подходитъ молоко ослицъ и кобылицъ, но въ нашей мѣстности, за неимѣніемъ лучшаго, исключительно употребляется коровье молоко.

При вскармливаниі грудныхъ дѣтей коровимъ молокомъ приходится считаться съ тремя недостатками этой пищи: 1) подѣ влияніемъ быстро развивающихся въ немъ микробовъ, оно легко *портится* и тогда не переносится желудкомъ ребенка, 2) оно имѣетъ *иной количественный химическій составъ* сравнительно съ женскимъ молокомъ и 3) различное качество бѣлковъ молока, вслѣдствіе чего коровье молоко подѣ влияніемъ желудочнаго сока *створаживается* не мелкими хлопьями, какъ молоко женщинъ, а *крупными кусками*.



Кастрюля Soltmann'a.

1. Для предотвращенія скорой *порчи молока* предложены разные способы его обработки (охлажденіе во льду непосредственно послѣ доенія, прибавка къ молоку противобродильныхъ веществъ, напр., бензойно-кислой магнезии—Klebs), но всего проще достигается эта цѣль посредствомъ стерилизаціи молока *кипяченіемъ*. Для болѣе равномернаго прогреванія молока и чтобъ избѣгнуть пригоранія его къ стѣнкамъ кастрюли при продолжительномъ кипяченіи, придуманы особаго рода кастрюли, изъ которыхъ простѣйшая принадлежитъ Soltmann'у (фиг. VIII). Снарядикъ этотъ состоитъ изъ жестяного цилиндра съ вырѣзками на свободномъ краѣ и съ тремя трубками, вдѣланными около закрытаго конца цилиндра. Молоко кипятится въ обыкновенной кастрюлѣ, въ которую помещается вмѣстѣ съ молокомъ и этотъ цилиндръ дномъ кверху; молоко, нагрѣваясь у дна кастрюли, подымается по цилиндру кверху и черезъ трубки возвращается опять въ кастрюлю и, такимъ образомъ, постоянно вращаясь, не можетъ ни пригорѣть, ни выбѣжать черезъ край кастрюли.

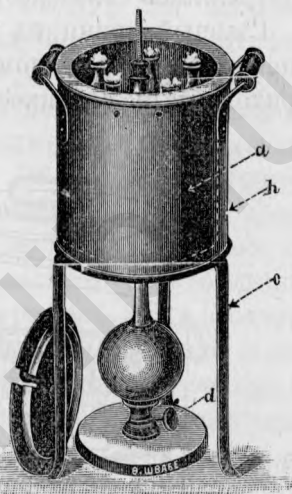
Кипяченіе продолжается 15—20 минутъ. По наблюденіямъ Soltmann'a молоко послѣ такого продолжительнаго кипяченія свертывается подѣ влияніемъ желудочнаго сока не такъ быстро, и потому свертки образуются не столь плотныя, какъ въ молокоѣ, кипяченномъ по обыкновенному способу и не долго.

Ислѣдованія разныхъ авторовъ показали, что различныя сорта молока не одинаково легко поддаются стерилизаціи и что вообще полная стерилизація достигается лишь при продолжительномъ (болѣе 5 часовъ) кипяченіи, но тогда измѣняется и вкусъ, и запахъ, и составъ молока, такъ что оно дѣлается совсѣмъ негоднымъ къ употребленію; но даже и при менѣе продолжительномъ кипяченіи молока или при обычной стерилизаціи его въ ап. Soxlet'a химическій составъ молока рѣзко измѣняется: часть растворимаго бѣлка осаждается, лецитинъ и нуклеинъ совсѣмъ разрушаются и органически связанный фосфоръ превращается въ фосфатъ, сахаръ пригораетъ; при стояніи такого молока жиръ собирается въ довольно плотную массу, которая при взбалтываніи уже не разбивается въ эмульсію; однимъ словомъ, *продолжительное кипяченіе портитъ молоко*, а потому оно не желательно, да, по счастью, и не нужно, такъ какъ, во-1-хъ, если въ молокоѣ при недолгомъ кипяченіи и останутся живыми споры нѣкоторыхъ бактерій, то можно помѣшать ихъ развитію, если сохранить молоко послѣ кипяченія при  $t^{\circ}$  не выше  $10^{\circ}$  R., а, во-2 хъ, молоко, даже и совсѣмъ свободное отъ микробовъ, сейчасъ же подвергается ихъ влиянію, какъ только проглатывается, такъ какъ въ содержимомъ желудка при нормальномъ состояніи даже и при грудномъ молокоѣ Langemann находилъ въ 1 к. стм. отъ 7 до 20.000 микроорганизмовъ. Для сохраненія молока въ теченіе нѣсколькихъ часовъ вполне достаточно пастеризаціи его, т.-е. нагрѣванія въ теченіе полчаса до  $70^{\circ}$  C. и потомъ сохраненія его при  $t^{\circ}$  въ  $8-10^{\circ}$  R. Преимущества такого способа обработки молока состоятъ въ томъ, что нисколько не измѣняются ни составъ молока, ни вкусъ его.

Для пастеризаціи молока можно рекомендовать аппаратъ д-ра Гиппиуса. Главную часть аппарата составляетъ котелокъ изъ бѣлой жести (ф. IX, а), вмѣщающій въ себѣ 5 склянокъ Soxlet'a въ 250 grm. Онъ окруженъ воз-

душной мантией (b) изъ того же матеріала, превосходящею его длину на 1 стм., такъ что котелокъ при стояннн касается плоскости не дномъ, но открытымънизу краемъ мантии. Къ верхнему краю котелка придѣлана маленькая гильза для удержанія термометра. Наполнивъ склянки требуемымъ количествомъ молока и закрывъ ихъ ватными пробками, ставятъ ихъ въ котелокъ и наливаютъ въ послѣдній холодную воду до верхняго края молока. Затѣмъ, закрывъ котелокъ крышкой, ставятъ его на керосинку и нагрѣваютъ заключающуюся въ немъ воду до 70° Ц., на что требуется 15—20 мин. Теперь снимаютъ котелокъ съ огня и ставятъ на штативъ треножника (c), снабженный вверху желѣзной пластинкой; по срединѣ пластинки продѣлано отверстие, подѣ которымъ помѣщается керосиновая лампочка (d). Съ момента перемѣщенія котла на штативъ, воздушная мантия его въ связи съ пластинкой штатива образуетъ теплую камеру, окружающую котелокъ, а такъ какъ въ послѣдней постоянно циркулируетъ токъ горячаго воздуха, то содержимое котла не охлаждается, держится на t° отъ 60 до 70° Ц., т.-е. на температурѣ наилучшей пастеризаціи молока. Черезъ 2 часа пастеризація окончена: склянки вынимаются и переносятся на холодъ.

Фиг. IX.



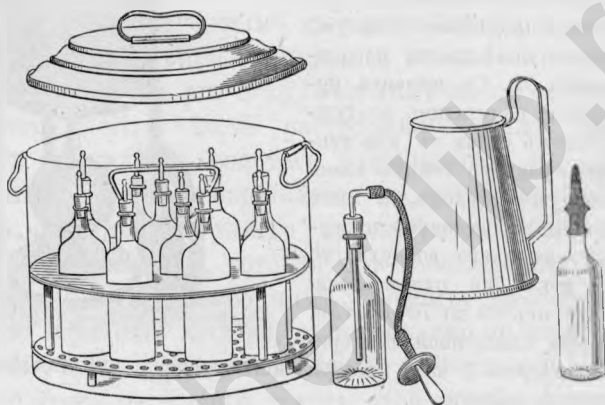
Кипяченіе хотя и обезпложиваеъ молоко и, такъ сказать, портитъ почву для развитія бактерій, но, тѣмъ не менѣе, со всѣмъ предотвратитъ его не можетъ, такъ что Scheffer, напр., черезъ 6 часовъ послѣ кипяченія находилъ въ молокоѣ при обыкновенномъ способѣ его храненія около 4.000 зародышей въ 1 к. стм. молока \*).

\*) Исслѣдованіемъ содержанія микробовъ въ молокоѣ при обычныхъ условіяхъ доенія и сохраненія молока занимались Freudenberg и Буйвидъ. Первый изъ нихъ нашелъ, что молоко, только-что надоенное, процеженное черезъ полотно и разлитое въ бутылки, содержитъ въ 1 к. стм. уже отъ 10 до 20 тысячъ зародышей. Въ опытѣ Буйвида рыночное молоко черезъ 3 часа послѣ доенія содержало ихъ около 100.000, а въ другомъ случаѣ черезъ 2 часа до 500.000. При стояннн молока при 15°, по наблюденіямъ Fr., увеличеніе зародышей въ теченіе первыхъ часовъ идетъ не быстро (черезъ 5—6 часовъ утраивается), но черезъ 15 часовъ число зародышей доходитъ до милліона, а черезъ сутки — до нѣсколькихъ милліоновъ въ 1 к.

Въ виду этого кипяченое молоко слѣдуетъ еще разъ вскипятить непосредственно передъ даваніемъ его ребенку. При приготовленіи молока по способу Soxlet'a попаданіе новыхъ зародышей грибовъ въ обезпложенное молоко предотвращается тѣмъ, что *отдѣльныя порціи его*, потребныя на каждое кормленіе, *сохраняются въ небольшихъ герметически закупоренныхъ склянкахъ*.

Главный принципъ кипяченія молока по Soxlet'у и состоитъ, именно, въ томъ, что простерилизованное молоко не приходитъ въ соприкосновеніе съ воздухомъ вплоть до того

Фиг. X.



Аппаратъ Soxlet'a.

момента, пока не придетъ время кормить ребенка, и что оно сохраняется въ стерилизованной посудѣ, которая подвергается дѣйствию жара вмѣстѣ съ молокомъ.

Аппаратъ Soxlet'a и способъ его употребленія состоятъ въ слѣдующемъ (фиг. X). Свѣже-надоенное молоко, цѣльное или надлежащимъ образомъ разведенное водой, ячменнымъ отваромъ и т. п., разливается въ 6—12 склянокъ, вмѣстимостью въ 150 грм., которыя помѣщаются въ металлическій судокъ и вмѣстѣ съ нимъ опускаются въ жестяную кастрю-

стм. При 25° размноженіе идетъ гораздо быстрее. Кислотность молока не идетъ параллельно количеству зародышей, такъ какъ сначала въ молоко развиваются случайно попавшіе въ него микробы и лишь позднѣе ихъ преодолѣваютъ микробы кислаго броженія.

лю; въ послѣднюю наливается вода въ такомъ количествѣ, чтобъ уровень ея достигалъ, примѣрно, до  $\frac{1}{2}$  высоты склянокъ. Пробки у склянокъ гуттаперчевыя, въ серединѣ продырявленныя; черезъ этотъ каналъ, когда склянка должна быть совсѣмъ закупорена, проводится стеклянный штифтчикъ\*). Въ началѣ стерилизаціи стеклянные штифтчики вынуты, но когда вода въ кастрюлѣ закипѣла, и воздухъ изъ склянокъ уже вышелъ, то всѣ онѣ наглухо закупориваются штифтчиками, и кипяченіе продолжается еще 10 минутъ, послѣ чего стерилизація считается оконченной, и всѣ скляночки впредь до употребленія сохраняются въ прохладномъ мѣстѣ (желательно имѣть  $t^{\circ}$  помѣщенія не выше  $10^{\circ}$  R). Передъ употребленіемъ одна изъ скляночекъ ставится на нѣкоторое время въ кружку съ горячею водою, чтобы молоко согрѣвалось до  $30^{\circ}$  R., потомъ пробочку вынимаютъ, надѣваютъ на горлышко сосокъ, и скляночка превращается въ рожокъ. Если ребенокъ не высосалъ всего содержимаго склянки, то остатки выливаются, такъ какъ всякій разъ необходимо давать только то молоко, которое послѣ кипяченія оставалось герметически закупореннымъ.

Способъ Soxlet'a по рациональности своей и по простотѣ заслуживаетъ полной рекомендаціи. Но само собою разумѣется, что никакая стерилизація не поможетъ, если производить ее въ грязной посудѣ, а потому основнымъ правиломъ при искусственномъ вскармливаніи должно быть *соблюденіе строжайшей чистоты и опрятности при сохраненіи молока и посуды*. Какое большое значеніе имѣетъ чистота посуды, отлично показали опыты Langerman'a (Jahrb. f. Kinderheil. XXXV, S. 88, 1893). На основаніи своихъ бактериоскопическихъ изслѣдованій, онъ пришелъ къ заключенію, что сохраненіе стерилизованнаго молока по способу Soxlet'a зависитъ не столько отъ прекращенія доступа воздуха къ молоку, сколько отъ стерилизаціи посуды; оказывается

\*) Затворъ склянокъ въ настоящее время придуманъ гораздо болѣе простымъ и остроумнымъ: на горлышко склянки просто накладывается кружокъ изъ мягкой гуттаперчи; при кипяченіи онъ свободно пропускаетъ воздухъ мимо своихъ краевъ, но въ періодъ охлажденія молока, вследствие образованія надъ молокомъ безвоздушнаго пространства, кружокъ нѣсколько вдавливается въ горлышки давленіемъ атмосферы и закупориваетъ его.

именно, что если молоко заготавливается лишь на нѣсколько часовъ или на одинъ день, то способъ Soxhlet'a даетъ тѣ же результаты, что и простое кипяченіе, но при условіи, чтобы молоко сохранялось въ томъ же самомъ сосудѣ, въ которомъ кипятилось; будучи же перелито въ чистую, но не стерилизованную посуду, оно черезъ короткое время содержитъ уже громадное количество бактерій.

Само собой разумѣется, что стерилизація по какому бы то ни было способу только предохраняетъ молоко отъ порчи, но оно не можетъ исправить прокисшаго или вообще такого, въ которомъ бактеріи уже успѣли образовать достаточное количество вредныхъ продуктовъ своей дѣятельности, а потому всего лучше брать молоко только-что надоенное.

Итакъ, устраненіе перваго недостатка достигается кипяченіемъ (стерилизаціей или пастеризаціей), хорошая сторона котораго состоитъ еще и въ томъ, что вмѣстѣ съ зародышами, обусловливающими кислое броженіе молока, уничтожаются также и болѣзнетворные организмы, попадающіе въ молоко или изъ воздуха, или изъ организма больной коровы (жемчужная болѣзнь, ящуръ, мокрецъ). Чистота при добываніи и содержаніи молока и стерилизаціи его составляютъ главнѣйшія условія для успѣшнаго проведенія искусственнаго вскармливанія; безъ соблюденія его устраненіе другихъ недостатковъ уже не ведетъ къ цѣли, между тѣмъ какъ при соблюденіи строжайшей чистоты хорошіе результаты достигаются при самыхъ разнообразныхъ методахъ обработки молока и его разведенія водой или отварами.

Устраненіе втораго недостатка, *разницы процентнаго содержанія составныхъ частей*, требуетъ разбавленія молока и прибавки къ нему жира и сахара, такъ какъ коровье молоко богаче казеиномъ и солями, но бѣднѣе жиромъ и сахаромъ, что явствуетъ изъ слѣдующей сравнительной таблицы состава женскаго и коровьяго молока:

	казеинъ	жиръ	сахаръ	соли
женское молоко	10 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	35 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	60 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
коровье „	30	35	40	7

Слѣдовательно, для приведенія къ нормѣ казеина, нужно разбавить коровье молоко двойнымъ количествомъ воды, а

для пополненія жира и сахара прибавить сливокъ и обыкновеннаго или молочнаго сахара (на 100 грм. воды надо взять около 6 грм. сахара и 35 грм. сливокъ, считая въ нихъ 10% жира). Прибавлять солей, конечно, не нужно, такъ какъ послѣ такого разбавленія ихъ все еще остается больше, чѣмъ въ женскомъ молокѣ. Въ виду трудности доставать въ городахъ хорошихъ сливокъ, Heubner и Soxlet совѣтуютъ довольствоваться прибавкою одного лишь молочнаго сахара, который вѣдь тоже жирообразователь; Heubner разбавляетъ молоко равнымъ количествомъ 6% раствора молочнаго сахара, а Soxlet находитъ возможнымъ рекомендовать даже 12% растворъ. Одну часть такого раствора онъ беретъ на 2 части молока. Но такія большія количества сахара не совсемъ удобны на практикѣ, такъ какъ молочный сахаръ въ большихъ дозахъ оказываетъ послабляющее дѣйствіе, и крѣпкіе растворы его годятся развѣ лишь при хроническомъ запорѣ у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей.

Monti рекомендуетъ разбавлять молоко *молочной сывороткой* (въ первыя недѣли жизни поровну, позднѣе на 2 чч. молока 1 ч. сыворотки) и называетъ такую смѣсь *молокомъ для грудныхъ дѣтей*. Главное преимущество этого способа разведенія то, что вмѣстѣ съ сывороткой прибавляется къ молоку молочный сахаръ, въ естественномъ растворѣ, жиръ и *растворимые бѣлки*, тогда какъ количество казеина въ разведенномъ молокѣ уменьшается вдвое. Главнымъ препятствіемъ для распространенія этого способа является хлопотливость приготовленія сыворотки, какъ видно изъ слѣдующаго:

Литръ молока нагрѣвается до 40° и смѣшивается съ двумя кофейными ложками французскаго сычужнаго фермента. Черезъ 25—30 минутъ молоко свертывается; тогда его подогрѣваютъ до 68°, охлаждаютъ и процеживаютъ.

Подобнымъ же образомъ поступаетъ и Vigier при приготовленіи такъ называемаго *гуманизованнаго молока*: определенное количество молока онъ дѣлитъ на двѣ равныя части; одна половина остается нетронутой, а съ другой послѣ отстаиванія снимаются сливки, которыя прибавляются къ первой порціи; снятое молоко потомъ створаживается для полученія сыворотки, которая тоже прибавляется къ первой



порціи; въ итогѣ получается молоко съ половиннымъ содержаніемъ казеина, но съ нормальнымъ количествомъ жира, сахара и раствореннаго бѣлка. Послѣднее обстоятельство имѣетъ большое значеніе, такъ какъ, по изслѣдованіямъ разныхъ авторовъ, прибавка къ молоку раствореннаго альбумина или геміальбумозы вліяетъ на казеинъ въ томъ смыслѣ, что онъ свертывается при дѣйствіи сычужнаго фермента болѣе мелкими и рыхлыми свертками.

Третье условіе, препятствующее дѣлу искусственнаго вскармливанія дѣтей коровьимъ молокомъ, состоитъ въ *различномъ качествѣ бѣлковъ* коровьяго молока сравнительно съ женскимъ.

Разница эта касается, главнымъ образомъ, казеина; казеинъ женскаго молока гораздо легче растворяется въ водѣ и трудно осаждается кислотами (при скисаніи женское молоко не свертывается), а подѣ вліяніемъ сычужнаго фермента онъ осаждается въ видѣ нѣжныхъ хлопьевъ, тогда какъ коровій — плотными, крупными комками; то же самое наблюдается и подѣ вліяніемъ желудочнаго сока; казеинъ женскаго молока переваривается гораздо легче коровьяго. Что створаживаніе казеина нѣжными хлопьями зависитъ отчасти отъ сравнительно богатаго содержанія женскаго молока растворимымъ бѣлкомъ, объ этомъ было уже сказано давно.

Чтобы, по возможности, сгладить разницу въ створаживаніи коровьяго молока сравнительно съ женскимъ и сдѣлать его болѣе удобоваримымъ, предлагается прибавлять къ молоку тѣ или другія вещества, отъ которыхъ ожидается благопріятное для пищеваренія вліяніе на казеинъ (подразумѣвая подѣ этимъ именемъ не чистый казеинъ, а смѣсь всѣхъ бѣлковыхъ тѣлъ, входящихъ въ составъ молока). Однѣ изъ этихъ прибавокъ дѣйствуютъ химически, другія — чисто механически.

Все, что увеличиваетъ въ молоко содержаніе геміальбумозы на счетъ казеина, должно считаться полезнымъ; такимъ образомъ дѣйствуетъ, напр., кипяченіе разбавленнаго молока съ водою (Шмидтъ) и еще сильнѣе — обработка молока ферментомъ поджелудочной железы или пепсиномъ, при чемъ получается такъ называемое *пептонизованное мо-*

молоко. Такъ называемое *искусственное женское молоко* Volterra и есть, именно, такое молоко, казеинъ котораго подвергнуть влиянію трипсина; для увеличенія процента жира къ молоку прибавляютъ сливокъ, потомъ его стерилизуютъ и сгущаютъ; такимъ образомъ получается консервъ, довольно хорошо сохраняющійся. Передъ употребленіемъ 1 ч. консерва разводится 8 чч. воды. Пептонизованное молоко (консервъ) Löflund'a—отличается отъ предыдущаго, между прочимъ, тѣмъ, что пептонизація казеина производится посредствомъ пепсина; о способѣ его употребленія сказано въ слѣдующей главѣ.

Въ этомъ отношеніи большого вниманія заслуживаетъ фабрикатъ Löflund'a—*сгущенное пептонизованное молоко*; но объ этомъ консервъ послѣ. У насъ, въ Москвѣ, обыкновенно довольствуются прибавкой соды, которая прописывается въ 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-номъ растворѣ (Rp. Natri bicarbon, 2.0, Aq. destil. 100.0) и прибавляется къ разбавленному молоку въ количествѣ  $\frac{1}{10}$  части (примѣрно, столовую ложку на стаканъ молока).

Къ средствамъ, дѣйствующимъ на казеинъ механически, относится прежде всего простая вода. Biedert показалъ, что створаживаніе казеина мелкими хлопьями достигается лишь при разведеніи молока 12-ю частями воды, но въ такомъ случаѣ оно дѣлается малопитательнымъ, а потому приходится ограничиваться болѣе слабыми разведеніями, но вмѣсто воды берутъ слизистые или крахмальные отвары, которые, механически обволакивая казеинъ, не допускаютъ образованія плотныхъ свертковъ. Съ этою цѣлью рекомендуется растворъ аравійской камеди (чайная ложка порошка камеди на стаканъ воды), отвары риса, ячменя или овса и т. п. Для приготовленія этихъ отваровъ берутъ десертную ложку тѣхъ или другихъ зеренъ на стаканъ воды и кипятятъ до тѣхъ поръ, пока зерна совсѣмъ разварятся; полученный отваръ процеживается черезъ чистое полотно и прибавляется къ молоку въ различныхъ пропорціяхъ, соотвѣтственно возрасту ребенка и его пищеварительной способности. Такъ, для новорожденныхъ берутъ на 1 ч. молока 3 чч. отвара и прибавляютъ немного сахара (2—3 чайныхъ ложки на стаканъ); для ребенка въ возрастѣ 1—3 мѣсяцевъ—на 1 ч. молока 2 чч.

воды; для 3—4 мѣсячнаго—поровну; отъ 4—6 мѣсяцевъ—на 2 чч. мол. 1 ч. воды и, наконецъ, послѣ полугода—чистое молоко. Само собою разумѣется, смотря по тому, какъ идетъ развитіе ребенка, контролируемое методическимъ взвѣшиваніемъ, и какъ переносится молоко, при нормальномъ стулѣ, можно быстрѣе переходить къ цѣльному молоку, и, наоборотъ, при появленіи первыхъ признаковъ расстройства пищеваренія (колики, диспептической стулѣ), надо снова возвращаться къ болѣе сильному разведенію. Въ недавнее время д-ръ Steffen заново рекомендовалъ разбавлять молоко телячьимъ бульономъ, что было предложено проф. Maueг'омъ въ Вѣнѣ лѣтъ 50 тому назадъ. Бульонъ готовятъ такъ:  $\frac{1}{2}$  фунта телятины варится въ 3 стаканахъ воды въ теченіе получаса; полученный бульонъ смѣшивается съ равнымъ количествомъ молока, при чемъ на каждые 100 грм. смѣси прибавляютъ столовую ложку сливокъ и чайную ложку молочнаго сахара. Прибавка къ молоку телячьяго бульона особенно рекомендуется для рахитиковъ и для дѣтей, страдающихъ хроническимъ поносомъ.

Къ числу средствъ, обволакивающихъ казеинъ и мѣшающихъ ему створаживаться крупными или, по крайней мѣрѣ, плотными комками, принадлежатъ также и сливки (свертокъ пронизывается жировыми капельками и потому дѣлается рыхлымъ); поэтому, а также ради болѣе питательности, къ разведенному молоку прибавляютъ, обыкновенно, и сливокъ. Для слабыхъ желудковъ лучше вмѣсто молока прямо брать сливки, которые и разбавлять водой или отваромъ. Эти сливочныя смѣси, предложенныя впервые Ritter v. Rittershain'омъ (Прага), подвергнуты были подробному химическому изслѣдованію Biedert'омъ и потому извѣстны подъ названіемъ Biedert'ской смѣси. Назначеніемъ сливочной смѣси достигается та главная цѣль, что *уменьшеніе процентнаго содержанія казеина* (сливки вѣдь бѣднѣе творогомъ, чѣмъ снятое молоко) *не сопровождается уменьшеніемъ количества жира и солей*, при чемъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ сливочной смѣси, приготовленной, какъ сказано ниже, процентное содержаніе жира отнюдь не больше, чѣмъ въ женскомъ молокѣ (въ слив. смѣси № 1 жира 2.5, а въ женскомъ 3.5), но казеина въ немъ меньше (въ слив.

смѣси на 2.5 жира приходится 1% казеина, а въ женскомъ молокѣ на 3.5% жира—2% казеина).

Для приготовленія 1%-наго раствора казеина сливки разбавляются тремя частями воды, и потомъ къ нимъ прибавляется немного тростниковаго сахара. Солей прибавлять не нужно, такъ какъ въ коровьемъ молокѣ ихъ втрое больше, чѣмъ въ женскомъ. Позднѣе къ этой смѣси прибавляютъ, постепенно, цѣльнаго молока. Извѣстное количество прибавляемаго молока соотвѣтствуетъ опредѣленному номеру смѣси. Biedert установилъ 6 номеровъ смѣси.

№ 1-й 1 ч. слив. (125 грм.—8 ст. лож.) 3 ч. вод. (24 лож.) 15 грм. сах. (6 чайн. лож. нарав. съ краями).

№ 2-й 1 „ „	3 „ „	15 „ и 1/2 ч. (4 л.) мол.
№ 3-й 1 „ „	3 „ „	15 „ 1 „ (8) „
№ 4-й 1 „ „	3 „ „	15 „ 2 „ (16) „
№ 5-й 1 „ „	3 „ „	15 „ 3 „ (24) „
№ 6-й 1 „ „	2 „ „	15 „ 4 „ (32) „

Сливки должны быть совершенно свѣжія; ихъ готовятъ такъ: штофъ только что надоеннаго молока ставится въ широкомъ сосудѣ на 2 часа въ холодную воду, и потомъ съ него снимаютъ 125 грм. сливокъ. Когда смѣсь готова, то ее слѣдуетъ вскипятить или просто, или въ аппаратъ Soxhlet'a. Въ послѣднее время проф. Gärtner предложилъ для выкармливанія дѣтей жидкія сливки, получаемыя посредствомъ центрофуги. Чтобы уменьшить количество казеина, не уменьшая процента жира, G. разводитъ молоко на половину водой, а потомъ подвергаетъ его центрофугѣ, при чемъ трубочки, по которымъ вытекаетъ жирное и снятое молоко, устанавливаются такъ, чтобы получались равныя количества того и другого молока; жирное молоко G. содержитъ въ себѣ столько же жира, какъ и нормальное молоко, но оно вдвое бѣднѣе казеиномъ, сахаромъ и солями. Gärtner'ское молоко готовится ежедневно свѣжимъ, въ специальныхъ заведеніяхъ (одно изъ таковыхъ открыто и въ Москвѣ) и доставляется абонентамъ на домъ, гдѣ сейчасъ же стерилизуется и дается дѣтямъ въ неразведенномъ видѣ. Этотъ цѣлесообразный препаратъ требуетъ, однако, прибавленія сахара (1 стол. ложка молочнаго сахара на 1/2 литра молока).

Правила, которыми слѣдуетъ руководствоваться при выкармливаніи дѣтей молокомъ животныхъ, могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ:

1. Изъ всѣхъ суррогатовъ материнскаго молока самымъ подходящимъ въ нашей мѣстности считается *молоко коровы*.

2. Качества коровьяго молока находятся въ большой зависимости отъ здоровья и корма коровы. Для избѣжанія вреда отъ заболѣванія коровы слѣдуетъ предпочитать *смѣшанное молоко отъ нѣсколькихъ коровъ* молоку одной коровы, если только всѣ онѣ получаютъ одинаково хорошій кормъ: сѣно, отруби и свѣжую воду, а лѣтомъ, кромѣ того, еще и зеленый кормъ; вреднымъ кормомъ признается бардасъ винокурень и пивоварень, а также разные кухонные отбросы.

3. Для вскармливанія ребенка годится только самое свѣжее (парное) молоко, которое немедленно по полученіи стерилизуется кипяченіемъ и оставляется въ той посудѣ, въ которой кипятилось (при аппаратѣ Soxhlet'a это разумѣется само собою) и сохраняется въ прохладномъ мѣстѣ; непосредственно передъ кормленіемъ порція молока подогрѣвается приблизительно до 28—30° R. Стерилизація можетъ быть замѣнена пастеризаціей, если имѣется подъ руками надлежащій аппаратъ, напр., кастрюля Гиппіуса.

4. Для дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни парное молоко передъ кипяченіемъ разбавляется водою или ячменнымъ или овсянымъ отваромъ, а еще лучше сывороткой (по способу Monti).

5. Чѣмъ моложе ребенокъ или чѣмъ легче разстраивается его пищевареніе, тѣмъ сильнѣе разводять молоко, и, наоборотъ,—чѣмъ лучше идетъ пищевареніе, тѣмъ скорѣе можно переходить къ цѣльному молоку. Для новорожденнаго берутъ 1 ч. молока на 3 чч. воды и прибавляютъ немного сахара (2—3 чайн. ложки на стаканъ); для ребенка въ возрастѣ отъ 1 до 3 хъ мѣсяцевъ—на 1 ч. молока 2 чч. воды; для 3—4 мѣсячн.—поровну; отъ 4—6 мѣс. на 2 чч. молока 1 ч. воды и, наконецъ, послѣ полугода—чистое молоко.

6. Что касается количества пищи, то ребенокъ до 5 мѣсяцевъ можетъ получать *за разъ* столько унцій пищи, сколько ему мѣсяцевъ отъ роду, плюсъ еще одна унція: такъ для

реб. 1 мѣс.—2 унціи (4 стол. ложки), для реб. 3 мѣс.—4 унціи (8 лож.), для ребенка 5 мѣсяцевъ и до конца года—по 6 унцій (12 лож.); въ случаѣ разстройства пищеваренія количество пищи должно быть уменьшено.

7. До 2 мѣсяцевъ ребенка кормятъ черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью (10 разъ въ сутки), отъ 2—4 мѣсяцевъ—черезъ 3 часа днемъ и 1 разъ ночью (7 разъ въ сутки), позднѣе—6 разъ въ сутки. Общее суточное количество пищи для ребенка опредѣляютъ еще, руководствуясь вѣсомъ, а именно, на каждое кило считаютъ нужнымъ 120—150 грм. молока. Если, напр., ребенокъ 3 мѣсяцевъ отъ роду вѣситъ 5000 грм., то ему требуется въ день отъ 600 до 750 грм. молока, или 100 грм. на приемъ, 7 разъ въ сутки.

8. Если ребенокъ не переноситъ коровьяго молока, то можно перейти къ сливочной смѣси Biedert'a или Gärtner'sкому молоку.

9. До 4 мѣсяцевъ не слѣдуетъ давать ребенку никакой мучнистой (крахмалистой) пищи.

10. Необходимо соблюдать строжайшую чистоту по отношенію къ посудѣ, которая приходитъ въ соприкосновеніе съ молокомъ, а потому относительно различныхъ сортовъ рожковъ слѣдуетъ сказать, что самый лучший рожокъ тотъ, который всего удобнѣе держать въ чистотѣ, напр., простой стеклянный рожокъ съ гуттаперчевымъ соскомъ.

11. Молоко дается ребенку подогрѣтымъ приблизительно до 28° R. изъ стекляннаго рожка съ гуттаперчевымъ соскомъ.

### **III. Наболѣе употребительные для выкармливанія грудныхъ дѣтей составы, которыми при нѣкоторыхъ условіяхъ можетъ быть замѣнено молоко животныхъ.**

Если рожковый ребенокъ совсѣмъ не переноситъ коровьяго молока или нельзя достать послѣдняго надлежащей свѣжести и доброкачественности, то приходится прибѣгать къ различнымъ суррогатамъ, изъ которыхъ главную роль играютъ различные *молочные консервы*, которые приготовляются или: 1) изъ чистаго молока, или 2) изъ молока, смѣшаннаго съ

сахаромъ и мукой: на второмъ планѣ стоять 3) суррогаты, въ составъ которыхъ молоко совсѣмъ не входитъ.

Для дѣтей первыхъ четырехъ мѣсяцевъ жизни всего пригоднѣе суррогаты первой группы, т.-е. молочные консервы безъ примѣси сахара и крахмала. Сюда относятся слѣдующіе препараты:

1) *Искусственное женское молоко Voltmer'a*, о которомъ было уже сказано выше. При разведеніи консерва 8 частями кипяченой воды препаратъ содержитъ 1,7 бѣлка, 2,7 жира, 5,8 сахара и 0,4 солей; почти всѣ бѣлки находятся въ растворенномъ состояніи. Для домашняго приготовленія пептонизированнаго молока можно пользоваться *молочнымъ порошкомъ Timpe* (панкреатинъ съ сахаромъ). Къ каждой порціи молока непосредственно предъ употребленіемъ прибавляется  $\frac{1}{4}$  чайной ложечки порошка.

2) *Дѣтское молоко Baskhaus'a*. Это есть молочная сыворотка, подвергнутая кратковременному дѣйствію трипсина, къ которой прибавлено извѣстное количество сливокъ. Препарат содержитъ всего 0,5% казеина, но довольно много растворимыхъ бѣлковъ, молочнаго сахара и жира, такъ что по составу близко подходитъ къ женскому молоку.

3) *Искусственная сливочная смѣсь Biedert'a* или *сливочный консервъ* прежде относился къ числу суррогатовъ, не содержащихъ молока, такъ какъ роль казеина игралъ здѣсь кали-альбуминатъ, который смѣшивался со сливочнымъ масломъ, сахаромъ, солями и водой, при чемъ получалась масса въ видѣ густого сиропа; при разведеніи 13 частями воды получалась жидкость, по своему химическому составу аналогичная первому номеру сливочной смѣси. Въ настоящее время сливочный консервъ Biedert'a готовится изъ стуженнаго молока прибавкой къ нему сахара и сливокъ. Консервъ продается въ герметически закупоренныхъ жестянкахъ. При разведеніи 1 части консерва 13 частями воды получается смѣсь, содержащая 0,6 бѣлка, 1,5 жира, 4,0 сахара и 0,13 солей; чтобъ приблизить составъ этого разведенія къ первому номеру сливочной смѣси, надо прибавить еще 2 ложки молока; съ тремя ложками молока получается № 2 сливочной смѣси, съ четырьмя—№ 3, и т. д. Если номеръ

смѣси раздѣлить на два, то получается возрастъ ребенка въ мѣсяцахъ, соотвѣтствующій данному номеру смѣси.

4) *Сгущенное молоко безъ примѣси сахара* готовится разными фабриками, между прочимъ и въ Ригѣ. Этотъ консервъ продается въ герметически закупоренныхъ фунтовыхъ жестянкахъ. Передъ употребленіемъ консервъ разбавляется кипяченою водою въ различныхъ пропорціяхъ, смотря по возрасту ребенка: такъ, для дѣтей 1—4 недѣль отъ роду на 1 чайную ложку молока берутъ 16 чайн. лож. воды, для ребенка 4—6 недѣль—1:14, отъ 4—6 мѣсяцевъ—1:10, къ концу года—1:3 (это разведеніе соотвѣтствуетъ цѣльному молоку). Препаратъ весьма цѣлесообразный.

5) *Сгущенное молоко Oetli*; для большей прочности прибавляется 0,1 бензойно-кислой магнезии на кило консерва; какъ лѣкарственное молоко, оно не можетъ быть рекомендуемо.

6) *Альбумозное молоко Rieth'a*. Растворимый дериватъ бѣлка, получаемый при помощи высокой температуры изъ куриного бѣлка, смѣшивается въ известной пропорціи со сливками и сахаромъ. Сюда же относится и препаратъ *Pfund'a*. Онъ готовится порошкѣмъ, въ составъ котораго входитъ куриный бѣлокъ, молочный сахаръ и немного молочнокислаго желѣза. При употребленіи порошокъ прибавляется къ разведеннымъ сливкамъ (2 чч. сливокъ на 3 чч. воды) въ количествѣ 2,0 порошка на 50,0 разведенныхъ сливокъ. Теоретическимъ основаніемъ для прибавки къ молоку растворимаго бѣлка послужило мнѣніе Шмидта, Schlossmann'a и др., что болѣе легкая усвояемость женскаго молока сравнительно съ коровьимъ зависитъ отчасти отъ большаго содержанія въ первомъ альбумина.

Къ консервамъ 2-й группы принадлежить:

1) *Швейцарское сгущенное молоко*. Молоко смѣшивается съ сахаромъ и выпаривается до густоты меда. По громадному содержанію сахара этотъ препаратъ принадлежитъ къ числу плохихъ суррогатовъ, особенно для продолжительнаго употребленія, и годится развѣ только для дороги, на 1—2 дня. Для дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни на чайную ложку консерва берутъ 16 чайн. лож. воды, позднѣе—1:10.



Гораздо рациональнѣе употреблять 2) *сгущенное пептонизированное молоко Löflund'a*. Этотъ препаратъ имѣетъ видъ сгущеннаго молока буроватаго цвѣта, консистенціи меда, и отличается отъ обыкновеннаго пептонизированнаго молока сладковатымъ вкусомъ и легкимъ запахомъ солода. Приготавливается оно посредствомъ смѣшенія молока, подвергнутаго дѣйствию пепсина, съ пшеничнымъ экстрактомъ, крахмалъ котораго переведенъ отчасти въ декстринъ и сахаръ діастазомъ, и съ обыкновеннымъ сгущеннымъ молокомъ. При употребленіи оно разводится, смотря по возрасту ребенка, 6—12 чч. горячей воды, приблизительно такъ:

новорожденному	на 1 ч. молока	12	воды	
отъ 2 до 3 недѣль	„ 1 „ „	10	„ 1 ч. молока.	
„ 2 „ 3 мѣсяцевъ	„ 1 „ „	8	„ 4 „ „	
„ 5 „ 8 „	„ 1 „ „	6	„ 12 „ „	

Препаратъ этотъ достаточно стойкій, такъ что, будучи прикрытъ слоємъ ваты, онъ можетъ сохраняться въ откупоренномъ видѣ въ теченіе 10 дней совершенно хорошо.

3) *Молочная мука Нестле*. Какъ и другіе сорта дѣтской муки, готовится изъ молока, сахара и пшеничной муки, *часть крахмала которой, путемъ особенной обработки, переведена въ декстринъ*. По содержанію крахмала мука эта не годится для дѣтей въ возрастѣ до 4 мѣсяцевъ, по крайней мѣрѣ для продолжительнаго употребленія. Ее употребляютъ или какъ прикормъ для грудныхъ дѣтей послѣ полугода, или для замѣны коровьяго молока при лѣченіи поносовъ. Мука дается или въ видѣ каши (1 стол. ложка муки на 6 стол. ложекъ воды), или въ видѣ молока (1 стол. ложка на 10—12 ложекъ воды). Вода прибавляется къ мукѣ постепенно при постоянномъ помѣшиваніи, и потомъ смѣсь разъ кипятится.

4) Мука *Кубеке* и *Меллина* не содержатъ вовсе молока, но большее или меньшее количество растворимыхъ углеводовъ, при небольшомъ содержаніи жира.

5) *Сухари Оре'я* состоятъ изъ молока, муки, сахара, солода и солей. Сухарь размачивается въ водѣ или молокѣ, чтобъ получилась кашка, и въ такомъ видѣ дается ребенку

3—4 раза въ день. Назначается дѣтямъ въ томъ же возрастѣ и въ тѣхъ же случаяхъ, какъ мука Нестле. Всѣ эти препараты отличаются довольно пріятнымъ вкусомъ и охотно принимаются дѣтьми.

6) *Либиховскій супъ* совсѣмъ было вышелъ изъ употребленія; въ настоящее время снова входитъ въ моду подъ именемъ *солодоваго супа* (Malzsuppe). Либихъ предложилъ свой супъ, думая, что главная суть въ томъ, чтобы въ пищѣ ребенка отношеніе азотистыхъ веществъ къ безазотистымъ было одинаково съ женскимъ молокомъ; для увеличенія количества безазотистыхъ веществъ въ коровьемъ молокѣ онъ рекомендовалъ прибавлять къ нему пшеничную муку и солодь (чтобы превратить крахмаль муки въ декстринь).

Приготавливается Либиховскій супъ такъ: берутъ 1 лоть солодовой муки и смѣшиваютъ ее съ унціей раствора углекислаго калия изъ 4 грань на унцію и смѣсь эту прибавляютъ къ только что сваренной кашкѣ изъ 1 лота пшеничной муки и 10 лотовъ цѣльнаго молока. Полученную смѣсь подогреваютъ въ водяной банѣ или на очень умѣренномъ огнѣ, при постоянномъ помѣшиваніи до тѣхъ поръ, пока смѣсь не сдѣлается совсѣмъ жидкой и сладкой; тогда она доводится до кипѣнія, процѣживается—и супъ готовъ. Цѣльный супъ дается дѣтямъ старше 2 мѣсяцевъ, а до этихъ поръ онъ разводится пополамъ съ водой. Въ прежнее время супъ Либиха горячо рекомендовался для дѣтей, страдающихъ хроническимъ поносомъ.

Съ цѣлью упростить приготовленіе супа, разныя фабрики (Löflund, Liebe и др.) придумали выпустить въ продажу экстракты, посредствомъ которыхъ Либиховскій супъ получается очень просто: стоитъ только развести десертную ложку экстракта въ составѣ молока, наполовину разведеннаго водой.

Въ новѣйшее время изъ Бреславской клиники (Szegeu, Keller) вышла рекомендація солодоваго супа, главнымъ образомъ, для лѣченія дѣтскихъ поносовъ, во время которыхъ они находили усиленное выдѣленіе амміака, какъ признака кислой интоксикаціи организма, почему и находили раціональнымъ не давать такимъ дѣтямъ молока и замѣнить его

болѣе щелочной пищей. *Malzsuppe* готовится такъ: 50 грм. пшеничной муки размачиваются въ  $\frac{1}{3}$  литра молока и процѣживаются чрезъ мелкое сито; въ другомъ сосудѣ 100 грм. солодового экстракта распускаются въ  $\frac{2}{3}$  литра воды съ прибавкой 10 грм. 11 $\frac{0}{10}$ -го раствора углекислаго калия. Смѣсь подогревается до 50° Ц. и потомъ смѣшивается съ первой смѣсью и кипятится. До 4 мѣсяцевъ супъ разбавляется наполовину водой, позднѣе дается цѣльнымъ. Кромѣ поносовъ, показаніемъ къ назначенію супа служатъ также рахитизмъ и общее похуданіе.

Къ числу суррогатовъ, не содержащихъ молока, относятся различныя пищевыя вещества, которыя не годятся для дѣла искусственнаго вскармливанія, но употребляются или какъ прикормъ, или для замѣны коровьяго молока при болѣзняхъ кишечника на нѣсколько дней. Сюда относятся, напр.:

1) *Бѣлочная вода*; употребляется, главнымъ образомъ, при упорной рвотѣ у маленькихъ дѣтей и при дѣтской холерѣ. На стаканъ отварной (негорячей) воды берутъ сырой бѣлокъ отъ одного яйца, размѣшиваютъ, процѣживаютъ и прибавляютъ чайную ложку коньяку и кусокъ сахара. Даютъ чайными ложками каждыя 5 минутъ со льда.

2) *Растительное молоко* *Lahmann's* готовится изъ миндаля и орѣховъ и имѣетъ видъ свѣтло-бураго экстракта, составъ котораго таковъ: воды 20 ч., растит. бѣлка 12 ч., жира 35 ч., сахару 31 ч. и солей 2 ч.; при разведеніи 5 частями воды получается жидкость, по химическому составу похожая на молоко, но болѣе богатая жиромъ. Препаратъ дается ребенку или *per se* (т.-е. съ 5 ч. воды), или его прибавляютъ къ молоку въ пропорціи 1 : 6.

3) *Бутылочный бульонъ* рекомендуется, какъ прикормъ, для рахитиковъ въ возрастѣ послѣ  $\frac{1}{2}$  года и при острыхъ катаррахъ для замѣны молока на нѣкоторое время. Способъ приготовления:  $\frac{3}{4}$ —1 ф. хорошей, но не жирной говядины или телятины разрѣзывается на мелкіе кусочки и помещается въ чистую бутылку безъ воды (или въ нарочно приспособленную для этого оловянную кастрюлю съ привинчивающеюся крышкой); бутылка закрывается пробкой и опускается въ кастрюлю съ водой. Постепеннымъ подогреваніемъ въ те-

чение 36—40 минутъ вода доводится до кипѣнія, и послѣ 20-минутнаго кипяченія бульонъ готовъ. Подъ вліяніемъ высокой температуры мясо даетъ изъ себя сокъ въ видѣ весьма мутной жидкости, которая сливается и дается ребенку непроцѣженной, или *per se*, или пополамъ съ обыкновеннымъ бульономъ. Телячій бульонъ отличается отъ говьязьяго большимъ содержаніемъ клея (застываетъ въ желе). Онъ считается полезнымъ въ особенности рахитикамъ, которымъ дается въ смѣси съ молокомъ. Ребенку 8—12 мѣсяцевъ назначаютъ въ сутки 8—12 столовыхъ ложекъ бульона.

4) Различные сорта муки—шотландская овсяная мука, Hartenstein'sкая легуминозная мука и др., рекомендуются, какъ прибавка къ молоку для дѣтей послѣ 8 мѣсяцевъ; ихъ прибавляютъ также къ супу, получая нѣчто въ родѣ пюре.

Подводя итоги всему сказанному объ искусственномъ вскармливаніи дѣтей, мы видимъ, что изъ различныхъ способовъ обработки молока одни имѣютъ цѣлью уменьшеніе *процентнаго содержанія казеина*—разведеніе молока водой или отварами; другіе, кромѣ того, заботятся объ *увеличеніи % содержанія сахара или жира*—разведеніе молока растворами молочнаго сахара (Heubner и Soxlet), прибавленіе сливокъ (Biedert, Gärtner) или растительныхъ жировъ (растительное молоко Lahmann'a), прибавленіе сыворотки (Monti, Vigier); третьи стараются уменьшить содержаніе казеина и *увеличить количество альбумина или геміальбумоза* (кипяченіе съ водой—Шмидтъ, искусственное женское молоко Voltmer'a, пентонизированное молоко Löfflund'a, дѣтское молоко Baskhaus'a, альбумозное молоко Rieth'a и молоко Pfund'a); но, несмотря на большое число предложенныхъ способовъ, наблюденія показываютъ, что до сихъ поръ еще не найденъ такой суррогатъ материнскаго молока, который могъ бы замѣнить послѣднее, и что самымъ лучшимъ способомъ для вскармливанія дѣтей является кормленіе грудью матери или кормилицы.

---

#### IV. Cephalohaematoma neonatorum—Кровяная опухоль головы новорожденных.

Кефалогематомой называется опухоль на черепѣ, происходящая вслѣдствіе кровоизліянія подѣ надкостницу той или другой черепной кости.

*Происхожденіе* опухоли объясняется травматизмомъ черепа во время родовъ, и потому все, что затрудняетъ актъ родовъ, можетъ считаться обстоятельствомъ, *располагающимъ* къ появленію опухоли, напр., узкій тазъ, большая голова (по этой причинѣ у мальчиковъ cephalohaematoma встрѣчается чаще, чѣмъ у дѣвочекъ), неправильныя сокращенія матки и проч. Съ анатомической точки зрѣнія располагающими моментами являются нѣжность сосудистыхъ стѣнокъ у новорожденныхъ, мало выраженная способность крови къ свертыванію, легкая отдѣляемость регістаніумъа отъ черепа и присутствіе у нѣкоторыхъ новорожденныхъ перепончатыхъ узкихъ промежутковъ среди костяныхъ лучей теменныхъ костей.

*Симптомы.* Опухоль помѣщается, обыкновенно, на теменной кости, рѣдко на обѣихъ (двусторонняя гематома) и характеризуется слѣдующими особенностями: величина ея отъ лѣсного орѣха до порядочнаго яблока, она сидитъ на широкомъ основаніи (опухоль головы, сидящая на ножкѣ или основаніе которыхъ обозначается яснымъ перехватомъ, никогда не бываютъ гематомами; признакъ этотъ характеренъ, напротивъ, для мозговыхъ грыжъ) и покрыта нормальной кожей (это отличительный признакъ отъ нарыва, при которомъ кожа горяча и красна); такъ какъ при кефалогематомахъ излившаяся кровь не свертывается, то опухоль ясно флюктуируетъ, а при основаніи ея прощупывается плотный валикъ (вслѣдствіе утолщенія надкостницы въ мѣстѣ отслоенія ея отъ кости); границы опухоли никогда не переходятъ за шовъ (на мѣстѣ шва надкостница такъ крѣпко срастается съ костью, что излившаяся кровь не въ состояніи отслоить ее); это второй отличительный признакъ отъ мозговой грыжи, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ основаніе опухоли занимаетъ какъ разъ область того или другого шва. Общее состояніе организма остается безлихорадочнымъ и вообще нормальнымъ.

*Теченіе.* Опухоль замѣчается, обыкновенно, на 2-й—3-й день послѣ родовъ, чрезъ нѣсколько дней достигаетъ полной своей величины и окружается валикомъ; недѣли черезъ 2—4 опухоль начинаетъ уменьшаться и къ концу второго, третьяго или четвертаго мѣсяца безслѣдно исчезаетъ.

*Диагностика* нетрудна; главные признаки—флюктуация, отношеніе опухоли къ швамъ черепа, валикъ при основаніи, мѣсто опухоли (теменная кость) и хорошее общее состоявіе. У новорожденныхъ тотчасъ послѣ родовъ встрѣчается еще и другого рода опухоль на черепѣ (именно на подлежащей части),—опухоль, извѣстная подъ именемъ *добавочной головы*—*caput succedaneum* и обусловленная серозно-кровоанестымъ пропитываніемъ мягкихъ частей лица или головы. Отличить эту опухоль отъ кефалогематомы нетрудно: она не флюктуетъ, не имѣетъ рѣзкихъ границъ, не ограничивается швами, наощупь тѣстообразна и быстро исчезаетъ (въ 2—3 дня). Объ отличіи кефалогематомы отъ мозговой грыжи и нарывовъ упомянуто выше; прибавимъ еще, что любимымъ мѣстомъ мозговой грыжи бываетъ надпереносье и затылокъ.

*Осложненія* очень рѣдки. Если одновременно съ кефалогематомой происходитъ кровоизліяніе между костью и твердой мозговой оболочкой—*cephalohaematoma internum*, то ребенокъ представляетъ какіе-либо мозговые симптомы, напр., спячку или судороги. Въ другихъ случаяхъ, особенно при хирургическомъ вмѣшательствѣ, развивается нагноеніе въ опухоли и въ окружающихъ мягкихъ частяхъ (лихорадочное состояніе, горячіе и покраснѣвшіе покровы опухоли, болѣзненность при давленіи), и тогда дѣло можетъ кончиться развитіемъ септицеміи.

*Предсказаніе* при неосложненныхъ кефалогематомахъ (нѣтъ ни мозговыхъ симптомовъ, ни признаковъ нагноенія) вполне хорошее; даже и большія кровоизліянія всасываются безъ всякихъ послѣдствій, а потому всего умѣстнѣе *выжидательное лѣченіе*; слѣдуетъ лишь позаботиться о предохраненіи опухоли отъ всякаго рода травмъ. Вскрытіе опухоли разрѣзомъ хотя и можетъ ускорить наступленіе полного выздоровленія, но зато, при недостаточно строго проводимой асептикѣ, подаютъ поводъ къ нагноенію раны и къ другимъ по-

слѣдствіямъ, каковы: рожа, флегмона, общій сепсисъ. Оперативное вмѣшательство показано только въ двухъ случаяхъ: во-1-хъ, когда опухоль, очень большой величины, не оказываетъ склонности къ всасыванію даже и по прошествіи цѣлаго мѣсяца, и, во-2-хъ, при нагноеніи опухоли. Въ первомъ случаѣ можно ограничиться проколомъ и аспираціей, во второмъ—необходимъ разрѣзъ.

## V. Asphyxia neonatorum—мнимая смерть новорожденныхъ.

Асфиксіей называется такое состояніе, при которомъ ребенокъ, появившись на свѣтъ, не только не кричитъ, но даже и не дышитъ, тогда какъ продолжающаяся дѣятельность сердца, несомнѣнно, доказываетъ, что онъ еще живъ.

*Происхожденіе и причины.* Если ребенокъ не дышитъ, то, значить, дыхательный центръ его по какой-нибудь причинѣ утратилъ свою возбудимость. Подобная потеря возбудимости можетъ наступить или во время утробной жизни плода, или во время самыхъ родовъ, или послѣ рожденія ребенка на свѣтъ; внутриутробная асфиксія плода встрѣчается несравненно чаще внѣутробной. Происхожденіе внутриутробной асфиксіи сводится къ преждевременному прекращенію доступа кислорода къ крови ребенка, т.-е. къ *нарушенію плацентарнаго кровообращенія*. Углекислота, скопляющаяся въ подобныхъ случаяхъ, раздражаетъ дыхательный центръ, вслѣдствіе чего ребенокъ еще въ утробѣ матери дѣлаетъ дыхательныя движенія, но, такъ какъ вмѣсто воздуха онъ аспирируетъ околоплодную жидкость, то черезъ нѣкоторое время возбудимость дыхательнаго центра падаетъ, дыханіе останавливается, и ребенокъ рождается или мертвымъ, или въ состояніи асфиксіи. Слѣдовательно, *причиной асфиксіи можетъ быть все то, что нарушаетъ обменъ газовъ въ послѣдъ между кровью матери и ребенка, какъ, напр., сдавленіе пуповины, преждевременное отдѣленіе послѣда, обильныя потери крови матерью или смерть послѣдней.*

При внѣутробной асфиксіи потеря возбудимости дыхательнаго центра обуславливается не прекращеніемъ доступа кисло-

рода, а какими-нибудь врожденными или во время родовъ приобретенными болѣзнями мозга, или вообще полной нежизнеспособностью плода; сюда относятся, напр., случаи недоразвитія мозга, кровоизліяніе въ полости черепа, сильное сдавленіе мозга во время родовъ, общая слабость недоносковъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* соотвѣтствуютъ извѣстнымъ признакамъ смерти отъ задушенія: жидкая темная кровь, скопляющаяся въ правомъ сердцѣ и въ венахъ, гиперемія легкихъ, печени и другихъ паренхиматозныхъ органовъ, петехіи на серозныхъ оболочкахъ; въ случаѣ внутриутробнаго развитія асфиксіи, когда ребенокъ дѣлалъ преждевременныя дыхательныя движенія, во рту, дыхательномъ горлѣ и бронхахъ находятся остатки околоплодныхъ водъ съ частицами меконіума, кожной смазки, волосковъ.

*Симптомы.* Различаютъ легкую и тяжкую степень асфиксіи. Первая форма характеризуется *ціанотичнымъ*, одутловатымъ *лицомъ* (asphyxia cyanotica s. apoplectica), *сохраненіемъ рефлексовъ* съ кожи и со слизистыхъ оболочекъ, а также и *мышечнаго тонуса*, и полнымъ, *замедленнымъ пульсомъ* (пульсъ падаетъ до 80 ударовъ въ минуту и даже ниже). Тяжелая степень отличается, напротивъ, *запустѣніемъ* кожныхъ капилляровъ, т.-е. *блѣдностью кожи* (asphyxia pallida), *исчезаніемъ рефлексовъ*, полнымъ *разслабленіемъ мышцъ* (руки висятъ какъ плети, нижняя челюсть отвисаетъ), очень частымъ, *едва ощутимымъ пульсомъ*.

Весьма простой и практичный способъ опредѣленія степени асфиксіи предлагаетъ R u n g e: при всякой асфиксіи новорожденнаго врачъ прежде всего долженъ позаботиться объ очищеніи рта и зѣва отъ скопившейся тамъ слизи и аспирированныхъ околоплодныхъ водъ; для этого онъ вводитъ въ зѣвъ палець, и если на это раздраженіе ребенокъ реагируетъ какимъ-нибудь рефлексомъ (глотательнымъ, тошнотнымъ или дыхательнымъ движеніемъ), то, значитъ, рефлексы сохранены, и дѣло идетъ, стало-быть, о первой степени асфиксіи, въ противномъ же случаѣ—о второй.

Рѣзкая разница проявляется также и въ результатахъ оживленія мнимоумершаго ребенка: въ самыхъ легкихъ случаяхъ достаточно весьма незначительныхъ раздраженій кожи (напр., похлопыванія ладонью по ягодицамъ), чтобы заставить



ребенка закричать, такъ что апнея продолжается всего лишь нѣсколько секундъ; въ другихъ случаяхъ ребенокъ хотя и отвѣчаетъ на раздраженія кожи дыхательными движеніями, но ненадолго, и потому время отъ времени приходится повторять раздраженія нѣсколько разъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ; въ еще болѣе тяжелыхъ случаяхъ ребенка удается оживить только посредствомъ искусственнаго дыханія, но очень ненадолго: послѣ нѣсколькихъ вздоховъ дыханіе снова останавливается, пульсъ падаетъ, и искусственное дыханіе должно быть повторено: такая смѣна явленій можетъ повторяться цѣлыми часами, пока, наконецъ, не наступитъ полное возстановленіе дыханія и кровообращенія; или дыханіе хотя и не останавливается болѣе, но остается поверхностнымъ: вмѣсто крика ребенокъ издаетъ только слабый пискъ и въ недалекомъ будущемъ можетъ погибнуть отъ ателектаза легкихъ и общей слабости. Подобнаго исхода можно опасаться въ томъ случаѣ, если послѣ оживленія по всей груди выслушиваются крепитирующіе хрипы, зависящія отъ разлипанія стѣнокъ легочныхъ пузырьковъ и указывающіе, слѣдовательно, на неполное растяженіе легкихъ воздухомъ.

*Діагностика* степени асфиксії на основаніи вышеприведенныхъ признаковъ и теченія не трудна.

Къ числу *осложненій* или послѣдствій асфиксії относятся: ателектазъ легкихъ, расстройство кровообращенія вслѣдствіе незакрытія зародышевыхъ путей (особенно часто остается открытымъ Боталловъ протокъ), общая слабость и расположеніе къ пупочнымъ кровотечениямъ.

*Предсказаніе* различно, смотря по степени асфиксії и по причинамъ ея: у недоносковъ предсказаніе опасно даже и въ легкихъ степеняхъ болѣзни, а тяжелыя формы асфиксії, долго не уступающія предпринятымъ мѣрамъ оживленія и часто возвращающіяся, равно какъ асфиксія, обусловленная кровоизліяніемъ въ полость черепа и внутриутробнымъ заболѣваніемъ легкихъ, опасны во всѣхъ случаяхъ.

*Лѣченіе.* Очистивши ротъ и зѣвъ ребенка отъ скопившейся слизи и аспирированной жидкости, въ легкихъ случаяхъ стараются вызвать дыханіе посредствомъ раздраженія кожи, а въ болѣе тяжелыхъ, когда рефлексъ съ кожи утраченъ, прибѣгаютъ къ искусственному дыханію.

Для случаевъ асфиксiи первой степени можно рекомендовать, какъ весьма дѣйствительное средство, моментальное погруженiе ребенка въ горячую воду 40° температуры по Реомюру или перемѣнное погруженiе то въ холодную воду, то въ теплую ванну. Ребенка окунаютъ сначала въ холодную воду, градусовъ 15 R., и сейчасъ же переносятъ его на нѣсколько секундъ въ 30° ванну; послѣ ванны все тѣло растирается фланелью, и если дыханiе еще не возстановилось, то всю процедуру повторяютъ снова.

Въ случаяхъ тяжелой асфиксiи, не теряя времени, прямо начинаютъ съ искусственнаго дыханiя. Изъ различныхъ способовъ лучшимъ въ настоящее время считается искусственное дыханiе по методу Schultze, преимущества котораго состоятъ, во-1-хъ, въ томъ, что онъ начинается съ акта выдыханiя, при которомъ удаляются изъ бронховъ аспирированныя окоплодныя воды, а, во-2-хъ, въ томъ, что во время акта вдыханiя воздухъ входитъ въ легкiя въ достаточномъ количествѣ. Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ (фиг. XI). Врачъ, стоящiй со слегка раздвинутыми ногами, подвѣшиваетъ ребенка на свои указательныя пальцы, помѣщенные подъ мышку такимъ образомъ, что большiе пальцы приходятся на передней поверхности грудной клѣтки поворожденнаго (они перекрещиваютъ его ключицы), а остальные три пальца располагаются на спинѣ; лицо ребенка обращено впередъ. Для произведенiя пассивнаго выдыханiя врачъ подымаетъ свои руки нѣсколько выше горизонтали и при этомъ сгибаетъ поясничную часть позвоночника ребенка такимъ образомъ, что переднiя поверхности бедеръ приходятся къ животу, а голенаи—къ лицу; результатомъ такого перегиба ребенка будетъ сдавленiе живота и оттѣсненiе диафрагмы въ сторону грудной клѣтки и уменьшенiе размѣровъ полости

Фиг. XI.



послѣдней, т.-е. сильный выдохъ; черезъ нѣсколько секундъ ребенокъ переводится въ первоначальное вертикальновисячее положеніе, при чемъ грудная клѣтка, освобожденная отъ сдавленія, въ силу своей упругости, расширяется, и происходитъ, слѣдовательно, вдыханіе. Подобныя вскидыванія и опусканія ребенка повторяются разъ 14—16 въ минуту, въ теченіе одной—двухъ минутъ, послѣ чего его согрѣваютъ въ теплой ваннѣ и потомъ, въ случаѣ надобности, опять дѣлаютъ искусственное дыханіе и т. д., до тѣхъ поръ, пока не наступитъ самопроизвольное дыханіе, хотя бы слабое; дальнѣйшее оживленіе ведется тогда, какъ при легкой степени асфиксіи, т.-е. посредствомъ тѣхъ или другихъ раздраженій кожи. Если ребенокъ ожилъ и началъ дышать какъ слѣдуетъ, то это еще не доказываетъ, что онъ внѣ опасности: напротивъ, во многихъ случаяхъ, особенно у недоносковъ, надолго, напр., на нѣсколько дней, остается склонность къ обморокамъ съ остановкой дыханія, синюхой, замедленіемъ пульса и съ трескучими хрипами (ателектазъ легкихъ), такъ что время отъ времени приходится прибѣгать къ мѣрамъ оживленія, иногда въ теченіе цѣлыхъ часовъ подъ рядъ. Такихъ дѣтей слѣдуетъ купать 2 раза въ день и, при слабомъ крикѣ, обливать ихъ въ ваннѣ холодною водою.

Подобные субъекты очень склонны къ спячкѣ, и потому каждые 2 часа ихъ надо будить и прикладывать къ груди или кормить съ ложечки. Благопріятными симптомами для предсказанія считаются: громкій крикъ, появленіе мигательныхъ движеній вѣкъ и исчезаніе втягиваній нижней периферіи грудной клѣтки во время вдыханія. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, не поддающихся лѣченію, попытки оживленія слѣдуетъ продолжать до тѣхъ поръ, пока не прекратится дѣятельность сердца.

При методѣ искусственнаго дыханія Marshall-Hall'я выдыханіе (сдавленіе грудной клѣтки) производится положеніемъ ребенка на животъ, а вдыханіе—переворачиваніемъ его на бокъ. Въ способѣ Silvester'a ребенокъ помѣщается на спинѣ съ нѣсколько поднятой головой, ноги фиксируются помощникомъ; вдыханіе производится отведеніемъ рукъ, а выдыханіе—приведеніемъ ихъ къ туловищу. Оба эти метода уступаютъ способу Schultze по эффекту дѣйствія, но зато

доступнѣе начинающему, такъ какъ методъ Schultze для правильнаго производства требуетъ извѣстнаго навыка, пріобрѣтающагося опытомъ.

Способъ Labord'e'a состоитъ въ ритмическомъ вытягиваніи языка, захваченнаго пинцетомъ; потягиваніе языка дѣлается отъ 16 до 20 разъ въ минуту. По мнѣнію L., дыхательный центръ раздражается при этомъ рефлексорно вслѣдствіе раздраженія верхняго гортаннаго нерва.

Вдуваніе воздуха ртомъ совершенно не достигаетъ цѣли, если предварительно въ дыхательное горло ребенка не вводится катетеръ, но и при этомъ условіи этотъ способъ остается плохимъ по слабости выдыханія и еще потому, что въ легкія вводится воздухъ, уже насыщенный углекислотой. Если есть подъ руками индуктивная машина, то искусственное дыханіе можно съ успѣхомъ производить посредствомъ періодическаго раздраженія грудобрюшныхъ нервовъ, но предварительно слѣдуетъ высосать изъ первыхъ дыхательныхъ путей аспирированныя массы посредствомъ катетера.

## VI. Trismus et tetanus neonatorum.

Подъ этими названіями понимаютъ инфекціонную болѣзнь, выражающуюся приступами тоническихъ судорогъ жевателей (trismus) и мышцъ туловища и конечностей (tetanus).

*Происхожденіе и причины.* Сущность болѣзни состоитъ въ чрезвычайно повышенной рефлексорной возбудимости спинного мозга подъ вліяніемъ циркулирующаго въ крови токсина, вырабатываемаго особыми бактеріями, открытыми Nicolaier'омъ и добытыми въ чистыхъ разводкахъ Rosenbach'омъ. Эти бактеріи, найденныя, между прочимъ, и въ почвѣ, служатъ причиной травматическаго тетануса какъ у взрослыхъ, такъ и у новорожденныхъ; въ обоихъ случаяхъ зараженіе происходитъ черезъ какую-нибудь рану, въ данномъ случаѣ, обыкновенно, черезъ пупокъ. Присутствіе бактерій тетануса въ гноѣ пупка у новорожденныхъ было доказано Peireg'омъ, Wäitner'омъ и др.; имъ же удалось вызвать тетанусъ у мышей и морскихъ свинокъ прививками кусочковъ кожи пупка, взятыхъ у дѣтей, умершихъ отъ этой

болѣзни. Такимъ образомъ, было доказано полное тождество тетануса новорожденныхъ и травматическаго тетануса взрослыхъ. Къ причинамъ располагающимъ относятся неопрятное содержаніе пупочной раны, дурной воздухъ и вообще нечистота дѣтской (подъ вліяніемъ этихъ причинъ иногда наблюдаются цѣлая эпидемія тетануса въ воспитательныхъ домахъ), а также сильныя раздраженія периферической нервной системы; извѣстны, напр., случаи частаго появленія тетануса у новорожденныхъ въ практикѣ двухъ акушеровъ (одна практиковала въ Elbin'в, другая въ Fulda), дѣлавшихъ, какъ потомъ оказалось, дѣтямъ слишкомъ горячія ванны. Въ виду того, однако, что новорожденныя дѣти вообще склонны къ тоническимъ судорогамъ (Soltmann), можно думать, что не всякій тетанусъ новорожденныхъ имѣетъ инфекціонное происхожденіе: такъ, напр., тетанусъ отъ горячихъ ваннъ относится, быть-можетъ, къ категоріи рефлекторныхъ судорогъ, а тетанусъ отъ сдавленія головы при трудныхъ родахъ—къ судорогамъ центральнаго происхожденія. Вопросъ о происхожденіи тетануса новорожденныхъ относится пока къ числу еще не совсѣмъ выясненныхъ.

*Патолого-анатомическихъ измѣненій*, вполне характерныхъ для тетануса, мы не знаемъ; посмертная діагностика этой болѣзни можетъ быть установлена развѣ только путемъ бактеріоскопическаго изслѣдованія гноя.

*Симптомы и леченіе*. Въ случаяхъ развитаго тетануса ребенокъ представляется какъ бы окоченѣлымъ: челюсти его крѣпко сжаты, такъ что открываніе рта и сосаніе становятся невозможными, голова откидывается назадъ и не уступаетъ пассивному сгибанію; на туловищѣ сведены, главнымъ образомъ, разгибатели, вслѣдствіе чего спина или сильно вытянута, или даже вогнута, а на конечностяхъ преобладаетъ сокращеніе сгибателей, т.-е. руки нѣсколько сгибаются въ локтевыхъ сочлененіяхъ, а пальцы крѣпко сжимаются въ кулаки (чего у взрослыхъ обыкновенно не наблюдается), ноги слегка согнуты въ бедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ или вытянуты.

Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь начинается въ первые дни жизни, еще до заживленія гноящейся поверхности пупка, очень рѣдко послѣ 10-го дня; предвѣстники, въ видѣ без-

покойства, бессонницы, прикусыванія соска во время сосанія груди, не постоянны и не характерны; *начало* болѣзни обязательно обозначается *спазмомъ жевателей* (trismus), вслѣдъ за которымъ тоническія судороги распространяются на мышцы затылка, спины и конечностей, и появляется лихорадочное состояніе, иногда до 41—42°. Въ началѣ болѣзни судороги являются приступами, раздѣленными свободными промежутками, во время которыхъ ребенокъ можетъ даже сосать. Смотря по тяжести случая, антракты продолжаются то всего лишь по нѣскольку минутъ, то цѣлые часы; по мѣрѣ развитія болѣзни свободные промежутки укорачиваются, и полпаго расслабленія мышцъ уже совсѣмъ не наблюдается; вначалѣ приступы вызываются рефлѣкторно, хотя бы подѣ влияніемъ какихъ-нибудь ничтожныхъ раздраженій кожи, напр., пеленанія или дуновенія, но въ тяжелыхъ случаяхъ приступы появляются безъ всякой видимой причины.

*Диагностика* не трудна; особенно характерно начало болѣзни съ тризма и чрезвычайное повышеніе рефлѣксовъ. Распознаваніе значительно облегчается тѣмъ, что у новорожденныхъ въ первые дни жизни едва ли когда-нибудь встрѣчаются болѣзни, похожія на тетанусъ, каковы meningitis cerebrospinalis epidaemica, eclampsia, tetania. Абсолютно вѣрное распознаваніе настоящаго (т.-е. инфекціоннаго) тетануса отъ рефлѣкторнаго можетъ быть достигнуто только посредствомъ бактеріоскопическаго изслѣдованія гноя съ пупка.

*Предсказаніе.* Обычный исходъ тетануса поворожденныхъ—смерть черезъ 1—5 дней отъ начала болѣзни; въ болѣе легкихъ и гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь затягивается недѣли на 2, на 3 (tetanus chronicus) и тогда можетъ кончиться выздоровленіемъ.

Неблагопріятнымъ симптомомъ считается очень острое теченіе болѣзни, т.-е. частое повтореніе приступовъ, и очень высокая температура (выше 40°). На выздоровленіе можно надѣяться въ случаяхъ затяжныхъ, протекающихъ при мало повышенной или нормальной температурѣ, особенно если болѣзнь началась послѣ 10-го дня.

*Лѣченіе.* Предохранительныя мѣры сводятся къ заботамъ о чистотѣ воздуха въ дѣтской, къ антисептическому уходу за пупкомъ или другими ранами и къ опредѣленію темпе-

ратуры ваннь градусникомъ (28°). При развившейся болѣзни показаны противосудорожныя и наркотическія средства: хлораль-гидратъ по 0,2—0,3 на приемъ, 4—6 разъ въ день (Rp. Chloralhydrati 1. 0, Aq. destillatae 50.0. DS. по десертной ложкѣ черезъ три часа или per clysmam); Extr. calabarici по 0,005—0.001 черезъ два часа per os или подь кожу (Rp. Extr. calabarici 0.05, Sacchari 2.0. M. f. pulv. div. in p. aeq. № 10. S. По порошоку черезъ 2 часа), вдыханія хлороформа, теплыя ванны раза 3—4 въ день. При невозможности глотанія лѣкарства и грудное молоко вливаются черезъ желудочный зондъ, введенный черезъ носъ.

Попытки лѣченія тетануса инъекціями подь кожу кровяной сыворотки, взятой отъ искусственно иммунизированнаго кролика, съ успѣхомъ примѣнялись какъ у взрослыхъ, такъ и при тетанусѣ у новорожденныхъ и заслуживаютъ дальнѣйшаго испытанія.

## VII. Septicaemia neonatorum.

*Происхожденіе и причины.* Подь именемъ септицеміи новорожденныхъ понимаютъ общее заболѣваніе организма ребенка, зависящее отъ отравленія крови септическимъ ядомъ, т.-е. продуктами, вырабатываемыми различными микроорганизмами, не исключая и сапрофитовъ (*Streptococcus pyogenes*, *bac. pyocyaneus* и др.) Микробы эти попадаютъ въ ребенка черезъ какую-нибудь рану, всего чаще черезъ пупокъ, но также черезъ любую ссадину кожи или слизистыхъ оболочекъ (Soor, афты *Vednaga* и проч.). Замѣчательно, однако, что не мало встрѣчается случаевъ септического заболѣванія новорожденныхъ, не представляющихъ никакихъ мѣстныхъ явленій; нѣкоторые изъ этихъ случаевъ объясняются внутриутробнымъ зараженіемъ плода черезъ послѣдъ, если мать заболѣла послѣродовой горячкой въ послѣдніе дни беременности, или зараженіемъ черезъ легкія и желудокъ при вонючихъ околоплодныхъ водахъ, но за исключеніемъ всѣхъ подобныхъ случаевъ все еще остается извѣстное число вполне загадочныхъ септическихъ зараженій новорожденныхъ, заставляющихъ предполагать возможность прониканія септического яда въ кровь безъ всякихъ послѣдствій въ мѣстѣ ея

внѣдренія. Въ послѣднее время нѣкоторые авторы находили въ молокѣ больныхъ роженицъ патогенныхъ микробовъ (главнымъ образомъ стафилококковъ) и на этомъ основаніи высказывались за возможность зараженія ребенка черезъ молоко септическихъ матерей, но это еще далеко не доказано, а что касается до микробовъ, то, съ одной стороны, они не всегда встрѣчаются въ молокѣ больныхъ женщинъ, а съ другой—ихъ находятъ иногда и у здоровыхъ.

Зараженіе септическимъ ядомъ всего чаще встрѣчается въ воспитательныхъ домахъ, гдѣ нерѣдко наблюдаются цѣлыя эпидеміи сепсиса новорожденныхъ; въ частныхъ семьяхъ поводомъ къ зараженію ребенка можетъ послужить послѣродовая горячка матери, особенно если одна и та же акушерка ухаживаетъ и за матерью и за ребенкомъ; въ другихъ случаяхъ источникомъ септического зараженія являются просто гниющія органическія вещества, будетъ ли то загнившая пуповина, или вонючія *lochia*, или нечистая губка и проч.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ или только въ паренхиматозномъ перерожденіи внутреннихъ органовъ и въ петехіяхъ на серозныхъ оболочкахъ, при чемъ кровь оказывается жидкою и темною—*dissolutio sanguinis acuta*, или въ трупѣ находятъ, кромѣ того, еще многочисленныя септическіе воспалительные процессы, напр., воспаленіе пупочныхъ сосудовъ и окружающей ихъ клѣтчатки (одинъ изъ *самыхъ частыхъ* признаковъ сепсиса), гнойныя воспаленія серозныхъ оболочекъ, особенно брюшины, но также плевръ, мозговыхъ оболочекъ, сочлененій и флегмоны.

*Симптомы.* Общія проявленія сепсиса состоятъ въ быстро развивающемся коллапсѣ и паденіи вѣса, обыкновенно въ сопровожденіи высокихъ температуръ, желтухи и ціаноза, а мѣстные симптомы соотвѣтствуютъ пораженію тѣхъ органовъ, которые въ данномъ случаѣ заинтересованы (флегмоны и гангрена кожи, дифтеритъ слиз. оболоч., воспаленіе внутреннихъ органовъ, септическіе гастро-энтериты). Разжиженіе крови можетъ выразиться при жизни появленіемъ различныхъ кровотеченій изъ пупка или изъ слизистыхъ оболочекъ, наприм., въ видѣ кровавой рвоты и кровавыхъ испраженій. Впрочемъ, этотъ симптомъ, извѣстный подъ именемъ



melena neonatorum, можетъ появиться и безъ сепсиса, наприм., вслѣдствіе язвъ желудка или 12-перстной кишки.

*Предсказаніе* всегда неблагоприятное, такъ какъ едва ли сепсисъ, доступный діагностикъ, когда-либо кончается выздоровленіемъ, если только не причислить къ нему всѣхъ случаевъ повышенія температуры у новорожденныхъ, а потому *лѣченіе* можетъ быть только предохранительное; а такъ какъ зараженіе всего чаще происходитъ черезъ пупочную рану, то антисептическая перевязка пуповины и предохраненіе гноящейся поверхности пупка отъ всякой нечистоты является самымъ дѣйствительнымъ предохранительнымъ средствомъ.

### VIII. Mastitis neonatorum—грудница новорожденныхъ.

*Происхожденіе и причины.* Воспаленіе грудныхъ железъ съ исходомъ въ нагноеніе, т.-е. въ образованіе нарыва, принадлежитъ къ числу довольно частыхъ болѣзней дѣтей первыхъ недѣль жизни. Располагающею причиною является то обстоятельство, что почти у всѣхъ новорожденныхъ—какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ—въ первые дни жизни происходитъ набуханіе грудныхъ железъ, вслѣдствіе скопленія въ нихъ отдѣляемаго, по всѣмъ своимъ свойствамъ весьма похожаго на молозиво. Отдѣленіе этого дѣтскаго молочка начинается съ 3—5-го дня, недѣли черезъ двѣ оно достигаетъ своего maximum'a, потомъ набухлость груди постепенно уменьшается и къ концу мѣсяца или нѣсколько позднѣе совсѣмъ исчезаетъ. Случайной причиною воспаленія можетъ быть всякая травма, въ дѣйствительности же грудница у дѣтей всего чаще вызывается выдавливаніемъ молочка.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ гнойно-воспалительной инфильтраціи какъ самой железы, такъ и окружающей ее соединительной ткани. Въ смертельныхъ случаяхъ встрѣчаются обширныя флегмонозныя разрушенія клѣтчатки грудной клѣтки и брюшныхъ стѣнокъ и нерѣдко явленія септицеміи.

*Симптомы и теченіе.* Въ области одного или обоихъ сосковъ замѣчается опухоль величиною съ лѣсной или грецкій орѣхъ со всѣми признаками остраго (горячаго) нарыва:

она покрыта красною, горячею кожей, болѣзненна при давленіи и ясно флюктуируетъ. Развитие болѣзни идетъ такимъ образомъ: прежде всего появляется безболѣзненное набуханіе железы, которая выдается въ видѣ небольшой (съ лѣсной орѣхъ) упруго-мягкой опухоли, покрытой нормальной (не покраснѣвшею) кожей; при сдавленіи опухоли пальцами изъ соска показывается нѣсколько капель молока. Въ началѣ воспаленія ребенокъ дѣлается безпокоенъ и много кричитъ, какъ днемъ, такъ и ночью; кожа, покрывающая опухоль, краснѣетъ, сдавленіе железы вызываетъ громкій крикъ; ребенокъ лихорадитъ, черезъ 3—4 дня появляется флюктуация. Предоставленный самому себѣ, нарывъ или вскрывается и по выходѣ гноя скоро заживаетъ, или гнойное воспаленіе быстро распространяется по сосѣдней клѣтчаткѣ далеко за предѣлы железы, образуя обширную флегмону, ведущую къ отслойкѣ кожи на всей половинѣ грудной клѣтки отъ подмышки до пупка. Исходъ въ подобныхъ случаяхъ можетъ быть летальный, вслѣдствіе септицеміи.

*Диагностика* никакихъ затрудненій не представляетъ.

*Предсказаніе* для жизни при ограниченныхъ абсцессахъ всегда хорошо, но у дѣвочекъ можетъ пострадать въ послѣдствіи функція железы. При обширныхъ флегмонахъ предсказаніе сомнительное.

*Лѣченіе.* Предохранительныя мѣры, въ періодѣ физиологической набухлости железы, состоятъ въ наложеніи на опухоль согрѣвающего компресса или просто куска ваты и въ строгомъ запрещеніи выдавливать молоко. При образованіи нарыва слѣдуетъ вскрыть его при первыхъ признакахъ зыбленія, а потомъ перевязать сухою салициловою ватой.

---

## IX. Icterus neonatorum—желтуха новорожденныхъ.

*Происхожденіе и причины.* Желтуха у новорожденныхъ встрѣчается очень часто; въ однихъ случаяхъ помимо желтой окраски кожи и слизистыхъ оболочекъ, ребенокъ представляется въ остальномъ совершенно здоровымъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ онъ, видимо, боленъ. Первая форма встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ вторая; ее наблюдаютъ,

приблизительно, у 70—80% всѣхъ новорожденныхъ, и потому она извѣстна подъ именемъ *физиологической желтухи новорожденныхъ*; а такъ какъ она обязательно проходитъ черезъ нѣсколько дней, то называется также доброкачественною желтухой въ отличіе отъ злокачественной, *icterus gravis*, зависящей отъ тяжелаго общаго заболѣванія организма. Когда говорятъ о желтухѣ новорожденныхъ, то имѣютъ въ виду такъ называемую физиологическую желтуху. О происхожденіи физиологической желтухи новорожденныхъ было много споровъ. Одни признавали ее за гематогенную и думали, что желчный пигментъ образуется въ крови вслѣдствіе физиологическаго разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ, имѣющаго мѣсто у всѣхъ новорожденныхъ въ первые дни жизни. Другіе, напротивъ, признавали ее за желтуху гепатогенную и въ доказательство указывали на присутствіе не только желчнаго пигмента, но и желчныхъ кислотъ въ околосердечной жидкости (въ мочѣ желчныхъ кислотъ при *icterus neon.* не встрѣчается, а только желчный пигментъ въ растворенномъ состояніи и въ видѣ зеренъ—*masses jaunes* по номенклатурѣ Parrot и Robin'a). Въ настоящее время наибольшимъ довѣріемъ пользуется теорія, примиряющая эти противорѣчивые взгляды. По современной теоріи дѣло состоитъ въ слѣдующемъ: въ первые дни внутробной жизни, дѣйствительно, происходитъ усиленное разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, вслѣдствіе чего развивается физиологическая гемоглобинемія, подъ влияніемъ которой, какъ доказываютъ опыты надъ животными, замѣчается скопленіе крови въ венахъ органовъ живота и особенно въ печени, получающей такимъ образомъ обильный матеріалъ для выработки желчи, но желчь эта до нѣкоторой степени задерживается въ желчныхъ канальцахъ отчасти вслѣдствіе сдавленія ихъ растянутыми венами и отека междольчатой соединительной ткани печени, отчасти же отъ закупорки ихъ слущивающимся эпителиемъ желчныхъ канальцевъ, въ результатъ чего нѣкоторая доля ея всасывается и производитъ желтуху. Располагающими причинами физиологической желтухи являются различныя условія, способствующія разрушенію красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (напр., поздняя перевязка пуповины) или застоямъ крови въ венахъ вообще и въ частности въ пе-

чени, напр., асфиксія новорожденныхъ, ателектазы легкихъ, преждевременные или трудные роды.

Происхожденіе злокачественной желтухи новорожденныхъ не всегда одинаково: въ однихъ случаяхъ она зависитъ отъ врожденнаго закрытія желчнаго протока или болѣзни печени (сифились), въ другихъ она составляетъ одно изъ проявленій сепсиса или остраго жирового перерожденія новорожденныхъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при фізіологической желтухѣ состоятъ просто въ желтой окраскѣ кожи, слизистыхъ и серозныхъ оболочекъ и интимы артерій, а также и всѣхъ трансудатовъ и мочи. При злокачественной желтухѣ патолого-анатомическія измѣненія соотвѣтствуютъ основному страданію (*dissolutio sanguinis, periarteriitis umbilicalis, флегмона* и проч.).

*Симптомы.* Вѣрнымъ признакомъ желтухи вообще служить желтая окраска кожи и склеръ. Фізіологическая желтуха характеризуется, во 1-хъ, *возрастомъ* ребенка, такъ какъ всегда начинается на 2—3 день жизни: во-2-хъ — *прекраснымъ общимъ состояніемъ*: ребенокъ покоенъ, хорошо беретъ грудь, не лихорадитъ, что исключаетъ септическую желтуху; въ 3-хъ — *нормальнымъ желтымъ цвѣтомъ испражнений* (въ противоположность катаральной желтухѣ или врожденному закрытію желчнаго протока) и, въ 4-хъ, *доброкачественнымъ теченіемъ*, такъ какъ фізіологическая желтуха всегда кончается выздоровленіемъ черезъ нѣсколько дней.

Септическая желтуха протекаетъ съ сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, упадкомъ силъ и другими симптомами сепсиса.

Желтуха отъ закрытія желчнаго протока характеризуется чрезвычайно рѣзко-выраженной желтой окраской покрововъ при безцвѣтныхъ испраженіяхъ.

Здѣсь же умѣстно упомянуть объ особомъ видѣ желтухи, исключительно свойственной новорожденнымъ и составляющей симптомъ какого-то загадочнаго отравленія крови, которому проф. Winckel далъ очень длинное названіе, соединяющее въ себѣ всѣ главныя проявленія болѣзни, а именно: *cyanosis afebrilis icterica pernicioosa cum haemoglobinuria*, а другіе называютъ его, согласно предложенію Gerhard'ta, просто *morbus Winckeli*, такъ какъ онъ первый описалъ

эпидемію этой болѣзни въ Дрезденскомъ родильномъ домѣ въ 1879 году. Болѣзнь Wincke'l'я характеризуется тѣмъ, что ребенокъ, родившійся въ срокъ, съ первыхъ же дней дѣлается безпокоенъ и получаетъ *синюху*, ясно замѣтную не только на лицѣ и конечностяхъ, но и на туловищѣ; вслѣдъ затѣмъ появляется *гемоглобинурія* и *желтуха* (конъюнктивна), *упадокъ силъ* и судороги со смертельнымъ исходомъ, въ 1—3—7 дней. *Температура* все время остается *нормальной*. Болѣзнь эта почти абсолютно смертельна, такъ какъ изъ 23 заболѣвшихъ выздоровѣлъ только одинъ. При вскрытіи, кромѣ ціаноза и желтухи, находятъ многочисленныя экхимозы почти во всѣхъ органахъ, жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ, при нормальныхъ пупочныхъ сосудахъ (значить, все какъ при болѣзни Вил'я, см. ниже). Самымъ характернымъ признакомъ болѣзни Wincke'l'я считается измѣненіе почекъ, именно, выполненіе мочевыхъ канальцевъ зернышками гемоглобина, вслѣдствіе чего пирамиды кажутся пронизанными чернокрасными черточками, сходящимися къ сосочку. Этиологія остается невыясненной.

О *диагностикѣ* и *предсказаніи* при физиологической желтухѣ сказано выше. *Лѣченіе* она никакого не требуетъ.

## Х. Острое жировое перерожденіе новорожденныхъ, или болѣзнь Вил'я.

Сущность или ближайшая причина этой болѣзни неизвѣстна, а названіе дано ей Вил'емъ вслѣдствіе того, что въ трупѣ находятъ паренхиматозное воспаленіе съ исходомъ въ *жировое перерожденіе* разныхъ внутреннихъ органовъ, каковы: сердце, печень, почки, т.-е. то же самое, что и при септическихъ заболѣваніяхъ; на сродство болѣзни Вил'я съ сепсисомъ указываютъ далѣе *увеличеніе* и дряблость *селезенки*, *кровоизліянія* въ разные органы, въ особенности въ видѣ петехій на серозныхъ оболочкахъ и подъ кожу, и *желтуха*; но разница въ томъ, что, во-1-хъ, болѣзнь Вил'я не встрѣчается въ видѣ эпидемій, а, во-2-хъ, при ней нѣтъ гнояныхъ скопищъ, и пупочные сосуды остаются здоровыми; значить, если это—септическое отравленіе крови, то оно принадлежитъ

къ категоріи случаевъ, протекающихъ безъ мѣстныхъ явленій, т.-е. безъ первичнаго зараженія какой-либо раны. Въ этомъ отношеніи она похожа на болѣзнь Winckel'я.

*Причины* неизвѣстны.

*Симптомы* состоятъ въ упадкѣ силъ, *ціанозъ*, въ *желтухѣ* и въ самопроизвольныхъ *кровотеченіяхъ* изъ *слизистыхъ оболочекъ* (ротъ, желудокъ, кишки, мочевые органы, пупокъ) и *кровоподтековъ* въ кожу. Посмертная діагностика не всегда легка; въ судебно-медицинскомъ отношеніи важно имѣть въ виду сходство болѣзни *Buhl'я* съ смертностью отъ *отравленія* фосфоромъ и мышьякомъ (химическое изслѣдованіе органовъ) и со смертностью отъ *задушенія*, особенно, если въ трупѣ нѣтъ кровоизліяній (микроскопическое изслѣдованіе при смерти отъ удушенія не открываетъ жирового перерожденія органовъ). Отъ случаевъ обыкновеннаго сепсиса болѣзнь *Buhl'я* отличается, кромѣ вышеприведенныхъ признаковъ, между прочимъ, и тѣмъ, что септические трупы загниваютъ гораздо скорѣе, чѣмъ умершіе отъ болѣзни *Buhl'я*; отъ болѣзни *Winckel'я* — гемоглобиннымъ инфарктомъ почекъ при послѣдней.

*Предсказаніе* безусловно смертельно. Болѣзнь продолжается всего лишь нѣсколько дней. *Лѣченіе* безсильно.

## XI. Болѣзни пупка.

Пуповина состоитъ изъ двухъ пупочныхъ артерій и одной пупочной вены, соединенныхъ между собой слизистой соединительной тканью (такъ наз. Вартоновой студенью) въ извилистый канатикъ, покрытый оболочкой изъ амніона. Какъ только ребенокъ родится, пуповина перевязывается тесемкой на высотѣ 2—4 сантиметровъ отъ пупочнаго кольца двумя лигатурами и перерѣзывается между ними ножницами. Конецъ пуповины, оставшійся при ребенкѣ, въ теченіе 3—5 дней высыхаетъ и отпадаетъ путемъ пограничнаго нагноенія, идущаго на уровнѣ кожи. По отдѣленіи пуповины на нѣсколько дней остается небольшая гноящаяся поверхность, такъ называемая пупочная рана, заживающая рубцомъ, приблизительно, къ 10—12-му дню.

Уходъ за пупкомъ въ первые дни послѣ рожденія имѣеть цѣлью способствовать *скорѣйшему высыханію остатка пуповины*, такъ какъ все, что задерживаетъ этотъ процессъ, тѣмъ самымъ содѣйствуетъ загниванію ея, а слѣдовательно, и зараженію раны. На этомъ основаніи завертываніе пуповины въ компрессикъ, смазанный прованскимъ масломъ, какъ это нерѣдко практикуется акушерками, должно считаться совершенно нераціональнымъ; всего лучше, напротивъ, присыпать пуповину какимъ-нибудь гигроскопическимъ порошкомъ и завернуть въ гигроскопическую вату. Изъ присыпокъ всего лучше рекомендуется крахмалъ и талькъ съ *Ac. salicylicum* (Rp. *Acidi salicylici* 5,0; *Talci* 50,0. DS. присыпка) или порошокъ гипса. По отпаденіи пуповины ранка перевязывается или борной мазью (Rp. *Ac. borici* 1,0; *Vaselini* 25,0), или присыпается какимъ-нибудь антисептическимъ порошкомъ, напр., салициловой кислотой съ крахмаломъ или *bismutho subnitrico per se*, дерматоломъ и т. п.

Ненормальности или болѣзни пупка бываютъ врожденныя и приобрѣтенныя. Къ врожденнымъ аномаліямъ относятся: во-первыхъ, двѣ противоположности, извѣстныя подъ именемъ **ножный пупокъ** и **амніонный пупокъ**. Кожный, или мясистый, пупокъ характеризуется тѣмъ, что кожа живота не оканчивается на уровнѣ пупочнаго кольца, а нѣсколько заходитъ на пуповину и потому послѣ отпаденія послѣдней остается выпяченный кожный пупокъ; при амніонномъ пупкѣ, наоборотъ, кожа не доходитъ до краевъ пупочнаго кольца, и мѣсто ея занимаетъ амніонъ, который потомъ отдѣляется путемъ нагноенія, и гноящаяся поверхность заживаетъ рубцомъ.

Во-вторыхъ, къ врожденнымъ аномаліямъ относится **грыжа пупочнаго канатика** — *omphalocele congenita, omphalocele tunicae umbilicalis*. Въ этомъ случаѣ въ пупочной области не доразвивается не только кожа, какъ въ предыдущемъ случаѣ, но и мышцы, и черезъ образовавшійся такимъ образомъ дефектъ брюшной стѣнки выходятъ брюшныя внутренности; въ легкихъ случаяхъ выпадаютъ только петли кишекъ, а при значительныхъ дефектахъ вмѣстѣ съ кишками выходятъ и сальникъ, и даже печень. Грыжу пупочнаго канатика не слѣдуетъ смѣшивать съ обыкновенною пупочной грыжей —

*hernia umbilicalis*. Это—страданіе приобрѣтенное; петля кишки выходитъ не черезъ дефектъ брюшной стѣнки, а черезъ растянутае пупочное кольцо; при врожденной грыжѣ пупочнаго канатика грыжевой мѣшокъ состоитъ только изъ брюшины и амніона, а при пупочной грыжѣ — изъ брюшины и кожи. Причины образованія приобрѣтенной пупочной грыжи сводятся къ часто повторяющемуся усиленному дѣйствию брюшного пресса (крикъ, запоръ, натужный поносъ, сильный кашель). Небольшія пупочныя грыжи имѣютъ шаровидную форму, а болѣе крупныя принимаютъ коническій видъ и достигаютъ величины средней груши; характерный признакъ пупочной грыжи состоитъ въ томъ, что, при сдавленіи опухоли пальцами, она легко вправляется черезъ пупочное кольцо, но при крикѣ ребенка опять сейчасъ же выходитъ; послѣ вправленія грыжи весьма легко ощущать пальцемъ расширенное пупочное кольцо. Маленькая пупочная грыжа можетъ быть смѣшана развѣ только съ кожнымъ пупкомъ, но послѣдній имѣетъ не шарообразную, а цилиндрическую форму, не измѣняется отъ давленія (не вправляется), пупочное кольцо не прощупывается, при крикѣ величина и форма пупка не измѣняется.

*Предсказаніе* при небольшихъ грыжахъ пупочнаго канатика и обыкновенныхъ пупочныхъ благопріятное, но при большихъ дефектахъ брюшныхъ стѣнокъ наступаетъ обыкновенно смерть отъ воспаленія брюшины. Пупочныя грыжи рѣдко остаются на всю жизнь, обыкновенно же онѣ исчезаютъ даже и безъ лѣченія, когда устраняются причины, ихъ вызвавшія, или когда ребенокъ начинаетъ ходить.

*Лѣченіе*. Въ легкихъ (приобрѣтенныхъ) случаяхъ примѣняется повязка съ пелотомъ, а при большихъ врожденныхъ выпаденіяхъ внутренностей полное выздоровленіе можетъ быть достигнуто только посредствомъ лапаротоміи; подобную операцію со счастливымъ исходомъ произвелъ, напр., проф. Феноменовъ надъ 12-дневнымъ ребенкомъ.

Къ приобрѣтеннымъ болѣзнямъ пупка, кромѣ грыжи, принадлежатъ еще различныя воспаленія его.

*Изъязвленіе пупна*, *excoriatio umbilici*, характеризуется долго длящимся нагноеніемъ пупочной раны и появленіемъ вокругъ нея реактивной красноты кожи. При *язвѣ пупка*,



ulcus umbilici, нагноеніе распространяется на сосѣдную кожу, и гной принимаетъ дурнокачественный видъ, а если гноящаяся поверхность покрывается крѣпко пристающими ложными оболочками, то говорятъ о *дифтеритѣ пупка*.

**Флегмона пупка**, omphalitis, протекаетъ съ лихорадочнымъ состояніемъ и характеризуется *инфильтраціей соединительной ткани въ окружности пупка*, т.-е. яркою краснотой, плотною припухлостью и болѣзненностью при давленіи въ области пупка. Въ легкихъ случаяхъ воспаленіе или разрѣшается, или заканчивается образованіемъ абсцесса, а въ болѣе тяжелыхъ оно угрожаетъ жизни больного, и притомъ различными путями: то воспаленіе распространяется на периваскулярную соединительную ткань пупочныхъ сосудовъ, т.-е. развивается *periarteriitis et periphlebitis umbilicalis* съ послѣдовательною септицеміей, то по наслѣдству воспаляется брюшина, то развивается *гангрена пупка*. Этотъ послѣдній исходъ особенно свойственъ истощеннымъ дѣтямъ и недоноскамъ. Въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ о влажной гангренѣ, напоминающей ному: омертвѣлыя ткани чернѣютъ и потомъ распадаются, оставляя язву съ грязными краями и чрезвычайно вонючимъ отдѣляемымъ; язва быстро распространяется и скоро ведетъ къ прободенію живота и смерти при явленіяхъ колляпса.

Въ другихъ случаяхъ гангрена пупка развивается не изъ омфалита, а первично, вслѣдствіе общаго сепсиса.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжительное нагноеніе пупка поддерживается разрастающеюся грануляціонною тканью принимающею форму опухоли, величиной въ горошину, сидящей на ножкѣ; она или выдается изъ пупка въ видѣ дикаго мяса, или скрывается за его складками, которыя должны быть раздвинуты для того, чтобы видѣть опухоль; это, такъ наз. *пупочный грибъ*—*fungus umbilici, s. sarcomphalus, s. granuloma*. Оставленная безъ лѣченія опухоль продолжаетъ гноиться въ теченіе многихъ недѣль, но въ концѣ концовъ все-таки зарубцовывается или отваливается; ни къ какимъ дурнымъ послѣдствіямъ она не ведетъ.

На пупкѣ новорожденныхъ, а также у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, встрѣчаются еще и другого рода наросты, тоже небольшіе, красные, долго гноящіеся, но отли-

чающіеся отъ предыдущихъ микроскопическимъ строеніемъ: они состоятъ не изъ грануляціонной, а изъ соединительной ткани, гладкихъ мышечныхъ волоконъ и трубчатыхъ железъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ центрѣ опухоли замѣчается отверстіе, ведущее въ каналъ, который при обследованіи зондомъ оказывается либо слѣпымъ, либо зондъ проходитъ въ кишку. Подобныя образованія, извѣстныя подъ именемъ *enteroteratoma*, суть не что иное, какъ остатки желточного протока.

*Лѣченіе.* Предохранительнымъ средствомъ для всякаго рода воспаленій пупка служитъ защита его отъ какихъ бы то ни было раздраженій и зараженія; необходимо, слѣдовательно, правильный уходъ за пупкомъ, о чемъ сказано выше. Продолжительное нагноеніе пупка, если оно не поддерживается *sarcophalus*омъ, легко устраняется примочкой изъ танина (Rp. Sol. ac. tannici 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>); или присыпкой каломелемъ *per se*, или салициловою кислотой съ крахмаломъ. *Sarcophalus* удаляется лигатурой, наложенной на его основаніе. При омфалитѣ въ первомъ періодѣ — согрѣвающей компрессъ, а при образованіи абсцесса—вскрытіе и іодоформная повязка. Антисептическое же лѣченіе показано и при дифтеритѣ и гангренѣ пупка. Къ числу весьма опасныхъ болѣзней пупка относятся воспаленіе пупочныхъ сосудовъ и пупочное кровотеченіе.

**Воспаленіе пупочныхъ сосудовъ, periarteriitis и periphlebitis umbilic.**, принадлежитъ къ числу септическихъ заболѣваній; оно происходитъ отъ зараженія пупочной раны септическимъ ядомъ: злокачественный воспалительный процессъ быстро распространяется не столько по сосудистымъ стѣнкамъ, сколько по окружающей ихъ рыхлой соединительной ткани, и ведетъ къ смертельному исходу или путемъ воспаленія брюшины, или общимъ септическимъ отравленіемъ организма.

*Причины* изложены въ главѣ—*septicaemia neonatorum*

*Патолого-анатомически* страданіе характеризуется серозной инфильтраціей околососудистой клѣтчатки, утолщеніемъ сосудистыхъ стѣнокъ и скопленіемъ гнойныхъ массъ въ просвѣтѣ сосудовъ. Рядомъ съ этимъ явленія сепсиса въ видѣ гнойныхъ воспаленій серозныхъ оболочекъ, опухоль и

дряблость селезенки, паренхиматозное перерождение внутренних органовъ, жидкая, темная кровь.

*Симптомы.* Узнать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ не легко, такъ какъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, спеціально указывающихъ на пораженіе ихъ, обыкновенно не бываетъ. Указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на красноту кожи по направленію артерій, или на плотную припухлость выше пупка при воспаленіи вены, въ большинствѣ случаевъ не оправдывается; рѣдко также удается выдавить гной изъ пупка при arteriitis. Предполагать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ можно во всѣхъ случаяхъ, когда при изъязвленномъ пупкѣ ребенокъ начинаетъ сильно лихорадить и скоро впадаетъ въ коматозное состояніе, или когда появляются симптомы септикопѣміи, въ видѣ подкожныхъ гнойниковъ, воспаленія сочлененій, серозныхъ оболочекъ и проч.

*Лѣченіе* можетъ быть только профилактическимъ: охранять пупочную рану отъ возможности зараженія.

**Кровотеченіе изъ пупка** бываетъ артеріальнымъ или паренхиматознымъ. У нормальнаго ребенка, тотчасъ послѣ родовъ, какъ установится дыханіе, давленіе въ пупочной артеріи вслѣдствіе присасывательной силы легкихъ настолько падаетъ, что стѣнки ихъ, уступая дѣйствию обильно заложенныхъ въ нихъ мышечныхъ волоконъ, спадаются до уничтоженія просвѣта, такъ что изъ перерѣзанной, но не перевязанной пуповины кровотеченіе останавливается очень скоро, и если, обыкновенно, все-таки ее перевязываютъ, то больше предосторожности ради. Чтобъ появилось кровотеченіе изъ пупочныхъ артерій, нужны особыя условія, а именно: 1) слабо наложенная лигатура, 2) повышенное давленіе въ артеріальной системѣ и 3) ослабленіе тонуса мышечной оболочки пупочныхъ сосудовъ.

Лигатура можетъ оказаться слабо наложенной съ самаго начала, или она ослабѣваетъ послѣ высыханія Вартоновой студени; повышенное артеріальное давленіе и застой въ венахъ наблюдаются во всѣхъ случаяхъ неполнаго дыханія (асфиксія, ателектазъ легкихъ, врожденная слабость); тѣ же причины могутъ вліять и на тонусъ сосудистыхъ стѣнокъ; причиной ослабленія тонуса сосудистой стѣнки можетъ быть также слишкомъ горячая ванна, гніеніе пуповины и, можетъ

быть, какія-нибудь и другія неизвѣстныя условія. Всѣ перечисленные обстоятельства могутъ быть причиной артеріальнаго пупочнаго кровотеченія. Узнать это нетрудно, такъ какъ кровь идетъ струей. Предохранительное *лѣченіе* состоитъ въ надлежащей перевязкѣ пуповины; чтобъ туго наложенная лигатура не перерѣзала пуповины, для перевязки ея отнюдь не слѣдуетъ брать тонкій шнурокъ, а лучше тесемку въ  $\frac{1}{2}$  сантиметра шириной; при очень толстой пуповинѣ, когда много студени, лигатура завязывается сначала петлей, а нѣсколько часовъ спустя, когда пуповина нѣсколько завянетъ, петля замѣняется узломъ. Хорошо также накладывать эластическую лигатуру. При появленіи кровотеченія накладываютъ новую лигатуру.

*Паренхиматозное кровотеченіе* гораздо опаснѣе артеріальнаго, такъ какъ остановить его очень трудно. Оно всегда зависитъ отъ общаго заболѣванія организма, такъ наз. временной гемофіліи, подъ вліяніемъ которой у ребенка появляются кровотеченія и изъ другихъ органовъ, напр., изъ слизистой оболочки рта, носа, желудка и проч. Временная гемофілія можетъ быть слѣдствіемъ врожденнаго сифилиса, общаго сепсиса и остраго жирового перерожденія новорожденныхъ. Паренхиматозное кровотеченіе изъ пупка начинается, обыкновенно, около 5-го дня и въ громадномъ большинствѣ случаевъ (80—90%) черезъ нѣсколько дней кончается смертью.

*Лѣченіе* состоитъ въ употребленіи кровоостанавливающихъ средствъ, каковы 3% растворъ liquoris ferri sesquichlorati, присыпка антипириномъ, тампонація. Рекомендуются также заливка пупка гипсомъ.

---

## **ХII. Болѣзни, появляющіяся во время прорѣзыванія молочныхъ зубовъ.**

Первые 20 зубовъ появляются у ребенка отъ 6-го до 30-го мѣсяца и существуютъ сравнительно не долго, такъ какъ послѣ 5—6 лѣтъ они по очереди, съ промежутками въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, начинаютъ выпадать и замѣняются новыми, постоянными. Въ отличіе отъ послѣднихъ, первые 20 зубовъ называются „молочными“ зубами.

*Первое проръзываніе зубовъ* начинается у дѣтей въ различные сроки, въ зависимости отъ наслѣдственности, отъ состоянія общаго питанія организма и отъ различныхъ болѣзней. Среднимъ срокомъ для начала проръзыванія зубовъ можно принять 7—8-й мѣсяцы; въ это время показывается пара нижнихъ среднихъ рѣзцовъ; черезъ мѣсяць (9—10-й)—4 верхнихъ рѣзца, еще черезъ мѣсяць (11—12-й)—2 нижнихъ боковыхъ рѣзца, такъ что къ концу года у здороваго ребенка должны быть налицо всѣ рѣзцы (8 зубовъ). Затѣмъ антракты удлиняются до двухъ мѣсяцевъ, и отъ 14-го до 16-го мѣсяцевъ появляются первые коренные зубы, отъ 18-го до 20-го—клыки, отъ 22-го до 24-го—вторые коренные зубы, чѣмъ и заканчивается проръзываніе молочныхъ зубовъ. Около 5 лѣтъ проръзываются третьи коренные (постоянные) зубы; около 11—12—четвертые и послѣ 20 лѣтъ послѣдніе коренные, такъ назыв. „зубы мудрости“.

*Аномалии проръзыванія зубовъ.* Первые зубы появляются иногда на нѣсколько мѣсяцевъ раньше нормальнаго срока, напримѣръ, на 4—5-мъ мѣсяцѣ, или ребенокъ уже родится съ однимъ—двумя зубами. Такое *преждевременное появленіе зубовъ* никакого особаго значенія не имѣетъ; въ большинствѣ подобныхъ случаевъ слѣдующія группы рѣжутся въ свой нормальный срокъ, такъ что къ концу года у такихъ дѣтей бываетъ все-таки не болѣе 8—10 зубовъ. Слишкомъ короткіе промежутки между отдѣльными группами, зависящіе отъ ненормально-усиленнаго питанія зародыша зуба, наблюдаются иногда у дѣтей, наклонныхъ къ приливамъ крови къ головѣ и нерѣдко кончающихся головной водянкой, и потому чрезмѣрно быстрое появленіе зубовъ можно считать до нѣкоторой степени за неблагопріятный признакъ.

*Запоздалое проръзываніе зубовъ* состоитъ въ томъ, что или запаздываетъ появленіемъ только первая группа, а всѣ слѣдующія показываются въ свое время, или же удлиняются антракты, вслѣдствіе чего проръзываніе зубовъ идетъ крайне медленно и затягивается до конца 3-го и даже до 4-го года. Въ первомъ случаѣ, т.-е. когда антракты не удлиняются и порядокъ появленія группъ остается нормальнымъ, позднее проръзываніе первыхъ зубовъ не имѣетъ патологическаго значенія, такъ какъ *такое* запаздываніе наблюдается нерѣдко

и у совершенно здоровыхъ дѣтей, особенно при известномъ семейномъ расположеніи, когда подобная аномалія встрѣчается, напр., у всѣхъ или у большинства родныхъ братьевъ и сестеръ. Другое дѣло, если позднее появленіе зубовъ обуславливается длинными паузами и если притомъ нарушается порядокъ появленія отдѣльныхъ зубовъ или цѣлыхъ группъ, когда, напр., одновременно рѣжутся представители разныхъ группъ; такой беспорядокъ указываетъ на замедленный процессъ окостѣненія скелета вообще, что свойственно рахитизму.

Относительно вопроса о томъ, *какое вліяніе на здоровье ребенка* оказываетъ прорѣзываніе зубовъ, мнѣнія авторовъ чрезвычайно расходятся: одни слишкомъ преувеличиваютъ значеніе этого фізіологическаго процесса въ этиологіи дѣтскихъ болѣзней, другіе, наоборотъ, совсѣмъ отрицаютъ его, такъ что вопросъ этотъ относится къ весьма спорнымъ. Съ теоретической точки зрѣнія трудно понять, почему бы собственно прорѣзываніе зубовъ должно вызвать тѣ или другіе болѣзненные симптомы; вѣдь первые зачатки зубовъ появляются очень равно, примѣрно въ началѣ 3-го мѣсяца внутриутробной жизни плода, и съ тѣхъ поръ развитіе зубовъ идетъ хотя и крайне медленно, но непрерывно до тѣхъ поръ, пока, наконецъ, они достигнутъ своей нормальной величины и формы. Собственно прорѣзываніемъ зубовъ называется тотъ періодъ въ ихъ развитіи, когда они проходятъ черезъ слизистую оболочку десны и становятся доступными осязанію и глазу. Никакихъ существенныхъ препятствій на пути развивающагося зуба не имѣется; костяныя ячейки челюстей формируются одновременно съ зубомъ, и верхнія отверстія ихъ бывають значительно шире коронки идущаго зуба, и единственная преграда, которую приходится преодолевать послѣднему, состоитъ въ мягкихъ частяхъ десны, исчезающихъ на пути зуба путемъ медленнаго и безболѣзненнаго всасыванія. Гдѣ же причины для появленія тѣхъ или иныхъ симптомовъ?

Однако, подобные вопросы одними теоретическими соображеніями не рѣшаются, здѣсь необходимы строгія, точно обставленные наблюденія, каковыхъ до настоящаго времени почти не существуетъ. Наблюденія эти должны выяснить, во-первыхъ, дѣйствительно ли во время прорѣзыванія зубовъ

дѣти хворають чаще, чѣмъ въ иное время; во-вторыхъ, какими особенностями отличаются симптомы, зависящіе отъ другихъ причинъ; въ-третьихъ, какому моменту прорѣзыванія зуба должны соответствовать болѣзненные симптомы? Послѣдній вопросъ чрезвычайной важности; дѣло въ томъ, что періодъ прорѣзыванія зубовъ, какъ выше сказано, продолжается около двухъ лѣтъ, и если всѣ болѣзни, которыя встрѣчаются въ это время, считать за болѣзни къ зубамъ, то совпаденіе окажется, конечно, очень частымъ, потому что дѣти этого возраста, само собою разумѣется, не застрахованы отъ заболѣваній. Въ общемъ, слѣдовательно, дѣло сводится къ выясненію вопроса о томъ, какими признаками долженъ руководствоваться врачъ, чтобы въ подходящемъ случаѣ имѣть право объяснить происхожденіе болѣзни прорѣзываніемъ зубовъ. Въ настоящее время мнѣніе врачей сводится къ слѣдующему: предполагать зависимость болѣзни отъ зубовъ можно лишь въ томъ случаѣ, если *болѣзнь начинается незадолго до появленія зуба, когда соответствующее мѣсто десны припухло, напряжено и когда съ выходомъ зуба болѣзнь немедленно исчезаетъ*; врачъ имѣетъ еще больше основаній допустить существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и нездоровьемъ ребенка, когда одни и тѣ же *болѣзненные явленія повторяются при каждомъ новомъ зубѣ* и если, притомъ, для данной болѣзни *нельзя открыть никакой другой причины*.

Если при распознаваніи „болѣзней къ зубамъ“ руководствоваться только-что установленными критеріями, то окажется, что зависимость болѣзней отъ зубовъ встрѣчается во-все не особенно часто, и что болѣзни эти не тяжелы и далеко не такъ разнообразны, какъ о нихъ многіе и до сихъ поръ еще думаютъ, но совершенно отрицать существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и нѣкоторыми болѣзнями, по моему мнѣнію, нельзя.

Несомнѣнно, что во многихъ, даже въ большинствѣ случаевъ, прорѣзываніе зубовъ совершается совсѣмъ незамѣтно и можетъ быть узнано лишь тогда, когда верхушка зуба уже покажется изъ десны, въ другихъ случаяхъ, особенно при прорѣзываніи толстой коронки коренныхъ зубовъ, за нѣсколько дней до появленія зуба появляется катарральное или афтоз-

ное воспаленіе рта съ лихорадочнымъ состояніемъ, раздражительностью, бессонницей и т. п. Что воспаленіе рта въ подобныхъ случаяхъ зависитъ отъ проръзыванія зубовъ, а не отъ другой какой-нибудь причины, можно заключить изъ того, что воспаленіе всего сильнѣе выражено на томъ мѣстѣ десны, гдѣ рѣжется зубъ \*). Проръзываніе зубовъ можетъ вызвать далѣе легкое расстройство пищеваренія, въ видѣ учащенныхъ и разжиженныхъ испражнений и рвоты. Такое расстройство тянется обыкновенно недолго, появляется при явныхъ признакахъ раздраженія десенъ рѣжущимся зубомъ, исчезаетъ вслѣдъ за появленіемъ зуба и не рѣдко повторяется при слѣдующей группѣ зубовъ и опять *безъ всякой определенной причины*

Могутъ ли сдѣлаться отъ проръзыванія зубовъ *эклампсическія судороги*—вопросъ спорный. Едва ли когда случается, чтобъ совершенно здоровый ребенокъ страдалъ судорогами только во время проръзыванія зубовъ и чтобъ онѣ повторялись при каждой группѣ; но, съ другой стороны, возможно, что проръзываніе зубовъ можетъ играть роль случайной (располагающей) причины рефлекторныхъ судорогъ у дѣтей, уже и безъ того къ нимъ расположенныхъ, напр., у рахитиковъ.

Вообще говоря, проръзываніе зубовъ рѣдко вызываетъ какіе бы то ни было болѣзненные припадки; въ громадномъ же большинствѣ случаевъ на зубы сваливается отвѣтственность безъ достаточныхъ основаній, а только потому, что настоящая причина данной болѣзни остается невыясненной,

\*) Афтозное воспаленіе рта считается въ настоящее время за болѣзнь инфекціоннаго происхожденія и, какъ таковая, не можетъ зависѣть отъ проръзыванія зубовъ. Во всякомъ случаѣ, однако, проръзываніе зубовъ можетъ играть роль располагающей причины, подобно тому какъ простуда, наиримѣръ, имѣетъ несомнѣнное значеніе въ этиологіи пневмоніи. Что стоматиты у дѣтей въ періодъ проръзыванія зубовъ встрѣчаются чаще, чѣмъ въ другое время, можно видѣть, между прочимъ, изъ статистики самого K a s s o v i t z'a, этого талантливаго и энергичнаго антиденціониста, который въ своей прекрасной книгѣ „Vorles. über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung. Wien 1892“ приводитъ на стр. 107 таблицу заболѣваемости дѣтей по возрастамъ различными стоматитами. Изъ этой таблицы оказывается, что изъ 25.000 больныхъ дѣтей воспаленіе рта встрѣтилось 482 раза, изъ коихъ на возрастъ отъ 7 мѣсяцевъ до 3 лѣтъ, т.-е. на періодъ проръзыванія зубовъ, приходится 301 случай (62<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), отъ 0 до 6 мѣсяцевъ только 18, отъ 3 до 6 лѣтъ—124, отъ 5 до 9—30 и отъ 9 до 12—9.



и можно съ увѣренностью сказать, что область труднаго прорѣзыванія зубовъ за послѣднее время замѣтно уменьшается, по мѣрѣ того, какъ обогащаются наши свѣдѣнія о причинахъ болѣзней вообще; въ настоящее время, напр., уже никто, конечно, не станетъ объяснять прорѣзываніемъ зубовъ такіа болѣзни, какъ туберкулезный менингитъ, пневмонію, гриппъ и проч.

Многіе думаютъ, что въ періодъ прорѣзыванія зубовъ дѣти бываютъ особенно расположены ко всевозможнымъ болѣзнямъ и что заболѣванія въ это время тяжелѣе протекаютъ; но мнѣніе это не подтверждается статистическими данными, которыя доказываютъ, напротивъ, что дѣти хвораютъ тѣмъ чаще, чѣмъ они моложе, и что въ первые 6 мѣсяцевъ заболѣваніе и смертность дѣтей бываетъ выше, чѣмъ въ періодъ прорѣзыванія зубовъ.

### XIII. Болѣзни рта у дѣтей.

*Stomatitis catarrhalis.* Катарральнымъ воспаленіемъ слизистой оболочки рта называется мѣстная болѣзнь рта, характеризующаяся разлитой краснотой и набухлостью слизистой оболочки десенъ, щекъ и языка, увеличеннымъ отдѣленіемъ слюны и сильнымъ образованіемъ эпителия.

*Причины.* Въ видѣ самостоятельной болѣзни острый катарръ рта всего чаще встрѣчается у маленькихъ дѣтей въ періодъ прорѣзыванія зубовъ или отъ соски. Въ другихъ случаяхъ катарръ рта является начальнымъ періодомъ другихъ, болѣе серьезныхъ болѣзней рта (у маленькихъ—молочницы (или же спутникомъ воспаленія зѣва, катарровъ кишекъ и всякаго лихорадочнаго воспаленія. Хроническіе катарры рта чаще встрѣчаются у дѣтей старшаго возраста, и именно, подъ вліяніемъ катарровъ носоглоточной полости и желудка.

*Симптомы* состоятъ въ краснотѣ слизистой оболочки рта и усиленномъ отдѣленіи слюны. У грудныхъ дѣтей появляется иногда лихорадочное состояніе и беспокойство. У болѣе взрослыхъ дѣтей замѣчается нерѣдко припуханіе языка, вслѣдствіе чего на краяъ его получаютъ отпечатки зубовъ въ видѣ небольшихъ, полулунныхъ углубленій. Языкъ,

вначалѣ красный, скоро, вслѣдствіе усиленнаго разрастанія эпителия, покрывается болѣе или менѣе толстымъ бѣловатымъ слоемъ—обложенный языкъ. Изъ рта можетъ быть нѣкоторый запахъ, но никогда не бываетъ рѣзкой вони.

Особую разновидность хроническаго катарра рта составляетъ такъ называемый *ландкартообразный языкъ*— *pityriasis linguae*. Дѣло начинается съ кольцевиднаго шелушенія эпителия, вслѣдствіе чего на верхней поверхности языка (нижняя поверхность его никогда не поражается, но края—нерѣдко) появляются островки, величиной въ чечевицу, блѣдно-розоваго цвѣта (нормальная слизистая оболочка), окруженные бѣловатымъ валикомъ (гиперплазированный эпителий). Съ каждымъ днемъ кольца эти (иногда бываетъ только одно кольцо) увеличиваются подобно тому, какъ бываетъ это на кожѣ при psoriasis, сосѣдніе круги сталкиваются своими периферіями, при чемъ въ мѣстахъ встрѣчи бѣлые валики исчезаютъ, и вмѣсто круговъ на поверхности языка получаютъ извитыя линіи, напоминающія очертанія географическихъ картъ, откуда и названіе. По истеченіи извѣстнаго времени языкъ очищается на всей своей поверхности и кажется нормальнымъ, но только не надолго: кольцевидное шелушеніе вскорѣ начинается снова и т. д. въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ, не причиняя больному никакихъ непріятностей. Болѣзнь эта часто встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ, и въ особенности у рахитиковъ. Причины ея не извѣстны.

*Диагностика* катарра рта не трудна на основаніи красноты слиз. обол. или обложеннаго языка, при отсутствіи какихъ бы то ни было изъязвленій и вони. У грудныхъ дѣтей языкъ часто представляется бѣлымъ отъ тонкаго слоя молока, оставшагося на шероховатой поверхности языка, а у рожковыхъ дѣтей на языкѣ скопляются иногда толстые слои казеина, легко удаляемаго черенкомъ ложечки, въ видѣ сухихъ комковъ, чего никогда не бываетъ при катаррально-обложенномъ языкѣ.

*Предсказаніе* всегда хорошо, такъ какъ острые катарры рта исчезаютъ въ нѣсколько дней, а хроническіе хотя и не проходятъ, но зато и не ведутъ ни къ какимъ дурнымъ послѣдствіямъ, за исключеніемъ развѣ того, что располагаютъ къ каріозному пораженію зубовъ.

*Лѣченіе.* Въ острыхъ случаяхъ достаточно опрыскаго содержанія рта, напр., обтиранія послѣ кормленія чистой прохладной водой или 2% растворомъ буры. Въ хроническихъ случаяхъ умѣстно полосканіе изъ 2% бертолетовой соли—*Rp. Kali chlorici 5,0; Aq. destil. 250,0. DS.* Полосканіе.

*Pityriasis linguae* лѣченія не требуютъ.

**Stomatitis aphthosa.** Афтознымъ воспаленіемъ рта называется болѣзнь слизистой оболочки рта, развивающаяся, вѣроятно, подъ вліяніемъ инфекции и характеризующаяся образованіемъ многочисленныхъ, разбросанныхъ по слизистой оболочкѣ, круглыхъ язвочекъ и лихорадочнымъ состояніемъ.

*Причины.* Болѣзнь встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ и хотя она не считается заразительной, но все-таки иногда поражаетъ нѣсколькихъ дѣтей одной и той же семьи одновременно или другъ за другомъ и притомъ безъ всякой замѣтной причины, что и указываетъ на ея инфекціонное происхожденіе. Прорѣзываніе коренныхъ зубовъ можетъ играть роль располагающей причины такъ же, какъ простуда и засореніе желудка.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ развитой гипереміи слизистой оболочки рта и въ присутствіи островковъ фибринознаго экссудата на мѣстѣ язвочекъ. Вначалѣ экссудатъ образуется подъ эпителіемъ, а позднѣе послѣдній сходитъ, и дно язвочки обнажается. Такъ какъ воспалительный процессъ не оказываетъ ни малѣйшей склонности распространяться вглубь, то язвочки всегда остаются поверхностными. Изъ микробовъ въ экссудатѣ встрѣчается стафилококкъ почти въ чистой культурѣ.

*Симптомы.* Къ врачу обращаются по поводу того, что за послѣдніе дни у ребенка сдѣлался жаръ, и онъ плохо беретъ грудь или что вообще ничего не ѣсть. При осмотрѣ рта сейчасъ же бросаются въ глаза круглыя, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, желтоватыя язвочки, окруженныя краснымъ ободкомъ и разбросанныя на слизистой оболочкѣ языка, губъ и щекъ, а иногда и на нѣбѣ и въ зѣвѣ. Если язвочки сидятъ тѣсно, то мѣстами онѣ сливаются, образуя болѣе обширныя, но во всякомъ случаѣ поверхностныя изъязвленія неправильнаго очертанія; образованіе язвъ всегда сопровождается значительною болѣзненностью (отъ

этого плохо берутъ грудь и не ѣдятъ), слюнотеченіемъ и густо обложеннымъ языкомъ.

Температура въ первые дни достигаетъ до  $39^{\circ}$  и даже до  $40^{\circ}$ , и обыкновенно жаръ предшествуетъ высыпанію афтъ на одинъ-три дня—продромальная лихорадка.

*Теченіе.* Лихорадочное состояніе, соотвѣтствующее періоду усиленія болѣзни, т.-е. появленію все новыхъ и новыхъ афтъ, продолжается недолго—около 3—7 дней, а еще черезъ нѣсколько дней исчезаютъ и афты.

*Диагностика* на основаніи характерныхъ язвочекъ не трудна. Нѣкоторое сходство съ афтами представляетъ *варицеллезный стоматитъ*, характеризующійся высыпаніемъ во рту пузырьковъ, величиной въ булавочную головку и нѣсколько больше. Пузырьки эти рѣдко превращаются въ язвочки; натура ихъ легко выясняется присутствіемъ сыпи *varicellae* на кожѣ.

Другая пузырьчатая форма воспаленія рта, похожая на афтозный стоматитъ, есть *ящуръ*. Онъ появляется у дѣтей послѣ употребленія въ сыромъ видѣ молока отъ коровъ, хворающихъ ящуромъ.

У дѣтей болѣзнь эта характеризуется тѣмъ, что при лихорадочномъ состояніи отъ  $39^{\circ}$  до  $40^{\circ}$  высыпаютъ пузырьки съ мутнымъ содержимымъ на щекахъ и мягкомъ нѣбѣ, но въ отличіе отъ афтъ ихъ не бываетъ, обыкновенно, ни на спинкѣ языка, ни въ задней стѣнкѣ глотки, ни на миндалинахъ. Послѣ спаденія пузырьковъ язвочекъ не остается: всегда бываетъ неприятный запахъ изо рта, слюнотеченіе и сильный насморкъ. Нерѣдко встрѣчается боль живота и поносъ, а иногда и рвота. Болѣзнь продолжается, какъ и афты, одну-двѣ недѣли. При діагностикѣ ящура отъ *st. aphthosa* особое значеніе слѣдуетъ придавать наличности пузырьковъ, отсутствію ихъ на спинкѣ языка, воні изо рта и сильному насморку. Диагностика еще легче въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ ящуръ сопровождается появленіемъ пузырьчатой сыпи на кожѣ: она рѣдко занимаетъ все тѣло, а чаще всего локализуется около ногтей, какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ, и имѣетъ видъ мелкихъ (съ просяное зерно) пузырьковъ со свѣтлымъ содержимымъ.

Отъ stom. aphthosa слѣдуетъ строго отличать другую болѣзнь рта, сходную съ ней только по названію, именно **афты новорожденныхъ** или **Bednar'sнія афты**. Болѣзнь эта встрѣчается у дѣтей только въ возрастѣ отъ 2 дней до 6 недѣль и характеризуется появленіемъ двухъ симметрично-расположенныхъ на углахъ нѣба, круглыхъ, поверхностныхъ, сѣровато-желтыхъ изъязвленій. Онѣ занимаютъ какъ разъ то мѣсто, гдѣ подъ слизистой оболочкой проходитъ lig. pterigomandibularis; связка эта натягивается при каждомъ открываніи рта и, давя на слиз. оболочку, обуславливаетъ нарушеніе питанія этого мѣста и располагаетъ къ образованію язвочки (анѣмической некрозъ по Epstein'у). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ язвочки заживаютъ чрезъ 1—3 недѣли, но при дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ и у слабыхъ дѣтей эти маленькія язвочки распространяются по поверхности и вглубь и, сливаясь между собой, образуютъ глубокія язвы, доходящія до кости. Основаніемъ діагностикѣ служатъ, во-1-хъ, классическое мѣсто этихъ изъязвленій, во-2-хъ, возрастъ больныхъ и, въ-3-хъ, безлихорадочное теченіе.

*Предсказаніе* при афтозномъ стоматитѣ вполне благопріятное, такъ какъ ни къ какимъ осложненіямъ онъ не ведетъ.

*Лѣченіе.* Язвочки всего скорѣй заживаютъ отъ помазываній растворомъ kali hypermanganici въ растворѣ 1:500 или 2% natri salicylici. Rp. Kali hypermang. 0,1; Aq. destil. 50,0. Rp. Natri salicyl. 1,0; Aq. destil. 50,0. DS. Для помазыванія рта кисточкой каждые два часа.—Для избѣжанія раздраженія больной слизистой оболочки запрещается все горячее, сладкое, соленое, кислое и твердое.

**Stomatitis mycotica** s. soor. Подъ именемъ микоза рта или молочницы понимаютъ болѣзнь рта, обусловленную развитіемъ на слизистой оболочкѣ его особаго рода плѣсени, состоящей изъ нитей и споръ грибка, извѣстнаго подъ именемъ *oidium lactis*.

*Причины.* Ближайшая причина одна—развитіе на слизистой оболочкѣ плѣсени, а располагающія причины различны. Болѣзнь эта встрѣчается почти исключительно только у самыхъ маленькихъ дѣтей, не старше нѣсколькихъ недѣль отъ роду; моментами располагающими у нихъ являются сухость слизистой оболочки, такъ какъ слюнные железы въ этомъ

возрастѣ почти вовсе не функционируютъ, и кислая реакція ротовой слизи. Позднѣ молочница развивается только у истощенныхъ дѣтей, напр., при хроническихъ поносахъ, чахоткѣ, остро-лихорадочныхъ процессахъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ сильномъ катарральномъ воспаленіи слизистой оболочки рта и въ присутствіи грибковыхъ нитей, вѣдряющихся въ эпителий и въ поверхностные слои слизистой оболочки. Въ запущенныхъ случаяхъ плѣсень распространяется на сосѣдніе органы, выстланные плоскимъ эпителиемъ, но щадитъ мѣста, покрытая цилиндрическими эпителиальными клѣтками; такъ, напр., нерѣдко можно встрѣтить молочницу въ зѣвѣ, въ пищеводѣ, но почти никогда въ гортани, въ носу и въ желудкѣ.

*Симптомы.* Мать обращается къ врачу по поводу того, что ребенокъ ея, которому всего нѣсколько дней отъ роду, пересталъ брать грудь, сталъ беспокоенъ и много кричить. При осмотрѣ рта оказывается, что на языкѣ, губахъ, щекахъ, нѣбѣ, словомъ—всюду разбросаны островки ярко-бѣлаго цвѣта; при обтираніи рта тряпочкой, обернутой на палець, или при соскабливаніи шпательемъ нѣкоторые островки сходятъ, но большинство остается (вначалѣ они сидятъ крѣпко, а позднѣ отдѣляются сами собой); мѣстами островки сливаются въ обширные налеты; слизистая оболочка, свободная отъ плѣсени,—ярко-краснаго цвѣта. Разстройство пищеваренія въ видѣ коликъ и поноса, а иногда и рвоты, принадлежитъ къ числу почти обязательныхъ спутниковъ рѣзко выраженной молочницы.

*Теченіе.* Предоставленная самой себѣ, плѣсень распространяется все больше и больше, покрываетъ не только весь ротъ, но и зѣвъ; подъ вліяніемъ боли ребенокъ отказывается отъ груди и можетъ умереть отъ истощенія. Въ болѣе легкихъ случаяхъ и при соответственномъ лѣченіи молочница исчезаетъ въ нѣсколько дней.

*Диагностика.* Самымъ надежнымъ признакомъ молочницы слѣдуетъ считать снѣжно-бѣлый цвѣтъ пятенъ. При афтозномъ стоматитѣ также являются островки на слиз. обол. рта, но, во-первыхъ, они желтовато-сѣраго цвѣта, а, во-вторыхъ, имѣютъ видъ поверхностныхъ язвочекъ съ краснымъ ободкомъ. По цвѣту и распространенію молочницу могутъ симу-

ливать небольшіе сверточки молока, остающіеся иногда во рту ребенка послѣ сосанія или срыгиванія, но разница та, что свертки эти легко удаляются при обтираніи рта.

Густо обложенный языкъ не легко смѣшать съ молочницей уже потому, что при соог'ѣ бѣлый налетъ никогда не ограничивается однимъ языкомъ, а распространяется и на другія мѣста рта. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ остается прибѣгнуть къ микроскопу для отысканія соог'наго грибка, состоящаго изъ длинныхъ вѣтвящихся нитей, раздѣленныхъ перегородками, и круглыхъ, сильно переломляющихъ свѣтъ, споръ.

*Предсказаніе.* Сама по себѣ молочница можетъ быть опасной только въ очень запущенныхъ случаяхъ у дѣтей слабыхъ и недоносковъ, вообще же она легко уступаетъ лѣченію; у дѣтей тяжело больныхъ молочница является дурнымъ предзнаменованіемъ, но предсказаніе тутъ зависитъ больше отъ основного страданія.

*Лѣченіе.* Предохранительное лѣченіе состоитъ въ опрятномъ содержаніи рта; послѣ cadaго кормленія и послѣ срыгиванія его слѣдуетъ обтирать чистою тряпочкой, смоченной 2%-нымъ растворомъ буры или соды. Тѣ же обтиранія употребляются и при начавшейся молочницѣ; Rр. Boracis 2,0; Aq. dest. 100,0. DS. Обтирать ротъ послѣ кормленія.

**Stomatitis ulcerosa.** Язвеннымъ или вошючимъ стоматитомъ называется болѣзнь рта неизвѣстнаго происхожденія, характеризующаяся сильнымъ воспаленіемъ десенъ, ведущимъ къ язвенному ихъ разрушенію и къ сильной вони изо рта.

*Причины.* Эта болѣзнь преимущественно дѣтей старшаго возраста; она *никогда не встрѣчается у беззубыхъ*; всего чаще заболѣваютъ слабыя дѣти, особенно живущія въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ. Воспаленіе рта при скорбутѣ и при отравленіяхъ ртутью относится сюда же.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ сильной воспалительной набухлости и гипереміи десенъ, въ язвенномъ распадѣнн ихъ, которое начинается со свободнаго края и потомъ распространяется къ основанію и переходитъ на соедннн мягкія части щекъ и языка. При микроскопическомъ изслѣдованн эксудата на препаратахъ, окрашенныхъ сишнкой Löffler'a, постоянно встрѣчается два вида микробовъ: въ

видѣ спиралей и въ видѣ палочекъ съ заостренными концами. Разводки на питательныхъ средахъ получаются съ большимъ трудомъ, но видѣ микробовъ настолько характеренъ, что и безъ разводокъ можно пользоваться ихъ находкой для дифференціальной діагностики сомнительныхъ случаевъ отъ дифтеріи.

*Симптомы.* Мать жалуется, что за послѣдніе дни у ребенка появилась *вонь изо рта* и что каждое утро на наволочкѣ остаются пятна отъ кровавистой слюны. При осмотрѣ рта оказывается, что *десны* или на всемъ своемъ протяженіи, или около нѣкоторыхъ зубовъ замѣтно *припухли*, покраснѣли и при прикосновеніи *легко кровоточатъ*; свободный край ихъ покрытъ желтовато-сѣрой массой чрезвычайно вонючаго распада. Въ дальнѣйшемъ теченіи путемъ зараженія язвенный процессъ распространяется на прилегающія къ зубамъ мягкія части (при пораженіи десенъ около рѣзцовъ — на губы, при страданіи коренныхъ зубовъ — на щеки и языкъ), при чемъ можетъ появиться и отечная опухоль снаружи, равно какъ и припухлость подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Въ началѣ болѣзни бываетъ, обыкновенно, лихорадочное состояніе, но дальше процессъ идетъ при нормальныхъ температурахъ. Въ діагностическомъ отношеніи, по сходству съ дифтеріей, интересны случаи распространенія процесса на тонзиллы; еще труднѣе діагностика, если процессъ начинается прямо съ миндалинъ и десны остаются здоровыми (*angina ulcerosa*).

*Теченіе и исходы.* Предоставленная самой себѣ, болѣзнь затягивается на много недѣль и прогрессируетъ до того, что выпадаютъ зубы и можетъ наступить обнаженіе, а потомъ и некрозъ челюстей, или язвенный процессъ переходитъ въ гангренозную, и развивается такъ называемая *пома* (водяной ракъ щеки), кончающаяся смертью; при правильномъ лѣченіи, напротивъ, развитіе процесса останавливается очень скоро и черезъ нѣсколько дней наступаетъ выздоровленіе.

*Предсказаніе,* если случай не запущенный, — хорошо, такъ какъ въ бертолетовой соли мы имѣемъ могучее средство для остановки прогрессивнаго хода болѣзни; въ случаяхъ, долго остававшихся безъ лѣченія, когда дѣло дошло до вы-



паденія зубовъ и обнаженія кости, болѣзнь можетъ кончиться смертью путемъ піэміи или благодаря исходу въ ному.

*Диагностика* не трудна на основаніи главныхъ признаковъ: вони и пораженія десенъ. При афтозномъ стоматитѣ вони нѣтъ и небольшія круглыя язвочки разбросаны по всей слизистой оболочкѣ рта, а не на деснахъ только.

При дифтеритѣ тоже бываетъ вонь изо рта и язвенный процессъ на щекахъ, но распознаваніе его облегчается обязательнымъ при дифтеритѣ поражениемъ зѣва.

Въ періодъ изъязвленія и отечной опухоли щеки получается картина, напоминающая водяной ракъ щеки—нома, при которомъ тоже бываетъ и сильная вонь изо рта, и опухоль щеки при блѣдныхъ покровахъ, и язва на слизистой оболочкѣ; какъ stomacase, такъ и нома развивается у истощенныхъ дѣтей. Но при номѣ дѣло идетъ не объ изъязвленіи слизистой оболочки щеки, а о *гангрени*, вслѣдствіе чего пораженное мѣсто представляется чернаго или темно-бураго цвѣта и издаетъ настоящій гангренозный запахъ; разрушеніе щеки и сосѣднихъ мягкихъ частей идетъ при номѣ гораздо быстрѣе, чѣмъ при stomacase: прободеніе щеки развивается въ какихъ-нибудь 3—4 дня, а потомъ съ каждымъ днемъ гангрена распространяется все дальше и дальше, и въ нѣсколько дней отъ мягкихъ частей щеки не остается и слѣда, если только больной не умираетъ.

*Лѣченіе.* Специфическимъ средствомъ при stomatitis ulcerosa считается kali chloricum, который дѣйствуетъ одинаково хорошо какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ употребленіи. Для полосканій берутъ чайную ложку на стаканъ воды, а внутрь даютъ это средство въ микстурѣ по 1,0—2,0 pro die, напр. Rp. Kali oxymuriatici 4,0; Aq. dest. 90,0; Syr. rubi ideі 10,0. DS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ (ребенку лѣтъ 6). Такъ какъ болѣзнь стоитъ въ связи съ общимъ упадкомъ питанія, то діета должна быть питательная (но мягкая): молоко, яйца, котлеты; полезно и вино.

---

#### XIV. Abscessus retropharyngealis—заднеглоточный нарывъ .

Какъ видно изъ названія, болѣзнь состоитъ въ скопленіи гноя подъ слизистой оболочкой, выстилающей заднюю стѣнку глотки.

*Происхожденіе и причины.* По происхожденію заднеглоточные нарывы бываютъ двухъ родовъ: идіопатическіе или первичные и симптоматическіе или вторичные. Первые происходятъ вслѣдствіе нагноенія лимфатическихъ железокъ, расположенныхъ въ небольшомъ числѣ по передней поверхности позвоночника нѣсколько съ боку отъ средней линіи; сначала появляется lymphadenitis retropharyngealis, а потомъ воспаленіе распространяется и на сосѣдную клѣтчатку. Вторичные нарывы относятся къ категоріи натечныхъ; они появляются вслѣдствіе затековъ гноя при костоѣдѣ шейной части позвоночника или при шейныхъ флегмонахъ.

*Идіопатическіе* заднеглоточные нарывы всего чаще встрѣчаются у грудныхъ дѣтей, а натечные у дѣтей старшаго возраста. Поводомъ къ развитію идіопатическихъ заднеглоточныхъ абсцессовъ служитъ иногда воспаленіе слезистой оболочки зѣва (самостоятельныя жабы, или при скарлатинѣ, рѣдко при дифтеріи) или сосѣднихъ частей, но въ другихъ случаяхъ они появляются безъ всякихъ замѣтныхъ причинъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ скопленіи гноя между шейною частью позвоночника и покрывающей его слизистой оболочкой, которая вслѣдствіе этого отслаивается и выпячивается по направленію къ зѣву въ видѣ опухоли. Въ дальнѣйшемъ теченіи, особенно при натечныхъ нарывахъ, гной можетъ прокладывать себѣ дорогу книзу по заднему средостѣнію и вскрываться въ полость плевры.

*Симптомы.* Идіопатическіе нарывы развиваются въ нѣсколько дней при лихорадочномъ состояніи. Мать жалуется, что за послѣднее время ребенокъ сталъ хрипло дышать, особенно во время сна, а потомъ дыханіе его сдѣлалось, видимо, затрудненнымъ. При объективномъ изслѣдованіи оказывается, что дыханіе дѣйствительно затруднено и совершается по типу инспираторной одышки, т.-е. вдыханіе со-

проводяется втягиваніемъ уступчивыхъ мѣсть грудной клѣтки и влажнымъ хрипомъ, какъ будто въ горлѣ скопилась мокрота; голосъ не афониченъ, какъ при крупѣ, а только нѣсколько хриповать и съ носовымъ оттѣнкомъ; голова или наклонена нѣсколько на бокъ, или загнута назадъ. Всѣ эти симптомы даютъ поводъ къ изслѣдованію зѣва пальцемъ (у грудныхъ дѣтей осматривать зѣвъ вообще затруднительно, а при скопленіи слюны и слизи, какъ это бываетъ, обыкновенно, при заднеглоточномъ нарывѣ, осмотръ часто не даетъ никакихъ результатовъ). Въ случаѣ существованія нарыва легко ощупать его въ видѣ гладкой, упругофлюктуирующей опухоли, помѣщающейся на задней стѣнкѣ, обыкновенно, нѣсколько сбоку отъ средней линіи. Такая же опухоль замѣчается и при натечномъ нарывѣ, но онъ развивается гораздо медленнѣе, и при немъ не трудно найти симптомы шейнаго спондилита.

*Теченіе.* Идіопатическій нарывъ требуетъ для своего развитія 2—3 недѣли и, будучи предоставленъ самому себѣ, или вскрывается черезъ ротъ наружу, или гной попадаетъ въ гортань и можетъ обусловить смерть отъ задушенія, или же послѣдняя наступаетъ при большихъ нарывахъ еще до вскрытія, вслѣдствіе отека гортани или прямо отъ сдавленія гортани опухолью. Натечные нарывы развиваются недѣлями и оказываютъ склонность къ образованію гнойныхъ затековъ по направленію книзу.

*Диагностика.* Въ періодъ затрудненнаго дыханія болѣзнь можетъ быть принята за крупъ, но *изслѣдованіе зѣва пальцемъ* легко выясняетъ дѣло.

*Предсказаніе* всегда опасно при натечныхъ нарывахъ, зависящихъ отъ костоѣды позвоночника, а при идіопатическихъ—только въ томъ случаѣ, если они предоставляются на произволь судьбы; напротивъ, своевременное вскрытіе нарыва гарантируетъ скорое выздоровленіе.

*Лѣченіе.* Въ первомъ періодѣ рекомендуется помазываніе задней стѣнки іодистымъ глицериномъ (Rp. Tr. jodi 1,0; Glycerini 10,0), а при появленіи флюктуирующей опухоли—возможно раннее вскрытіе нарыва посредствомъ остроконечнаго бистури, лезвее котораго обертывается полоской липкаго пластыря, чтобъ избѣгнуть ненужныхъ случайныхъ ра-

неній сосѣднихъ частей. При нарывахъ, сопровождающихъ костоѣду позвоночника, вскрытіе откладываютъ возможно дольше, такъ какъ доступъ воздуха къ больнымъ позвонкамъ не предвѣщаетъ ничего хорошаго.

## XV. Болѣзни пищевода.

Различнаго рода воспаленія слизистой оболочки пищевода, каковы: катарральное, крупозное, дифтеритическое, микотическое (soor), пустулезное при оспѣ—не имѣютъ практическаго значенія, такъ какъ принадки со стороны пищевода маскируются припадками первичной болѣзни рта или зѣва; въ дѣтскомъ возрастѣ особый интересъ представляютъ только ожоги пищевода (кипяткомъ, купороснымъ масломъ, ѣдкою щелочью и др.) и, какъ слѣдствие ихъ, суженіе пищевода.

*Патолого-анатомическія измѣненія* бываютъ различны, смотря по тому, чѣмъ причиненъ ожогъ; объ измѣненіяхъ этихъ можно судить по результатамъ ожоговъ слизистой оболочки рта и зѣва: такъ, подъ вліяніемъ кипятка слизистая оболочка представляется ярко красной, лишенной эпителиальнаго покрова, отъ котораго мѣстами остались только бѣлые клочки въ видѣ весьма нѣжныхъ, едва держащихся перепонокъ; при ожогахъ сѣрною кислотой слизистая оболочка представляется покрытой плотнымъ струпомъ бураго или чернаго цвѣта, тогда какъ при отравленіи ѣдкими щелочами струпь бываетъ какъ бы желеобразный, бѣловато-желтоватаго цвѣта. Если больной переживаетъ первый инсультъ, то омертвѣвшія части слизистой оболочки отдѣляются путемъ нагноенія, и въ концѣ-концовъ наступаетъ заживленіе посредствомъ рубцовой соединительной ткани, которая, стягиваясь, ведетъ къ суженію пищевода.

*Симптомы.* Непосредственно послѣ ожога дѣти жалуются на боль по направленію пищевода, особенно при глотаніи. Въ періодъ суженія пищевода замѣчается затрудненное прохождение пици, а въ тяжелыхъ случаяхъ и питья. Если пица останавливается въ пищеводѣ надъ суженнымъ мѣстомъ, то черезъ нѣкоторое время, иногда черезъ нѣсколько часовъ, она выходитъ обратно въ неизмѣненномъ видѣ. Отъ

недостаточнаго принятія пищи страдаетъ и общее питаніе. Мѣсто и степень суженія узнаются посредствомъ изслѣдованія пищевода мягкимъ зондомъ.

*Діагностика* суженія пищевода, на основаніи затрудненнаго прохожденія пищи, не трудна; ожогъ, какъ причина суженія, выясняется анамнезомъ; при недостаткѣ анамнеза слѣдуетъ имѣть въ виду, что суженіе пищевода въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ быть и отъ иныхъ причинъ, напр., отъ сдавленія его увеличенными бронхіальными железами, натечнымъ заднеглоточнымъ нарывомъ, опухшей щитовидной железой или инородными тѣлами; у нервныхъ дѣвочекъ встрѣчаются изрѣдка стенозы пищевода спастическаго происхожденія.

*Предсказаніе* всегда серьезно, такъ какъ рубцовыя суженія трудно поддаются лѣченію и склонны къ возвратамъ.

*Лѣченіе.* Въ начальномъ періодѣ назначаются холодныя компрессы на шею и глотаніе кусочковъ льда. Въ періодъ стеноза приступаютъ къ методическому зондированію пищевода по правиламъ хирургіи.

## XVI. Диспепсія грудныхъ дѣтей, dyspepsia \*).

Диспепсіей называется функціональное разстройство пищеваренія, независящее отъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки желудка и кишекъ.

*Причины.* Диспепсія рѣдко зависитъ отъ недостаточнаго отдѣленія желудочнаго сока или отъ ненормальныхъ свойствъ

---

\*) Классификація разстройства пищеваренія у дѣтей ранняго возраста въ теченіе короткаго, сравнительно, срока претерпѣла нѣсколько существенныхъ измѣненій. Въ недавнее время педиатры въ основу ея клали патолого-анатомическія измѣненія желудочно-кишечнаго канала, различая чисто функціональное разстройство (диспепсія), катарральный процессъ (гастро-энтеритъ, дѣтская холера) и воспалительно-язвенный (фолликулярный энтеритъ). Затѣмъ были попытки къ установленію бактериологической классификаціи, объяснявшей патогенезъ данныхъ заболѣваній вліяніемъ извѣстныхъ бактерій, развивающихся при ненормальныхъ условіяхъ въ пищеварительномъ каналѣ. Въ виду отсутствія соответствія между анатомическими измѣненіями кишечника и клинической картиной заболѣваній (ничтожныя измѣненія сопровождаются часто очень тяжелыми симптомами) и

его; такого рода диспепсію можно предполагать развѣ только у недоносковъ или у дѣтей хворыхъ вообще, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ диспепсія обусловливается либо ненадлежащимъ качествомъ пищи, либо чрезмѣрнымъ количествомъ ея, то-есть нарушеніемъ правильной діеты; по этой причинѣ диспепсія у *дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у дѣтей, воспитывающихся на груди.*

У послѣднихъ диспепсія является, обыкновенно, отъ перекормливанія, т.-е. отъ слишкомъ частаго даванія груди, или отъ продолжительнаго сосанія многомолочной груди; рѣже диспепсія обусловливается ненормальными свойствами женскаго молока, какъ, напр., у матерей слишкомъ молодыхъ (до 20 лѣтъ) или старыхъ (послѣ 35 лѣтъ), или у кормилицъ, уже откормившихъ ребенка (диспепсія отъ стараго молока); сюда же относятся случаи диспепсіи у дѣтей, кормимыхъ малокровными и вообще больными матерями.

У дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, причины диспепсіи лежатъ либо въ свойствахъ молока (молоко коровъ,

---

въ виду того, что общія явленія (паденіе вѣса тѣла, ненормальныя колебанія температуры, общее состояніе и пр.) часто выступаютъ здѣсь на первый планъ и значительно преобладаютъ надъ симптомами со стороны желудка и кишекъ, въ послѣднее время такія заболѣванія разсматриваются, какъ *разстройства питанія* дѣтей грудного возраста. Смотри по этиологии, Czerny и Keller раздѣляютъ ихъ на три группы: 1) разстройства питанія *ex alimentatione* (отъ неправильнаго кормленія молокомъ или мучнистыми веществами), 2) разстройства питанія *ex infectione* (возникающія вслѣдствіе инфекцій) и 3) разстройства питанія *ex constitutione* (отъ врожденныхъ недостатковъ конституціи организма). Въ извѣстныхъ случаяхъ заболѣваніе возникаетъ отъ совмѣстнаго вліянія нѣсколькихъ изъ приведенныхъ факторовъ. Finkelestein различаетъ 4 степени разстройства питанія: 1) *нарушеніе баланса* (въ обмѣнѣ веществъ): приостановка въ нарастаніи вѣса или паденіе его, невольшія колебанія температуры, блѣдность, вялость ребенка; 2) *диспепсія* (диспепсія и легкій гастро-энтеритъ прежней анатомической номенклатуры): тѣ же явленія и, кромѣ того, потеря аппетита, срыгиваніе, метеоризмъ, учащенные ненормальнаго вида испражненія; 3) *декомпозиція* (атрофія): рѣзкое исхуданіе, блѣдность и дряблость кожи, раздутый животъ, малый, часто замедленный пульсъ, низкая температура; 4) *интоксикація* (острый энтеритъ и дѣтская холера): лихорадка, иногда съ рѣзкими колебаніями температуры, рвота, поносъ, быстрое паденіе вѣса, ускоренное дыханіе, затемненное сознаніе, скудная моча (въ ней бѣлокъ, цилиндры, сахаръ).

питающихся бардой и кухонными отбросами, яловыя коровы), либо въ недостаточномъ его разведеніи и стерилизаціи, либо въ пищѣ, не подходящей по своимъ свойствамъ къ возрасту ребенка (крахмалистая пища въ первые мѣсяцы жизни, мясная въ теченіе перваго года и т. п.).

*Симптомы.* Различаютъ желудочную, кишечную и смѣшанную форму диспепсіи; въ практикѣ всего чаще встрѣчается вторая, а всего рѣже—первая форма. *Желудочная форма* диспепсіи характеризуется *рвотой*, наступающей *послѣ принятія пищи* и сопровождающейся тошнотой, при которой ребенокъ блѣднѣетъ, дѣлается безпокоенъ, пульсъ малъ и частъ, конечности холодѣютъ; этими сопутствующими симптомами рвота отличается отъ срыгиванія, наступающаго безъ всякихъ предвѣстниковъ, среди полного благосостоянія ребенка. Если желудочная диспепсія не проходитъ черезъ 1—2 дня, то къ ней присоединяются симптомы кишечной диспепсіи, и получается смѣшанная форма.

Кишечная диспепсія характеризуется появленіемъ *диспепсическаго стула, метеоризма и коликъ*. Здоровый ребенокъ марается въ сутки 2—3 раза; испражненія его кашицеобразной консистенціи и окрашены равномерно въ желтый цвѣтъ; они обладаютъ очень слабымъ, непротивнымъ кислотатымъ запахомъ. Въ противоположность этому диспепсическій стулъ представляетъ слѣдующія особенности: онъ нѣсколько *учащенъ* (до 5 разъ въ сутки), содержаніе воды въ немъ не увеличено (попавши на пеленку, нормальный стулъ, какъ и диспепсическій, промачиваетъ ее вокругъ себя приблизительно на палець; чѣмъ больше воды въ испражненіяхъ, тѣмъ шире дѣлается поясъ влажныхъ пеленокъ), такъ что *консистенція* стула остается *нормальной кашицеобразной*; количество слизи не увеличено, и она тѣсно связана съ каломъ; но что особенно характерно для диспепсіи, такъ это присутствіе въ стулѣ большихъ количествъ неперевареннаго молока, въ видѣ различной величины *бѣлыхъ комочковъ*, состоящихъ изъ остатка молока, главнымъ образомъ—изъ жира. Характерно еще и измѣненіе цвѣта: желтый цвѣтъ нормальнаго стула является перемѣшаннымъ съ зеленымъ. *Смѣсь желтаго, зеленаго и бѣлаго цвѣта* придаетъ диспепсическому стулу своеобразный видъ, оправдывающій сравненіе его съ рублеными яйцами.

Метеоризмъ и колики обусловливаются скопленіемъ въ кишечномъ каналѣ газовъ, продуктовъ броженія непереваренной пищи. Приступы коликъ состоятъ изъ періодически возвращающихся болей живота. Начало каждаго приступа обозначается внезапнымъ сильнымъ крикомъ, за которымъ слѣдуетъ какъ бы судорожное сгибаніе и разгибаніе ногъ въ бедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ, вслѣдствіе чего ребенокъ то протягиваетъ бедра къ животу, то опять быстро отталкиваетъ ихъ. Черезъ нѣкоторое время, съ выходомъ газовъ, боль моментально исчезаетъ и ребенокъ успокаивается впредь до новаго приступа; вообще говоря, ночью и послѣ ѣды приступы коликъ повторяются чаще, чѣмъ въ другое время.

*Теченіе.* Предоставленная самой себѣ, диспепсія можетъ затянуться на неопредѣленное время, при чемъ временныя улучшения часто смѣняются новыми ухудшеніями.

Лихорадки при диспепсіи не бываетъ; общее питаніе страдаетъ только послѣ продолжительнаго существованія диспепсіи; въ такихъ случаяхъ прежде всего является блѣдность кожи и дряблость подкожножирнаго слоя, а позднѣе, обыкновенно, развивается рахитизмъ. При раціональномъ лѣченіи диспепсія проходитъ очень скоро.

Въ отличіе отъ обыкновенной диспепсіи нѣкоторые авторы старались установить различныя формы ея подъ названіемъ *зеленаго поноса и жирового поноса*. Французскіе авторы описываютъ два вида зеленаго поноса—*желчный и бациллярный*. Въ первомъ зеленая окраска стула зависитъ, какъ при всякой диспепсіи, отъ превращенія билирубина желчи въ биливердинъ, а во второмъ—зеленый поносъ зависитъ отъ развитія въ кишечникѣ хромогеннаго, зеленаго бацилла. Для отличія этихъ двухъ видовъ зеленаго поноса рекомендуется подѣйствовать на испраженія азотной кислотой; въ случаѣ желчнаго поноса зеленый цвѣтъ переходитъ въ фіолетовый, 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; напротивъ того, отъ 2 до 12 мѣсяцевъ зеленый поносъ чаще зависитъ отъ хромогеннаго бацилла. Позднѣйшія работы не подтвердили указаній французовъ относительно хромогеннаго бацилла зеленаго поноса, такъ какъ далеко не всѣмъ удавалось изолировать этого бацилла, а по мнѣнію Ва и тгагтеп'а хромогенный бациллъ, хотя иногда и встрѣчается въ зеленомъ стулѣ, но онъ не принадлежитъ къ числу патогенныхъ и поноса произвести не можетъ; въ виду всего этого теорія французскихъ врачей насчетъ патогенеза зеленаго поноса еще не можетъ считаться доказанной.



То же самое можно сказать и о теоріи жирового поноса Bidder't'a и Dem't'e. Жировой поносъ, по ихъ мнѣнію, является вслѣдствіе нарушеннаго всасыванія жировъ молока въ кишкахъ, а потому онъ характеризуется богатымъ содержаніемъ жира въ испражненіяхъ. При жировомъ поносѣ % жира колеблется отъ 41 до 67; а въ нормальныхъ испражненіяхъ—отъ 4 до 25. Для діагностики пользуются микроскопомъ: небольшая частица испражненій разбавляется на объективномъ стеклышкѣ каплей воды и изслѣдуется; въ нормальномъ стулѣ въ полѣ зрѣнія микроскопа появляются только мелкія капли жира и притомъ въ ничтожномъ количествѣ, между тѣмъ какъ при жировомъ поносѣ встрѣчается цѣлая масса крупныхъ жировыхъ капель. Позднѣе, однако, оказалось, что значительное увеличеніе процента жира въ испражненіяхъ встрѣчается при всякой диспепсіи, такъ что руководствоваться этимъ признакомъ въ дѣлѣ діагностики жирового поноса нельзя, а потому и самое существованіе его, какъ особой формы диспепсіи, приходится считать недоказаннымъ.

*Діагностика* диспепсіи отъ катарра кишекъ основывается на свойствахъ испражненій (см. катарръ кишекъ) и въ типическихъ случаяхъ не трудна, но такъ какъ диспепсія нерѣдко переходитъ въ катарръ, то получаются переходныя формы, не допускающія точнаго ограниченія диспепсіи отъ катарра. Объ отличіи диспепсической рвоты отъ срыгиванія сказано выше.

Иногда легко принять за диспепсію рвоту въ началѣ воспаленія мозговыхъ оболочекъ или острой головной водянки. Противъ диспепсіи въ подобныхъ случаяхъ говоритъ характеръ рвоты (натошакъ, особенно при переходѣ изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное), повышеніе температуры, отсутствіе диспепсическаго стула или даже запоръ и возрастъ ребенка; крикъ отъ коликъ встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, всего чаще до 6 недѣль, рѣдко послѣ 3 мѣсяцевъ, а крикъ и безпокойство отъ острой головной водянки гораздо чаще бываетъ въ концѣ 1-го или на 2-мъ году.

*Предсказаніе.* Если можно установить правильную діету, то диспепсія проходитъ скоро, въ противномъ же случаѣ затягивается надолго и легко переходитъ въ катарръ кишекъ или лѣтомъ въ дѣтскую холеру. При затянувшейся диспепсіи слѣдуетъ имѣть въ виду возможность развитія рахитизма.

*Лѣченіе.* Главнымъ средствомъ противъ диспепсіи нужно считать *діету*, такъ какъ регулированіе ея соотвѣтствуетъ причинному показанію. Если ребенокъ грудной, кормилица

его здорова и молоко ея хорошо (см. способы изслѣдованія молока), то даютъ порѣже грудь, напр., въ первые два мѣсяца черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью, позднѣе—черезъ 3 часа днемъ и разъ ночью, при чемъ соблюдается очередь между грудьюми. Если у кормящей слишкомъ много молока, то не слѣдуетъ его сдаивать передъ кормленіемъ, такъ какъ сдаивается жидкое молоко, а ребенку достается болѣе густое, а лучше уменьшить время сосанія: если, напр., ребенокъ сосетъ обыкновенно около 15 минутъ, то оставлять его при груди минутъ 8. Кормящая не должна ѣсть ничего кислото- и пряностей; иногда диспепсія поддерживается тѣмъ, что кормилица ѣсть слишкомъ много питательной, мясной пищи, въ такомъ случаѣ полезно назначить ей болѣе растительную пищу (гречневую кашу, картофель, макароны), а мясо давать разъ въ день. Если диспепсія упорно продолжается, несмотря на правильное кормленіе и на діету кормящей, то слѣдуетъ перемѣнить кормилицу.

Если диспепсія появляется у рожковаго ребенка, то необходимо самымъ строгимъ образомъ соблюдать всѣ правила искусственнаго вскармливанія, особенно по отношенію къ чистотѣ посуды и свѣжести и стерилизаціи молока. Не малое значеніе имѣютъ также разведеніе молока (см. главу объ искусств. вскармливаніи) и кормъ коровы. При появленіи диспепсіи возвращаются къ болѣе сильному разведенію, а если и въ такомъ видѣ молоко плохо переносится, то вмѣсто простой воды берутъ ячменный отваръ. Иногда молоко не переносится ребенкомъ оттого, что корова получаетъ неподходящій кормъ, или что она съ новотелу, или вообще не хороша. Чтобы избѣгнуть индивидуальныхъ вліяній коровы, лучше брать смѣшанное молоко отъ нѣсколькихъ коровъ, а для корма ихъ всего лучше сѣно. Если ребенокъ не переноситъ коровьяго молока ни при какомъ разведеніи, то слѣдуетъ перейти къ сливочной смѣси Biedert'a. При всемъ томъ не слѣдуетъ забывать о количествѣ пищи и о достаточныхъ промежуткахъ между сосаніемъ.

Кромѣ діеты при диспепсіи употребляется и *симптоматическое лѣченіе*. Въ острыхъ диспепсіяхъ, особенно при рвотѣ, всего чаще употребляется *соляная кислота*—одна или съ пепсиномъ, напр., Rp. Ac. muriatici dil. gtt. XII; Aq.

destil. 75,0; Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной ложечкѣ послѣ кормления (особенно при рвотѣ несвернутымъ молокомъ). Rp. Pepsini rossici 0,5; Ac. muriat. dil. gtt. XII; Aq. destil. 75,0; Syr. simpl. 10,0. DS. Какъ предыдущее (особенно при диспепсіи у недоносковъ). При очень кислой реакціи вырванныхъ массъ и кислыхъ испражненіяхъ, разѣдающихъ кожу circa anum, умѣстнѣе могутъ быть *щелочи*, напр. Rp. Natri bicarbon. 0,5; Aq. destil. 50,0; Syr. simpl. 5,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложечкѣ, или Rp. Aq. calcis, Aq. destil.  $\overline{aa}$  25,0. DS. Какъ предыдущее.

Въ затянувшихся случаяхъ, съ обильнымъ развитіемъ газовъ, показаны *горькія средства*, какъ, напр., Rp. Tr. cascariillae gtt. XX; Aq. destil. 50,0; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложечкѣ. Rp. T-rae nucis vomicae gtt. V; Aq. destil. 50,0. DS. Какъ предыдущее.

Спеціально противъ рвоты рекомендуются *промыванія желудка* слабыми растворами щелочей. Противъ приступовъ коликъ примѣняются массажъ живота, клистиры изъ простой воды или отвара ромашки, теплая ванна, согрѣвающій компрессъ. Изъ внутреннихъ средствъ всего лучше успокаиваетъ боли *опіи* въ видѣ тинктуры по  $\frac{1}{2}$  капли въ день вмѣстѣ съ другими противодиспептическими средствами, напр., при рвотѣ и поносѣ—съ соляной кислотой: Rp. Ac. muriat. dil. gtt. XV; Aq. destil. 90,0; T-rae opii simpl. gtt. i; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ. Въ сравнительно легкихъ случаяхъ лучше избѣгать наркотическихъ, замѣняя ихъ эфирно-маслянистыми веществами, напр. Rp. Aq. foeniculi, Aq. destil.  $\overline{aa}$  25,0; Aq. laurocerasi gtt. V; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 1—2 часа по чайной ложкѣ. Rp. Pulv. cort. cynamom. 0,5; Magnes. carbon. 1,0; Sacchari 4,0; M. f. pulv. S. На кончикѣ перочиннаго ножа нѣсколько разъ въ день.

## XVII. Катарръ желудка у дѣтей старшаго возраста.

Какъ у грудныхъ дѣтей нѣкоторые случаи катарра желудка сходятъ за диспепсію, такъ, наоборотъ, у дѣтей старшаго возраста подчасъ и простое функціональное разстройство пищеваженія считается за катарръ желудка, что и понятно, такъ какъ провести рѣзкую границу между диспепсіей (за сореніе желудка, гастрицизмъ) и катарромъ нельзя, вѣдь послѣдній проявляется ничѣмъ инымъ, какъ симптомами нарушенной дѣятельности желудка, т.-е. диспепсіей; даже и продолжительность болѣзни (короткое теченіе при диспепсіи, затяжное при катаррѣ) не рѣшаетъ вопроса, такъ какъ, съ одной стороны, диспепсія можетъ незамѣтно перейти въ катарръ, а съ другой стороны, и диспепсія при извѣстныхъ условіяхъ, напримѣръ, у дѣтей слабыхъ и малокровныхъ, можетъ затягиваться и не переходя въ катарръ. Придерживаясь общепринятой номенклатуры, мы называемъ диспепсіей комплексъ симптомовъ нарушенной дѣятельности желудка у грудныхъ дѣтей, если же подобные симптомы встрѣчаются у болѣе взрослыхъ дѣтей, то относимъ ихъ къ рубрикѣ катарра желудка.

*Происхожденіе и причины.* Различаютъ острые и хроническіе катарры желудка. Поводомъ къ развитію остраго катарра служатъ всякаго рода погрѣшности діеты какъ по отношенію къ качеству пищи, такъ и относительно количества ея. Самыми частыми причинами бывають жирныя вещи, напр., пирожки, шоколадныя конфекты и т. п.; или трудноваримыя закуски, сырые, недозрѣлые фрукты и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ видимое значеніе имѣетъ также простуда или эпидемическія вліянія (напр., гриппъ и другія остролихорадочныя болѣзни), хроническій катарръ развивается или изъ остраго, или онъ стоитъ въ связи съ общимъ упадкомъ питанія, напр. съ золотухой, рахитизмомъ, анеміей.

*Патолого-анатомическія измѣненія* тѣ же, что у взрослыхъ; они состоятъ въ гипереміи и набухлости слизистой оболочки желудка и въ усиленномъ отдѣленіи слизи. Микроскопъ показываетъ скопленіе лимфоидныхъ элементовъ въ подслизистой ткани, особенно вокругъ железъ желудка, и въ хроническихъ случаяхъ—атрофію нѣкоторыхъ изъ нихъ;

иногда замѣчается гипертрофія мышечной оболочки желудка и расширеніе его полости.

*Симптомы.* Въ самыхъ легкихъ случаяхъ засоренія желудка вся болѣзнь выражается однократной рвотой, появляющейся у здороваго ребенка послѣ грубыхъ погрѣшностей діеты; послѣ такой рвоты ребенокъ остается совершенно здоровымъ, такъ что о катаррѣ желудка едва ли тутъ можно говорить. Настоящій острый катарр желудка протекаетъ, обыкновенно, съ лихорадочнымъ состояніемъ: въ очень острыхъ случаяхъ дѣло начинается повторной рвотой и сильнымъ жаромъ, нерѣдко до  $40^{\circ}$ , такъ что ребенокъ сразу ложится въ постель. Онъ жалуется на сильную головную боль и общую разбитость, полную потерю аппетита, дурной вкусъ во рту и значительную жажду, особенно къ холодному питью; языкъ сильно обложенъ, изо рта непріятный запахъ, подложечка болѣзненна при давленіи. Въ общемъ получается картина какого-то общаго инфекціоннаго заболѣванія, но послѣ абсолютной діеты и слабительнаго дня черезъ три температура падаетъ и выздоровленіе наступаетъ быстро.

Въ подострыхъ случаяхъ, gastritis subacuta, болѣзнь начинается и протекаетъ гораздо медленнѣе; мать жалуется, что вотъ уже нѣсколько дней какъ ребенокъ потерялъ аппетитъ, сдѣлался вялъ и сталъ жаловаться на боль головы. Кромѣ обычныхъ признаковъ катарра желудка въ видѣ обложеннаго языка, боли подъ ложечкой, врачъ находитъ небольшое повышеніе температуры ( $38,8—38,5^{\circ}$ ) и нерѣдко желтизну конъюнктивъ. Болѣзнь тянется 10—12 дней и потомъ мало-помалу проходитъ.

Хроническій катарр желудка протекаетъ безъ лихорадки и тянется неопредѣленно долгое время; главными симптомами его бывають: плохой аппетитъ, нечистый языкъ, непріятный запахъ изо рта, особенно по утрамъ, иногда отрыжка, болѣзненность и вздутіе подложечки и неправильный стулъ, — чаще бываетъ запоръ или смѣна запора поносомъ; ребенокъ при этомъ худъ и блѣденъ и представляетъ симптомы золотухи или рахитизма. Рвота при хроническомъ катаррѣ бываетъ рѣдко; она указываетъ, обыкновенно, на обостреніе процесса.

*Диагностика* острыхъ гастритовъ на первый день болѣзни нелегка, такъ какъ рвотой и сильнымъ жаромъ начинаются разныя болѣзни. Важно обращать вниманіе на ачампезъ (не имѣлъ ли повода заразиться какой-либо болѣзью, что ѣлъ наканунѣ), на содержаніе рвоты (остатки непереваренной пищи, вызвавшей болѣзнь), вздутіе подложечки и *боль* при давленіи на нее. Отсутствіе какой-либо эпидеміи въ данной мѣстности значительно облегчаетъ распознаваніе катарра желудка.

Подострые гастриты, протекающіе со рвотой, могутъ быть приняты за *туберкулезный менингитъ*, особенно, если и пульсъ дѣлается замедленнымъ и неправильнымъ. Въ пользу гастрита говоритъ густо-обложенный языкъ, непріятный запахъ изо рта, вздутость и болѣзненность подложечки, желтизна конъюнктивъ и *herpes labialis*. Послѣдніе два симптома почти никогда не бываютъ при туберкулезномъ менингитѣ, но довольно часто встрѣчаются при гастритахъ.

Другая болѣзнь, за которую нерѣдко принимается подострый катарръ желудка, это — *брюшной тифъ*. Въ пользу катарра говоритъ невысокая лихорадка (ниже 39° вечеромъ), отсутствіе опухоли селезенки и *roseolae* и короткое теченіе (менѣе двухъ недѣль).

При хроническомъ катаррѣ желудка у малокровныхъ субъектовъ вопросъ можетъ идти о томъ, дѣйствительно ли у больного катарръ желудка, или же только функціональное расстройство пищеваренія (диспепсія подъ влияніемъ упадка общаго питанія; катарръ болѣе вѣроятенъ, если, кромѣ потери аппетита, больной часто жалуется на отрыжки или даже на тошноту, запоръ часто смѣняется поносами, и, особенно, если у больного замѣчается желтизна конъюнктивъ.

*Предсказаніе.* Острые катарры желудка кончаются въ нѣсколько дней полнымъ выздоровленіемъ, если только больной соблюдаетъ діету. Хроническіе катарры желудка хотя и уступаютъ лѣченію и опасностью жизни не угрожаютъ, но при предсказаніи надо имѣть въ виду упорство болѣзни.

*Лѣченіе.* При остромъ катаррѣ желудка всего нужнѣе строгая діета: чай, супъ, манная каша на бульонѣ, маленькимъ дѣтямъ разведенное молоко, противъ рвоты — глотаніе кусочковъ льда или ледяная вода небольшими глотками. Изъ

лѣкарствъ—слабительное, всего лучше каломель, по 0,03—0,06 на приемъ черезъ часъ до дѣйствія. Rp. Calomelani 0,03; Sacch. 0,2. D. t. dos. № 4.S. Черезъ часъ по порошоку до дѣйствія. Потомъ даютъ Ac. muriaticum. gtt. XV; Aq. dest. 90,0; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ. При хроническомъ катаррѣ желудка діета не можетъ быть столь строгой: больному разрѣшаютъ и молоко, и мясо, но въ небольшихъ количествахъ за разъ; абсолютно запрещается всякая жирная пища; мучныя блюда и хлѣбъ небольшими порціями дозволяются. Изъ лѣкарствъ употребляются или вяжущія: Rp. Argenti nitrici cryst. 0.5; Bol. alb. q. s. ut f. pil. № 100; Consp. lycopod. DS. По 1 пил. 2 раза до ѣды; или горькія: Rp. Elix. viscer. Hoffm. 15,0. DS. По 10 — 15 кап. передъ ѣдой; или щелочныя, особенно въ видѣ минеральныхъ водъ, напр., эмсъ-кренхенъ, виши-селестенъ, эссентуки № 17, по 2—4 столовыхъ ложки три раза въ день за часъ до ѣды; при запорахъ—карлсбадъ-мюльбрунненъ натощакъ по  $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$  стакана въ подогрѣтомъ видѣ.

### XVIII. Дѣтская холера, cholera infantum.

Подъ этимъ именемъ понимаютъ весьма бурно протекающій инфекціонный катаррѣ желудка и кишекъ, скоро ведущій къ упадку дѣятельности сердца и вообще къ коллапсу.

Собственно „дѣтской“ холерой называется этотъ катаррѣ только въ случаяхъ заболѣванія дѣтей двухъ первыхъ лѣтъ жизни, а у дѣтей старшаго возраста, все равно какъ у взрослыхъ, тотъ же самый процессъ извѣстенъ подъ именемъ cholera posttras (въ отличіе отъ cholera asiatica, seu epidemica).

*Происхожденіе и причины.* Въ этиологіи дѣтской холеры главную роль играютъ 4 момента: 1) возрастъ дѣтей до года, 2) лѣтняя жара, 3) рожковое кормленіе и 4) дурнокачественный воздухъ.

Болѣзненность холерой усиливается тѣмъ болѣе, чѣмъ выше лѣтняя температура и чѣмъ она постояннѣе, т.-е. чѣмъ меньше разница между ночной и денной температурой. Вліяніе пищи выражается въ томъ, что дѣтскою холерой почти исключительно заболѣваютъ рожковыя дѣти или дѣти, полу-

чающія прикормъ, тогда какъ при чисто грудномъ кормленіи дѣти почти никогда не заболѣваютъ. Исключеніе изъ этого правила составляютъ случаи дѣтской холеры, появляющіеся подѣ вліяніемъ четвертаго этиологическаго момента, т.-е. дурного воздуха, такъ, напр., въ нѣкоторыхъ воспитательныхъ домахъ и душныхъ квартирахъ нерѣдко захварываютъ и грудныя дѣти, и притомъ какъ зимой, когда нѣтъ возможности очищать воздухъ открываніемъ оконъ, такъ и лѣтомъ, при отсутствіи вентиляціи, особенно въ комнатахъ, обращенныхъ на югъ и потому весьма жаркихъ.

Дѣтская холера считается за болѣзнь *инфекціонную*; въ пользу такого взгляда на патогенезъ ея говорятъ: лихорадочное состояніе, быстрое развитіе колляпса, не всегда соответствующаго числу и количеству испражнений, и почти постоянное присутствіе альбуминуриі. Ядъ входитъ въ тѣло ребенка или съ пищей (не совсѣмъ свѣжее коровье молоко), или онъ образуется въ самомъ кишечникѣ вслѣдствіе своеобразной ферментаціи молока, подѣ вліяніемъ неизвѣстныхъ пока микробовъ, можетъ-быть, изъ числа постоянныхъ обитателей кишечника, приобретающихъ подѣ вліяніемъ лѣтней жары особую ядовитость. По мнѣнію *Monti*, дѣтская холера является результатомъ инфекціи вслѣдствіе гніенія въ кишечникѣ бѣлковъ пищи, каковое могутъ произвести и сапрофиты. Какъ бы то ни было, но надо признать, что лѣтняя жара какимъ-то образомъ способствуетъ именно такой порчѣ молока, при которой въ немъ образуются ядовитыя токсины. Микробовъ, специфическихъ для дѣтской холеры, пока еще не найдено.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при дѣтской холерѣ сводятся къ явленіямъ очень остраго катарра всего тракта желудочно-кишечнаго канала; при разрѣзѣ кишекъ вытекаетъ мутная жидкость, богатая хлопьями изъ отслоившагося эпителия; слизистая и подслизистыя ткани инфильтрованы лимфоидными элементами; солитарныя железы и Пейеровы бляшки, равно какъ и брыжжеечныя железы, нѣсколько увеличены. Указаніемъ на общее страданіе или интоксикацію организма служатъ пораженіе почекъ въ видѣ мутнаго набуханія ихъ или остраго паренхиматознаго нефрита и жирового перерожденія печени и сердца, но нерѣдко встрѣчаются еще и



осложненія въ видѣ бронхопневмоніи и воспаленія другихъ органовъ и тромбоза мозговыхъ синусовъ.

*Симптомы.* Клинически дѣтская холера выражается, подобно эпидемической, чрезвычайно упорной *рвотой*, сильнѣйшимъ *поносомъ* и быстрымъ *наступленіемъ коллапса*. Больного слабитъ разъ 10—12 въ день; испражненія совершенно *жидки*, какъ вода, очень *обильны* и *безцвѣтны*; животъ мягокъ и не вздутъ; лихорадка бываетъ не всегда, но иногда въ началѣ болѣзни температура быстро подымается до 39°—40°. Рвота и поносъ сопровождаются не только *сильною жаждой* и *ничтожнымъ выдѣленіемъ мочи* (иногда дѣло доходитъ до полной анурии), но и быстро наступающими явленіями коллапса (результатъ вліянія на организмъ кишечныхъ токсиновъ), составляющаго отличительный признакъ дѣтской холеры отъ простаго катарра желудка и кишекъ. Въ такомъ случаѣ прежде всего замѣчается *похолоданіе конечностей*, малый и частый пульсъ, большая слабость, а позднѣе—*ціанозъ*, глаза вваливаются, пульсъ исчезаетъ, ротъ холодѣетъ и покрывается клейкой слизью, центральная  $t^{\circ}$  (in apo) опускается ниже нормы (35—34°), родничокъ впадаетъ, и незадолго до смерти появляется *склерема*, т. е. затвердѣніе кожи и подкожной клѣтчатки отъ всасыванія перенхиматозныхъ жидкостей. Склерема, какъ и похолоданіе кожи, начинается съ ногъ, а потомъ идетъ кверху, на ягодицы и туловище. Въ послѣднемъ періодѣ наступаетъ спячка, сведеніе затылка и, наконецъ, смерть при явленіяхъ такъ наз. гидроцефалоида.

*Теченіе* дѣтской холеры иногда очень острое, такъ что явленія коллапса наступаютъ уже на первыя сутки и такіе случаи почти всегда смертельны; у другихъ теченіе болѣзни не столь острое, коллапсъ наступаетъ черезъ 3—5 дней отъ начала рвоты и поноса, и тогда болѣзнь можетъ кончиться и выздоровленіемъ. Иногда періодъ выздоровленія идетъ медленно—путемъ постепеннаго ослабленія поноса, рвоты и всѣхъ явленій коллапса, а въ другихъ случаяхъ періодъ коллапса (асфиксическій періодъ) переходитъ въ такъ наз. *холеротифоидъ*, который характеризуется лихорадочными температурами (до 39—40°) и скуднымъ отдѣленіемъ мочи, болѣе или менѣе богатой бѣлкомъ или цилиндрами; лихорадочное состояніе продолжается отъ 3—4 дней до 2—3 недѣль и кон-

чается или смертью, или выздоровленіемъ. Во многихъ случаяхъ, кромѣ нефрита, появляются и другія осложненія, и всего чаще, конечно, гипостатическія и катарральныя воспаленія легкихъ.—По новѣйшимъ воззрѣніямъ первый періодъ (асфиксическій) дѣтской холеры есть періодъ интоксикаціи организма, а второй (тифоидный) періодъ вторичной инфекціи.

*Диагностика.* Дѣтскую холеру всего легче смѣшать съ эпидемическою холерой, такъ какъ припадки въ обоихъ случаяхъ одинаковы. Главнымъ основаніемъ служитъ характеръ эпидеміи: азіатская холера не щадитъ ни взрослыхъ, ни дѣтей и не стоитъ въ такой близкой зависимости отъ лѣтней жары, какъ холера дѣтская. Запятая Кош'а встрѣчается только при азіатской холерѣ.

*Предсказаніе* всегда опасное, и чѣмъ быстрѣ развивается коляпсъ, тѣмъ опаснѣе.

*Лѣченіе.* Профилактика вытекаетъ изъ этиологіи: лѣтомъ не отнимать отъ груди; при рожковомъ кормленіи строжайшимъ образомъ соблюдать всѣ относящіяся къ нему правила, особенно по отношенію свѣжести молока, стерилизаціи его и чистоты посуды; ежедневно купать дѣтей въ прохладной водѣ (26—24° R.), заботиться о чистотѣ воздуха въ дѣтской и всячески бороться съ духотой. Не оставлять безъ вниманія даже самый легкій поносъ, хотя бы и въ періодѣ прорѣзыванія зубовъ.

При наступленіи рвоты—самая строгая діета: молока давать совсѣмъ нельзя, даже и грудного, до тѣхъ поръ, пока не прекратится рвота; давать только питье чайными ложками со льда, чай или воду отварную съ бѣлкомъ. (Бѣлокъ сырого яйца размѣшивается въ стаканѣ отварной воды, процѣживается и потомъ къ раствору прибавляютъ чайную ложку коньяку и кусокъ сахара; это питье ставятъ на ледъ и даютъ по чайной ложкѣ каждыя 5 — 10 минутъ). Изъ лѣкарствъ умѣстны противогнилостныя и возбуждающія. Всего чаще употребляются каломель въ малыхъ дозахъ, одинъ или съ камфарой, хининъ и креозоть. Rp. Calomelani 0,05; Camphorae tritae 0,15; Sacch. 2,0. Div. in № 10 p. aeq. DS. Черезъ часъ по порошку. Rp. Chinini muriat. 0,5. Div. in № 10. DS. Черезъ 2 часа по порошку. Rp. Creosoti 0,1—0,3; Cognac

fine champ. 2,0—6,0; Pulv. gummosi 1,25; Aq. destil. 50,0.  
DS. Черезъ часть по чайной ложкѣ.

Въ періодъ упадка силъ, кромѣ камфары и коньяка, назначаются и другія возбуждающія, напр., liq. ammon. anis., aether. sulfur., t-ra moschi и др. Каждое изъ этихъ средствъ можно давать на приемъ по 2—3 капли каждыя  $\frac{1}{2}$  часа. Въ послѣднее время при азіатской холерѣ рекомендуются горячія большія клизмы изъ 1% раствора танина и при упадкѣ дѣятельности сердца подкожныя впрыскиванія соляного раствора. То и другое средство примѣнимо и при дѣтской холерѣ. Физиологическій растворъ поваренной соли (6:1000) впрыскивается груднымъ по 50—100 на разъ. Полезны также горячія (30—31° R.) ванны съ прибавкой ароматическихъ травъ или горчицы, или завертыванія въ мокрую простыню (30° R.) и въ шерстяныя одѣяла на 1—2 часа.

### XIX. Острый катарръ кишекъ—*catarrhus intestinalis acutus*.

*Происхожденіе и причины* острого катарра кишекъ тѣ же самыя, что и для диспепсіи. Если молоко не переваривается ребенкомъ какъ слѣдуетъ и подвергается поэтому броженію, то образуются продукты, раздражающіе слизистую оболочку кишекъ и усиливающіе перистальтику, и въ результатъ получается нѣсколько учащенный стулъ съ остатками неперевареннаго молока и съ другими качествами диспепсического стула; если же раздраженіе продолжается долго или превосходитъ извѣстныя границы, то, кромѣ усиленной перистальтики, наступаетъ катарральное воспаленіе слизистой оболочки, что выражается примѣсью [къ калу продуктовъ этого воспаленія, т.-е. слизи или серознаго трансудата. Острый катарръ кишекъ всего чаще наблюдается у рожковыхъ дѣтей и у грудныхъ послѣ отнятія отъ груди; у послѣднихъ онъ носитъ даже специальное названіе—*diarrhoea ex ablactatione*. У дѣтей старшаго возраста острый катарръ кишекъ развивается подъ вліяніемъ трудно варимой пищи, зеленыхъ фруктовъ и т. п., а также подъ вліяніемъ эпидемическихъ условій, особенно лѣтомъ (слизистый поносъ).

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ катаральной набухлости слизистой оболочки, усиленномъ отдѣленіи слизи и въ припуханіи Пейеровыхъ бляшекъ и фолликулъ; при такъ наз. фолликулярномъ энтеритѣ первично поражаются фолликулы толстыхъ кишекъ, а потомъ присоединяется и катарръ; въ тяжелыхъ случаяхъ распухшіе фолликулы превращаются въ маленькіе абсцессы, по вскрытіи которыхъ въ толстыхъ кишкахъ образуются такъ наз. фолликулярныя язвы, отличающіяся отъ язвъ иного происхожденія круглой формой и сиуозно подрытыми краями. Присутствіе крупозно-дифтеритическаго экссудата на слиз. оболочкѣ толстыхъ кишекъ или „ландкартообразныхъ“ язвъ характерно для дизентеріи.

*Симптомы* будутъ различны, смотря по мѣсту пораженія, а потому различаютъ катарръ тонкихъ кишекъ и катарръ толстыхъ.

При *остромъ катарръ тонкихъ кишекъ* испражненія, какъ и при диспепсіи, *обильны и учащенны* (6—8 разъ въ сутки), но, вслѣдствіе преобладанія воды (серознаго трансудата) надъ прочими составными частями, *жидки* и выходятъ легко, сильной струей, съ шумомъ отъ выдѣляющихся газовъ; *животъ* обыкновенно *вздутъ*, по временамъ бываютъ *схваткообразныя боли* живота. При одновременномъ пораженіи желудка является и рвота. Лихорадочное состояніе при катаррѣ тонкихъ кишекъ хотя и возможно, но обыкновенно его не бываетъ (въ противоположность катарру толстыхъ кишекъ, при которомъ повышеніе температуры—явленіе обычное).

При *остромъ катарръ толстыхъ кишекъ* (синонимы—фолликулярный энтеритъ, слизистый или натужный поносъ) испражненія состоятъ, главнымъ образомъ, изъ безцвѣтной или зеленоватой *слизи*, иногда окрашенной кровью. Благодаря участію въ процессѣ прямой кишки, незначительнаго скопленія слизи уже достаточно, чтобы вызвать позывъ къ испражненію, а потому и стулъ *не обилень*, но *очень частъ*: больного слабятъ въ легкихъ случаяхъ до 10 разъ, въ тяжелыхъ—до 20 и больше и притомъ, въ отличіе отъ катарра тонкихъ кишекъ и диспепсіи, всякое испражненіе сопровождается *жизненіемъ* (напряженіе брюшнаго пресса) и *тenez-*

*мами* (спазмами прямой кишки), которые въ легкихъ случаяхъ выражаются тѣмъ, что ребенокъ долго сидитъ на горшкѣ, а въ тяжелыхъ—болѣю при испражненіи и выпаденіемъ прямой кишки. Слизистый или слизисто-кровянистый стулъ почти совсѣмъ не пахнетъ, тогда какъ жидкія испражненія при катаррѣ тонкихъ кишекъ нерѣдко бываютъ сильно вонючіи. Вслѣдствіе частыхъ испражненій газы не успѣваютъ скопляться въ кишкахъ, а потому *животъ* не только не вздувается, но болѣе или менѣе *сваливается*. При ощупываніи живота въ тяжелыхъ случаяхъ кроваваго поноса удается констатировать *болѣзненность* при давленіи въ области нисходящей части толстой кишки. Дальнѣйшее отличіе катарра толстой кишки отъ другихъ видовъ поноса состоитъ въ томъ, что онъ сопровождается, обыкновенно, *лихорадочнымъ состояніемъ*, которое, говоря вообще, пропорціонально интенсивности болѣзни, т.-е. чѣмъ сильнѣе катарръ, тѣмъ выше подымается температура и тѣмъ дольше продолжается лихорадка. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ—лихорадки можетъ совсѣмъ не быть; въ случаяхъ средней силы она колеблется около 37,5 до 38,8° и тянется 7—10 дней; въ болѣе тяжелыхъ—температура поднимается за 39° и держится недѣли три и дольше.

Теченіе остраго катарра тонкихъ кишекъ, если больной поставленъ въ правильныя діетическія условія, вообще говоря, благопріятное, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ онъ скоро уступаетъ лѣченію, тогда какъ про острый катарръ толстыхъ кишекъ этого сказать отнюдь нельзя: здѣсь все зависитъ отъ силы болѣзни; въ тяжелыхъ случаяхъ эпидемическаго кроваваго поноса (*dysenteria*), если больной и выздоравливаетъ, то во всякомъ случаѣ болѣзнь затягивается на много недѣль, при чемъ слизисто-кровянистыя испражненія уступаютъ мѣсто вонючему каловому стулу, и вотъ этотъ-то періодъ вонючаго поноса и тянется, обыкновенно, очень долго (много недѣль); это—исходъ въ хроническую форму катарра кишекъ. Изъ другихъ исходовъ остраго катарра кишекъ особенно опасенъ переходъ въ дѣтскую холеру, нерѣдко заканчивающуюся смертью.

*Диагностика* катарра кишекъ, на основаніи свойства испражненій въ различныхъ его формахъ, не трудна.

*Предсказаніе* при катаррѣ тонкихъ кишекъ тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ; у рожковыхъ дѣтей до года и отнятыхъ отъ груди предсказаніе особенно нехорошо во время лѣтнихъ жаровъ, когда всякій поносъ легко переходитъ въ дѣтскую холеру. При слизистомъ поносѣ предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ чаще испражненія, чѣмъ сильнѣе жилищеніе и тенезмы и чѣмъ выше температура; отъ тяжелаго кроваваго поноса нерѣдко умираютъ дѣти даже и старшаго возраста. У дѣтей, вскармливаемыхъ груднымъ молокомъ, предсказаніе при всякой формѣ остраго катарра кишекъ много лучше, чѣмъ у дѣтей рожковыхъ.

*Лѣченіе.* Всего важнѣе *діетическое и причинное* лѣченіе острыхъ катарровъ кишекъ, которое ведется по тѣмъ же правиламъ, какъ и въ диспепсіи. Самые упорные и опасные катарры рожковыхъ дѣтей или быстро отнятыхъ отъ груди требуютъ назначенія кормилицы, а если сдѣлать этого нельзя, то назначить пищу болѣе легкую, чѣмъ та, при которой сдѣлался поносъ: напр., дѣтямъ 1—2 лѣтъ — небольшими порціями молоко, рисовый супъ и муку Нестле, груднымъ—коровье молоко или сливочную смѣсь въ самыхъ сильныхъ разведеніяхъ, наприм., молоко съ тремя частями ячменнаго отвара или сливочную смѣсь № 1. Жажду, степень которой пропорціональна тяжести болѣзни, слѣдуетъ удовлетворять маленькими (3—4 чайныхъ ложки), но частыми (каждыя 10—15 минутъ) приемами отварной воды или жидкаго чая. Если поносъ сопровождается частой рвотой, то слѣдуетъ воспретить молоко и назначить на 1—2 дня холодную бѣлочную воду или слизистые отвары. При кровавомъ поносѣ у дѣтей старшаго возраста нельзя давать ни мяса, ни хлѣба, а только жидкую пищу и притомъ маленькими порціями, напр., молоко и супъ десертными или столовыми ложками черезъ часъ, также овсяный отваръ, чай.

Изъ лѣкарствъ при катаррѣ тонкихъ кишекъ всего лучше *опій* одинъ или съ *acid. muriaticum* (см. dyspepsia) или *висмутъ*: Rp. Magister Bismuthi 0,1—0,2; Pulv. Doweri 0,01 (грудному), 0,05 (лѣтъ 5—6); Sacchari 0,2. D. t. dos. № 8. S. Три—четыре порошка въ день \*). Недоноски, а также очень

\*) Также препараты, содержащія таннинъ—таннинъ, таннальбинъ, танпсмутъ въ такихъ же дозахъ.

истощенныя дѣти или представляющія явленія упадка дѣятельности сердца противопоказуютъ назначеніе опія.

При слизистомъ или кровавомъ поносѣ лѣченіе начинаютъ съ *слабительнаго*, даютъ или касторовое масло (чайную, десертную или столовую ложку, смотря по возрасту) или каломель (0,02—0,05 черезъ часъ по порошоку до дѣйствія, но не болѣе 6 порошковъ, и въ случаѣ надобности потомъ касторовое масло). Послѣ слабительнаго дается *опій* въ слизистой или масляной микстурѣ. Rp. D-ti rad. Salep. 50,0; T-rae opii s. gtt. jiiij; Syr. simpl. 7,5. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (ребенку 2—3 лѣтъ). Rp. Mixturae oleosae 50,0; T-rae opii simpl. gtt. jiiij; Syr. 10,0. DS. Какъ предыдущая. При боляхъ живота — согрѣвающій компрессъ на животъ, а при частыхъ тенезмахъ — успокаивающіе клистиры, которые должны быть не велики (не болѣе 1—2 столовыхъ ложекъ) и непрерывно подогреваемы до 29—30° R. Дѣлаютъ ихъ 2—3 раза въ день изъ отвара крахмала съ прибавкой 2—3 капель опія.

## XX. Хроническій катарръ кишекъ—*catarrhus intestinalis chronicus*.

*Происхожденіе и причины.* Хроническій катарръ кишекъ является или въ видѣ самостоятельнаго страданія, и въ такихъ случаяхъ причины его тѣ же, что для острыхъ катарровъ, изъ которыхъ онъ обыкновенно и развивается, такъ, напр., осенью часто приходится встрѣчать хроническіе поносы, какъ результатъ лѣтнихъ эпидемій простого или кроваваго поноса, или же хроническіе катарры кишекъ стоятъ въ связи съ общими разстройствами питанія, напр., съ анэмией, золотухой и въ особенности съ туберкулезомъ, у маленькихъ дѣтей съ рахитизмомъ. Первая форма чаще встрѣчается въ первые три года жизни, а вторая — у дѣтей старшаго возраста; въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническій поносъ бываетъ однимъ изъ симптомовъ маскированной маляріи.

*Патолого-анатомическія измѣненія* рѣдко ограничиваются небольшою частью кишечника, обыкновенно же катарръ распространяется какъ на тонкія, такъ и на толстыя кишки, хотя и неравномѣрно: въ однихъ случаяхъ набухлость сли-

вистой оболочки и поражене фолликулярнато аппарата бываютъ сильнѣе выражены въ тонкихъ кишкахъ, въ другихъ — въ толстыхъ. Въ очень затянувшихся случаяхъ наступаетъ атрофія слизистой оболочки и железъ и даже всей кишечной стѣнки; брыжжеечныя железы гиперплазируются; при хроническомъ катаррѣ у туберкулезныхъ субъектовъ встрѣчаются творожистое перерожденіе брыжжеечныхъ железъ и туберкулезныя язвы въ кишкахъ.

*Симптомы.* Такъ какъ хроническій катарръ распространяется, обыкновенно, на весь трактъ кишекъ, то строго отличать катарръ тонкихъ кишекъ отъ катарра толстыхъ не приходится, хотя отъ преобладающаго пораженія того или другого отдѣла нѣкоторая разница все-таки есть. Во всѣхъ случаяхъ хроническаго катарра кишекъ испражненія бываютъ жидки, обильны, очень *вонючи*, грязно-сѣраго или глинистаго цвѣта; ребенокъ сильно истощенъ, нерѣдко представляетъ отеки рукъ и ногъ, а иногда и всего тѣла, не исключая и полостей; въ случаѣ преобладающаго пораженія толстыхъ кишекъ, вперемежку съ обильными, жидкими вонючими испражненіями, выдѣляются испражненія, вполне характерныя для воспаленія нижняго отдѣла кишечника: они скудны, состоятъ почти только изъ гнойной слизи и сопровождаются ясно замѣтнымъ жжениемъ; въ такихъ случаяхъ и число испражненій за сутки бываетъ замѣтно больше и нерѣдко заходитъ за 10.

У дѣтей старшаго возраста хроническій катарръ кишекъ не всегда сопровождается частыми испражненіями, напротивъ, большею частію ребенка слабитъ только 2—3 раза въ сутки, жидкимъ, вонючимъ стуломъ или болѣзнь выражается перемежкой запора съ поносомъ, при чемъ аппетитъ можетъ сохраняться въ удовлетворительномъ состояніи, и общее питаніе страдаетъ сравнительно мало.

*Теченіе* хроническаго катарра кишекъ, вообще говоря, очень длинное, стоитъ въ большой зависимости отъ лѣченія; перемѣна діеты нерѣдко оказываетъ такое дѣйствіе, что поносъ, продолжавшійся много недѣль, прекращается въ нѣсколько дней. Къ сожалѣнію, это наблюдается не всегда; иногда, особенно у маленькихъ дѣтей, онъ не уступаетъ никакому лѣченію и ведетъ къ смерти отъ истощенія.



*Діагностика* на основанні анамнеза, общаго истощенія и характера испражнений не трудна.

*Предсказаніе.* У дѣтей послѣ двухъ лѣтъ въ большинствѣ случаевъ хроническій поносъ кончается выздоровленіемъ, наоборотъ, у дѣтей до года чаще наблюдается смертный исходъ.

*Лѣченіе.* Діета: молоко въ цѣльномъ или разведенномъ видѣ, смотря по возрасту; послѣ года, кромѣ молока, умѣстны еще крахмалистыя вещества въ родѣ молочной каши или муки Нестле. Строго запрещаются мясо и бульонъ. Изъ лѣкарствъ при вонючихъ испражненіяхъ показано прежде всего *слабительное*—касторовое масло и каломель, а потомъ даютъ то *вяжущія*, то *антисептическія*. Напр. Rp. Argenti nitrici 0,05; Aq. destil. 100,0. Черезъ 3 часа по чайной ложкѣ. Rp. Magister. bismuthi (или Bismut. salicyl.) 0,1—0,3; Tannalbin 0,2;—0,3; Pulv. Doveri 0,01—0,05. M. f. pulv. d. t. dos. № 12. S. Три раза въ день по порошокъ. Rp. Naphthalini puris. 0,06—0,2; Magister. bismuthi 0,1—0,3; Sacchari 0,2. M. f. pulv. d. t. dos. № 12. S. Четыре порошка въ день. (Дозы показаны для дѣтей 1—4 лѣтъ \*).

При хроническихъ поносахъ особенную пользу приносятъ вливанія въ кишки большихъ количествъ вяжущихъ растворовъ посредствомъ Эсмарховой кружки. Ребенку одного года вливаютъ 2 стакана, двухлѣтнему—три стакана, трехлѣтнему—четыре. Для клизмъ берутъ обыкновенно  $\frac{1}{2}$ —1% растворъ таннина въ подогрѣтомъ видѣ (29—30° R.).

## XXI. Паразиты кишечнаго канала.

Въ кишечникѣ дѣтей встрѣчаются нѣсколько видовъ круглыхъ плоскихъ глисть. Изъ класса круглыхъ глисть, представляющихъ клиническій интересъ, надо назвать *дѣтскую острицу* (oxyuris vermicularis) и *аскариду* (ascaris lumbricoides), а изъ плоскихъ: солитера или вооруженнаго цѣпenea (taenia solium s. armata), срединоканальчатаго или пеговооруженнаго лентеца (taenia mediocanellata s. saginata), лентеца широкаго (botriocephalus latus) и taenia papa.

\*) Также препараты, содержащіе таннинъ—таннигенъ, таннальбинъ, таннисмуть и вяжущія пищевыя вещества, какъ черничный кисель, желудовыя кофе или какао.

**Дѣтская острица** (фиг. XII) самая маленькая изъ всѣхъ кишечныхъ глисть, достигаетъ въ длину всего  $\frac{1}{2}$  сантиметра; она живетъ, главнымъ образомъ, въ толстыхъ кишкахъ и по временамъ, особенно вечеромъ, выползаетъ ея ано, вызывая при этомъ сильный зудъ въ заднемъ проходѣ. Если въ это время изслѣдовать больного, то причину зуда легко открыть въ присутствіи нѣсколькихъ экземпляровъ глисть въ окружности ані и въ его складкахъ; ихъ можно найти также въ испражненіи въ видѣ очень мелкихъ, подвижныхъ бѣлыхъ червячковъ.

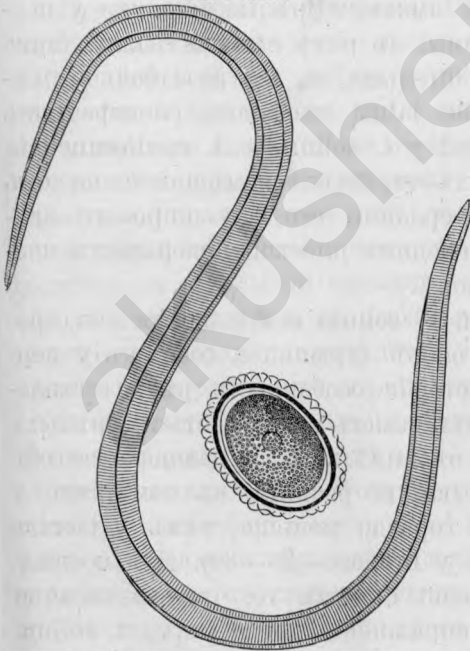
Фиг. XII.



Фиг. XIV.



Фиг. XIII.



**Аскарида** (фиг. XIII), или обыкновенный струнецъ, по формѣ своей очень похожа на дождевого червя, но отличается

отъ него большею величиной (длина до 6 вершк.) и бѣловатымъ цвѣтомъ съ розовымъ оттѣнкомъ.

Всѣ ленточныя глисты похожи между собой въ томъ отношеніи, что состоятъ изъ ряда члениковъ, соединенныхъ въ цѣпочку; по мѣрѣ приближенія къ головкѣ, членики дѣлаются все мельче и мельче, такъ что въ самой тонкой части глисты, такъ наз. шейкѣ, имѣющей видъ шпикъ, дѣлаются совсѣмъ неразличимыми для простаго глаза. Длина ленточныхъ глистъ достигаетъ 2—8 метровъ, самымъ длиннымъ считается *botrioc. latus*, а самымъ короткимъ—*t. solium*.

**Широкій лентецъ** легко отличается отъ двухъ другихъ видовъ солитера какъ по устройству головы, такъ и по формѣ члениковъ.

У *taenia solium* и *taenia mediocanellata* (фиг. XIV) голова четырехугольная и снабжена 4 круглыми присосками, а у перваго изъ нихъ, кромѣ того, хоботкомъ, окруженнымъ вѣнчикомъ изъ крючковъ; у *botriosephalus latus* голова овальная съ двумя продолговатыми ямками. Зрѣлыя членики у первыхъ двухъ овальной формы, въ родѣ сѣмянъ тыквы, длина каждаго членика, приблизительно, въ  $1\frac{1}{2}$  раза больше ширины, тогда какъ у *botrioc. latus*, наоборотъ, поперечникъ членика больше его длины; у *t. solium* и *t. mediocanellata* половыя отверстія у зрѣлыхъ члениковъ помѣщаются на томъ или другомъ краю, близъ середины его, а у широкаго лентца они открываются въ срединѣ плоской поверхности членика и всѣ на одной сторонѣ.

Что касается до отличій *t. solium* отъ *t. medioc.*, то, кромѣ рѣзкой разницы въ головѣ (крючки и хоботокъ у перваго изъ нихъ), есть нѣкоторая особенность въ развѣтвленіяхъ матки. У обѣихъ этихъ глистъ матка идетъ въ зрѣлыхъ членикахъ по срединѣ ихъ въ видѣ канала, дающаго въ обѣ стороны вѣтвящіяся отростки, но разница въ томъ, что у *t. solium* отростковъ этихъ гораздо меньше, чѣмъ у *taeniae medioc.* (у перваго 7—12, а у втораго—25—30). Для послѣдняго характерно до нѣкоторой степени то, что его членики нерѣдко выходятъ и безъ испражненія, тогда какъ у *t. solium* это наблюдается лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ.

*Taenia papae* рѣзко отличается отъ другихъ ленточныхъ глистъ своей чрезвычайно маленькой величиной; длина ея

всего 10—15 мм. Голова ея, какъ у *taeniae solium*, съ 4 присосками, хоботкомъ и вѣшникомъ изъ крючковъ. Въ учебникахъ до сихъ поръ еще указывается на то, что будто глиста эта встрѣчается только въ Египтѣ и въ южной Италіи, но это неправда: проф. Аванасевъ нашелъ ее одинъ разъ у петербургскаго жителя, а въ нашей клиникѣ она была опредѣлена въ трехъ случаяхъ у дѣтей 1—4 лѣтъ. Глиста эта живетъ въ тонкихъ кишкахъ въ количествѣ нѣсколькихъ сотенъ экземпляровъ; ей приписывается свойство вызывать различные нервные припадки. Въ двухъ нашихъ случаяхъ, у брата и сестры 3—4 лѣтъ, было только головокруженіе, а дѣвочка 1 года поступила въ клинику по поводу ларингоспазма и повторныхъ эclamпсическихъ судорогъ и тетаніи. Припадки эти продолжались съ недѣлю и кончилисъ летально. Въ содержимомъ тонкихъ кишекъ, какъ это обыкновенно и бываетъ, было найдено нѣсколько сотенъ этихъ мелкихъ, едва замѣтныхъ глазомъ глисть.

*Происхожденіе и причины.* Глисты заводятся въ кишечникѣ человѣка вслѣдствіе проглатыванія яичекъ или зародышей глисть. Для *t. solium* и *mediocanel.* достоверно доказано, что зародыши ихъ (т. н. цистицерки) живутъ въ мышцахъ рогатаго скота (*taenia medicanel.*) и свиней (*taenia sol.*), и человѣкъ заражается въ томъ случаѣ, если съѣдаетъ зараженное фшнами сырое мясо; такимъ образомъ, отъ употребленія сырой говядины происходитъ зараженіе однимъ видомъ солитера, а отъ сырой свишны—другимъ. Зародыши широкаго лентеца живутъ въ рыбахъ (особенно въ щукахъ) и зараженіе происходитъ вслѣдствіе употребленія въ пищу непроваренной рыбы или сырой икры.

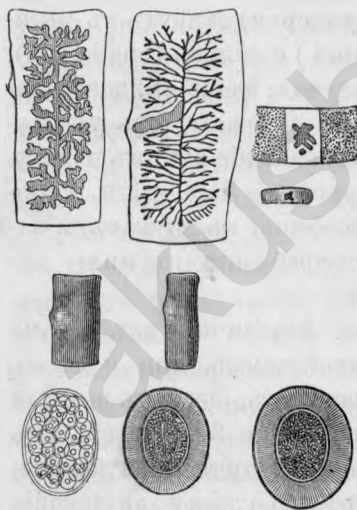
Относительно аскаридъ доказано, что лички ихъ весьма долго сохраняются въ водѣ или сырой землѣ, при чемъ въ случаѣ благоприятныхъ условій (влажность, доступъ воздуха и свѣта, извѣстная температура) въ теченіе 3—5 недѣль въ нихъ развиваются зародыши, которые, будучи проглочены, доразвиваются въ кишечникѣ въ зрѣлую глисту въ теченіе 10—12 недѣль; слѣдов., никакого промежуточнаго животнаго для аскаридъ не требуется, а зараженіе происходитъ или черезъ воду, или черезъ почву (обвиняются, напр., огородныя овощи, грязно содержимыя жилища, богатая пылью).

Самозараженіе аскаридами невозможно, несмотря на то, что онѣ откладываютъ въ кишечникѣ миллиарды яицъ, но яйца эти должны сначала полежать въ сыромъ мѣстѣ, чтобы въ нихъ завелся зародышъ.

Что касается до оксіуръ, то извѣстно только, что онѣ способны размножаться въ кишечникѣ ребенка, но какимъ образомъ попадаютъ онѣ туда, это остается неизвѣстнымъ.

*Симптомы.* Нерѣдко случается, что присутствіе въ кишкахъ глисть не выражается никакими симптомами и узнается только послѣ выхода или цѣлой глисты (аскарида), или отдѣльных члениковъ (солитеръ). Въ другихъ случаяхъ хотя и появляются различныя припадки со стороны нервной системы (головокруженіе, склонность къ дурнотамъ, скрежетъ зубовъ по ночамъ, эклимпсическія судороги, расширеніе зрачковъ, зудъ носа, неправильный пульсъ) или со стороны органовъ пищеваренія (тошнота и рвота патошакъ, колики, измѣнчивость аппетита), или со стороны общаго питанія (блѣдность, злокачественное малокровіе при широкомъ лентецѣ, аскаридахъ и *anchylostomum duodenale*), общія слабость и даже

Фиг. XV.



лихорадка (ненормальнаго типа), но все эти симптомы настолько не характерны и непостоянны, что на основаніи ихъ можно только предполагать существованіе глисть. Болѣе точная диагностика основывается или на микроскопическомъ изслѣдованіи кала, въ смыслѣ открытія въ немъ яицъ той или другой глисты, или на результатахъ пробнаго лѣченія.

Оксіуры доступны диагностикѣ, такъ какъ онѣ постоянно вызываютъ по вечерамъ зудъ въ заднемъ проходѣ и ихъ легко найти въ испражненіяхъ.

Такъ какъ по свойству яицъ можно прямо сказать, какой именно глисть принадлежитъ они, то считаю не лишнимъ представить здѣсь ихъ изображенія. Яйцо аскариды (фиг. XIII) имѣетъ овальную форму и по-

крыто бугристой оболочкой; яйца солитеровъ (фиг. XV)— круглой формы со скорлупой, представляющей въ видѣ лучистаго круга; яйца широкаго лентеца—овальной формы съ крышечкой. У оксіуръ продолговатое, овальное яйцо (фиг. XII) съ гладкой поверхностью, отличается отъ всѣхъ предыдущихъ еще и малыми размѣрами. На рисункѣ XVI изображено еще яйцо (*trichosephalus dispar*). Эта глиста, повидному, не вызываетъ никакихъ симптомовъ, хотя живетъ иногда въ большомъ количествѣ экземплярровъ. Яйцо *taeniae papae* похоже на яйцо *taeniae*, но безъ лучистой скорлупы.

*Предсказаніе* при глистахъ благоприятное, такъ какъ опасностью для жизни онѣ почти никогда не угрожаютъ и обыкновенно удаются ихъ выпнать. При оксіурахъ слѣдуетъ имѣть въ виду склонность къ возвратамъ (такъ какъ если осталась въ кишкахъ хоть одна оплодотворенная самка, то она выведетъ потомство); аскариды могутъ быть опасны для жизни, если заползаютъ въ желчный протокъ и вызываютъ парывы въ печени, или въ гортань, обуславливая смерть отъ задушенія.

Въ послѣднее время Мечниковъ указалъ на то обстоятельство, что воспаленія червеобразнаго отростка слѣпой кишки и брюшины перѣдко обуславливаются заползаніемъ въ отростокъ круглыхъ глисть.

Фиг. XVI.



*Лѣченіе.* Предохранительныя мѣры по отношенію къ солитерамъ состоятъ въ запрещеніи ѣсть сырое мясо или непроваренную рыбу, а относительно круглыхъ глисть надо особенно избѣгать употребленія въ пищу плохо обмытыхъ овощей.

Способъ зараженія оксіурами и другими глистами намъ не такъ хорошо извѣстенъ, чтобы мы могли принимать надежныя предохранительныя мѣры.

Противъ оксіуръ всего лучше дѣйствуютъ клизмы изъ прохладной воды съ прибавкой сулемы, напр., Rр. Hydrarg. muriat. cor. 0,05; Aq. destil. 150,0. DS. Столовую ложку на стаканъ воды для клизмы. Для предотвращенія зуда окружность ануса и края его смазываются или французскимъ склицидаромъ, или сѣрою мазью.

Аскариды хорошо поддаются лѣченію цытварнымъ сѣменемъ (*Semina cunae*) по 1,0 на приемъ, раза два въ день, или добываемому изъ него сантоницу по 0,03—0,10 на приемъ, смотря по возрасту, три раза въ день въ теченіе трехъ дней, а потомъ слабительное; можетъ-быть, еще лучше назначать его одновременно съ касторовымъ масломъ или каломелемъ, напр., *Rp. Ol. ricini 15,0; Santonini 0,4. DS. 2—3 чайныхъ ложки въ день*; или *Rp. Santonini 0,05; Calomelani 0,1. Sacch. 0,2. D. t. dos. № 3. S.* Черезъ 2 часа по порошокъ, и если не прослабитъ, то черезъ часъ послѣ послѣдняго порошка десертную ложку кастороваго масла (ребенку 4—5 лѣтъ).

Противъ ленточныхъ глисть лучшими средствами считаются: 1) *kusso* по 2,0—4,0 на приемъ въ порошокъ, взбалтываемомъ въ  $\frac{1}{4}$  стакана воды, разъ въ день, или 2) корневище папоротника въ порошокъ и экстрактъ въ такой же дозѣ, или 3) кора гранатнаго корня. *Rp. Extr. filicis maris aeter.—pulv. rhizomae fil. maris aa 4,0. F. pil. № 30. Consp. p. Lycop. DS.* По 10 пил. черезъ 15 минутъ. *Rp. Extr. rhiz. fil. mar. aeter. 5,0; Mel. despum. 25,0; Pulv. kammala 5,0. M. f. electuar. DS.* Принять утромъ въ теченіе часа, въ 3 приема. *Rp. Cort. rad. punicae granati 25,0—50,0; Infunde aq. frigid. 300,0; Macera p. duodecim horas, tum coque usque ad color. 200,0; adde syr. simpl. 25,0. DS.* Принять утромъ въ 4 приема въ теченіе часа.—Послѣ всѣхъ этихъ глистогонныхъ средствъ, часа три спустя, назначается слабительное.

## XXII. Болѣзни гортани.

**Катарръ гортани—Ложный крупъ. *Laryngitis catarrhalis s. pseudocroup.***

*Происхожденіе и причины.* Острое катарральное воспаленіе слизистой оболочки гортани является или въ видѣ самостоятельной болѣзни вълѣдствіе простуды, или какъ спутникъ гриппа и кори, а также иногда и другихъ инфекціонныхъ заболѣваній. Хроническій ларингитъ развивается б. ч. на почвѣ сифилиса или золотухи.

*Патологическая анатомія.* Какъ при всякомъ катаррѣ, такъ и здѣсь замѣчается гиперемія и набухлость слизистой

оболочки гортани и голосовыхъ связокъ и усиленное отдѣленіе слизи. При ложномъ крупѣ суженіе просвѣта гортани обуславливается *отечною припухлостью подслизистой* ткани тотчасъ *подъ голосовыми связками*, вслѣдствіе чего ложному крупу дано названіе laryngitis subchordalis.

*Симптомы* простого ларингита состоятъ въ кашлѣ съ хриплымъ отбѣнкомъ до степени такъ наз. *лающего кашля*, въ охриплости и, въ случаѣ пораженія субхордальной слизистой оболочки, въ *затрудненномъ дыханіи*; при этомъ умѣренное *лихорадочное состояніе*.

*Теченіе*. Болѣзнь начинается сразу лихорадочнымъ состояніемъ и кашлемъ, обыкновенно въ сопутствіи насморка; кашель съ самаго начала принимаетъ хриплый отбѣнокъ. Въ случаѣ ложнаго крупа затрудненное дыханіе наступаетъ тоже *сразу*, обыкновенно ночью, послѣ того какъ ребенокъ проспять спокойно часа 2—3. Приступъ затрудненнаго дыханія продолжается не долго, — отъ  $\frac{1}{2}$  часа до 3—4 часовъ, и потомъ, обыкновенно, не повторяется; кашель же, хрипота и лихорадочное состояніе продолжаютъ еще нѣсколько дней, и потомъ все приходитъ къ нормѣ.

*Диагностика*. Въ случаѣ значительнаго стеноза гортани болѣзнь можетъ быть принята за настоящій крупъ, отъ котораго отличается *быстротой развитія стеноза*, *короткой* продолжительностью его, отсутствіемъ дифтеритическаго воспаленія въ зѣвѣ и *частой повторяемостью*.

*Предсказаніе* при ларингитѣ хорошо, но въ случаяхъ стеноза гортани серьезно, такъ какъ ложный крупъ хотя, обыкновенно, и скоро разрѣшается, но иногда ведетъ къ смерти отъ задушенія, и чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ скорѣе это можетъ случиться.

*Лѣченіе*. Чтобы катарръ скорѣе разрѣшился, больной долженъ оставаться въ постели при температурѣ комнаты 15—16° и *побольше пить* теплаго питья, будетъ ли то просто чай или молоко съ сельтерской водой; на шею кладется *согрѣвающей компрессъ*, а внутрь назначаются такъ наз. *разрѣшающія средства*, каковы: сода, нашатырь, апоморфинъ и пр.; напр.: Rp. Inf. rad. ipescacuanh. ex 0,1 ad 50,0. Natri bicarbon. 0,5; Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной—десертной ложкѣ чер. 2 часа; или Rp. Apomorph. muriat. cryst. 0,015; Aq. destil. 100,0;



Ac. muriat. dil. gtts jii; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной—десертной ложкѣ.

При частомъ сухомъ кашлѣ показаны *наркотическія*, напр.: Rp. Morphii acetici 0,05; Aq. destil. 25,0. DS. По стольку капель, сколько ребенку лѣтъ, раза 3—4 въ день, или кодеинъ: Rp. Codeini 0,003; Sacchari 0,3. D. t. dos. № 12. S. Три—четыре порошка въ день (ребенку 3—4 лѣтъ).

При ложномъ крупѣ заставляютъ ребенка дышать водяными парами посредствомъ парового пульверизатора или подносятъ ко рту губку, смоченную кипяткомъ, даютъ рвотное (Rp. Pulv. rad. ipesacuanh. 0,3. D. t. dos. № 6. S. Черезъ 10 минутъ по порошку до рвоты), дѣлаютъ горячую ножную ванну. Для приготовленія ея берутъ тазъ воды 32° R., прибавляютъ туда горсть горчицы или десертную ложку царской водки (Aq. regia—смѣсь 1 ч. Ac. nitrici и 3 ч. Ac. hydrochlorici). Ноги больного опускаются въ воду до половины голени и держатся въ водѣ 20—30 минутъ при постепенномъ подливаніи горячей воды, чтобъ ванна не остывала. Потомъ ребенка укладываютъ въ постель, обувши его въ шерстяные чулки; въ случаѣ надобности ванну повторяютъ на слѣдующій день. Очень хорошимъ отвлекающимъ средствомъ является также общая горячая ванна (30—31° R).

Для предотвращенія возвратовъ ларингита ребенка приучаютъ къ холодной водѣ, для чего, начиная съ лѣта, всякое утро обтираютъ шею и ступни ногъ или даже все туловище водой сначала 24°, а потомъ постепенно доходятъ до 18°.

Хроническій катарръ гортани требуетъ общаго лѣченія золотухи, апеміи или сифилиса, смотря по показаніямъ, а также и мѣстнаго лѣченія хроническихъ катарровъ носа и носоглоточнаго пространства или гипертрофіи миндалевидныхъ железъ, такъ какъ то или другое непременно сопутствуетъ хроническому ларингиту.

#### Крупъ—*laryngitis cruposa*.

Крупомъ называется такое воспаление гортани, при которомъ на слизистой оболочкѣ ея отлагается ложноперепончатый экссудатъ.

*Происхожденіе и причины.* Въ громадномъ большинствѣ случаевъ крупъ есть болѣзнь инфекціонная, происходящая вслѣдствіе зараженія ядомъ дифтеріи, а потому, съ этиоло-

гической точки зрѣнія, названіе крупъ есть синонимъ дифтерита гортани. Однако, кромѣ этого контагіознаго крупъ, существуетъ еще и крупъ спорадическій, не заразительный, происходящій не отъ зараженія ядомъ дифтеріи, а отъ случайныхъ причинъ, напр., отъ ожоговъ кипяткомъ, нашатырнымъ спиртомъ, а по нѣкоторымъ также и отъ простуды. Еще въ другихъ случаяхъ крупозный ларингитъ является спутникомъ оспы, рѣже—кори и тифа.

*Патологическая анатомія.* Слизистая оболочка гортани сильно инъецирована и покрыта легко-отдѣляющимися *ложными оболочками*, состоящими изъ нитей свернувшагося фибрина, въ петляхъ котораго заложены гнойныя тѣльца. Оболочки занимаютъ или всю гортань, распространяясь даже и ниже, на трахею и бронхи, или же экссудатъ замѣчается только на отдѣльных мѣстахъ.

*Симптомы.* Въ періодѣ разгара болѣзни выступаютъ на первый планъ симптомы рѣзко выраженнаго *стенотического дыханія*, *хриплый*, почти афоничный *голосъ* и короткій, грубый, такъ назыв. *лающий кашель*; стенотическое дыханіе зависитъ отъ суженія просвѣта гортани и характеризуется особымъ *шумомъ во время дыханія и втягиваніемъ уступчивыхъ мѣсть грудной клѣтки*, т.-е. подключичныхъ и яремной ямокъ, межреберій и въ особенности подложечки, и вообще нижней периферіи грудной клѣтки вдоль мѣсть прикрѣпленія діафрагмы. Отъ недостатка воздуха ребенокъ мечется, лицо его выражаетъ тоску, перѣдко оно покрывается обильнымъ потомъ; лихорадочное состояніе рѣдко подымается выше 39°. Въ зѣвѣ часто замѣчаются дифтеритическія пленки.

*Теченіе.* Болѣзнь *начинается*, обыкновенно, *постепенно* лихорадочнымъ состояніемъ и появленіемъ на миндалинахъ желтовато-сѣрыхъ налетовъ, прогрессивно увеличивающихся; дня черезъ 2—4 появляются грубый кашель и хрипота и едва замѣтное затрудненіе дыханія; *съ каждымъ днемъ явленія со стороны гортани усиливаются*, дня черезъ три дѣло доходитъ до вполне развитога стеноза, а еще дня черезъ два замѣчаются уже симптомы отравленія углекислотой въ видѣ сонливости, похолоданія конечностей и синюхи, послѣ чего вскорѣ наступаетъ смертный исходъ. Въ большинствѣ случаевъ крупъ продолжается 5—7 дней, но онъ можетъ

вести къ летальному исходу и гораздо быстрѣе, напр., въ двое сутокъ, и гораздо медленнѣе — около двухъ недѣль и дольше, а изрѣдка кончается и выздоровленіемъ.

Изъ *осложненій* крупа всего чаще встрѣчаются крупозный бронхитъ, пневмонія и эмфизема.

*Диагностика.* Всего легче смѣшать настоящій крупъ съ ложнымъ, особенно въ случаяхъ, протекающихъ безъ дифтерита въ зѣвъ. Если нельзя примѣнить ларингоскопическаго изслѣдованія, то главнымъ діагностическимъ признакомъ въ пользу настоящаго крупа остается присутствіе въ слизи, взятой съ задней стѣнки глотки, Löffler'скаго бацилла; впрочемъ, прямое изслѣдованіе слизи рѣдко даетъ надежные результаты, а потому слѣдуетъ дѣлать посѣвы на кровяной сывороткѣ. Изъ клиническихъ симптомовъ всего больше говоритъ въ пользу настоящаго крупа *медленное, но прогрессивное развитіе стеноза* до степени асфиксїи, тогда какъ при ложномъ крупѣ стенозъ развивается очень быстро, такъ сказать, сразу, но до асфиксїи дѣло обыкновенно не доходитъ. Подобное теченіе встрѣчается еще при заднеглоточномъ нарывѣ, который легко открывается при обследованіи зѣва пальцемъ. Стенозъ гортани вслѣдствіе отека ея можетъ быть тоже смѣшанъ съ крупомъ, но, чтобъ избѣгнуть ошибки, надо обращать вниманіе на сопутствующіе симптомы (см. отекъ гортани).

*Предсказаніе.* Крупъ, предоставленный своему теченію, кончается смертью въ 90—95%, слѣдовательно, предсказаніе при немъ очень опасное, и тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, т.-е. чѣмъ уже его гортань. Своевременно произведенная трахеотомія или интубація значительно увеличиваютъ шансъ выздоровленія (30%), такъ же, какъ и лѣченіе антидифтерійной сывороткой, при которомъ % выздоровленія подымается до 60—75%. Большое значеніе для предсказанія имѣетъ также качество дифтерита, такъ, напр., при септическихъ формахъ его операція оказывается совершенно бесполезной.

*Лѣченіе.* Предохранительное лѣченіе состоитъ въ изоляціи дѣтей, заболѣвшихъ дифтеритомъ. Если крупъ уже развился, то, въ виду того, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ онъ бываетъ дифтерійнаго происхожденія, самымъ вѣрнымъ

средствомъ надо считать подкожныя впрыскиванія сыворотки и именно въ большихъ приемахъ въ 2—3 тысячи единицъ сразу, повторяя въ случаѣ надобности завтра и послѣзавтра (см. о лѣченіи дифтеріи). Кромѣ средствъ, указанныхъ для ложнаго крупа (пары, отхаркивающія и рвотныя), можно рекомендовать еще ртутное лѣченіе посредствомъ втиранія мази и внутреннѣхъ лѣкарствъ. Rp. Hydr. muriat. cor. 0,03; Aq. destil. 200,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ; или Rp. Calomel. 0,005; Sacch. 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. № 12. S. Черезъ 2—3 часа по порошку п, кромѣ того: Rp. Ung. gris. 0,6—1,0. D. t. d. in char. serat. № 12. S. Втирать по пакету черезъ 2 часа въ разныя мѣста кожп. Ртутное лѣченіе продолжается не долѣе 3 дней. Если, несмотря на лѣченіе, стенозъ все увеличивается и угрожаетъ асфиксіей, то показано оперативное вмѣшательство, т.-е. или трахеотомія, или интубація гортани по способу O'Dwyer, предложившаго особый инструментъ для введенія въ гортань небольшой металлической трубочки, которая должна оставаться на мѣстѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней, пока не наступитъ самопроизвольнаго прекращенія крупознаго воспаленія гортани. Въ опытныхъ рукахъ интубація даетъ приблизительно столь же благопріятные результаты, какъ и трахеотомія, но споръ о преимуществахъ той или другой операціи пока еще не оконченъ.

**Воспаленіе слизистой клѣтчатки гортани—laryngitis submucosa.**

Болѣзнь характеризуется значительной воспалительною припухlostью слизистой оболочки надгортанника, lig. aryepiglottici и ложныхъ голосовыхъ связокъ, вслѣдствіе скопленія въ подслизистой клѣтчаткѣ серознаго или серозногнойнаго экссудата. *Причины* состоятъ въ сильныхъ раздраженіяхъ слизистой оболочки гортани какими-нибудь химическими (отравленіе кислотами), термическими (ожоги кипяткомъ) или механическими (инородныя тѣла) ирритаменатами. Къ сумбукознымъ ларингитамъ относятся также нѣкоторые тяжелые случаи ложнаго крупа.

*Симптомы* состоятъ главнымъ образомъ въ болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ явленіяхъ суженія гортани, какъ при крупѣ.

*Диагностика* въ большинствѣ случаевъ, на основаніи причинныхъ моментовъ, не трудна; исключенія составляютъ тяжелые случаи ложнаго крупа (такъ назыв. простудные ларингиты), которые отличить отъ настоящаго крупа весьма трудно, если нельзя примѣнить ларингоскопа.

*Предсказаніе* всегда опасно.

*Лѣченіе.* Во всеѣхъ случаяхъ ожоговъ и отравленійхъ всего лучше примѣнять холодъ въ видѣ ледяныхъ компрессовъ на шею и глотанія кусочковъ льда; при простудныхъ ларингитахъ болѣе умѣстно лѣченіе тепломъ, т.-е. вдыханіе водяныхъ паровъ, горячая ножная ванна; согрѣвающей компрессъ на шею. При очень выраженномъ стенозѣ гортани можетъ быть показана трахеотомія.

**Отекъ гортани—oedema glottidis.**

Отекъ слизистой оболочки гортани, преимущественно надгортанно-черпаловидныхъ связокъ, является или частью общей водянки, напр. при болѣзняхъ почекъ, или онъ развивается какъ колытеральный отекъ при воспаленіи сосѣднихъ частей, напр. при шейныхъ флегмонахъ, заднеглоточномъ нарывѣ, дифтеритѣ зѣва, перихондритѣ. Болѣзнь выражается быстро наступающей инспиративной одышкой; иногда удается опунать пальцемъ набухшія надгортанно-черпаловидныя связки.

*Диагностика* при наличности этиологическихъ условій не трудна.

*Предсказаніе* всегда весьма серьезно.

*Лѣченіе.* Въ видахъ отвлеченія показаны слабительныя (Calomel, inf. laxativ. Wien). Изъ симптоматическихъ средствъ всего бы лучше дѣлать скарификаціи отечной слизистой оболочки входа въ гортань; но у маленькихъ дѣтей эта операція затруднительна.

**Спазмъ голосовой щели—laryngospasmus.**

Ларингоспазмомъ называется первая болѣзнь гортани, характеризующаяся появленіемъ время отъ времени кратковременныхъ приступовъ остановки дыханія, вслѣдствіе спазма мышцъ, закрывающихъ голосовую щель.

*Происхожденіе и причины.* Приступы ларингоспазма никогда не наблюдаются у дѣтей совершенно здоровыхъ, а всегда только или у *рахитиковъ* (почти исключительно у

нихъ), или у малокровныхъ, нервныхъ дѣтей. Замѣчательно, что гораздо чаще онъ появляется въ періодѣ начальныхъ степеней англійской болѣзни, чѣмъ при вполне развитыхъ формахъ рахитизма; главнымъ контингентомъ являются маленькія дѣти, представляющія симптомы рахитизма черепа въ видѣ мягкости затылочныхъ костей (craniotabes), или страдающія разстройствомъ пищеваренія; на этомъ основаніи ларингоспазмъ всего чаще начинается отъ 6-го до 12-го мѣсяца и рѣдко продолжается до 24-го мѣсяца жизни.

Сущность болѣзни состоитъ въ повышенной возбудимости центральной нервной системы, именно, коры большого мозга (gyrus praefrontalis Krause).

Случайною причиною наступленія гортаннаго спазма можетъ быть всякое психическое возбужденіе ребенка и всякій крикъ, но во многихъ случаяхъ припадокъ появляется безъ всякой видимой причины. Какъ неврозъ, спазмъ голосовой щели не выражается на трупѣ никакими характерными патолого-анатомическими измѣненіями.

*Симптомы.* Припадокъ состоитъ въ томъ, что ребенокъ *среди полного здоровья*, напр., во время игры, *вдругъ перестаетъ дышать*, падаетъ на подушку или на руки, лицо его синѣетъ, и онъ кажется умирающимъ; но черезъ нѣсколько секундъ онъ дѣлаетъ свистящій вздохъ, послѣ чего дыханіе возобновляется, и больной быстро приходитъ въ себя. Въ *тяжелыхъ* случаяхъ вслѣдъ за остановкой дыханія наступаютъ *дрожанія въ лицѣ*, а потомъ и въ конечностяхъ, *эклампсическій припадокъ съ послѣдовательной кратковременной спячкой*. Наоборотъ, въ случаяхъ легкаго ларингоспазма весь припадокъ ограничивается однимъ-двумя свистящими вздохами безъ потери сознанія и безъ ціаноза. Подробные легкіе или тяжелые приступы повторяются въ началѣ болѣзни изрѣдка, напр., разъ въ 7—10 дней, а потомъ *чаще и чаще*, до 20 и 30 разъ въ сутки, и, наконецъ *становятся рѣже*, пока не прекратятся совсѣмъ, такъ *въ теченіе* болѣзни можно отличить періодъ усиленія *полнаго развитія и улучшенія*. Продолжительность *однаго* приступа равняется секундамъ, но вся болѣзнь *тянется* обыкновенно, много недѣль и даже мѣсяцевъ.

*Диагностика* не трудна, такъ какъ свистящее дыханіе во время разрѣшенія или въ самомъ началѣ спазма весьма для него характерно. Во многихъ случаяхъ легко удается вызвать приступъ искусственно, заставляя ребенка кричать.

*Предсказаніе* при ларингоспазмѣ всегда серьезно, такъ какъ ребенокъ можетъ задохнуться во время припадка каждую минуту; въ большинствѣ случаевъ, однако, этого не случается, и дѣло кончается выздоровленіемъ.

*Лѣченіе* преслѣдуетъ двѣ цѣли: во-1-хъ, надо лѣчить причину ларингоспазма, т. е. рахитизмъ или малокровіе, и, во-2-хъ, стараться предотвратить частое повтореніе припадковъ и ослабить ихъ силу. О лѣченіи рахитизма будетъ сказано въ одной изъ слѣдующихъ главъ, а что касается до симптоматическихъ средствъ противъ самыхъ припадковъ, то изъ различныхъ *peruina* наибольшимъ вниманіемъ пользуются бромиды, хлораль-гидратъ и мускусъ; при разстройствѣ пищеваренія прежде всего слѣдуетъ постараться урегулировать его.

Ребенку 6 мѣсяц. до года даютъ *natrum bromat.* по 0,1—0,3 ( $1\frac{1}{2}$  — 5 грана) раза 3—4 въ день; отъ 1 до 2 лѣтъ — вдвое больше; если взять, напр., двухпроцентный растворъ (*natri brom. 2:100*), то первымъ даютъ 3—4 чайныхъ ложки, вторымъ — по десертной, и, если нужно, то черезъ нѣсколько дней повышаютъ приемъ. Въ тѣхъ же дозахъ назначается и хлораль. Мускусъ даютъ по 0,005 — 0,01 ( $\frac{1}{12}$  —  $\frac{1}{8}$  грана) на приемъ нѣсколько разъ въ день въ порошокъ и. в. тинктуру (5—10 капель на приемъ ребенку 6—12 мѣсяцевъ), напр. *Rp. Natri bromati 2,0; Aq. destill. 90,0; Syr. simpl. 10,0; T. g. moschi 5,0. DS.* Четыре раза въ день по десертной л. в. (ребенку 1 года).

Во время самаго припадка обрызгиваютъ лицо ребенка холодной водой или вводятъ въ ротъ палецъ и давлен на корень языка стараются вызвать рвотное движеніе, собственное разрѣшенію спазма.

все  
ь, с  
то  
и  
ча  
хъ, а  
илю у

### XXIII. Катарръ дыхательныхъ вѣтвей—*bronchialis.*

*Происхожденіе и причины.* Бронхитъ въ дѣтскомъ рѣдко является въ видѣ самостоятельнаго страданія

вающагося вслѣдствіе какихъ-либо раздраженій слизистой оболочки дыхательныхъ путей, напр., при вдыханіи пыльного воздуха, раздражающихъ газовъ и проч.; гораздо чаще онъ является симптомомъ общаго заболѣванія организма; такъ, напр., громадное большинство такъ называемаго „простуднаго бронхита“, протекающаго съ насморкомъ и являющагося въ видѣ эпидемій осенью и зимой, относится къ гриппу; обязательно сопровождается бронхитомъ также корь и коклюшь, нѣсколько рѣже—тифъ и другія инфекціонныя болѣзни. Хроническій бронхитъ всего чаще встрѣчается при общемъ упадкѣ питанія, особенно у рахитиковъ.

*Патологическая анатомія.* Смотря по мѣсту пораженія слизистой оболочки бронховъ, различаютъ катарръ крупныхъ, среднихъ и мелкихъ бронховъ, или капиллярный бронхитъ. Въ двухъ первыхъ случаяхъ дѣло ограничивается краснотой и набухлостью слизистой оболочки бронховъ перваго и второго порядковъ и усиленнымъ отдѣленіемъ слизи, при чемъ сама легочная ткань не принимаетъ участія, тогда какъ капиллярный бронхитъ, сопровождающійся закупоркой мелкихъ дыхательныхъ вѣтвей (на поверхности разрыва легкаго эти капиллярныя слизистыя пробочки легко выдавливаются, чѣмъ значительно облегчается констатированіе капиллярнаго бронхита на трупѣ), обязательно ведетъ къ спаденію (ателектазу) соответственныхъ участковъ легочной ткани, а потомъ къ воспаленію ея (бронхопневмонія).

*Симптомы.* Катарръ крупныхъ и среднихъ бронховъ характеризуется появленіемъ кашля, вначалѣ сухого и частаго, потомъ влажнаго и болѣе рѣдкаго, и соответственно тому сухими или влажными, средне- и крупнопузырчатыми хрипами и совершенно отрицательныхъ перкуторныхъ результатахъ. Подорочное состояніе и другіе припадки бываютъ различны, вначалѣ по основной болѣзни, вызвавшей бронхитъ (см. гриппъ, корь и проч.); одышки не бываетъ. Хроническіе бронхиты развиваются безъ лихорадки. При капиллярномъ бронхитѣ ребенокъ производитъ впечатленіе тяжело больнаго: онъ въ сильномъ жару, тяжело задыхается и, видимо, страдаетъ одышкой, такъ какъ частота дыханій доходитъ до 70—80 въ минуту, и при каж- дыхъ дыханіи замѣчается втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ



грудной клѣтки и усиленная работа вдыхательныхъ мышцъ (раздуваніе поздрей, выступаніе *m. sterno-cleidomast.*). Постукиваніе даетъ отрицательные результаты, а при выслушиваніи на обѣихъ сторонахъ груди, особенно сзади, внизу оказывается большое количество мелкопузырчатыхъ хриповъ. Дѣти 5—7 лѣтъ, обыкновенно, не отхаркиваютъ мокроты, а глотаютъ ее.

По теченію различаютъ острые и хроническіе бронхиты. Первые продолжаются 2—4 недѣли, вторые тянутся мѣсяцами и даже годами, облегчаясь лѣтомъ и ухудшаясь осенью и зимой. Капиллярный бронхитъ всегда течетъ остро, съ значительной лихорадкой, и если не разрѣшается въ нѣсколько дней, то почти навѣрное ведетъ къ бронхопневмоніи.

*Диагностика* бронхита основывается на характерѣ кашля и хрипахъ при отрицательныхъ результатахъ постукиванія. Въ пользу капиллярнаго бронхита, кромѣ мелкопузырчатыхъ хриповъ, говорятъ одышка и тяжелое общее состояніе; если влажные мелкопузырчатые хрипы дѣлаются очень громкими (консолирующими), то указываютъ на начинающуюся бронхопневмонію.

Изъ *осложненій* бронхита въ острыхъ случаяхъ всего чаще встрѣчаются воспаленіе легкаго, а въ хроническихъ— эмфизема и гиперплезія бронхіальныхъ железъ.

*Предсказаніе* опасно только при капиллярномъ бронхитѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, которыя могутъ умереть отъ него въ нѣсколько дней. Хроническіе бронхиты хотя сами по себѣ жизни и не угрожаютъ, но вслѣдствіе ихъ можетъ развиться сначала гиперплезія, а потомъ туберкулезное перерожденіе бронхіальныхъ железъ и, наконецъ, общее зараженіе туберкулезомъ.

*Лѣченіе.* Профилактика состоитъ въ предохраненіи дѣтей отъ простуды и отъ зараженія гриппомъ и другими болѣзнями, сопровождающимися бронхитомъ. Сырыя и холодныя квартиры и вообще дурныя гигиено-діететическія условія, располагающія къ заболѣванію дѣтей рахитизмомъ, золотухой и анеміей, а тѣмъ самымъ и хроническимъ бронхитомъ, тоже должны быть приняты во вниманіе при проведеніи профилактическихъ мѣръ. Дѣти, особенно воспріимчивыя къ простудѣ, должны быть пріучаемы къ обтираніямъ всего тѣла

прохладной водой (22°); осенью и зимой имъ слѣдуетъ носить шерстяныя фуфайки.

Собственно лѣченіе бронхита въ острыхъ случаяхъ требуетъ комнатнаго содержанія (во время лихорадочнаго состоянія — въ постели) и симптоматическихъ средствъ противъ кашля. Въ періодъ сухого кашля даютъ разрѣшающія (сода, щелочныя воды, апоморфинъ, см. катарръ гортани) и наркотическія (Дов ровъ порошокъ, кодеинъ). Напр.: Rp. Pulv. Doveri 0,05 (gr. j); Sacchari 0,2; M. f. pulv. d. t. d. № 8. S. По 1 пор. 2 раза въ день (ребенку 2—3 лѣтъ). Rp. Codeini 0,005 ( $\frac{1}{10}$  gr.); Sacch. 0,2. M. f. p. d. t. d. № 8. S. 2—3 порошка въ день (реб. 2—3 лѣтъ).

Въ періодъ разрѣшенія катарра, при большомъ количествѣ влажныхъ хриповъ, — сенега, анисовыя капли; въ хроническихъ случаяхъ — гвайяколь. Rp. Inf. rad. pol. senegae ex 1,40 (Эж—эж) ad 60,0; Liq. ammon. anis. gtt. XX; Syr. simpl. 8,0. DS. Черезъ 2 часа по 1½ чайной — дес. ложкѣ, смотря по возрасту. Rp. Guajacoli carbonici 0,05—0,2 (gr. j—jjj); Sacch. 0,2. M. f. pulv. d. t. d. № 10. S. По 1 пор. 3 раза въ день (дѣт. 1—10 лѣтъ).

При капиллярномъ бронхитѣ, кромѣ возбуждающихъ средствъ, полезны согрѣвающіе компрессы вокругъ всей груди и ежедневные горчичники на грудь и спину; горчичники для маленькихъ дѣтей приготовляются изъ горчицы пополамъ съ пшеничной мукой.

При хроническомъ бронхитѣ необходимо общее укрѣпляющее лѣченіе, смотря по показаніямъ (рахитизмъ, золотуха, анемія). При большомъ количествѣ влажныхъ хриповъ, кромѣ гвайяколя, полезны вдыханія паровъ ol. eucalypti или ol. terebinth. изъ аппарата Кремьянскаго.

#### XXIV. Воспаленіе легкихъ — pneumonia.

Различаютъ двѣ формы воспаленія легкихъ у дѣтей, именно: крупозную и катарральную пневмонію, между которыми существуютъ, однако, переходныя формы, такъ что иногда очень трудно рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ крупознымъ воспаленіемъ легкаго, или съ катарральнымъ. Затруд-

неніе подобнаго рода испытываетъ не только клиницистъ, но также бактериологъ и даже патолого-анатомъ. Мы будемъ говорить здѣсь о типическихъ представителяхъ этихъ двухъ формъ пневмоній.

По происхожденію и причинамъ крупозное воспаленіе легкихъ у дѣтей ничѣмъ не отличается отъ той же болѣзни у взрослыхъ. Болѣзнь эта относится къ числу остро-лихорадочныхъ, инфекціонныхъ, но не контагіозныхъ заболѣваній. Возбудителями ея считаются диплококкъ Fraenkel'я и Wechselbaum'a и пневмобацилла Friedlander'a. Вліяніе простуды и холоднаго времени года несомнѣнно, но эти обстоятельства играютъ роль лишь случайной или располагающей причины. Крупозное воспаленіе легкихъ поражаетъ дѣтей всѣхъ возрастовъ, но чаще наблюдается послѣ 5 лѣтъ.

Катарральное воспаленіе легкихъ, иначе называемое бронхопневмоніей, происходитъ отъ тѣхъ же причинъ, что и бронхитъ, являющійся непремѣннымъ ея предвѣстникомъ и спутникомъ, другими словами, катарральная пневмонія потому и называется бронхопневмоніей, что она развивается изъ бронхита. Въ острыхъ случаяхъ катарральное воспаленіе со слизистой оболочки бронховъ непосредственно распространяется на легочные пузырьки, и, соотвѣтственно развѣтвленіямъ бронховъ, получаютъ островки уплотненія легочной ткани какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ доляхъ, тогда какъ въ хроническихъ случаяхъ развитію пневмоніи предшествуютъ, обыкновенно, ателектазы легкаго, особенно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкихъ, симметрично по обѣимъ сторонамъ позвоночника. Въ силу всего сказаннаго, острая и хроническая катарральная пневмонія всего чаще развивается при острыхъ или хроническихъ общихъ заболѣваніяхъ организма, протекающихъ съ бронхитомъ; къ первымъ относятся, главнымъ образомъ, гриппъ, корь, коклюшъ и тифъ, а ко вторымъ—рахитизмъ и золотуха (туберкулезъ). Объ этиологическомъ отличіи *крупозной пневмоніи* отъ катарральной въ общемъ можно сказать, что первая поражаетъ обыкновенно *дѣтей здоровыхъ*, т.-е. является въ видѣ первичной, самостоятельной болѣзни, а *катарральная* встрѣчается у *дѣтей больныхъ* и является, слѣдовательно, въ видѣ *послѣдовательной*, вторичной болѣзни.

Катарральное воспаленіе легкихъ особенно часто встрѣчается у маленькихъ дѣтей до 3 лѣтъ.

*Патологическая анатомія.* Крупозное воспаленіе легкихъ называется еще долевымъ воспаленіемъ. Эти два названія указываютъ на два главнѣйшіе, отличительные признака, именно, что воспаленіе сразу занимаетъ цѣлую долю (или большую часть ея) и что экссудатъ, выполняющій полости легочныхъ пузырьковъ, состоитъ первоначально изъ сѣти свернувшася фибрина, какъ при всякомъ крупозномъ воспаленіи слизистыхъ оболочекъ.

Воспаленная доля представляется плотной, вначалѣ краснаго цвѣта (красное печенѣніе), позднѣе, отъ значительной примѣси гнойныхъ тѣлецъ и сдавленія капилляровъ, сѣраго (сѣрое печенѣніе). Зернистость поверхности разрѣза въ періодъ краснаго печенѣнія въ дѣтскомъ возрастѣ бываетъ выражена гораздо меньше, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ легочные пузырьки у первыхъ мельче, а слѣдовательно и фибринозныя пробочки, выполняющія легочные пузырьки и выступающія на поверхности разрѣза въ видѣ зеренъ, не могутъ быть велики.

Катарральная пневмонія появляется первоначально въ видѣ мелкихъ островковъ печенѣнія (красныхъ и сѣрыхъ, смотря по ихъ періоду), разбросанныхъ по легкому, особенно въ нижнихъ доляхъ, сзади соотвѣтственно развѣтвленіямъ мелкихъ бронховъ (клиновидные фокусы, обращенные широкимъ основаніемъ къ поверхности легкаго); поверхность разрѣза пораженнаго легкаго представляетъ неравномѣрную, какъ бы мраморную окраску, такъ какъ рядомъ съ розовыми, воздухъ содержащими, частями лежатъ островки уплотнѣнія темно-краснаго (свѣжаго происхожденія) или сѣроватаго цвѣта (лобулярная или *дольчатая пневмонія*).

Съ теченіемъ времени воспаленные фокусы увеличиваются, сливаются между собой и образуютъ обширныя уплотнѣнія, занимающія иногда, подобно какъ при крупозной пневмоніи, почти цѣлую долю легкаго: это такъ наз. *псевдолобарная* или *генерализованная катарральная пневмонія*. Отличается она отъ настоящей долевой пневмоніи, во-1-хъ, неравномѣрной окраской поверхности разрѣза и, во-2-хъ, присутствіемъ мелкихъ воспалительныхъ гнѣздъ по сосѣдству съ главнымъ

очагомъ. Подобнаго рода катарральныя пневмоніи имѣютъ, обыкновенно, туберкулезное происхожденіе, а потому какъ въ легкихъ, такъ и въ другихъ органахъ при вскрытіи встрѣчаются миллиарныя туберкулы или даже и крупныя творожистыя фокусы, особенно въ бронхіальныхъ железахъ.

Эксудатъ, выполняющій легочныя ячейки, состоитъ, обыкновенно, изъ гнойныхъ тѣлецъ, но иногда въ немъ встрѣчаются и фибринозныя нити. Что касается до бактериологической стороны, то всего чаще встрѣчаются при катарральной пневмоніи различныя гноеродныя кокки, хотя попадаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и специфической для крупозной пневмоніи диплококкъ *Frænkel's*.

*Симптомы.* *Крупозная пневмонія* въ періодъ своего полнаго развитія представляетъ слѣдующіе припадки: больной въ сильномъ жару ( $40^{\circ}$  и больше), дыханіе его поверхностно и учащено, кашель сухой, короткій, болѣзненный, жалоба на боль въ боку или въ животѣ; при изслѣдованіи груди постукиваніемъ оказывается рѣзко выраженное притупленіе соотвѣтственно той или другой долѣ легкаго; такъ, при пораженіи верхней доли тупость занимаетъ, обыкновенно, над- и подключичныя области до 3-го ребра; при пораженіи нижней доли—сзади отъ  $\frac{1}{4}$  лопатки или отъ *spinae scapulae* до низу и до *l. axillaris* кпереди; при пораженіи средней доли праваго легкаго—тупой звукъ на передней поверхности груди занимаетъ пространство отъ 3-го ребра до верхней границы печени, а по направленію кзади не идетъ далѣе *l. axil. med.*, постепенно суживаясь кверху. При выслушиваніи въ области тупого звука слышится громкое бронхіальное дыханіе и бронхофонія, а въ періодъ разрѣшенія—крепитирующіе хрипы; ощупываніе даетъ ясно-усиленное дрожаніе грудной стѣнки при крикѣ.

*Теченіе* крупозной пневмоніи *очень острое*: оно начинается знобомъ или у маленькихъ дѣтей приступомъ эclamпическихъ судорогъ и быстрымъ подъемомъ температуры до  $40^{\circ}$  на первый же вечеръ. Одновременно съ жаромъ появляется болѣзненный кашель и боль въ боку; на 2 — 4-й день констатируется тупой звукъ и бронхіальное дыханіе, а еще дня черезъ 3—5 (на 5—9-й день отъ начала болѣзни) наступаетъ кризисъ:  $t^{\circ}$  въ теченіе нѣсколькихъ часовъ падаетъ до нормы

обыкновенно при сильномъ потѣ и при быстромъ улучшеніи общаго состоянія; кашель дѣлается болѣе рыхлымъ и безболѣзненнымъ, въ груди появляются влажные хрипы, тупой звукъ съ каждымъ днемъ все уменьшается, и дней черезъ 5 послѣ кризиса всѣ объективные признаки уплотненія легкаго исчезаютъ, и на нѣкоторое время остается еще только небольшой, рыхлый кашель. Отъ этого правильнаго хода наблюдаются иногда отклоненія, характеризующія такъ наз. *аномальныя формы* крупозной пневмоніи, изъ коихъ самую важную для дѣтскаго возраста должно считать *мозговую пневмонію—pneumonia cerebralis*.

У маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ, всего чаще встрѣчается *судорожная форма* церебральной пневмоніи, а дѣтямъ старшаго возраста болѣе свойственна *тифозная форма*. Первая характеризуется тѣмъ, что послѣ бурнаго начала съ сильнымъ жаромъ и рвотой ребенокъ подвергается приступамъ эclamпсическихъ судорогъ, повторяющихся много разъ въ теченіе одного или нѣсколькихъ дней, иногда вплоть до наступленія кризиса. Кромѣ судорогъ, при этомъ могутъ быть еще и другіе мозговые симптомы, напр., сведеніе затылка, спячка въ промежуткахъ между судорогами и даже косоглазіе. Сходство съ менингитомъ усиливается еще тѣмъ, что пневмоническій фокусъ довольно долго не выясняется: проходитъ 4—6 дней прежде, чѣмъ удастся констатировать притупленіе или бронхіальное дыханіе. Замѣчательно, что церебральная пневмоніи въ громадномъ большинствѣ случаевъ локализуется въ верхнихъ доляхъ (*верхушечная пневмонія*). Тифозная форма протекаетъ безъ судорогъ, но больной сонливъ, языкъ его покрытъ бурными корками, моча и калъ часто выводятся произвольно; по ночамъ, а иногда и днемъ, больной бредитъ.

У маленькихъ дѣтей по преимуществу встрѣчается еще и другая интересная аномальная форма, именно *бродячая пневмонія* — рп. *migrans*, характеризующаяся тѣмъ, что воспаленіе не остается на мѣстѣ своего первоначальнаго появленія, а распространяется все дальше и дальше и такимъ образомъ затягивается иногда на нѣсколько недѣль. При физикальномъ изслѣдованіи груди нетрудно замѣтить, что въ прежде пораженныхъ мѣстахъ воспаленіе разрѣшается, а на сосѣднихъ вспыхиваетъ снова. Лихорадка дѣлаетъ при этомъ

значительные скачки вверх и вниз, обозначая этимъ начало образования новаго фокуса и окончаніе его (*саккадированная пневмонія*).

Въ діагностическомъ отношеніи интересны еще *центральныя пневмоніи*—*рп. centrales*, характеризующіяся позднимъ появленіемъ физикальныхъ симптомовъ уплотненія легкихъ. Предполагается, что воспаленіе начинается въ центрѣ какой-нибудь доли легкаго и потому остается скрытымъ до тѣхъ поръ, пока уплотненіе, увеличиваясь мало-по-малу во всѣ стороны, не достигнетъ поверхности легкаго. Замѣчательно, что большинство центральныхъ пневмоній локализуется въ верхнихъ доляхъ и что большинство верхушечныхъ пневмоній относится къ числу скрытыхъ. Что къ этой же категоріи относятся, обыкновенно, и мозговья пневмоніи, объ этомъ уже упомянуто выше.

*Діагностика* типическихъ случаевъ крупозной пневмоніи не трудна. Нѣкоторое сходство съ ней представляютъ только остро-развивающіеся экссудативные плевриты, при которыхъ тоже будетъ и болѣзненный кашель, и учащенное дыханіе, и боль въ боку, и тупой звукъ на большомъ пространствѣ нижней части одной стороны грудной клѣтки. Діагностика пневмоніи отъ плеврита основывается: 1) на характерѣ лихорадки, 2) на результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди и 3) на теченіи.

1) При крупозной пневмоніи температура держится обыкновенно на высокихъ градусахъ съ утра до вечера (около 40—41°) и скоро кончается кризисомъ, тогда какъ при плевритѣ лихорадка или не подымается выше 39°, или дѣлаетъ значительныя ремиссіи и кончается литически черезъ 2—3 недѣли.

2) Тупой звукъ при крупозной пневмоніи нижней доли обыкновенно не распространяется впереди далѣе средней подмышечной линіи, а при плевритѣ онъ заходитъ и на переднюю поверхность груди, при чемъ верхняя граница его на спинѣ стоитъ выше, чѣмъ на груди. При выслушиваніи вмѣсто громкаго бронхіальнаго дыханія или крепитации при плевритическомъ экссудатѣ получается ослабленное везикулярное или неопредѣленное дыханіе безъ хриповъ. Голосовое сотрясеніе при пневмоніи усилено, при плевритѣ ослаблено.

3) Течение крупозной пневмоніи очень острое, лихорадочный періодъ кончается въ 5—7 дней, а немного дней спустя исчезаютъ и симптомы уплотненія, тогда какъ плевритъ отличается вялымъ теченіемъ, лихорадка рѣдко прекращается ранѣе 2—3 недѣль, а тупой звукъ держится еще дольше.

*Предсказаніе* при крупозной пневмоніи въ дѣтскомъ возрастѣ, вообще говоря, хорошо, особенно въ возрастѣ отъ 5 до 12 лѣтъ, когда крупозное воспаленіе легкиихъ, за очень рѣдкими исключеніями, всегда кончается выздоровленіемъ. Предсказаніе опасно въ случаѣ пораженія обоихъ легкиихъ, особенно если дѣло идетъ о ребенкѣ, истощенномъ какой-нибудь другой болѣзнью, или о ребенкѣ на первомъ году жизни.

*Катарральная пневмонія.* Острыя формы бронхопневмоній, развивающіяся изъ коревого или гриппознаго бронхита, по быстротѣ появленія тупого звука, бронхиальнаго дыханія и другихъ признаковъ уплотненія легкаго, такъ похожи на крупозную пневмонію, что между ними не всегда можно провести рѣзкую границу, и по этой причинѣ, а также по тому, что на трупѣ рядомъ съ катарральнымъ (кѣлочнымъ) экссудатомъ въ альвеолахъ встрѣчается и фибринозный, воспаленія эти описываются иногда какъ смѣшанныя или переходныя формы пневмоніи. Типическими образчиками катарральной пневмоніи считаются, напротивъ, подострыя и хроническія воспаленія легкиихъ, развивающіяся преимущественно при коклюшѣ, но иногда и при кори, и при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, сопровождающихся бронхитомъ.

Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ дѣло касается, обыкновенно, ребенка не старше 4 лѣтъ; при осмотрѣ его бросается въ глаза общее истощеніе и одышка: число дыханій колеблется отъ 60 до 80 въ минуту, вдыханіе сопровождается раздуваніемъ ноздрей и втягиваніемъ нижней периферіи груди (перипневмоническая бороздка); если ребенокъ беспокоится, то крикъ его прерывистъ и не громокъ, кашель или короткий, болѣзненный, частый, или очень сильный коклюшеподобный, мучительный. При постукиваніи груди притупленіе оказывается сзади, симметрично по обѣимъ сторонамъ позвоночника, соответственно нижнимъ долямъ; спереди



звукъ остается яснымъ, иногда съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; при выслушиваніи повсемѣстно въ груди слышались влажные, мелко- и среднепузырчатые хрипы, а въ области притупленія—или мелкопузырчатые, крепитирующие хрипы, или громкое бронхиальное дыханіе и бронхофонія при усиленномъ голосовомъ дрожаніи (псевдолобарная форма). Въ начальныхъ степеняхъ, въ періодѣ образованія разбросанно сидящихъ фокусовъ, притупленіе еще незамѣтно, но сзади, внизу, на обѣихъ сторонахъ или только на одной, перкуторный звукъ дѣлается нѣсколько выше и принимаетъ тимпаническій оттѣнокъ, а при выслушиваніи—много мелкопузырчатыхъ, мѣстами крепитирующихъ хриповъ.

Развитіе болѣзни идетъ довольно медленно; въ теченіе многихъ дней больной слегка лихорадитъ и представляетъ явленіе разлитого бронхита: влажные, среднепузырчатые хрипы сосредоточиваются больше всего въ нижнихъ доляхъ, сзади; позднѣе характеръ хриповъ измѣняется въ томъ смыслѣ, что мѣстами они становятся мельче и, наконецъ, принимаютъ консонирующій характеръ, а еще позднѣе появляется измѣненіе перкуторнаго звука. Рядомъ съ этимъ увеличивается одышка, и усиливается лихорадочное состояніе; послѣднее протекаетъ въ видѣ неправильной, сильно послабляющаго типа, лихорадки, съ колебаніями  $t^0$  отъ 38,5 до 40°. Теченіе типической катарральной пневмоніи всегда длительное—отъ 4—6 недѣль до 3—6 мѣсяцевъ. Исходъ въ выздоровленіе наступаетъ иногда даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, но рассчитывать на него не всегда возможно; многія дѣти, особенно до двухъ лѣтъ, умираютъ при явленіяхъ общаго истощенія или упадка дѣятельности сердца.

*Диагностика.* Главнѣйшее отличіе катарральной пневмоніи отъ крупозной состоитъ въ *медленномъ развитіи уплотненія и въ затяжномъ теченіи*; дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что катарральная пневмонія въ большинствѣ случаевъ бываетъ двухсторонней, при чемъ любимымъ мѣстомъ ея служатъ заднія, нижнія части легкихъ, тогда какъ крупозная пневмонія чаще занимаетъ одно легкое, не оказывая предпочтенія нижнимъ долямъ. Температура при катарральной пневмоніи стоитъ ниже, чѣмъ при крупозной, и только временами дѣлаетъ скачки до 40° и выше, но не на-

долго (отъ нѣсколькихъ часовъ до 2—3 сутокъ); говоря вообще, т<sup>о</sup> при катар. пневмоніи отличается непостоянствомъ и сильными колебаніями въ теченіе сутокъ и при исходѣ въ выздоровленіе кончается лизисомъ, для котораго требуется нѣсколько дней. Существенную разницу представляетъ еще и этиологія: крупозная пневмонія всего чаще поражаетъ дѣтей вполне здоровыхъ, тогда какъ катар. воспаленіе легкихъ всегда бываетъ вторичною болѣзью и, развиваясь изъ бронхита, наблюдается только у дѣтей, хворающихъ какой-нибудь болѣзью, сопровождающейся пораженіемъ бронховъ; всего чаще встрѣчается она при кори, коклюшѣ и у рахитиковъ.

Гораздо труднѣе отличить катарральную пневмонію отъ туберкулеза легкихъ, особенно если затянувшееся воспаленіе легкихъ сопровождается образованіемъ бронхо-эктазовъ и при изслѣдованіи груди получаются признаки каверны въ видѣ кавернознаго дыханія, крупнопузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, металлическаго оттѣнка перкуторнаго звука и проч. Такъ какъ однихъ физикальныхъ симптомовъ для отличія затянувшейся катар. пневмоніи отъ пневмоніи туберкулезной недостаточно, да притомъ обѣ болѣзни всего чаще развиваются послѣ кори и коклюша, обѣ сопровождаются неправильною лихорадкой и истощеніемъ и обѣ тянутся недѣлями и даже мѣсяцами, а изслѣдованіе мокроты на бациллы большею частью невозможно, такъ какъ дѣти до 5 лѣтъ мокроты не отхаркиваютъ, то остается основывать дифференціальное распознаваніе на сопутствующихъ симптомахъ туберкулеза въ другихъ органахъ и на наслѣдственномъ расположеніи.

*Предсказаніе* при катарральной пневмоніи всегда очень серьезно, особенно въ затянувшихся случаяхъ, въ большинствѣ кончающихся смертью, тогда какъ острия бронхопневмоніи чаще кончаются выздоровленіемъ.

*Лѣченіе.* Мы не знаемъ средствъ, обрывающихъ воспаленіе легкихъ, а потому ограничиваемся симптоматическимъ лѣченіемъ. Симптомы, требующіе вмѣшательства врача, при крупозной пневмоніи могутъ состоять въ чрезмѣрно высокой лихорадкѣ, въ частомъ, сухомъ кашлѣ, въ боли въ боку и въ упадкѣ силъ и дѣятельности сердца. При повышеніи т<sup>о</sup> за 40° показаны тепловатыя ванны (25°—27 R.); что касается до жаропонижающихъ, каковы фенацетинъ, антипиринъ,

антифебринъ и др., то лучше ихъ совсѣмъ не употреблять, такъ какъ на теченіе болѣзни они не оказываютъ благопріятнаго вліянія, а температуру они понижаютъ мало и лишь на короткое время. Скорѣе ужъ можно прибѣгать къ этимъ средствамъ изъ-за нервныхъ симптомовъ, напр., при несносной головной боли и при общемъ возбужденіи. Въ подобныхъ случаяхъ мы предпочитаемъ фенацетинъ, какъ не производящій колляпса; фенацетинъ и антипиринъ назначаются pro die столько дециграммовъ, сколько больному лѣтъ, въ 2—3 приема, а антифебринъ — вдвое меньшихъ приемахъ, напр. Rp. Phenacetini 0,3. D. t. dos. № 6. S. Три порошка въ день (ребенку 9 лѣтъ). Если  $t^{\circ}$  падаетъ ниже  $39,5^{\circ}$ , то прекращаютъ приемы лѣкарства. Противъ сухого кашля—парсоти́са; Доверовъ порошокъ (приблизительно столько центиграммовъ на приемъ, сколько больному лѣтъ, раза 3 въ день), морфій (0,1:25,0 по столько капель на приемъ, сколько больному лѣтъ, раза 3—4 въ день), кодеинъ (столько миллиграммовъ на приемъ, сколько больному лѣтъ, раза 3 въ день).

Rp. Pulv. Doveri 0,05; Sacch. 0,2; D. t. dos. № 8. По порошокъ 3 раза въ день (реб. 5 лѣтъ).

Rp. Codeini 0,005; Sacch. 0,2. D. t. dos. № 8. S. Какъ предыдущій.

При боли въ боку—согрѣвающей компрессъ, горчичники. При слабомъ пульсѣ—вино и другія возбуждающія: валерьяновыя капли (T-га valerian. aeter. на приемъ столько капель, сколько больному лѣтъ, черезъ 1—2 часа), liq. ammon. anisati (какъ предыдущая), мускусъ (на приемъ столько центиграммовъ, сколько больному лѣтъ, черезъ 1—2 часа) и др.

При острой катарральной пневмоніи показанія тѣ же, а при хронической на первой планъ выступает скопленіе большого количества слизи въ бронхахъ, и потому парсоти́са, какъ останавливающія кашель, противопоказаны; здѣсь болѣе уместны отхаркивающія и возбуждающія, напр. Rp. Inf. r. pol. senegae ex 2,0—4,0 ad 90,0; Syr. simpl. 10,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной—дес. ложкѣ. Rp. Flor. benzoës 0,02—0,6; Sacch. 0,2. D. t. d. № 10. S. Черезъ 2 часа по порошокъ (реб. 2—6 лѣтъ) и др. Полезны также отвлеченія на грудь (горчичники и согрѣвающей компрессъ вокругъ всей грудной клѣтки. При нѣсколько затянувшейся катар-

ральной пневмоніи, протекающей съ обильными, влажными хрипами и съ болѣе или менѣе выраженнымъ лихорадочнымъ состояніемъ отлично дѣйствуютъ горячія ванны (30°—31° R.) въ теченіе 10—15 минутъ ежедневно 5—7 дней подрядъ.

Необходимо заботиться о чистомъ воздухѣ и о питательной діетѣ (молоко).

---

## XXV. Туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ— *meningitis tuberculosa.*

*Происхожденіе и причины.* Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, вызываемое высыпаніемъ на *riae matris* миллиарныхъ бугорковъ, по частотѣ своего появленія принадлежитъ къ самымъ обыкновеннымъ болѣзнямъ дѣтскаго возраста. Причины болѣзни тѣ же, что вообще для туберкулеза; на первомъ планѣ стоитъ наслѣдственность, всего чаще заболѣваютъ дѣти туберкулезныхъ родителей, а также дѣти алкоголиковъ и страдающихъ застарѣлымъ сифилисомъ; въ нѣкоторыхъ семьяхъ наслѣдственное расположеніе выражается такъ рѣзко, что отъ туберкулезнаго менингита умираютъ всѣ или большая часть дѣтей, и притомъ приблизительно въ одинаковомъ возрастѣ. Важную роль въ этиологіи менингита играютъ далѣе всѣ условія, располагающія дѣтей къ золотухѣ, рахитизму и вообще къ упадку питанія, т.-е. всевозможныя неблагопріятныя обстоятельства относительно пищи (рожковое кормленіе) и жилища, а потому всего чаще заболѣваютъ хворыя и слабыя дѣти, въ особенности же тѣ, у которыхъ есть проявленія какого-либо мѣстнаго туберкулеза, въ родѣ, напр., пораженія костей, сочлененій, железъ и проч., тогда какъ *meningitis purulenta s. simplex* одинаково поражаетъ и крѣпкихъ, здоровыхъ дѣтей. Туберкулезный менингитъ рѣдко наблюдается у дѣтей до года (въ отличіе отъ простаго серознаго вентрикулярнаго менингита), чаще же всего—отъ 3 до 7 лѣтъ.

*Патологическая анатомія.* Важнѣйшія измѣненія, характеризующія туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ,

чекъ, ясно выражаются въ различныхъ названіяхъ этой болѣзни: meningitis tuberculosa, s. hydrocephalus acutus, s. meningitis basilaris; это значитъ, что *мягкія мозговья оболочки* воспаляются преимущественно *на основаніи мозга* (при meningitis purulenta—больше на поверхности полушарій, откуда и названіе—meningitis convexa); вдоль налитыхъ сосудовъ замѣчается присутствіе серозно-желатинознаго или гнойнаго экссудата; самыя оболочки мутны и *устяны* мелкими, свѣжими *бугорками*, особенно въ области силвіевыхъ бороздъ; *боковыя желудочки растянуты серозной прозрачной жидкостью*, довольно бѣдной бѣлкомъ; мозговья извилины полушарій сглажены, вещество мозга блѣдно, малокровно.

Такъ какъ туберкулезный менингитъ весьма рѣдко встрѣчается въ видѣ первичной, вполне самостоятельной болѣзни, то почти навѣрное можно рассчитывать встрѣтить въ трупѣ какія-либо другія проявленія туберкулеза,—то въ видѣ свѣжей высыпи бугорковъ во всѣхъ паренхиматозныхъ органахъ, то въ видѣ хроническаго туберкулеза легкихъ или костей, а всего чаще въ формѣ творожистаго перерожденія бронхіальныхъ железъ.

*Симптомы.* Въ случаяхъ вполне выраженаго менингита больной представляетъ высшую степень *апатіи* или даже сонливости; онъ не обращаетъ вниманія на окружающихъ, а, будучи растревоженъ вопросами или изслѣдованіемъ, реагируетъ вяло и скоро погружается снова въ апатію; у него уже нѣсколько дней *запоръ*, а *животъ*, между тѣмъ, мягокъ и даже нѣсколько *втянутъ*; *пульсъ* замѣтно *замедленъ* (до 60, у маленькихъ до 80 ударовъ въ минуту) и притомъ *неправилень*, съ перебойми; *дыханіе* неровное, такъ какъ прерывается *глубокими вздохами*, за которыми слѣдуютъ нѣсколькосекундныя *паузы*; зрачки расширены, вяло реагируютъ на свѣтъ; у маленькихъ дѣтей часто замѣчается характерный для острой головной водянки *неподвижный взглядъ*, устремленный куда-то въ пространство, при чемъ вѣки широко раскрыты и *рѣдко мигаютъ*; характерны также: быстрая смѣна окраски лица: внезапно наступаетъ краснота одной или обѣихъ щекъ, и черезъ минуту или двѣ она смѣняется прежнею блѣдностью, неправильная иннервація нѣкоторыхъ лицевыхъ мышцъ, въ особенности глазныхъ (косо-

глазие), рѣзкое похуданіе всего тѣла и *незначительное повышение* температуры (рѣдко выше 39°, обыкновенно не болѣе 38,5°). Позднѣе спячка усиливается, ребенокъ совсѣмъ не можетъ быть разбуженъ и въ такомъ состояніи онъ представляетъ, обыкновенно, какіе-нибудь *судорожные симптомы*: то въ видѣ приступовъ эклампсіи, то въ видѣ тоническихъ сведеній затылка и конечностей, то въ видѣ дрожанія одной или обѣихъ рукъ или автоматическихъ движеній верхнею конечностью отъ головы къ половымъ органамъ и обратно. Въ этотъ періодъ пульсъ изъ замедленнаго и неправильнаго дѣлается частымъ, но слабымъ, и чѣмъ ближе къ смертному исходу, тѣмъ глубже спячка и тѣмъ чаще пульсъ (до 180—200 ударовъ).

Что касается до *теченія* туберкулезнаго менингита, то важно отмѣтить, что онъ почти *никогда не начинается внезапно* среди полнаго здоровья, напротивъ того, за нѣсколько недѣль до появленія первыхъ проявленій менингита, большой представляеть неопредѣленные симптомы общаго недомоганія, характеризующіе такъ называемый *періодъ предвѣстниковъ*; главнѣйшіе изъ этихъ симптомовъ состоятъ въ *безпричинномъ похуданіи* (всего рѣзче замѣтномъ на грудной клѣткѣ и шеѣ, но не въ лицѣ), *блѣдности* покрововъ и потерѣ аппетита при отсутствіи головной боли, лихорадки и поноса; родители жалуются также, что ребенокъ съ нѣкоторыхъ поръ сдѣлался скученъ и вялъ или раздражителенъ и плаксивъ, и все это „безъ всякой причины“.

Въ другихъ случаяхъ періодъ предвѣстниковъ проявляется въ видѣ болѣе или менѣе продолжительнаго (отъ двухъ недѣль до трехъ мѣсяцевъ) лихорадочнаго состоянія безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ и потому часто принимаемаго за легкій тифъ. Безлихорадочный періодъ предвѣстниковъ тянется тоже отъ 2 до 12 недѣль. Припадки этого періода объясняются началомъ туберкулеза въ организмъ вообще. Начало собственно менингита обозначается *головною болью* и *рвотой*; эти два симптома до такой степени постоянны, что отсутствіе одного изъ нихъ въ началѣ болѣзни (въ анамнезѣ) почти исключаетъ менингитъ. Вслѣдъ за рвотой наступаетъ легкая апатія, которая въ теченіе слѣдующихъ дней постепенно усиливается до степени сонливости, переходящей къ

концу болѣзни въ полную, непробудную спячку. Съ первыхъ же дней появляются запоръ и замедленіе пульса, несмотря на лихорадочное состояніе, хотя бы и небольшое. Со второй недѣли болѣзни, когда рвота уже прекратилась, а неправильность пульса и сонливость болѣе или менѣе рѣзко выражены, появляются еще новые симптомы, окончательно выясняющіе діагностику; о нихъ мы говорили уже выше, это—глубокіе вздохи, явленія со стороны глазъ, судорожныя движенія и др.

Въ теченіе менингита, кромѣ періода предвѣстниковъ, принято различать еще два періода: возбужденія и паралича; провести рѣзкую границу между послѣдними нельзя; говоря вообще, рвота, головная боль, замедленный и неправильный пульсъ характеризуютъ первый періодъ, а спячка, частый пульсъ и судорожныя движенія—періодъ паралича. Продолжительность туберкулезнаго менингита, не считая предвѣстниковъ, равняется въ среднемъ 2—3 недѣлямъ.

*Діагностика.* Туберкулезный менингитъ въ различные свои періоды можетъ имѣть сходство со многими болѣзнями. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ надо постараться выяснить вопросъ о періодѣ предвѣстниковъ (т.-е. были ли въ данномъ случаѣ соответствующіе симптомы) и есть ли у ребенка наслѣдственное или приобрѣтенное расположеніе къ туберкулезу (золотуха, мѣстный туберкулезъ).

Узнать менингитъ въ періодъ предвѣстниковъ невозможно, такъ какъ въ это время нѣтъ еще никакихъ характерныхъ симптомовъ; его можно только предполагать.

Въ первый періодъ, когда главными симптомами бываютъ рвота, головная боль, апатія и запоръ, вопросъ можетъ идти о катаррѣ желудка, о началѣ тифа, объ инфлуэнцѣ и гипереміи мозга.

О діагностикѣ менингита отъ гастрита было говорено въ главѣ о катаррѣ желудка. Что касается до тифа, то типичскіе случаи туберкулезнаго менингита отличаются отъ него очень легко—прямо въ температурѣ; нервныя симптомы (сонливость, головная боль, сведеніе затылка и др.) при менингитѣ сопровождаются температурой, близкой къ нормѣ (б. ч. ниже 39°), а при тяжеломъ тифѣ лихорадка держится около 40°. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, говорящихъ за менингитъ

и противъ тифа, особенное значеніе имѣеть *замедленный* и *неправильный* пульсъ, а также втянутый животъ, несмотря на запоръ (при тифѣ животъ обыкновенно вздутъ, и часто бываетъ поносъ).

Что касается инфлуэнцы, то большое сходство съ менингитомъ представляютъ случаи такъ наз. *influenza cephalica*, которая начинается повторной рвотой, головной болью, жаромъ и сонливостью. Діагностика выясняется черезъ 3—4 дня благополучнымъ окончаніемъ болѣзни.

*Гиперэмія мозга*, встрѣчающаяся у дѣтей подъ вліяніемъ инсоляціи, травмы, спиртныхъ напитковъ и нѣкоторыхъ другихъ, не всегда уловимыхъ, условій, выражается головною болью, рвотой, небольшимъ повышеніемъ  $t^0$ , сонливостью и замедленіемъ пульса — словомъ, какъ менингитъ, съ тою лишь разницей, что черезъ нѣсколько дней всѣ эти припадки исчезаютъ, и ребенокъ выздоравливаетъ.

Въ періодѣ полнаго развитія менингита діагностика можетъ колебаться между различными мозговыми болѣзнями; въ особенности тутъ приходится имѣть въ виду: 1) простую острую головную водянку, 2) острый гнойный менингитъ, 3) анэмю и отекъ мозга (такъ наз. гидроцефалоидъ) и 4) пассивную гиперэмю и тромбозъ синусовъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ распознаваніе основывается не столько на отдѣльныхъ симптомахъ, сколько на анамнезѣ и теченіи.

1. *Простая острая головная водянка* (нетуберкулезный, серозный вентрикулярный менингитъ) очень часто протекаетъ совершенно такъ же, какъ менингитъ туберкулезный; предполагать простую форму острой головной болѣзни можно въ томъ случаѣ, если ребенокъ стоитъ въ *возрастѣ* до 2 лѣтъ, особенно *до года*, если до заболѣванія менингитомъ онъ былъ совершенно здоровъ, не представлялъ симптомовъ періода предвѣстниковъ, въ анамнезѣ нѣтъ указаній на туберкулезъ, и особенно если болѣзнь затягивается долѣе трехъ недѣль, при чемъ  $t^0$  дѣлаетъ скачки кверху, градусовъ до 40, и вслѣдъ за тѣмъ падаетъ почти до нормы.

2. *Острый гнойный менингитъ* отличается, главнымъ образомъ, *быстротой теченія*; въ то время, какъ meningitis tuberculosa характеризуется медленнымъ началомъ и постепеннымъ развитіемъ симптомовъ сдавленія мозга, гнойное



воспаленіе мозговыхъ оболочекъ начинается сразу, т.-е. безъ предвѣстниковъ и очень остро: знобомъ, сильнѣйшею головною болью, рвотой и быстрымъ поднятіемъ температуры градусовъ до 40. При туберк. менингитѣ ребенокъ въ теченіе первой недѣли не производитъ впечатлѣнія опасно-больного; находясь въ состояніи апатіи, но въ полномъ сознаніи, онъ лежитъ въ постели совершенно покойно, между тѣмъ какъ при гнойномъ менингитѣ уже къ концу первыхъ сутокъ или на второй день больной или сильно беспокоится, мечется въ постели, или бредитъ, вскакиваетъ и вообще выказываетъ признаки нарушенной психики и затемненнаго сознанія, — однимъ словомъ, *ужь съ самаго начала онъ производитъ впечатлѣніе тяжело-больного*. Дня черезъ 3—4 сознаніе совсѣмъ исчезаетъ, появляются мѣстныя (въ лицѣ) или общія судороги и спячка, и къ концу недѣли или даже раньше наступаетъ смертный исходъ. Итакъ, главное отличіе гнойнаго менингита отъ туберкулезнаго состоитъ въ быстротѣ развитія симптомовъ и въ скоромъ наступленіи летальнаго исхода \*).

3. *Анемія мозга*, или *гидроцефалоидъ*, наблюдается у дѣтей, истощенныхъ тяжелыми формами поноса. Анатомическая сущность этого страданія сводится къ запускнью артерій и переполненію венъ, вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца, и къ отеку мозга. Гидроцефалоидъ встрѣчается въ острой и подострой формахъ, различающихся между собой быстротой развитія симптомовъ и этиологіей. Острая форма, свойственная груднымъ дѣтямъ, является слѣдствіемъ дѣтской холеры, а подострая, встрѣчающаяся у дѣтей лѣтъ двухъ и постарше, — хроническаго поноса. Въ первомъ случаѣ черезъ нѣсколько дней послѣ рвоты и поноса появляются сначала припадки раздраженія мозга (безпокойство, бессонница), а потомъ скоро наступаетъ упадокъ силъ и дѣятельности сердца, а

---

\*) Дифференціальная діагностика устанавливается на основаніи результатовъ такъ наз. поясничнаго прокола: выпущенная при помощи его цереброспинальная жидкость въ случаѣ туберкулезнаго менингита прозрачна или слегка опалесцируетъ; при стояніи въ ней образуется паутинообразная пленка, въ отсѣдѣ преимущественно лимфоциты; при гнойномъ менингитѣ жидкость мутна, въ ней многоядерные лейкоциты и тѣ или другіе микробы (иневмококкъ, стрептококкъ и др.).

вмѣстѣ съ тѣмъ и припадки угнетенія мозга: при очень маломъ и частомъ пульсѣ, ввалившихся глазахъ и впавшемъ родничкѣ, ребенокъ дѣлается сонливъ, нерѣдко представляетъ сведеніе затылка и конечностей или общія судороги и, наконецъ, умираетъ въ спячкѣ при явленіяхъ полнаго истощенія. Болѣзнь продолжается около недѣли. Діагностика въ отличіе отъ менингита основывается на анамнезѣ (болѣзнь началась обильнымъ, водянистымъ поносомъ), на явленіяхъ колляпса (ввалившаяся фонтанель, тогда какъ при головной водянкѣ она напряжена и выстоитъ) и субнормальной температурѣ.

Подострая форма гидроцефалоида развивается постепенно; ребенокъ страдаетъ поносомъ уже нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ; онъ сильно похудалъ, *ступни* и *вѣки* представляютъ *отечную припухлость*, появляется сонливость, но *пульсъ* не дѣлается ни *замедленнымъ*, ни *неправильнымъ*; позднѣе наступаетъ спячка, при широкихъ, слабо реагирующихъ зрачкахъ; въ это время могутъ появиться сведенія затылка и общія судороги. Діагностика основывается на анамнезѣ (давно существуетъ поносъ, поведшій не только къ истощенію, но и къ отеку ступней), на характерѣ пульса, субнормальной температурѣ, отсутствіи рвоты, ввалившемся родничкѣ и отсутствіи параличей.

4. *Пассивная гиперемія мозга*, сопровождающаяся тяжелыми мозговыми припадками, всего чаще встрѣчается при коклюшѣ у маленькихъ дѣтей, но также при катарральной пневмоніи и вообще при упадкѣ дѣятельности сердца, на что указываютъ ціанозъ, похолоданіе конечностей, малый и частый пульсъ. Для отличія отъ менингита важно, что у такого рода больныхъ *никогда не бываетъ замедленнаго и неправильнаго пульса*, точно такъ же, какъ неправильнаго дыханія съ глубокими вздохами, напротивъ того, оно *всегда поверхностно и очень учащено* (до 80—100 разъ въ минуту).

Съ діагностикой туберкулезнаго менингита слѣдуетъ быть осторожнымъ также и въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе предполагать возможность развитія *тромбоза синусовъ*. Этотъ процессъ всего чаще присоединяется къ воспаленіямъ уха съ каріознымъ разрушеніемъ височной кости; въ другихъ случаяхъ причиной тромбоза бываетъ застой крови въ

венахъ головы, напр., сдавленіе верхней полой вены увеличенными железами или ослабленная дѣятельность сердца подѣ влияніемъ поносовъ и другихъ истощающихъ болѣзней.

Въ недавнее время предложено, въ видахъ скорѣйшаго выясненія діагностики менингитовъ вообще и туберкулезнаго въ частности, прибѣгать къ поясничному проколу. Проколъ иглой Праваца дѣлается при положеніи больного на боку между 3-мъ и 4-мъ поясничными позвонками по средней линіи въ глубину 1—2 см. При удачномъ выполненіи этой операціи отъ отверстія иглы сейчасъ же показывается каплями цереброспинальная жидкость, которая собирается и потомъ изсѣддуется обычнымъ порядкомъ бактериоскопически. При туберкулезномъ менингитѣ нерѣдко удается найти въ добытой жидкости туберкулезную палочку.

*Предсказаніе* при туберкулезномъ менингитѣ абсолютно смертельное. Хотя въ литературѣ и описано нѣсколько случаевъ выздоровленія, но подобный исходъ встрѣчается такъ рѣдко, что рассчитывать на него нельзя.

*Лѣченіе.* Въ первомъ періодѣ, пока есть рвота: глотаніе льда, ледъ на голову, salicel pro laxans. Позднѣе—іодистый калий внутрь и мазь съ іодоформомъ для втиранія въ коротко-остриженную голову: Rp. Jodoformii 4,0 (5j), Coffeae tostae pulv. 2.0 (5ʒ); Lanolini 30.0 (5j); Axung. porci 4,0 (5j). DS. Втирать въ голову 2 раза въ день въ количествѣ чайной ложки.

## XXVI. Хроническая головная водянка—hydrocephalus chronicus.

Подѣ именемъ головной водянки разумѣютъ скопленіе въ полости черепа ненормально большого количества серозной жидкости. По теченію различаютъ острую и хроническую головную водянку, а по мѣсту скопленія жидкости—наружную и внутреннюю, hydrocephalus externus et internus. При h. externus жидкость скопляется между поверхностью мозга и твердой оболочкой, а при h. internus—въ боковыхъ желудочкахъ.

*Происхождение и причины.* Въ большинствѣ случаевъ хроническая внутренняя головная водянка бываетъ *врожденнымъ страданіемъ*. Ближайшею причиною этого врожденнаго состоянія считается хроническое воспаленіе эпендимы желудочковъ, но отчего дѣлается это воспаленіе, этого мы не знаемъ. Воспаленіе это распространяется, обыкновенно, и на центральный каналъ спинного мозга, вслѣдствіе чего образуются гидромѣлическія и сириномѣлическія полости въ спинномъ мозгу.

Приобрѣтенная хроническая внутренняя головная водянка можетъ быть исходомъ серознаго менингита (вентрикулярный менингитъ), или она имѣетъ механическое происхождение вслѣдствіе сдавленія Галеновой вены какою-нибудь опухолью, или отъ закрытія отверстій, посредствомъ которыхъ желудочки сообщаются между собой (foramen Monroi) и съ субдуральнымъ пространствомъ вслѣдствіе воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Наружная головная водянка происходитъ или вслѣдствіе кровоизліяній въ мозговья оболочки (rachymeningitis haemog.), или она является слѣдствіемъ атрофіи мозга при хронич. поносахъ и другихъ истощающихъ болѣзняхъ (hydroceph. ex vaso); изъ причинъ, располагающихъ къ хронической головной водянкѣ, главную роль играютъ рахитизмъ и врожденный сифилисъ.

Такъ какъ большинство случаевъ хронической головной водянки относится къ числу врожденныхъ, то понятно, что это страданіе всего чаще встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ лѣтъ жизни.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ, главнымъ образомъ, въ увеличеніи черепа и въ скопленіи прозрачной, бѣдной бѣлкомъ жидкости въ поддуральномъ пространствѣ или мозговыхъ желудочкахъ; при очень значительномъ h. chron. internus желудочки растягиваются до такой степени, что большой мозгъ превращается какъ бы въ мѣшокъ, толщина стѣнокъ котораго не превышаетъ 1—2 см. Эпендима желудочковъ при h. internus утолщена, бугриста.

*Симптомы* наружной и внутренней головной водянки одинаковы. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ прежде всего бросается въ глаза несоразмѣрно большая голова, периферія которой на много сантиметровъ превышаетъ окружность гру-

ди и доходить до 60—80 см. и больше; передній родничекъ очень увеличенъ, выпяченъ и напряженъ, всѣ черепные швы легко ощупываются и могутъ достигать ширины пальца; голова получаетъ шарообразную форму; характерно далѣе, что лицо, сравнительно съ черепомъ, несоразмѣрно мало и что глаза принимаютъ, обыкновенно, неправильное положеніе; глазныя яблоки повернуты книзу такимъ образомъ, что нижній сегментъ роговой оболочки нѣсколько прикрывается нижнимъ вѣкомъ. Со стороны нервной системы замѣчается болѣе или менѣе значительное ослабленіе умственныхъ способностей и слабость мышцъ, особенно въ ногахъ; часто замѣчается сведеніе конечностей и ослабленіе зрѣнія (атрофія зрительныхъ нервовъ), а также приступы общихъ судорогъ и сведеніе затылка.

*Теченіе.* Ребенокъ или уже родится съ головною водянкой, или увеличеніе головы начинается вскорѣ послѣ родовъ и постоянно, хотя и безъ рѣзкихъ симптомовъ, прогрессируетъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, или же начало болѣзни обозначается симптомами остраго менингита, который затягивается на долгое время и кончается хронической головною водянкой. Достигнувъ извѣстной величины, головная водянка или остается стаціонарной, больной до нѣкоторой степени выздоравливаетъ и можетъ достигнуть зрѣлаго возраста, или же болѣзнь постоянно прогрессируетъ и ведетъ къ летальному исходу.

*Диагностика* значительныхъ степеней головной водянки у маленькихъ дѣтей не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ рѣзкое увеличеніе головы и расхожденіе швовъ ни при какой другой болѣзни не встрѣчаются. Легкія степени хроническаго гидроцефалуса могутъ быть приняты за рахитизмъ черепа. Главнымъ отличіемъ служить общій видъ ребенка: рахитики обыкновенно очень смышлены и не представляютъ никакихъ симптомовъ сдавленія мозга въ видѣ параличей или сведеній конечностей; глазныя яблоки остаются въ нормальномъ положеніи, и ребенокъ свободно фиксируетъ предметы; форма головы у рахитиковъ, вслѣдствіе разрастанія лобныхъ и теменныхъ бугровъ, угловатая, а при хронич. головной водянкѣ—шарообразная.

Отличить наружную головную водянку отъ внутренней по симптомамъ едва ли возможно. Съ большой вѣроятностью слѣдуетъ предполагать *h. internus* во всѣхъ случаяхъ врожденности страданія и когда голова непомѣрно велика, напр., болѣе 50 см. въ окружности.

*Предсказаніе.* Хотя съ хронич. головною водянкой дѣти и могутъ жить нѣсколько лѣтъ, но въ большинствѣ случаевъ они не переживаютъ 3-го года жизни.

*Лѣченіе* довольно безсильно и сводится главнымъ образомъ къ обще-укрѣпляющему режиму. Попытки оперативнаго пособія (проколъ большого родничка и выпусканіе жидкости) въ большинствѣ случаевъ оставались не только бесполезными, но даже ускоряли смертный исходъ; сдавленія черепа полосками липкаго пластыря оказались тоже безъ результата. Въ недавнее время опубликовано нѣсколько случаевъ выздоровленія или приостановки процесса подъ вліяніемъ солнечныхъ ваннъ,—въ лѣтніе жаркіе дни ребенка ежедневно выносятъ на 20—30 минутъ съ открытой головой на солнце.

---

## XXVII. Дѣтскій спинальный параличъ—*paralysis infantilis spinalis*.

Подъ именемъ дѣтскаго спинальнаго паралича описывается извѣстная форма паралича одной или нѣсколькихъ конечностей, почти исключительно свойственная маленькимъ дѣтямъ, особенно до трехъ лѣтъ. Анатомическая сущность страданія состоитъ въ остромъ воспаленіи переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга; воспаленіе это съ самаго начала занимаетъ большое пространство, почему и называется *poliomyelitis anterior acutissima*. Производящія причины болѣзни неизвѣстны; въ виду нѣкоторыхъ фактовъ (заболѣваніе двухъ дѣтей въ одной семьѣ, эпидемическое скопленіе случаевъ, какъ, напр., въ наблюденіяхъ Cordier 13 случаевъ въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, или у Medin'a 44 случая отъ мая до ноября) предполагается вліяніе инфекціи, въ пользу чего говоритъ также внезапное, какъ бы безпричинное начало и лихорадочное состояніе.

*Патологическая анатомія.* Въ свѣжихъ случаяхъ въ переднихъ рогахъ сѣраго вещества встрѣчаются мелкіе воспалительные фокусы, отличающіеся отъ сосѣднихъ частей красноватымъ цвѣтомъ и болѣе мягкой консистенціей; въ позднѣйшихъ періодахъ дѣло кончается атрофіей клѣтокъ и волоконъ переднихъ корешковъ, склерозомъ пораженныхъ мѣсть и атрофіей соотвѣтственныхъ нервныхъ стволовъ и мышцъ.

*Симптомы.* Дѣтскій спинальный параличъ характеризуется слѣдующими особенностями: 1) онъ развивается внезапно или среди полного здоровья (напр., такимъ образомъ, что ребенокъ ложится спать здоровымъ, а просыпается съ параличомъ одной или нѣсколькихъ конечностей), или послѣ нѣсколькодневнаго лихорадочнаго состоянія; не особенно рѣдко начало болѣзни обозначается рвотой и повторными или однократными приступами общихъ судорогъ. Когда черезъ нѣсколько дней лихорадочное состояніе прекращается, то параличъ оказывается уже развитымъ во всей своей силѣ.

2) Въ началѣ своего появленія параличъ бываетъ обыкновенно болѣе распространеннымъ, но въ теченіе слѣдующихъ недѣль многія изъ парализованныхъ мышцъ возвращаются къ нормѣ, и въ концѣ концовъ параличъ ограничивается одною конечностью, да и то не всей, а лишь нѣкоторыми мышцами, и въ такомъ видѣ онъ остается на много мѣсяцевъ или навсегда.

3) При дѣтскомъ параличѣ никогда не страдаютъ ни чувствительность кожи, ни сфинктеры пузыря и прямой кишки.

4) Парализованныя мышцы всегда оказываются въ ослабленномъ состояніи, а сухожильные рефлексы или уничтожены, или значительно ослаблены.

Въ дальнѣйшемъ теченіи появляются еще три важныхъ признака: 5) атрофія мышцъ; 6) быстрое паденіе фарадвозбудимости въ нервахъ и мышцахъ и появленіе реакціи перерожденія; 7) трофическія измѣненія, выражающіяся значительнымъ похуданіемъ больной конечности, пониженіемъ температуры кожи и отсталостью въ ростѣ сравнительно съ здоровой конечностью. Такъ какъ параличъ локализуется не во всѣхъ мышцахъ конечности, а только въ нѣкоторыхъ, то

со временемъ развиваются контрактуры отъ сокращенія уцѣлѣвшихъ антагонистовъ, что всего чаще выражается неправильнымъ положеніемъ стопы (*pes varus, valgus* и др.).

При дѣтскомъ параличѣ стойкій параличъ всего чаще поражаетъ одну ногу, рѣже парализуются обѣ ноги, еще рѣже обѣ руки или рука одной стороны и нога другой.

*Діагностика* на основаніи приведенныхъ признаковъ не трудна. Въ свѣжихъ случаяхъ наибольшее сходство со спинальнымъ параличомъ представляетъ *церебральный параличъ Strümpel'я*—*polioencephalitis acuta*, анатомическая сущность котораго состоитъ въ остромъ воспаленіи съ послѣдовательнымъ склерозомъ и атрофіей *старо вещества коры полушарій*. Сходство обохъ случаевъ состоитъ въ слѣдующемъ: 1) какъ тотъ, такъ и другой встрѣчаются главнымъ образомъ у дѣтей первыхъ трехъ лѣтъ жизни и появляются безъ всякой видимой причины; 2) параличъ развивается быстро послѣ нѣсколькодневнаго лихорадочнаго періода, нерѣдко со рвотой и судорогами; 3) параличъ остается большею частью въ какой-нибудь одной конечности или только въ нѣкоторыхъ мышцахъ ея; 4) чувствительность кожи, равно какъ мочевого пузыря и *rectum* остаются нетронутыми.

Дифференціальная діагностика основывается на слѣдующихъ данныхъ: церебральный параличъ всегда бываетъ одностороннимъ и, въ случаяхъ пораженія двухъ конечностей, является въ формѣ гемиплегіи, а если парализуется одна конечность, то гораздо чаще рука, чѣмъ нога; 2) иногда парализуется *n. facialis* или глазныя мышцы (косоглазіе); 3) атрофія мышцъ развивается гораздо медленнѣе и не достигаетъ такой степени, какъ при спинальномъ параличѣ; 4) никогда не является реакціи перерожденія, напротивъ того, электровозбудимость нервовъ и мышцъ сохраняется въ теченіе долгаго времени; 5) парализованныя мышцы не только не расслаблены, а замѣтно напряжены, а сухожильные рефлексы усилены; 6) нерѣдко замѣчаются у больного моторныя явленія раздраженія то въ видѣ эпилепсіи, то въ формѣ атектоза или хорей.

Въ періодъ развитія атрофіи парализованныхъ мышцъ за *poliomyelitis* могутъ быть приняты множественное воспаленіе нервовъ и прогрессивная мышечная атрофія.



Сходство съ *множественнымъ воспаленіемъ нервовъ*, neuritis multiplex, состоитъ въ томъ, что параличъ въ обоихъ случаяхъ имѣетъ свойство периферическаго, т.-е. электровозбудимость въ нервахъ и мышцахъ быстро падаетъ, появляется реакція перерожденія, парализованныя мышцы разслаблены и атрофированы, мочевоу пузырь и rectum не поражены. Какъ на патогномоничный признакъ множественнаго неврита, нѣкоторые указываютъ на *сильную боль* въ пораженныхъ членахъ уже съ самаго начала болѣзни, но подобная боль въ конечностяхъ наблюдается иногда и въ первый періодъ полиоміелита; важнѣе констатировать болѣзненность при давленіи нервныхъ стволовъ, остающуюся надолго даже и въ періодъ атрофіи.

Дальнѣйшія отличія состоятъ, въ главныхъ чертахъ, въ слѣдующемъ: параличи при neuritis multiplex являются не сразу во всей своей силѣ, а постепенно усиливаются, распространяясь на новыя группы мышцъ, при чемъ параличи бываютъ *сильнѣе выражены на периферіи конечностей*: множественный невритъ бываетъ, обыкновенно, двухстороннимъ и *симметричнымъ*: онъ не оказываетъ предпочтенія дѣтямъ до 2 лѣтъ.

Прогрессивная атрофія мышцъ отличается отъ дѣтскаго спинальнаго паралича главнымъ образомъ тѣмъ, что параличъ при ней *наступаетъ послѣ атрофіи и развивается крайне медленно*; прогрессивная атрофія мышцъ распространяется *симметрично*; при чемъ часто поражаются мышцы плеча и туловища.

*Предсказаніе* при poliomyelitis quo ad vitam хорошо, но относительно возстановленія функціи парализованныхъ мышцъ въ первое время нельзя поставить даже и приблизительно точнаго предсказанія, такъ какъ неизвѣстно, въ какихъ именно мышцахъ останется стойкій параличъ. Самый долгій срокъ, въ теченіе котораго еще можно надѣяться на излѣченіе паралича, считается, приблизительно, въ 9 мѣсяцевъ; что не прошло къ этому сроку, то уже не пройдетъ.

*Лѣченіе*. Въ остромъ періодѣ, какъ при всякомъ лихорадочномъ состояніи, показаны холодныя компрессы на голову и легкая діета. Въ періодѣ стойкаго паралича электризація постояннымъ токомъ парализованныхъ мышцъ (широкой анодъ

на позвоночникъ, а катодомъ водятъ по пораженнымъ мышцамъ въ теченіе 5—10 минутъ; токъ средней силы) съ цѣлью противодействовать развитію дегенеративной атрофіи и сохранить мышцы въ цѣлости до тѣхъ поръ, пока не возстановится произвольная проводимость. Главное условіе успѣха—продолжительность лѣченія въ теченіе мѣсяцевъ. Съ тою же цѣлью рекомендуется и массажъ.

### XXVIII. Дѣтскія судороги—*eclampsia infantum*.

*Происхожденіе и причины.* Различаютъ двѣ формы эклямпсіи: *симптоматическую*, зависящую отъ какой-нибудь определенной болѣзни мозга или крови, и *идіопатическую* или самостоятельную, встрѣчающуюся у дѣтей, повидимому, здоровыхъ. \*) Эта послѣдняя и подразумѣвается обыкновенно, когда говорится о дѣтской эклямпсіи. Подъ именемъ идиопатической эклямпсіи мы понимаемъ приступы общихъ клоническихъ или тоническихъ судорогъ, протекающихъ съ потерей сознанія и не зависящихъ отъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ; у нѣкоторыхъ дѣтей всю жизнь появляются всего одинъ—два приступа, у другихъ судороги время отъ времени повторяются, но во всякомъ случаѣ къ концу 2-го или 3-го года окончательно прекращаются. Слѣдовательно, въ этиологіи эклямпсіи *возрастъ* играетъ очень важную роль; къ судорогамъ всего болѣе расположены дѣти

\*) Для объясненія группы судорожныхъ заболѣваній (тетанія, ларингоспазма и эклямпсіи), проявляющихся при отсутствіи видимыхъ анатомическихъ измѣненій центральной нервной системы у дѣтей ранняго возраста, признается наличность у таковыхъ дѣтей особой конституціональной аномаліи или діатеза—*спазмофилии*. Сущность ея видятъ или въ аутоинтоксикаціи организма ненормальными продуктами обмѣна (ацетонемія, нарушение функціи печени и т. п.), или въ неправильномъ смѣшеніи нормальныхъ составныхъ частей организма (напр. накопленіи въ немъ извести). По ученію Escherich'a, въ организмъ постоянно образуется спазмородный ядъ, который нейтрализуется дѣятельностью особыхъ железокъ, такъ наз. эпителиальныхъ тѣлецъ (*gland. paratyroideae*). Выпаденіе дѣятельности этихъ железокъ при патологическихъ состояніяхъ ихъ влечетъ за собою отравленіе организма указаннымъ ядомъ, вызывающее, смотря по степени своей, тотъ или другой видъ судорожнаго заболѣванія.

отъ 4 до 12 мѣсяцевъ отъ роду, что объясняется тѣмъ, что задерживающіе центры у маленькихъ дѣтей находятся въ рудиментарномъ состояніи; правда, у новорожденныхъ они развиты еще слабѣе, хотя эклямпсія до 3 мѣсяцевъ встрѣчается сравнительно рѣдко, но для этого есть свои причины, а именно: во-1-хъ, то, что у новорожденныхъ проводимость нервовъ еще не совсѣмъ развита, а во-2-хъ, что самая частая изъ располагающихъ причинъ эклямпсіи — *рахитизмъ черепа* — въ первые мѣсяцы жизни рѣдко бываетъ такъ сильно выраженъ, какъ послѣ 4-го мѣсяца и до конца перваго года жизни. Рахитизмъ вообще располагаетъ къ судорогамъ, но особенно часто встрѣчаются онѣ у дѣтей, страдающихъ ларингоспазмомъ, все равно, имѣется ли при этомъ *spasmodic* (размягченный затылокъ), или нѣтъ; у такихъ дѣтей приступъ эклямпсіи начинается, обыкновенно, съ ларингоспазма (судорога вслѣдствіе остановки дыханія и пассивной гипереміи мозга).

Кромѣ возраста и рахитизма, большое значеніе въ этиологій эклямпсіи приписывается еще *наслѣдственному расположенію*. Дѣйствительно, встрѣчаются семьи, въ которыхъ всѣ дѣти въ извѣстномъ возрастѣ (на 1-мъ или на 2-мъ году) страдаютъ судорогами. Самымъ рѣзкимъ примѣромъ подобной „наслѣдственной спазмофіліи“ можно считать случай изъ практики *Boisnut*: въ одной семьѣ было 10 человекъ дѣтей, и всѣ они страдали на первомъ году судорогами; одна изъ дѣвочекъ вышла впослѣдствіи замужъ, родила тоже 10 человекъ, изъ нихъ эклямпсія наблюдалась у девяти.

При существующемъ расположеніи къ судорогамъ, приступы послѣднихъ могутъ являться подѣ влияніемъ самыхъ ничтожныхъ поводовъ, играющихъ роль случайныхъ или *производящихъ причинъ*; сюда относятся, напр., психическое возбужденіе, громкій крикъ, какая-либо боль, засореніе желудка (судороги послѣ какой-нибудь неудобоваримой пищи), запоръ и даже раздраженіе десенъ рѣжущимся зубомъ.

Кромѣ этой идиопатической, или рефлекторной, эклямпсіи въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются еще, какъ уже сказано выше, *судороги симптоматическія*, зависящія отъ такъ наз. мозговой болѣзни, и подвидъ ихъ — *судороги гематогенныя*, появляющіяся при различныхъ остролихорадочныхъ болѣз-

няхъ, при быстромъ повышеніи температуры (онѣ аналогичны, слѣдовательно, знобу взрослыхъ людей) и при отравленіяхъ нѣкоторыми ядами (стрихнинъ, сантонинъ и др.). Хотя судороги у маленькаго ребенка и могутъ появиться при всякомъ быстромъ и значительномъ повышеніи температуры, но несомнѣнно, что въ этиологіи лихорадочной эклямпсіи играетъ роль не одно только повышение температуры крови, но и свойство инфекціи, вызывающей лихорадку, такъ какъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, какъ напр., при крупозной пневмоніи, оспѣ и скарлатинѣ, судороги встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ при другихъ; при поименованныхъ болѣзняхъ судороги могутъ появиться даже и у дѣтей старшаго возраста. Къ разряду гематогенныхъ судорогъ вслѣдствіе отравленія относятся судороги при уреміи.

*Анатомическія измѣненія* при идиопатической эклямпсіи въ микроскопическомъ отношеніи сводятся къ нулю, такъ какъ если въ трупѣ дѣтей, умершихъ отъ ларингоспазма или общихъ судорогъ, и встрѣчаются иногда явленія пассивной гипереміи въ мозгу, въ легкихъ и другихъ органахъ, то это, конечно, результатъ смерти отъ задушенія, вслѣдствіе нарушеннаго дыханія, а не причина судорогъ.

*Симптомы* идиопатической эклямпсіи состоятъ въ томъ, что ребенокъ среди полнаго здоровья вдругъ впадаетъ въ судороги, т.-е. онъ теряетъ сознаніе, падаетъ, и у него замѣчаются подергиванія въ мышцахъ лица, глазъ и конечностей. Такой приступъ продолжается, обыкновенно, нѣсколько минутъ, и затѣмъ наступаетъ періодъ сопорознаго состоянія, продолжающагося отъ нѣсколькихъ минутъ до получаса. Иногда приступы судорогъ слѣдуютъ такъ часто другъ за другомъ, что ребенокъ не успѣваетъ прийти въ себя, и подобная сцена можетъ продолжаться 2—3 часа подъ рядъ.

*Теченіе* дѣтской эклямпсіи до крайности разнообразно: у нѣкоторыхъ дѣтей во всю жизнь появится всего одинъ—два приступа, у другихъ—судороги время отъ времени повторяются въ теченіе цѣлаго года или больше, а у третьихъ—приступы эклямпсіи наступаютъ по нѣскольку разъ въ день въ теченіе многихъ дней подъ рядъ, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣло кончается все-таки полнымъ выздоровленіемъ, а потому и *предсказаніе* въ общемъ не дурно,

хотя, въ виду возможности смертнаго исхода во время самаго приступа, на всякую эклямпсію слѣдуетъ смотрѣть, какъ на страданіе серьезное, особенно если приступы повторяются по нѣскольку разъ въ день, или слѣдуютъ другъ за другомъ безъ свободныхъ промежутковъ. Если эклямпсія стоитъ въ связи съ ларингоспазмомъ, то предсказаніе дѣлается опаснымъ.

При *диагностикѣ* эклямпсіи прежде всего слѣдуетъ выяснитъ вопросъ о томъ, имѣется ли дѣло съ идиопатическими судорогами, или съ симптоматическими. Диагностика лихорадочныхъ судорогъ не трудна, такъ какъ идиопатическая эклямпсія протекаетъ безъ повышенія температуры. По отношенію къ мозговымъ судорогамъ нужно помнить, что мозговая болѣзнь почти никогда не начинается приступомъ эклямпсіи, а потому въ анамнезѣ удастся, обыкновенно, найти указанія на существованіе какихъ-либо другихъ мозговыхъ симптомовъ, какъ, наприм., парезы мышцъ лица или конечностей, измѣненія на днѣ глаза, неправильность и замедленіе пульса, сонливость. Диагностика дѣтской эклямпсіи значительно облегчается тѣмъ, что въ возрастѣ до 2 лѣтъ хроническія мозговья болѣзни, протекающія съ судорогами, встрѣчаются крайне рѣдко, если не считать хронической головной водянки, диагностика которой не трудна.

Отъ эпилепсіи дѣтская эклямпсія отличается острымъ теченіемъ и исходомъ въ выздоровленіе къ концу 2-го или 3-го года жизни. Если начало эпилепсіи падаетъ на первый годъ жизни, то отличить ее отъ эклямпсіи нельзя до тѣхъ поръ, пока не выяснится со временемъ ея хроническое теченіе.

*Лѣченіе* должно имѣть въ виду предотвращеніе возвратовъ припадковъ и лѣченіе самыхъ судорогъ, если онѣ уже появились. Первому показанію удовлетворяетъ причинное лѣченіе, при чемъ всего чаще приходится имѣть въ виду рахитизмъ, а потомъ малокровіе и общую нервность, слѣдовательно, тутъ имѣетъ мѣсто общій укрѣпляющій методъ — лѣченіе чистымъ воздухомъ, хорошею пищею, желѣзомъ, рыбимъ жиромъ, солеными ваннами и проч. Въ случаѣ частаго повторенія приступовъ—различныя *antispasmodica*, въ особенности бромиды и хлоралгидратъ, а также мускусъ (см. ларингоспазмъ).

Во время самаго припадка судорогъ слѣдуетъ прежде всего освободить грудную клѣтку и шею отъ всякаго стѣсняющаго платья и положить на голову холодный компрессъ. Этихъ простыхъ мѣръ обыкновенно бываетъ достаточно, чтобы черезъ нѣсколько минутъ больной пришелъ въ себя. Въ случаяхъ долго продолжающихся судорогъ можно рекомендовать вдыханія хлороформа или клизмы съ хлоралгидратомъ (1:100) по 2 столовыхъ ложки въ подогрѣтомъ видѣ.

## XXIX. Виттова пляска—*chorea sancti Vitti s. chorea minor.*

Виттовой пляской называется функциональная нервная болѣзнь, выражающаяся разстройствомъ координаціи произвольныхъ движеній и произвольными спазматическими подергиваніями мышцъ лица и конечностей. Болѣзнь эта встрѣчается почти исключительно только у дѣтей, и при томъ рѣдко ранѣе 5-лѣтняго возраста. На этомъ основаніи она называется также дѣтской Виттовой пляской или Sydenham'овской хореей въ отличіе отъ хорей симптоматической, служащей выраженіемъ какой-нибудь органической болѣзни мозга, встрѣчающейся во всѣхъ возрастахъ, и отъ хорей наследственной, Huntington'овской, которая передается по наследству, но начинается не въ дѣтскомъ возрастѣ, а только послѣ 30 — 40 лѣтъ, тянется въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ и кончается смертью.

Въ этиологіи *choreae minoris*, какъ вообще въ функциональныхъ нервныхъ болѣзняхъ, важное значеніе имѣетъ *наследственное расположеніе*: примѣрно, въ трети случаевъ удается констатировать у кого-нибудь изъ родителей то или другое нервное страданіе, будетъ ли это эпилепсія, психозъ, мигрень, алкоголизмъ и проч. Нѣкоторые авторы допускаютъ также влияніе на развитіе хорей у дѣтей ревматизма родителей.

Вліяніе *возраста* тоже несомнѣнно, всего чаще встрѣчается хорей отъ 7 до 12 лѣтъ; до 5 лѣтъ она составляетъ очень большую рѣдкость, если не причислять сюда случаевъ симптоматической хорей.

Дѣвочки заболѣваютъ хореей почти втрое чаще мальчиковъ.

Кромѣ наследственности, возраста и пола, въ этиологiи хореи важную роль играютъ еще нѣкоторыя болѣзни, а именно: *ревматизмъ*, *пороки сердца* и *анемiя*, а изъ случайныхъ или производящихъ причинъ самое большое значенiе имѣетъ *испугъ* или вообще сильное психическое возбужденiе; рѣже хорея зависитъ отъ глисть, съ выходомъ которыхъ она значительно ослабляется или вскорѣ совсѣмъ проходитъ. Связь съ ревматизмомъ выражается какъ въ томъ, что во многихъ случаяхъ хорея слѣдуетъ за острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ или наоборотъ, такъ и въ томъ, что сравнительно рѣдко хорея развивается у дѣтей, имѣвшихъ когда-то ревматизмъ, или у страдающихъ хроническимъ эндокардитомъ ревматическаго происхожденiя. Чѣмъ именно обуславливается связь хореи съ ревматизмомъ, пока еще съ точностью не выяснено, но во всякомъ случаѣ посредства страданiя сердца и зависящихъ отъ него капиллярныхъ эмболiй въ полосатыя тѣла или другiя мѣста центральной нервной системы, какъ одно время думали, для происхожденiя хореи не требуется, такъ какъ здоровое сердце у хореиковъ встрѣчается вовсе не рѣдко. Наиболѣе вѣроятнымъ кажется намъ взглядъ на хорею, какъ на болѣзнь инфекціонно-ревматическаго происхожденiя, т.-е. что одна и та же инфекція въ однихъ случаяхъ производитъ воспаленiе серозныхъ оболочекъ сочлененiй, въ другихъ—въ страданiе вовлекается и центральная нервная система; при такомъ взглядѣ на патогенезъ хореи, всѣ другiе этиологическiе моменты, каковы: возрастъ, упадокъ питанiя, наследственность, испугъ и проч., должны играть роль лишь моментовъ располагающихъ. Впрочемъ, если даже и будетъ доказано инфекціонно-ревматическое происхожденiе хореи, все же останется подъ вопросомъ—для всѣхъ ли случаевъ годится такое объясненiе.

*Патолого-анатомическое изслѣдованiе*, хотя бы и микроскопическое, при chorea minor даетъ или отрицательные, или настолько разнообразныя и непостоянныя результаты, что ни одно изъ описанныхъ измѣненiй (капиллярныя кровоизліянія, фокусы размягченiя, облитерація или эмболiя мелкихъ сосудовъ, въ особенности въ области полосатыхъ тѣлъ и проч.) не можетъ считаться характернымъ для хореи, и если

причину ея предполагають въ сѣромъ веществѣ полушарій, то только на основаніи клиническихъ фактовъ, каковы прекращеніе хореобразныхъ движеній во время сна, нерѣдко встрѣчающееся одностороннее появленіе хорей въ началѣ заболѣванія и ослабленіе умственныхъ способностей, въ особенности памяти, соображенія и вниманія.

*Симптомы.* Характерныя особенности хорей состоятъ въ разстройствѣ координаціи волевыхъ движеній и въ появленіи произвольныхъ мышечныхъ сокращеній. Разстройство координаціи выражается тѣмъ, что мышцы не вполне подчиняются волѣ: къ произвольнымъ движеніямъ примѣшиваются произвольныя, нарушающія правильность первыхъ. Хореобразныя движенія характеризуются, между прочимъ, тѣмъ, что они прекращаются во время сна и что они усиливаются при психическомъ возбужденіи больного и при попыткахъ его произвести какое-нибудь волевое движеніе.

Картина болѣзни, смотря по интенсивности болѣзни, бываетъ крайне разнообразна. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ вся болѣзнь выражается только какъ-бы безпокойствомъ мышцъ: больной не можетъ долго оставаться въ спокойномъ положеніи: то у него кисти рукъ согнутся и опять вытянутся, то плечо подыметъ, то гримаса на лицѣ появится и т. п. Особенно легко замѣтить ненормальность движеній при легкой хореѣ, если заставить больного произвести какое-нибудь движеніе, напр., выгнуть руку, поднять со стола булавку и т. п. Въ случаяхъ средней силы безпокойство мышцъ проявляется постоянно и тоже усиливается при волевыхъ движеніяхъ, хотя больной остается еще на ногахъ; въ тяжелыхъ случаяхъ произвольныя движенія до такой степени мѣшаются всякимъ произвольнымъ, что является полное разстройство координаціи, такъ что больной не можетъ, напр., поднести ложку ко рту, не въ состояніи перекреститься и т. п. и долженъ лежать въ постели съ мягкими стѣнками, такъ какъ иначе подъ вліяніемъ непрерывнаго движенія, совершаемаго и туловищемъ, и конечностями, онъ упалъ бы на полъ. Въ подобныхъ случаяхъ нарушается, обыкновенно, и способность рѣчи вслѣдствіе хорей языка, и правильность дыханія. Хорея языка выражается въ томъ, что больной не можетъ держать языкъ высунутымъ, такъ какъ, вслѣдствіе



подергиваній подъязычныхъ мышцъ, онъ моментально прячется въ ротъ. Интересно, что даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ хорей дѣятельность мочевого пузыря и прямой кишки нисколько не нарушается.

Что при хорей нерѣдко наблюдается нарушеніе психической дѣятельности, было сказано выше. Чувствительность, электровозбудимость и рефлексы кожные и сухожильные обыкновенно остаются нормальными. Особого вниманія при хорей заслуживаютъ симптомы со стороны сердца. Хорей нерѣдко наблюдается при порокахъ сердца, особенно у дѣтей послѣ 9 лѣтъ; въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ, обыкновенно, о недостаточности двустворчатого клапана; но, помимо этого, при хорей встрѣчаются еще и функціональныя расстройства дѣятельности сердца, извѣстныя подъ именемъ *хорей сердца*. Этотъ вопросъ неосновательно отвергаемый нѣкоторыми авторами, въ легкихъ случаяхъ выражается только аритміей, но въ болѣе тяжелыхъ появляются и шумы. Въ однихъ случаяхъ они слышатся при основаніи сердца и въ шейныхъ сосудахъ, а также и подъ ключицами, и относятся къ анэмическимъ шумамъ, въ другихъ—они констатируются при верхушкѣ и сопровождаются небольшимъ расширеніемъ сердца, такъ что симулируютъ недостаточность двустворчатого клапана, но отличаются тою особенностью, что во-1-хъ, они измѣнчивы: сегодня они сильнѣе, вчера были послабѣе, а завтра ихъ можетъ и совсѣмъ не быть, и, во-2-хъ, тѣмъ, что они не сопровождаются усиленіемъ 2-го тона легочной артеріи. Подобные шумы зависятъ, вѣроятно, отъ неправильной иннерваціи сосочковыхъ мышцъ.

*Теченіе.* Хорей начинается или сразу довольно сильно, или развивается постепенно, и тогда можно различать періоды усиленія болѣзни (2—4 недѣли), полного развитія (1—2 мѣсяца) и постепеннаго ослабленія; нерѣдко въ такихъ случаяхъ дѣло начинается съ односторонней хорей. Продолжительность хорей колеблется отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а въ среднемъ равняется тремъ мѣсяцамъ. Больной, перенесшій хорей, остается надолго расположеннымъ снова заболѣть этою болѣзнию, и большинство заболѣваетъ ею по два и по три раза въ теченіе двухъ-трехъ лѣтъ подъ рядъ.

Какъ на особую форму хорей, встрѣчающуюся только у дѣтей, можно указать на паралитическую хорей—*chorea paralytica*. Слабость мышцъ конечностей замѣчается при хорей всегда, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ слабость эта доходитъ до степени пареза и даже до полного паралича. Большею частью параличъ той или другой руки, а иногда и ногъ, появляется на высотѣ болѣзни и по медленному, безлихорадочному, но прогрессивному распространенію, а также по исчезанію сухожильныхъ рефлексовъ, напоминаетъ дифтеритическій параличъ; онъ приходитъ или вмѣстѣ съ хореей, или нѣсколько позднѣе. Иногда случается, что параличъ конечностей выступаетъ до такой степени на первый планъ, что хорееобразныя движенія почти совсѣмъ незамѣтны; подобнаго рода случаи описываются подъ именемъ мягкой хорей—*choree molle*. Въ діагностическомъ отношеніи особенно затруднительны случаи хорей, начинающіеся прямо съ паралича; къ счастью, они составляютъ очень большую рѣдкость.

*Диагностика* хорей не трудна; вопросъ можетъ идти только о причинѣ болѣзни въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, т.-е. объ отличіяхъ хорей, какъ невроза, отъ такъ наз. *симптоматической хорей*, какъ симптома хроническаго страданія мозга. Въ послѣднемъ случаѣ хорей неизлѣчима и сопровождается еще и другими мозговыми припадками, напр. упорной головною болью, параличами (особенно глазныхъ мышцъ), анестезіями и проч.

*Предсказаніе* при идиопатической хорей благоприятное, такъ какъ, за весьма рѣдкими исключеніями, она всегда кончается выздоровленіемъ, хотя и можетъ тянуться болѣе года. Въ случаяхъ очень сильной хорей, сопровождавшейся бессонницей, наблюдался иногда и смертный исходъ отъ истощенія силъ и упадка дѣятельности сердца. При всякой хорей слѣдуетъ имѣть въ виду вѣроятность возврата болѣзни черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ окончанія перваго приступа; если рецидива не послѣдовало въ теченіе 18 мѣсяцевъ, то его, вѣроятно, и не будетъ.

*Лѣченіе.* При всякой значительно выраженной хорей необходимо полный покой, какъ умственный, такъ и физическій. При сильно выраженной хорей—постельное содержаніе

до тѣхъ поръ, пока больной будетъ въ состояніи свободно ходить; физическое утомленіе не дозволяется до полного прекращенія хореи; до тѣхъ же поръ прекращается и ученіе, особенно посѣщеніе школы. Діета—питательная, не обременительная; правильный образъ жизни — раньше ложиться спать, быть на свѣжемъ воздухѣ.

Изъ фармацевтическихъ средствъ лучшимъ считается *мышьякъ*: въ легкихъ и затажныхъ случаяхъ хореи—въ малыхъ дозахъ, а въ случаяхъ тяжелыхъ, когда больной съ трудомъ ходить, не можетъ вытянуть пальцевъ, поднести ложку ко рту и т. п.,—въ большихъ дозахъ. Въмѣсто *Kali arsenicosum*, входящаго въ составъ *Fowler's*овскихъ капель, лучше брать *ас. arsenicosum*, которая легче переносится желудкомъ. Она прописывается въ растворѣ 1:1000 воды (*Ac. arsenicos.*, 0.1; *Aq. destill.* 100.0). Для перваго дня лѣченія берутъ одну чайную ложку на 6 столовыхъ ложекъ воды и даютъ черезъ два часа по столовой ложкѣ, запивая каждый пріемъ молокомъ; на слѣдующій день на 6 столовыхъ ложекъ воды берутъ 2 чайныхъ ложки, на 3-й день—три чайныхъ ложки и т. д. до 7-го дня (маленькимъ дѣтямъ, лѣтъ до шести, вмѣсто чайной ложки, берутъ только  $\frac{1}{2}$  чайной ложки), а потомъ въ теченіе недѣли съ такой же постепенностью уменьшаютъ дозу. Въ случаѣ появленія тошноты, рвоты или жидкаго стула на 1—2 дня пріостанавливаютъ лѣченіе, а потомъ снова возвращаются къ мышьяку, но даютъ его, уже не увеличивая пріема. Въ легкихъ случаяхъ берутъ тотъ же растворъ, но не поднимаются выше двухъ чайныхъ ложекъ *pro die*; такими сравнительно небольшими дозами можно продолжать лѣченіе въ теченіе—4—6 недѣль.

Если мышьякъ не переносится даже и въ малыхъ дозахъ, то прибѣгаютъ къ другимъ средствамъ, смотря по показаніямъ; такъ, при явно ревматическомъ происхожденіи и при боляхъ въ сочлененіяхъ—*салициловые препараты* (дѣтямъ 10—12 лѣтъ по 2.0 *pro die*; до 6 лѣтъ—по 1.0). При чрезмѣрной раздражительности—*бромистые препараты*. *Rp.* *Natri brom.*, *Kali brom.*, *Ammon. brom.*  $\bar{a}\bar{a}$  1.0; *Aq. dest.* 100,0. *DS.* По дес. или стол. ложкѣ 4 раза въ день. При бессонницѣ, когда хореинныя движенія продолжаются и ночью, то *хлоралгидратъ*: ребенку 10 лѣтъ по 1.0 на ночь черезъ часъ

до дѣйствія; а также *sulfonal* (на ночь столько дециграммъ, сколько больному лѣтъ). Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ полезны также ванны (30° R.) по 15—20 минутъ.

Если на первый планъ выступаетъ блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, то назначается *железо*, напр., пилюли Bland и ферратинъ: Rp. Ferri. sulphur., Kali carbon. e. tartaro āā 5,0; Mucil. gum. trag. q. s. ut f. pil. № 40. DS. по 2—5 пил. 2 раза въ день послѣ ѣды, или Rp. Ferratini 5.0; Sacchari 30.0—40.0. DS. По  $\frac{1}{2}$  чайной ложкѣ 2 раза въ день.

### XXX. Воспаленіе почекъ—nephritis.

Воспаленіе почекъ у дѣтей встрѣчается какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ, но въ то время какъ послѣдняя составляетъ въ дѣтскомъ возрастѣ рѣдкость, острый нефритъ принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ болѣзней. Простуда составляетъ рѣдкую причину нефрита у дѣтей, гораздо чаще онъ развивается во время или послѣ всевозможныхъ острыхъ *инфекціонныхъ болѣзней*, изъ которыхъ главную роль въ этиологіи воспаленія почекъ у дѣтей играетъ *скарлатина*. Замѣчательно, что нефритъ слѣдуетъ иногда и за самыми легкими болѣзнями, каковы варицелля, свинка и краснуха. Въ другихъ случаяхъ причиной воспаленія почекъ бываетъ острый и хроническій *катарръ кишекъ* или неумѣренное употребленіе нѣкоторыхъ *медикаментовъ*, хотя бы только и снаружи, напр., дегтя, перувианскаго бальзама, тинктуры іода, мушекъ.

Что касается до хроническихъ нефритовъ, то они рѣдко развиваются изъ остраго скарлатинознаго или какого-нибудь другого нефрита, обыкновенно же они съ самаго начала развиваются медленно и именно въ связи съ той или другой хронической болѣзнью питанія, въ особенности съ общимъ или мѣстнымъ туберкулезомъ, при костоѣдѣ позвоночника и при другихъ хроническихъ нагноеніяхъ, въ каковыхъ случаяхъ хроническій паренхиматозный нефритъ комбинируется, обыкновенно, съ амилоиднымъ перерожденіемъ почекъ и другихъ органовъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при остромъ нефритѣ у дѣтей соответствуютъ или чистому *гломерулонефриту*, или его комбинаціи съ острымъ паренхиматознымъ воспаленіемъ почекъ. Въ первомъ случаѣ почка остается нормальной величины, консистенціи и цвѣта, но при ближайшемъ разсмотрѣніи разрѣза почки можно замѣтить въ корѣ облитерированные клубочки въ видѣ сѣроватыхъ точекъ. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ отслойку эпителія на сосудистыхъ петляхъ клубочковъ и размноженіе ядеръ на стѣнкахъ сосудовъ. Въ случаѣ остраго паренхиматознаго нефрита почка значительно увеличена, особенно на счетъ корковаго вещества, мягка, съ поверхности и въ разрѣзѣ блѣдно-сѣраго или сѣро-желтаго цвѣта. Подъ микроскопомъ главныя измѣненія касаются эпителія канальцевъ, который всюду оказывается набухлымъ, зернисто- и жирно-перерожденнымъ и мѣстами отслоившимся; соединительная ткань почки иногда инфильтрована лимфоидными элементами, но чаще она только набухаетъ отъ воспалительнаго отека. Въ просвѣтахъ канальцевъ замѣтны мѣстами гиалиновые цилиндры.

При хроническомъ паренхиматозномъ нефритѣ, какъ и при остромъ, въ процессѣ участвуютъ всѣ элементы почки, т.-е. и клубочки, и соединительная ткань, и эпителій, но въ однихъ случаяхъ поражается болѣе эпителій, подвергающійся жировому перерожденію и отслойкѣ, въ другихъ—соединительная ткань; въ обоихъ случаяхъ почка значительно увеличена, сѣровато-желтаго или бѣлаго цвѣта: это—такъ наз. большая бѣлая почка.

Амилоидно-перерожденныя мѣста въ почкахъ легко узнаются по извѣстной реакціи съ іодомъ, отъ котораго они принимаютъ бурый цвѣтъ, переходящій отъ сѣрной кислоты въ синій.

*Симптомы.* Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ нефрита родители обращаются за совѣтомъ по поводу того, что ребенокъ ихъ опухъ. Эта отечная припухлость лица, ногъ и живота вмѣстѣ съ характерными измѣненіями мочи и составляютъ главнѣйшіе симптомы воспаленія почекъ. Для діагностики нефрита свойства мочи имѣютъ большее значеніе, чѣмъ отеки, такъ какъ послѣдніе могутъ явиться у скарла-

тинознаго больного и безъ пораженія почекъ. Измѣненія мочи состоятъ въ слѣдующемъ: *количество* мочи падаетъ тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе и опаснѣе нефритъ, и въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходить до полной анурии; *прозрачность* мочи исчезаетъ, моча выходитъ уже мутной отъ примѣси воспалительныхъ продуктовъ—цилиндровъ и клѣточныхъ элементовъ, а постоявши, мутнѣетъ еще больше отъ осажденія мочекислыхъ солей; *цвѣтъ* мочи грязно-бурый или отъ примѣси крови кровянистый; она богата бѣлкомъ и, постоявши, даетъ осадокъ, въ которомъ микроскопъ открываетъ, кромѣ мочекислаго натра, еще гіалиновые, зернистые и эпителиальные цилиндры, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца и отдѣльныя клѣтки эпителия.

Отъ задержанія воды въ тѣлѣ и отъ гидреміи развиваются отеки подкожной клѣтчатки (сначала лица, потомъ ногъ и всего тѣла), и появляется водянка полостей, особенно живота (ascites).

По теченію можно различать лихорадочные и безлихорадочные острые нефриты. Въ первомъ случаѣ съ ребенкомъ дѣлается сильный жаръ съ головою болью и нерѣдко со рвотой, и съ этого момента свойства мочи рѣзко измѣняются въ вышеописанномъ смыслѣ, и количество ея падаетъ до 200—400 к. стм. Субъективныхъ жалобъ при этомъ можетъ совсѣмъ не быть, но иногда въ области почекъ чувствуется боль, усиливающаяся при давленіи, или больной жалуется на частое и болѣзненное мочеиспусканіе. Черезъ нѣсколько дней появляются уже отеки, а еще позднѣе можетъ развиваться и урѣмія. Въ благопріятныхъ случаяхъ черезъ 1—2 недѣли лихорадочное состояніе прекращается, а еще недѣли черезъ 2—3 наступаетъ выздоровленіе.

Въ случаяхъ безлихорадочнаго нефрита начало болѣзни можно замѣтить только при ежедневномъ изслѣдованіи мочи на бѣлокъ. Дѣло начинается съ легкой альбуминурии, безъ замѣтныхъ измѣненій другихъ свойствъ мочи, но въ теченіе нѣсколькихъ дней альбуминурія прогрессивно увеличивается, количество мочи падаетъ, моча дѣлается мутной, кровянистой, появляются отеки и водянка, и въ концѣ концовъ наступаетъ или выздоровленіе (черезъ 3—5 недѣль, но иногда альбуминурія тянется и мѣсяцами), или урѣмія и смерть.

Приступъ урэмїи начинается, обыкновенно, *головной болью* и *рвотой*, а затѣмъ слѣдуютъ *общія судороги* съ потерей сознанія; продолжительность судорогъ колеблется отъ нѣсколькихъ минутъ до цѣлыхъ сутокъ; если во время ихъ наступаетъ летальный исходъ, то это случается большею частью въ теченіе первыхъ 24 часовъ.

Воспаленіе почекъ располагаетъ, между прочимъ, къ воспаленію серозныхъ оболочекъ, а потому плевритъ и перикардитъ составляютъ не особенно рѣдкія *осложненія* нефрита. Къ числу осложненій или послѣдствій нефрита относится еще *расширеніе сердца*, замѣтное иногда уже съ первыхъ дней по увеличенію сердечной тупости и слабому пульсу; въ случаѣ выздоровленія объемъ сердца возвращается къ нормѣ, или же развивается нѣкоторая гипертрофія.

Что касается *хроническаго нефрита*, то по свойствамъ мочи онъ очень похожъ на острую форму: мало мочи, много бѣлка; моча мутна и даетъ обильный осадокъ, въ которомъ много всякаго рода цилиндровъ и гнойныхъ тѣлецъ, а также и мочекислыхъ солей. Главное отличіе отъ остраго нефрита—хроническое, многолѣтнее теченіе.

*Диагностика* остраго или хроническаго нефрита на основаніи свойствъ мочи не трудна. Если при симптомахъ хроническаго воспаленія почекъ есть основаніе предполагать, въ виду этиологіи и значительнаго увеличенія и плотности печени и селезенки, амилоидъ этихъ органовъ, то съ такимъ же правомъ можно думать и объ амилоидѣ почекъ.

*Предсказаніе* при остромъ нефритѣ, вообще говоря, хорошо, такъ какъ значительное большинство больныхъ выздоравливаетъ, но въ виду возможности смертнаго исхода отъ отека легкихъ или отъ урэмїи и въ виду того, что заранѣе предвидѣть въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, разовьются ли эти опасные симптомы, или нѣтъ, нельзя, то предсказаніе тѣмъ опаснѣе, чѣмъ меньше мочи (при полной анурии въ теченіе сутокъ опасность всегда велика), чѣмъ больше въ мочѣ бѣлка (если моча свертывается при кипяченіи вся цѣликомъ, образуя родъ студня, то это очень опасное предзнаменованіе), чѣмъ распространеннѣе водянка (*hydrotorax* и особенно *hydropericardium* много опаснѣе асцита) и чѣмъ сильнѣе урэмическія судороги. Если мочи много, то богатство

ея кровью съ форменными элементами не ухудшаетъ предсказанія. Хроническій нефритъ принадлежитъ къ числу неизлѣчимыхъ болѣзней, и потому *предсказаніе* при немъ неблагоприятно.

*Лѣченіе.* Такъ какъ всего чаще, даже почти исключительно, приходится имѣть дѣло со scarlatinнымъ нефритомъ, то, въ видахъ *предохранительнаго лѣченія*, необходимо выдержать scarлатинозныхъ больныхъ въ постели по крайней мѣрѣ недѣли три, а въ тяжелыхъ случаяхъ до шести, при чемъ діета должна быть почти исключительно молочная. Еще болѣе обязательно пребываніе въ постели при первыхъ признакахъ альбуминурии. Діета тѣмъ строже, чѣмъ меньше мочи; для большинства случаевъ лучшею пищей можно считать молоко и слизистые супы, овсянку и т. п. Мясо абсолютно запрещается. Для питья—простая или сельтерская вода и некрѣпкій чай. Лѣченіе лихорадочныхъ нефритовъ всего лучше начинать съ слабительнаго. Calomel по 0.03—0.05 черезъ часъ, до дѣйствія, 6 порошковъ, и потомъ, въ случаѣ надобности, ложку кастороваго масла; годится также Inf. laxat. Wienensis, по десертной или столовой ложкѣ черезъ часъ, до дѣйствія.

Послѣ слабительнаго умѣстны легкія щелочныя diuretica, напр. Rp. Cremoris tartari 2.0; Aq. dest. 90.0; Syr. simpl. 10.0. DS. По десертной ложкѣ черезъ часъ. Въ случаѣ запора, прибѣгаютъ къ клизмамъ или, вмѣсто предыдущей микстуры, даютъ въ томъ же количествѣ natrum sulfuricum (2:100).

Въ позднѣйшіе періоды нефрита, когда моча выдѣляется въ достаточномъ количествѣ, но богата кровью и бѣлкомъ, показаны вяжущія или полуторохлористое желѣзо: Rp. D-ti fol. urvae ursi ex 5.0 ad 100.0; Syr. 10.0. DS. Черезъ 1—2 часа по чайной или десертной ложкѣ. Rp. Liq. ferri sesquichlor., Glycerini аа 5.0. DS. По 5 капель, 3 раза въ день, въ сахарной водѣ.

При водянкѣ—горячія ванны (постепеннымъ подливаніемъ горячей воды температуру воды поднимаютъ съ 29° R. до 31—32° R.) съ послѣдовательнымъ укутываніемъ въ шерстяныя одѣяла на 1—2 часа, разъ въ день.

При урэмii—ледъ на голову, слабительныя (Calomel., Inf. Wienensis), пиявки за уши, столько штукъ, сколько больному



лѣтъ (даже при слабомъ пульсѣ); во время судорогъ—вдыханія хлороформа или клизмы съ хлоралгидратомъ: Rr. Chloralhydr. 2.0; D-ti amyl. 100.0. DS. На 2 клизмы, въ подогрѣтомъ видѣ.

То же симптоматическое лѣченіе остается въ силѣ и при хроническомъ нефритѣ.

### XXXI. БѢЛИ у дѢТЕЙ—*vulvovaginitis*.

Воспаленіе слизистой оболочки срамныхъ губъ и влагалища у дѣвочекъ въ возрастѣ отъ 3 до 10 лѣтъ встрѣчается далеко не рѣдко и развивается, обыкновенно, безъ всякой видимой причины; рѣдко случается, чтобы бѣли вызывались заползающими *in vaginam* острицами или какими-нибудь другими механическими вліяніями (онанизмъ); чаще онѣ зависятъ отъ зараженія триппернымъ ядомъ, поскольку то доказывается присутствіемъ Neisser'скаго гонококка, который встрѣчается почти во всѣхъ случаяхъ *vulvitis* съ обильнымъ гнойнымъ отдѣленіемъ. Гонококкъ этотъ легко красится метиленовой синькой и характеризуется тремя признаками: во-1-хъ, тѣмъ, что онъ имѣетъ видъ диплококка въ формѣ кофейнаго зерна, во-2-хъ, что диплококкъ этотъ внутриклеточный, т.-е. встрѣчается онъ въ большемъ числѣ внутри эпителиальныхъ клетокъ и лейкоцитовъ, и въ 3-хъ, что по Gram'у онъ обезцвѣчивается; этотъ признакъ считается однимъ изъ важнѣйшихъ для дифференціальной діагностики Neisser'скаго гонококка отъ подобныхъ ему диплококковъ; но для окончательнаго доказательства истинной природы гонококка требуется еще констатированіе его патогенности, такъ какъ по изслѣдованіямъ Neiman'a оказалось, что и при катарральномъ воспаленіи влагалища встрѣчается иногда внутриклеточный диплококкъ, отличающійся отъ Neisser'скаго только своей непатогенностью при прививкѣ его на слиз. оболочку человѣческой уретры; Fraenkel наблюдалъ цѣлую эпидемію кольпита (62 дѣвочки въ возрастѣ отъ 1 до 12 лѣтъ), при которомъ въ гною постоянно встрѣчался диплококкъ, повидимому, ничѣмъ не отличавшійся отъ гонококка Neisser'a, а между тѣмъ прививка его на слиз. обо-

лочку вѣкъ вызывала лишь очень слабое раздраженіе, а не тяжелую бленоррею. Вотъ въ виду подобныхъ фактовъ и можно предполагать, что настоящій трипперный вульвитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается, должно-быть, не такъ часто, какъ вообще думаютъ тѣ, которые основываютъ свое мнѣніе на одномъ лишь бактериоскопическомъ изслѣдованіи гноя. Какъ бы то ни было, но несомнѣнно лишь то, что *дѣтскія бѣли заразительны*, и что болѣзнь можетъ передаваться не только при подмываніи дѣтей одной и той же губкой, но даже и при посредствѣ воды, если дѣти купаются въ общей ваннѣ. Эта-то заразительность и кажущаяся безпричинность болѣзни указываютъ на ея инфекціонное происхожденіе (хотя бы и не всегда трипперное). Располагающими причинами являются общій упадокъ питанія въ видѣ золотухи и анеміи, и потому бѣли встрѣчаются, обыкновенно, у слабыхъ, блѣдныхъ дѣтей.

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ катаральной набухлости и гипереміи слизистой оболочки или однѣхъ только срамныхъ губъ (*vulvitis*), или также и влагалища (*vulvovaginitis*) и мочеиспускательнаго канала, и даже маточной шейки.

*Симптомы.* Мать обращается къ врачу, обыкновенно, по поводу того, что замѣчается на бѣлѣ ребенка пятна отъ гноя, и такъ какъ самъ ребенокъ никакихъ субъективныхъ жалобъ не заявляетъ, то начало болѣзни остается въ большинствѣ случаевъ неизвѣстнымъ; иногда, впрочемъ, болѣзнь начинается съ лихорадочнаго состоянія, продолжающагося нѣсколько дней. При осмотрѣ половыхъ частей, внутренняя поверхность большихъ и малыхъ губъ оказывается покраснѣвшей и покрытой небольшимъ количествомъ слизисто-гнойнаго или чисто-гнойнаго отдѣляемаго; въ случаѣ распространенія процесса на влагалище, такое же отдѣляемое показывается изъ отверстія *hymenis* при давленіи на промежность пальцемъ или при жиленіи ребенка, при кашлѣ и т. п. При давленіи на промежность, гной показывается иногда и изъ уретры, что считается нѣкоторыми за характерный признакъ триппернаго происхожденія бѣлей.

Субъективныхъ жалобъ, какъ уже сказано, обыкновенно не бываетъ, но если, подъ вліяніемъ долго продолжавшихся

бѣлей, на слизистой оболочкѣ появляются ссадины, то мочеиспусканіе бываетъ до такой степени болѣзненнымъ, что ребенокъ старается какъ можно дольше задерживать мочу, а когда приходится мочиться, то плачетъ. Долго дліящаяся бѣли оказываютъ вліяніе и на общее состояніе; подъ вліяніемъ ли токсиновъ, всасывающихся съ поверхности больной слиз. оболочки, или, что менѣе вѣроятно, просто отъ продолжительнаго нагноенія развивается анемія: больныя теряютъ аппетитъ, дѣлаются блѣдными, страдаютъ частыми головными болями и проч.

*Теченіе* и продолжительность болѣзни не во всѣхъ случаяхъ одинаковы: острыя формы, начинающіяся лихорадочнымъ состояніемъ, кончаются въ 4—8 недѣль, но въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются также и хроническіе случаи съ самой неопредѣленною продолжительностью, до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Въ подобныхъ случаяхъ болѣзнь течетъ, обыкновенно, съ перерывами: подъ вліяніемъ лѣченія бѣли исчезаютъ, но черезъ 2—3 мѣсяца снова возвращаются; такое теченіе указываетъ на гонококковое происхожденіе бѣлей, и гонококки могутъ быть констатированы при рецидивахъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Обычный *исходъ* все-таки выздоровленіе.

*Осложненія* при vulvovaginitis у дѣтей тѣ же, что и у взрослыхъ: вслѣдствіе занесенія гноя въ глазъ можетъ развиться *бленноройное воспаленіе конъюнктивъ*, отъ распостраненія процесса по уретрѣ на мочевой пузырь—*cystitis gonorrhoeica*, а черезъ посредство влагалища—*endometritis* и даже *peritonitis* (очень рѣдко); путемъ метастазовъ поражаются иногда сочлененія—*бленноройный ревматизмъ*, съ гонококкамъ въ гною; иногда заболѣваетъ только одно сочлененіе (всею чаще колѣно), иногда—нѣсколько. Бленноройный ревматизмъ у дѣтей далеко навсегда бываетъ гнойнымъ, во многихъ случаяхъ онъ отличается, напротивъ, легкостью теченія и выражается или только болью въ томъ или въ другомъ сочлененіи, или еще легкой припухlostью, какъ при обыкновенномъ ревматизмѣ.

*Диагностика* существованія бѣлей не трудна: для этого достаточно осмотра бѣлья и половыхъ частей ребенка; труднѣе рѣшить вопросъ, идетъ ли дѣло о простомъ или гоно-

кокковомъ vulvovaginitis. Обиліе гноя, зеленый цвѣтъ его, упорство болѣзни, частые возвраты и наличность болѣзни у нѣсколькихъ членовъ семьи, по общему мнѣнію, говорить въ пользу триппернаго происхожденія бѣлей. Бактеріологическое изслѣдованіе для окончательнаго выясненія діагностики необходимо, хотя одной окраски препаратовъ метиленовой синькой и нельзя считать вполне достаточной, ибо большое сходство съ гонококками могутъ имѣть и непатогенныя диплококки.

*Предсказаніе* хорошо, но слѣдуетъ имѣть въ виду возможную упорность страданія и потому не обѣщать быстрого излѣченія.

*Лѣченіе.* Профилактика можетъ имѣть большое значеніе, если извѣстно, что у кого-либо изъ дѣтей данной семьи или у окружающихъ взрослыхъ появились бѣли; больная должна имѣть свое беде, свою губку и проч., не должна спать на одной кровати съ здоровыми дѣтьми и вообще соблюдать чистоту рукъ и больныхъ частей. Лѣченіе развившейся болѣзни ведется при vulvitis обмываніями и примочками, а при vulvovaginitis — кромѣ того, еще шпринцованіями или введеніемъ in vaginam іодоформныхъ палочекъ.

При vulvitis: Rp. Sol. aluminis crudi 2:100 (чайную ложку квасцовъ на стаканъ воды). DS. Для подмыванія два раза въ день, и Rp. Ac. tannici 2.0; Aq. destill. 100.0. DS. Смачивать ватный тампонъ и закладывать его на ночь intra labia; или съ тою же цѣлью берутъ растворъ сулемы 1:2000. При vulvovaginitis тотъ же растворъ сулемы или Rp. Zinci sulfur. 0.5; Aq. destil. 250. DS. Шпринцовать 2 раза въ день. Rp. Jodoformii 0.1; Gelatinae 0.6. M. f. bacil. magnit. hic designata. D. S. Вводитъ in vaginam утромъ и вечеромъ \*).

Кромѣ катаррального vulvovaginitis, у дѣтей встрѣчаются еще и другія формы, каковы *vulvitis phlegmonosa*, сопровождающаяся сильною опухолью губъ и кончающаяся образованіемъ нарыва; эта форма рѣдко развивается изъ vulvovaginitis catarrhalis, обыкновенно же причиной ея бываетъ рожа. *Vulvitis diptheritica* является или самостоятельно, при запу-

\*) Также шпринцованія слабыми растворами марганцовокислаго калия, протаргола, аргентамина.

ценныхъ и неряшливо содержимыхъ бѣляхъ, и тогда въ дифтеритическомъ эксудатѣ, покрывающемъ ссадины слизистой оболочки, не находятъ дифтеритнаго Löffler'sкаго бацилла, или *vulvitis diphtheritica* служитъ однимъ изъ проявленій дифтерии, и тогда сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ поражениемъ зѣва и тяжелымъ общимъ состояниемъ; въ отдѣляемомъ легко открыть бацилла Löffler'a. *Vulvitis gangrenosa*, подобно гангренѣ щеки (нома), встрѣчается только у истощенныхъ дѣтей, въ особенности послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней—тифа, скарлатины, оспы и др. *Vulvitis syphilitica* не особенно рѣдко встрѣчается при рецидивахъ врожденнаго сифилиса и проявляется въ видѣ кондиломъ на слизистой оболочкѣ, превращающихся потомъ въ сифилитическія эрозіи и язвы.

### XXXII. Рахитъ—rachitis.

Рахитомъ называется общее заболѣваніе организма, проявляющееся главнымъ образомъ своеобразнымъ измѣненіемъ костей. Измѣненія эти состоятъ, съ одной стороны, въ размягченіи компактнаго вещества кости вслѣдствіе всасыванія солей извести изъ старой кости и недостаточнаго отложенія этихъ солей въ новообразованную кость, а съ другой — въ усиленномъ разрастаніи клѣтокъ хряща и въ обильномъ образованіи неокостенѣвающей остеондной ткани со стороны хряща пакостницы; въ результатѣ этихъ двухъ процессовъ получается чрезвычайная мягкость и гибкость костей у рахитиковъ \*).

\*) Прежде думали, что при рахитизмѣ, въ отличіе отъ остеомаляши, всасыванія компактнаго вещества кости не происходитъ, а мягкость костей обуславливается только неотложеніемъ извести во вновь образующуюся остеондную ткань, но въ настоящее время доказано противное, и именно какъ гистологическими изслѣдованіями Kassowitz'a и друг., такъ равно и химическими работами Baginsk'аго. Послѣдній показалъ, что въ нормальныхъ костяхъ отношеніе азота къ извести=100:372, а въ рахитическихъ какъ 100:165. Если бы,—говоритъ В.,—ребенокъ въ теченіе года совсѣмъ не получилъ извести съ пищей, то отношеніе азота къ извести въ костяхъ уменьшилось бы не болѣе какъ 100:343. Значитъ, известь не только не отлагается въ рахитическія кости, но даже извлекается изъ нихъ.

Отъ чего именно происходитъ подобное обѣднѣніе рахитическихъ костей известью, мы еще не знаемъ; во всякомъ случаѣ не недостатокъ извести въ пищѣ служитъ причиной рахитизма, а изъ многочисленныхъ теорій рахитизма, предложенныхъ разными авторами съ цѣлью выяснитъ патогенезъ или ближайшую причину рахитизма, ни одна не можетъ считаться не только вполнѣ доказанною, но даже общепринятою. По мнѣнію Kassowitz'a, такъ много потрудившагося надъ изученіемъ рахитизма, измѣненія въ костяхъ сводятся къ хроническому воспаленію растущихъ костей, и воспаленіе это для своего развитія вовсе не требуетъ какого-либо специфическаго раздражителя, а появляется при всякомъ разстройствѣ питанія организма вообще и сосудистыхъ стѣнокъ въ частности; воспаленіе локализуется, главнымъ образомъ, въ мѣстахъ новообразованія кости; здѣсь, какъ при всякомъ оститѣ, замѣчается значительная гиперемія, новообразование сосудовъ, усиленный токъ плазмы и въ результатѣ всего этого недостаточное отложеніе извести въ новообразующуюся остеоидную ткань и размягченіе старой кости. Но, во-первыхъ, не всѣ еще согласны съ тѣмъ, что рахитическія измѣненія костей тождественны съ хроническимъ воспаленіемъ, а во-вторыхъ, несправедливо и то, будто къ рахитизму ведетъ *всякое* разстройство питанія организма: при хроническомъ голоданіи, напр., мы часто видимъ маленькихъ дѣтей въ состояніи высшей степени истощенія, но безъ слѣдовъ рахитизма.

Хотя ближайшая причина рахита намъ и неизвѣстна, но зато *производящія причины его* мы знаемъ довольно хорошо: онѣ сводятся къ пищѣ, воздуху, острому и хроническому болѣзнямъ и къ индивидуальному или врожденному расположенію.

*Пища.* Рожковыя дѣти заболѣваютъ рахитомъ не только чаще грудныхъ, но и гораздо сильнѣе; особенно часто захварываютъ тѣ дѣти, въ діетѣ которыхъ съ первыхъ мѣсяцевъ жизни преобладаютъ мучнистыя вещества. Изъ грудныхъ чаще заболѣваютъ рахитомъ дѣти, питающіяся старымъ молокомъ (т.-е. когда въ кормилицы поступаетъ женщина, уже откормившая своего ребенка); далѣе, дѣти перекормленныя, тучныя и, наконецъ, дѣти очень молодыхъ матерей.

*Воздухъ.* Недостатокъ чистаго воздуха можетъ быть даже важнѣе недостатка грудного молока, и именно по этой причинѣ сильныя степени рахитизма нерѣдко встрѣчаются у дѣтей бѣднаго класса, несмотря на то, что они кормятся грудью родной матери; по этой же причинѣ на югѣ, гдѣ, благодаря теплой погодѣ, дѣти круглый годъ пользуются чистымъ воздухомъ, рахитъ или вовсе не встрѣчается, или только въ легкихъ формахъ; въ чистомъ горномъ воздухѣ

рахить тоже встрѣчается рѣдко. Особенно вредными оказываются сырыя квартиры со спертымъ воздухомъ и недостаточно свѣтлыя.

*Изъ острыхъ болѣзней* нѣтъ, кажется, ни одной, которая не могла бы содѣйствовать развитію рахитизма или, что бываетъ чаще, усиленію уже раньше существовавшей англійской болѣзни. Особенное значеніе въ этомъ отношеніи имѣютъ катарры кишекъ, воспаленіе легкихъ, коклюшь и острые инфекціонныя сыпныя болѣзни, каковы корь, оспа, скарлатина.

Изъ хроническихъ болѣзней главнѣйшее значеніе въ этиологіи тяжелыхъ степеней рахитизма принадлежитъ *наследственному сифилису*, а потомъ анэміи; что касается до хроническихъ бронхитовъ и катарровъ кишекъ, то обыкновенно трудно бываетъ рѣшить, составляютъ ли они слѣдствіе или причину рахитизма, а всего вѣроятнѣе, что они взаимно поддерживаютъ другъ друга; то же самое можно сказать и по поводу хроническихъ запоровъ, столь часто встрѣчающихся у рахитиковъ, особенно при анэміи.

Что *индивидуальное расположеніе* къ рахитизму не у всѣхъ дѣтей одинаково, не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ какъ дѣти, живущія подъ вліяніемъ однихъ и тѣхъ же неблагоприятныхъ условій, заболѣваютъ не одинаково; есть семьи, въ которыхъ всѣ дѣти впадаютъ въ болѣе или менѣе рѣзко выраженный рахитизмъ, несмотря на грудное кормленіе и на возможно лучшую гигиеническую ихъ обстановку касательно воздуха и свѣта; еще въ другихъ случаяхъ дѣти уже рождаются съ признаками рахитизма, такъ что поневолѣ приходится допустить вліяніе здоровья родителей. Врожденное расположеніе къ рахитизму можетъ быть прямо *наследственнымъ*, именно, если кто-либо изъ родителей страдалъ тяжелымъ рахитизмомъ, или оно можетъ быть результатомъ врожденной слабости ребенка, какъ у недоносковъ и близнецовъ, или какихъ-либо болѣзней родителей, въ особенности туберкулеза и сифилиса. Интересно отмѣтить, что въ многодѣтныхъ семьяхъ въ большинствѣ случаевъ рахитизмомъ сильнѣе поражаются первенцы, особенно если мать еще не достигла 20-лѣтняго возраста.

Чрезвычайно важное значеніе въ этиологіи рахитизма имѣетъ *возрастъ*. Начало болѣзни падаетъ или на послѣдніе мѣсяцы утробной жизни (*врожденный рахитизмъ*), или на

первый годъ. Послѣ 4-го года рахитизмъ не только не начинается, но если раньше былъ, то проходитъ, обыкновенно, самъ собой.

*Патолого-анатомическія измѣненія*, характеризующія рахитизмъ, локализируются въ костяхъ.

Макроскопически замѣчается гиперемія и мягкость костей, и утолщеніе эпифизовъ и наcostницы; въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ мягкость костей доходить до такой степени, что діафизы легко рѣжутся ножомъ и могутъ быть свободно согнуты, а потому уже при жизни у подобнаго рода больныхъ развиваются различнаго рода искривленія длинныхъ костей и обезображиваніе грудной клѣтки; изъ черепныхъ костей всего больше размягчается затылочная кость, такъ что мѣстами она оказывается совершенно лишенной костнаго вещества, т.-е. какъ бы продыравленной, и эти продыравленные мѣста на сухихъ препаратахъ представляются въ видѣ дыръ, затянутыхъ тонкими перепонками, а въ свѣжемъ состояніи здѣсь *dura mater* непосредственно прилегаетъ къ наcostницѣ (*craniotabes*).

Микроскопическія измѣненія при рахитизмѣ бываютъ всего рѣзче выражены въ мѣстахъ роста кости, т.-е. въ мѣстѣ перехода хряща въ кость и въ области наcostницы.

Мѣсто перехода хряща въ кость, извѣстное подъ именемъ линіи окостенѣнія, представляется на продольномъ разрѣзѣ кости въ видѣ ровной черты, отдѣляющей богатый сосудами и потому красный, грануляціонный слой кости\*) отъ бесосудистаго хряща. Ближайшіе къ линіи окостенѣнія слои хряща, прежде чѣмъ перейти въ кость, подвергаются извѣстнымъ измѣненіямъ, какъ со стороны клѣтокъ, такъ и въ основномъ своемъ веществѣ; тонкая (около  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  миллиметровъ) полоска хряща, на протяженіи которой совершаются эти подготовительныя измѣненія (эпифизарный хрящъ), состоитъ изъ двухъ слоевъ, ясно различимыхъ невооруженнымъ

---

\*) Грануляціонный слой кости есть не что иное, какъ новообразованная губчатая кость, пронизанная костномозговымъ веществомъ, которое по богатству сосудовъ и клѣтокъ очень похоже на грануляціонную ткань; такъ какъ въ нормальномъ состояніи эта грануляціонная ткань врастаетъ въ хрящъ на всѣхъ пунктахъ равномерно, то линія, отграничивающая ее отъ хряща, является ровной, гладкой.



глазомъ: непосредственно къ грануляціонному слою прилежитъ едва замѣтная (не шире  $\frac{1}{2}$  мм.) бѣловато-матовая или желтоватая полоска (регрессивный слой хряща); здѣсь происходитъ предварительное отложеніе солей извести. въ основное вещество хряща; непосредственно надъ этимъ слоемъ замѣчается болѣе широкой (около 1—2 мм.) синеватый слой хряща (пролифераціонный или гипертрофическій). Въ этомъ слое замѣчается размноженіе клѣтокъ хряща, увеличеніе отдѣльныхъ клѣтокъ и расположеніе ихъ въ колонки. При нормальномъ ростѣ кости дѣло идетъ такимъ образомъ, что въ хрящевыя полости регрессивнаго слоя проникаютъ сосудистыя петли и грануляціонныя клѣтки (образуются, следовательно, новые костномозговые каналы), и по стѣнкамъ инфильтрированныхъ известью перекладинъ отлагаются первые остеобласты.

Въ рахитическихъ костяхъ замѣчаются различныя отклоненія отъ только-что обрисованнаго нормальнаго хода. Во-1-хъ, легко констатировать значительное утолщеніе пролифераціоннаго слоя хряща (иногда онъ въ 10 разъ шире, чѣмъ въ нормѣ), что зависитъ отъ ненормальнаго усиленнаго размноженія хрящевыхъ клѣтокъ. Во-2-хъ, замѣчается чрезмѣрная васкуляризація хряща вѣдствие того, что мѣстами грануляціонная ткань (костномозговые каналы) вмѣстѣ съ сосудами не оканчивается на уровнѣ регрессивнаго слоя, а заходитъ далеко въ область утолщеннаго пролифераціоннаго слоя, оттого и линія окостенѣнія уже не можетъ имѣть вида гладкой прямой черты, а представляется волнообразной или неправильно зубчатой. Въ 3-хъ, существенное отклоненіе въ томъ, что, благодаря обилію сосудовъ и усиленному току плазмы въ новообразованную остеондную ткань, или вовсе не отлагается извести, или очень мало, а, между тѣмъ, въ пролифераціонномъ слое, въ участкахъ, довольно отдаленныхъ отъ линіи окостенѣнія, встрѣчаются островки кости, происшедшей метапластическимъ путемъ (безъ участія остеобластовъ прямо изъ хряща).

Приблизительно то же наблюдается и въ мѣстахъ образованія кости изъ наcostницы. Въ нормальномъ состояніи плотная наcostница отдѣляется отъ компактной периферіи кости весьма тонкимъ слоемъ грануляціонной ткани. При

рахитизмъ значительно утолщаются какъ сама наcostница, такъ и грануляціонный слой, но въ новообразованную остеоидную ткань почти вовсе не отлагается извести.

Рахитическія измѣненія въ костяхъ этимъ, однако, не ограничиваются, такъ какъ рядомъ съ недостаточнымъ отложеніемъ извести въ эпифизахъ происходитъ еще всасываніе уже образовавшейся компактной кости въ діафизахъ и замѣна ея новообразованной остеоидной тканью. Въ силу всѣхъ этихъ измѣненій, рахитическая кость въ концѣ концовъ дѣлается мягкой и гибкой.

При исходѣ въ выздоровленіе дѣло начинается съ уменьшенія гипереміи хряща и наcostницы, избыточное размноженіе клѣтокъ прекращается, новообразованные слои кости быстро окостенѣваютъ, и въ концѣ концовъ кости дѣлаются даже толще и крѣпче нормальныхъ (*eburneatio rachitica*).

Рѣзко измѣняется также и *химическій составъ* костей, и именно въ томъ смыслѣ, что количество извести значительно уменьшается, а количество органическихъ веществъ увеличивается. По изслѣдованіямъ Вагинск'аго, въ нормальныхъ костяхъ органическія вещества относятся къ минеральнымъ какъ 35 : 65, а при рахитизмѣ можетъ случиться какъ разъ наоборотъ, и отношеніе будетъ какъ 65 : 35.

*Симптомы.* Рахитизмъ принадлежитъ къ числу самыхъ частыхъ болѣзней маленькихъ дѣтей; онъ выражается главнымъ образомъ измѣненіями въ костяхъ. Только въ тяжелыхъ случаяхъ поражаются всѣ кости скелета, а въ болѣе легкихъ степеняхъ болѣзни, смотря по обстоятельствамъ, преобладаютъ то измѣненія въ костяхъ черепа, то въ грудной клѣткѣ, то въ конечностяхъ. Вообще говоря, рахитическій процессъ въ костяхъ выражается въ двухъ направленіяхъ: 1) въ утолщеніи костей въ мѣстахъ новообразованія и роста костей, т.-е. въ эпифизахъ, и 2) въ размягченіи компактнаго вещества діафизовъ и въ зависящемъ отъ того измѣненіи формы костей. Въ частности эти измѣненія состоятъ въ слѣдующемъ.

*Рахитизмъ головы.* Самымъ раннимъ симптомомъ рахитизма (на 3-мъ—4-мъ мѣсяцахъ жизни) является *размягченіе затылка*. Въ легкихъ случаяхъ всего лучше изслѣдовать ребенка при положеніи его на спинѣ; большіе пальцы обѣихъ

своихъ рукъ врачъ помѣщаетъ на лобъ больного, а концами остальныхъ пальцевъ онъ производитъ умѣренное давленіе на различныя мѣста затылка и находитъ при этомъ уступчивыя мѣста въ области ламбоиднаго шва. Мѣста эти или только едва поддаются давленію, или они представляются настолько мягкими, что вдавливаются и трещать, какъ пергаментъ или карта; въ тяжелыхъ случаяхъ острова размягченія сливаются, и затылочная кость оказывается мягкой почти на семь своемъ протяженіи. При этомъ замѣчается, обыкновенно, *потливость головы и облыскіе затылка*. У маленькихъ же дѣтей замѣчаются и другіе два симптома рахитизма головы, а именно: *расхожденіе швовъ* и значительное *увеличеніе родничка*. Въ нормальномъ состояніи у 3-мѣсячнаго ребенка швы уже не могутъ быть прощупаны, тогда какъ у рахитиковъ они могутъ оставаться до 5 мѣсяцевъ и даже дольше, при чемъ это относится не только къ стрѣловидному и вѣнечному швамъ, но также и къ лобному, а родничокъ, зарастающій у здоровыхъ дѣтей въ началѣ 2-го года, закрывается только на 3-мъ или на 4-мъ году.

Послѣ 6 мѣсяцевъ начинается выступать *утолщеніе лобныхъ и теменныхъ бугровъ*, вслѣдствіе чего овальная форма черепа превращается въ четырехугольную, что бываетъ особенно замѣтно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ одновременно происходитъ уплощеніе свода черепа (*la tête carrée*); въ еще болѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ бугры настолько разрастаются, что въ мѣстахъ швовъ получаютъ углубленія — *сѣдлистая голова*; если углубленіе особенно рѣзко выражено между теменными буграми, то задняя часть черепа получаетъ нѣкоторое сходство съ ягодицами, откуда и произошло названіе — *scapulum patiformis* — *ягодичный черепъ*.

*Рахитизмъ грудной кѣтки* начинается тоже рано, нерѣдко уже въ первую половину года. Въ легкихъ случаяхъ онъ выражается *утолщеніемъ реберъ въ мѣстахъ перехода грудинаго конца въ хрящъ*; утолщеніе это имѣетъ видъ небольшого выступа, иногда замѣтнаго глазу и во всякомъ случаѣ легко доступнаго осязанію, для чего стоитъ только провести по ребру пальцемъ, который и открываетъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ грудины порогъ; это такъ наз. *рахитическія четки*. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ ребра дѣ-

лаются настолько мягкими, что при глубоких вдохахъ (напр., при крикѣ) они уступаютъ, съ одной стороны, давлению атмосфернаго воздуха, а съ другой—сокращающейся діафрагмѣ, вслѣдствіе чего происходитъ вдавленіе грудной клѣтки съ боковъ и вдоль мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы въ нижней периферіи груди. Сначала эти вдавленія бываютъ кратковременными, т.-е. только во время глубокаго дыханія, а потомъ дѣлаются постоянными; грудина при этомъ выдается впередъ, и получается такъ наз. *куриная грудь* (*pectus carinatum*). Вслѣдствіе того, что ложныя и нижнія истинныя ребра находятъ себѣ опору въ брюшныхъ внутренностяхъ, грудная клѣтка въ нижней своей части, вплоть до мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы, остается расширенной и отдѣляется отъ выше лежащихъ вдавленныхъ частей довольно глубокою бороздой — *Harrison*’овскою бороздой. (Грудная клѣтка у рахитиковъ принимаетъ ту самую форму, которая замѣчается у маленькихъ дѣтей во время приступовъ инспираторной одышки, напр., при крупѣ: здѣсь нормальныя ребра вдавливаются подъ вліяніемъ атмосфернаго давленія, отъ разрѣженія воздуха въ грудной полости и отъ чрезмѣрно сильныхъ сокращеній діафрагмы, а у рахитиковъ размягченныя ребра не выдерживаютъ и нормальнаго давленія).

*Рахитизмъ позвоночника.* Вслѣдствіе слабости спинныхъ мышцъ и расслабленія связокъ, маленькій рахитикъ въ сидячемъ положеніи не можетъ держать свою спину прямо, а сгибаетъ ее, какъ дѣлаютъ это въ нормальномъ состояніи дѣти самыхъ первыхъ мѣсяцевъ жизни; если окружающіе, не обращая на это вниманія, продолжаютъ носить ребенка въ сидячемъ положеніи, то временная сутуловатость дѣлается постояннымъ кифозомъ.

*Рахитическій кифозъ* отличается отъ Поттова горба тѣмъ, что при первомъ спина имѣетъ форму дуги съ большимъ радіусомъ (въ образованіи ея принимаетъ участіе весь позвоночникъ), тогда какъ при спондилитѣ горбъ бываетъ угловатый, соотвѣтственно двумъ-тремъ позвонкамъ.

Рахитическій кифозъ развивается, слѣдовательно, не столько отъ самаго рахитизма, сколько отъ несвоевременнаго держанія ребенка въ вертикальномъ положеніи; отъ той же причины появляется и рахитическій сколіозъ, т.-е. боковое

искривленіе позвоночника. Такъ какъ няньки имѣютъ обыкновеніе носить ребенка на лѣвой рукѣ (чтобы правую руку имѣть свободной), то ребенокъ, пригибаясь къ груди няньки (ради опоры), сгибаетъ свой позвоночникъ такимъ образомъ, что выпуклость кривизны обращается влѣво, а потому и рахитическіе сколіозы бывають, обыкновенно, лѣвосторонними.

*Рахитизмъ конечностей* въ легкихъ случаяхъ выражается утолщеніемъ эпифизовъ нижнихъ концовъ костей предплечья и голени (такъ наз. рахитическіе браслеты, или двойныя сочлененія), а въ болѣе тяжелыхъ, кромѣ того, еще и размягченіемъ діафизовъ длинныхъ костей, вслѣдствіе чего происходятъ болѣе или менѣе значительныя искривленія ихъ, наиболѣе выраженныя въ голеняхъ и предплечьяхъ. Происхожденіе искривленій объясняется отчасти вліяніемъ мышечныхъ сокращеній (преобладаніемъ сгибателей), отчасти дѣйствіемъ тяжести тѣла при раннихъ попыткахъ ставить ребенка на ножки.

*Сочлененія* тоже не остаются безучастными: вслѣдствіе распространенія гипереміи на связочный аппаратъ, происходитъ расслабленіе связокъ и зависящее отъ того или неправильное положеніе суставныхъ концовъ костей, напр., genu valgum, или чрезмѣрная подвижность членовъ, особенно замѣтная въ колѣнныхъ и бедренныхъ сочлененіяхъ.

О вліяніи рахитизма на процессъ *прорѣзыванія молочныхъ зубовъ* было говорено на стр. 81; здѣсь замѣтимъ только, что кромѣ запаздыванія первыхъ зубовъ или удлиненія промежутковъ между группами и нарушенія очереди въ появленіи отдѣльныхъ зубовъ, у рахитиковъ нерѣдко замѣчается скорая порча зубовъ; кромѣ гнилыхъ зубовъ, у рахитиковъ не особенно рѣдко замѣчаются зубы съ изъѣденной эмалью (ямочки или поперечныя бороздки на передней поверхности рѣзцовъ), какъ при врожденномъ сифилисѣ. Но такъ какъ у нѣкоторыхъ рахитиковъ зубы сохраняются въ прекрасномъ видѣ, то трудно рѣшить, какая, собственно, причина портитъ зубы—самъ ли рахитическій процессъ, или какія-нибудь другія условія, напр., кислая реакція ротовой слизи при нѣкоторыхъ диспепсіяхъ, къ которымъ такъ склонны рахитики, или лѣченіе каломелемъ, къ которому подають поводъ

часто встрѣчающіяся осложненія рахитизма разнообразными лихорадочными процессами.

Рахитическія измѣненія челюстей, а также и таза, для дѣтскаго врача не имѣютъ особаго значенія.

Выше было сказано, что рахитизмъ принадлежитъ къ категоріи общихъ болѣзней организма; общее заболѣваніе въ данномъ случаѣ выражается въ чрезвычайной склонности рахитиковъ къ различнымъ мѣстнымъ болѣзнямъ, такъ что почти у каждаго рахитика есть какая-нибудь *привычная болѣзнь*: у одного страдаютъ преимущественно органы пищеваренія, у другого — нервная система, у третьяго — кожа и т. д.

Мы ограничимся здѣсь только перечнемъ этихъ болѣзней, на которыя можно смотрѣть, какъ на *осложненія* рахитизма.

*Органы пищеваренія.* У маленькихъ дѣтей—хроническія диспепсіи, у дѣтей послѣ года—хроническіе катарры кишекъ, выражающіеся или постояннымъ, или часто повторяющимся *поносомъ* и значительнымъ метеоризмомъ, вслѣдствіе котораго *большой животъ* (лягушечій животъ) рахитиковъ пользуется извѣстностью не только у врачей, но и у публики. У другихъ больныхъ преобладаетъ вялость кишекъ, и потому постоянные *запоры*. Аппетитъ у рахитиковъ рѣдко остается нормальнымъ: у однихъ онъ чрезмѣрно силенъ, у другихъ, напротивъ, слишкомъ малъ. Языкъ нерѣдко представляетъ ландкартообразное шелушеніе эпителия.

Мочеполовые органы у рахитиковъ поражаются рѣдко; моча не представляетъ у нихъ ничего особеннаго; усиленное выдѣленіе солей извести съ мочей встрѣчается въ меньшинствѣ случаевъ.

Со стороны *органовъ дыханія* обычнымъ спутникомъ рахитизма является хроническій, безлихорадочный *трахеитъ*, выражающійся легкимъ кашлемъ и грубымъ влажнымъ хрипомъ, слышимымъ на разстояніи; хрипъ этотъ происходитъ въ нижней части трахеи и отлично ощущается рукой, приложенной къ рукояткѣ грудины. Нерѣдко также встрѣчаются у рахитиковъ хроническіе или часто повторяющіеся бронхиты, въ тяжелыхъ случаяхъ ведущіе къ бронхо-пневмоніи и тогда весьма опасные.

Припадки со стороны *нервной системы* у маленьких дѣтей, отъ полугода до 2 лѣтъ, всего чаще выражаются ларингоспазмомъ (особенно часто при размягченномъ затылкѣ) и эclamпсическими судорогами. Часто встрѣчается также тревожный сонъ и общая раздражительность; впрочемъ, не особенно рѣдко встрѣчаются рахитики очень веселаго нрава и весьма тихіе; въ умственномъ отношеніи рахитики въ большинствѣ случаевъ развиты хорошо и нерѣдко превосходятъ въ этомъ отношеніи своихъ здоровыхъ сверстниковъ. Къ числу нервныхъ явленій относится также усиленная дѣятельность потовыхъ железъ у рахитиковъ; особенной извѣстностью пользуется *потливость головы* у маленькихъ дѣтей, страдающихъ размягченіемъ затылка.

*Кровотвореніе* у рахитиковъ почти всегда страдаетъ, и потому малокровіе встрѣчается у нихъ очень часто; нерѣдко оно сопровождается значительной *опухолью селезенки*, а иногда и припухlostью лимфатическихъ железъ.

*Кожа*, помимо блѣдности, оказывается наклонной къ различнымъ сыпямъ, изъ которыхъ всего чаще встрѣчаются *потовыя* сыпи въ видѣ *miliaria rubra* (грудь, спина, лобъ, сгибательная поверхность конечностей) и *экзема* лица, рѣже— всего тѣла. Мышечная система у рахитиковъ хотя и не остается безучастной, но дѣло ограничивается только нѣкоторою дрябlostью мышцъ и ихъ похуданіемъ, но до параличей никогда не доходить, и если рахитики разучиваются ходить или начинаютъ ходить только по 3-му году, то это зависитъ не отъ чрезмѣрной слабости мышцъ, а отъ болѣзненности въ костяхъ и въ сочлененіяхъ.

*Лихорадочное состояніе* не свойственно рахитическому процессу, но, тѣмъ не менѣе, у рахитиковъ нерѣдко встрѣчаются кратковременныя или болѣе продолжительныя повышенія температуры, зависяція или отъ обостренія катарровъ дыхательныхъ путей, или отъ неизвѣстныхъ причинъ.

*Теченіе* рахитизма всегда хроническое, отъ двухъ—трехъ мѣсяцевъ до 2—3 лѣтъ. Начинается онъ, обыкновенно, симптомами неопредѣленнаго недомоганія въ видѣ блѣдности, похуданія (дрябlostь бедеръ), раздражительности, тревожнаго сна, потливости головы; все это приписывается диспепсии, которая тогда часто наблюдается въ качествѣ предвѣстника

рахитизма. У дѣтей 3—5 мѣсяцевъ очень рано можно замѣтить размягченіе затылка. Подъ вліяніемъ лѣченія и устраненія причинъ или благодаря наступленію лѣта, болѣзнь можетъ остановиться въ этомъ начальномъ періодѣ, и все кончается черезъ нѣсколько недѣль полнымъ выздоровленіемъ; въ менѣе благоприятныхъ случаяхъ появляются, напротивъ, и другія рахитическія измѣненія въ видѣ разрастанія лобныхъ и теменныхъ бугровъ, утолщенія реберныхъ эпифизовъ и т. д.

Если рахитизмъ начинается къ концу 1-го года, то размягченія затылка не бываетъ, но наблюдается запоздалое прорѣзываніе зубовъ или удлиненіе антрактовъ между отдѣльными группами и пораженіе реберъ. Еще позднѣе поражаются и конечности.

Въ литературѣ описываются иногда случаи остраго рахитизма—*rachitis acuta*, но что, собственно, слѣдуетъ понимать подъ этимъ именемъ, не всѣ согласны. Одни говорятъ, что сюда относятся случаи рахитизма, отличающіеся отъ обыкновенныхъ только болѣе быстрымъ развитіемъ пораженія костей, оттого и болѣзненность въ костяхъ, собственно въ эпифизахъ, бываетъ болѣе рѣзко выражена, при чемъ можетъ появиться и лихорадочное состояніе. Но въ большинствѣ случаевъ, описанныхъ подъ именемъ остраго рахитизма, дѣло идетъ о заболѣваніи совершенно особаго рода; отъ обыкновеннаго рахитизма оно отличается не только острымъ теченіемъ, но также и тѣмъ, что боли локализируются, главнымъ образомъ, въ діафизахъ, и что довольно часто къ этому присоединяется скорбутическое пораженіе десенъ. Болѣзнь эта, извѣстная подъ именемъ *Barlow'ской болѣзни*, или *скорбутическаго заболѣванія рахитиковъ*, можетъ быть, не имѣетъ съ рахитизмомъ ничего общаго. Въ періодъ своего полного развитія она характеризуется слѣдующимъ: заболѣвають, обыкновенно, рожковыя дѣти въ возрастѣ 4—18 мѣсяцевъ; съ перваго взгляда ребенокъ производитъ впечатлѣніе больного, страдающаго острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ: отъ боли въ конечностяхъ онъ лежитъ вполне неподвижно и вскрикиваетъ при малѣйшемъ къ нему прикосновеніи и при всякомъ пассивномъ движеніи; подъ вліяніемъ боли онъ часто стонетъ и почти совсѣмъ не спитъ. При объективномъ



изслѣдованіи ребенокъ представляется хорошо упитаннымъ, но блѣднымъ, съ симптомами умѣреннаго рахитизма; боль локализуется не въ сочлененіяхъ, а въ діафизахъ костей, изъ коихъ нѣкоторыя оказываются замѣтно утолщенными (бедро, голень); во многихъ случаяхъ (но не всегда) десны около вышедшихъ рѣзцовъ *сильно набухаютъ, сине-багроваго цвѣта, легко кровоточатъ*; остальная часть слизистой оболочки рта нормальна, на кожѣ петехій нѣтъ, но иногда замѣчается *отечно-геморрагическая припухлость вѣкъ*. Изъ другихъ органовъ всего чаще поражается кишечникъ (рвота и поносъ); лихорадка незначительна или вовсе отсутствуетъ, но всегда бываетъ сильная *потливость* (особенно головы). Изъ анамнеза оказывается, что ребенокъ воспитывался на коровьемъ молокѣ или на консервахъ; до послѣдняго времени былъ здоровъ, но за послѣднія 2—3 недѣли сталъ очень безпокоенъ, потливъ, и у него появились боли въ конечностяхъ, особенно въ ногахъ. Болѣзнь течетъ остро и при соответственномъ лѣченіи кончается выздоровленіемъ въ 2—3 недѣли; въ противномъ же случаѣ затягивается на мѣсяцы и можетъ вести къ смерти путемъ истощенія или вслѣдствіе случайныхъ осложненій.

Анатомическая сущность измѣненій въ костяхъ, какъ показали изслѣдованія лондонскаго врача Barlow'a, состоитъ въ геморрагическомъ процессѣ; кровеносныя сосуды встрѣчаются, главнымъ образомъ, подъ наkostницей и въ глубокихъ мышечныхъ слояхъ въ бедрѣ. Кровоизліянія встрѣчаются также и въ костяхъ черепа и во внутреннихъ органахъ (легкія, печень, селезенка). Barlow считаетъ эту болѣзнь просто за скорбутъ грудныхъ дѣтей. Въ пользу этого мнѣнія можно привести то, что данное заболѣваніе, подобно скорбуту, развивается подъ вліяніемъ дурнокачественной пищи, т.-е. рожковаго кормленія. Для лѣченія рекомендуется замѣна кипяченнаго (стерилизованнаго) молока и мучныхъ препаратовъ свѣжимъ, сырымъ молокомъ и мяснымъ сокомъ и, какъ лѣкарство, 2—3 чайныхъ ложки анельсиннаго или лимоннаго сока pro die.

*Діагностика* рахитизма на основаніи характерныхъ измѣненій костей не трудна.

*Предсказаніе.* Самъ по себѣ рахитизмъ не ведетъ къ смерти и потому предсказаніе при немъ должно сообразоваться съ существующими въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ осложненіями, изъ которыхъ самыми опасными считаются ларингоспазмъ, эклампсическіе припадки и бронхопневмонія. Искривленія конечностей и грудной клѣтки хотя съ возрастомъ и уменьшаются, но совсѣмъ не изглаживаются.

*Лѣченіе.* *Профилактика* заключается въ соблюденіи всѣхъ правилъ дѣтской гігіены и діеты относительно пищи, воздуха и чистоты. Рожковья дѣти весьма рѣдко остаются совершенно свободными отъ рахитизма; еще вреднѣе обильное или слишкомъ раннее (до 6 мѣсяцевъ) употребленіе мучной пищи. Точно также вреденъ спертый воздухъ и особенно сырыя квартиры. Устраненіе всѣхъ подобныхъ условій удовлетворяетъ и *причинному* показанію.

Изъ фармацевтическихъ средствъ, смотря по состоянію желудка и другимъ показаніямъ, рекомендуются: рыбій жиръ, желѣзо, горькія капли, известь и фосфоръ.

Если ребенокъ худощавъ и склоненъ къ запорамъ, то всего лучше рыбій жиръ и липанинь:

Rp. Ol. Jecoris aselli flavi 30.0. DS.  $\frac{1}{2}$  чайной ложки (до года) или по цѣлой (старше года), 2—3 раза въ день. Rp. Lipanini 30.0. DS. Какъ предыдущее.

Липанинь, или искусственный рыбій жиръ, есть не что иное, какъ лучшій сортъ прованскаго масла, въ которомъ растворено 6% олеиновой кислоты, не измѣняющей вкуса масла. Средство это значительно дороже рыбаго жира, но имѣетъ то преимущество, что пріятно на вкусъ и не производитъ отрыжекъ.

У тучныхъ дѣтей—лучше желѣзо; при запорѣ—въ комбинаціи съ ревенемъ, напр.:

Rp. T-rae ferri pomat. ꝑj (5.0); T-rae rhei vinos. os (20.0), DS. По 6—10 капель 3 раза въ день (ребенку 6—12 мѣс.). При склонности къ поносу: Rp. Ferri lactici gr.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ; Sacchari gr. j. j. j. Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Три раза въ день (ребенку 6 мѣс. до 3 лѣтъ). Rp. Ferri. carbon. sacchar. gr.  $\frac{1}{2}$ —1 (0.03—0.06); Sacch. gr. j. j. j. (0.2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. 3 пор. въ день (дѣтямъ отъ  $\frac{1}{2}$  до 3 лѣтъ).

Если желательнo избѣжать вяжущаго дѣйствiя желѣза, то лучше: ferratin или haemogallol по 0.03—0.06 на приемъ 2 раза въ день; но въ виду дороговизны этихъ препаратовъ въ бѣдныхъ семьяхъ приходится довольствоваться назначенiемъ ferri pyrophosph., напр.:

Rp. Ferri pyrophosphorici с. ammon. citr. gr.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  (0.015—0.03); Sacchari gr. j (0.2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 3 раза въ день (ребенку  $\frac{1}{2}$ —3 л.); или прибавляютъ къ желѣзу hypophosph. calcis, дѣйствующую слегка послабляющимъ образомъ: Rp. Ferri carbon. sacch. gr.  $\frac{1}{2}$ —j (0.03—0.06); Hypophosphatis calcis gr. j—jj (0.06—0.12); Sacchari gr. j (0.2). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. 3 пор. въ день (ребенку  $\frac{1}{2}$ —3 л.).

При плохомъ аппетитѣ и вялой дѣятельности кишекъ, при чемъ преобладаютъ запоры, но случаются и поносы:

Rp. Elix. robor. Wh. ꝯs (15.0). DS. По 6—10 капель 3 раза въ день (ребенку  $\frac{1}{2}$ —3 л.).

Известковые препараты рекомендуются, какъ прибавка къ молоку рожковымъ дѣтямъ, расположеннымъ къ поносамъ. Прибавляютъ, обыкновенно, столовую ложку известковой воды на стаканъ разведеннаго молока.

Что касается до фосфора, то средство это было испробовано при рахитизмѣ Kassowitz'емъ на основанiи опытовъ Wegner'a, показавшаго, что минимальныя дозы фосфора имѣютъ свойство склерозировать кости, т.-е. дѣйствуютъ какъ будто противоположно рахитизму. Самъ Kassowitz, а за нимъ и многiе другiе рекомендуютъ его, какъ настоящее specificum, противъ англiйской болѣзни во всѣхъ ея степеняхъ и при всѣхъ осложненiяхъ, не исключая и поносовъ, но другiе, напр., Неносch и Monti, не видали отъ него особой пользы. Въ настоящее время большинство авторовъ признаетъ, что фосфоръ показанъ преимущественно у рахитиковъ съ преобладающими симптомами со стороны нервной системы, т.-е. у дѣтей, склонныхъ къ спазму голосовой щели и къ судорогамъ. Фосфоръ назначается отъ  $\frac{1}{120}$  до  $\frac{1}{150}$  гр. (5 децимиллиграммовъ) pro die; прописывается онъ въ растворѣ съ рыбьимъ жиромъ или въ эмульсии съ миндальнымъ масломъ или липаниномъ въ количествѣ одного центиграмма на 100 граммовъ микстуры по  $\frac{1}{2}$  чайной ложки 2 раза въ день,

напр.: Rр. Phosphori 0.01; Ol. jecoris aselli 100.0. DS. или Rр. Phosphori 0.01; Lipanini 30.0; Sacchari, mucil. gum. ar. āā 1.50; Aq. destil. 40.0. DS. По  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ въ день.

Изъ наружныхъ средствъ—лѣтомъ соленыя ванны:  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  фунта поваренной соли (также морской или крейцнахской) на ведро воды въ 27° R., сидѣть въ ваннѣ 10—15—20 минутъ (не зябнуть). Дѣлаютъ ихъ ежедневно, или черезъ день, за часъ до сна, а въ случаѣ плохого сна—лучше утромъ. Зимой—обтираніе всего тѣла, кромѣ головы, простой или соленой водкой (десертную ложку соли на бутылку водки), утромъ и вечеромъ.

Кромѣ всего сказаннаго, часто бываетъ необходимо прибѣгать къ симптоматическимъ средствамъ по случаю разныхъ осложненій, каковы, напр., катарры дыхательныхъ органовъ и кишекъ, ларингоспазмъ и проч.

### XXXIII. Золотуха—scrophulosis.

*Происхожденіе и причины.* Въ чемъ состоитъ сущность золотухи—неизвѣстно. Мы понимаемъ подъ этимъ именемъ общее разстройство питанія дѣтскаго организма, характеризующееся склонностью къ хроническимъ воспаленіямъ различныхъ тканей и органовъ подъ вліяніемъ незначительныхъ, подчасъ даже неуловимыхъ раздраженій. Золотушные воспалительные процессы отличаются еще тою особенностью, что при нихъ чрезвычайно легко вовлекаются въ процессъ сосѣднія лимфатическія железы, приводящіе сосуды которыхъ берутъ начало изъ воспалительныхъ областей; железы остаются увеличенными на долгое время даже и послѣ полного окончанія воспаленія, подавшаго поводъ къ ихъ гиперплазміи.

Къ числу особенностей золотушнаго воспаленія паренхиматозныхъ органовъ относится и то, что воспалительные продукты оказываются очень нестойкими и потому легко подвергаются творожистому перерожденію и настоящей туберкулизаціи съ появленіемъ Ко с h'овскихъ бациллъ (мѣстный туберкулезъ). Частое осложненіе золотухи мѣстнымъ и об-

щимъ туберкулезомъ еще не доказываетъ, однако, тождества этихъ процессовъ, что ясно изъ того, что не всякое золотушное воспаление протекаетъ при участіи бациллъ. Золотуха представляетъ только почву, удобную для развитія туберкулезныхъ бациллъ, подобно тому какъ мы видимъ это въ фізіологическомъ состояніи у морскихъ свинокъ и кроликовъ.

Въ этиологическомъ отношеніи можно различать врожденную и приобретенную золотуху. Первая наблюдается у дѣтей, происходящихъ отъ родителей, бывшихъ въ дѣтствѣ золотушными или страдающихъ туберкулезомъ, застарѣлымъ сифилисомъ или вообще слабыхъ отъ старости или какихъ-либо хроническихъ болѣзней.

Приобретенная золотуха развивается подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ, какъ и рахитизмъ, а потому перечислять ихъ не будемъ.

Золотуха встрѣчается, конечно, и на первомъ году жизни, но въ этомъ возрастѣ, подъ вліяніемъ общихъ этиологическихъ моментовъ, она комбинируется обыкновенно съ рахитизмомъ, и потому трудно разобрать, гдѣ кончается рахитизмъ и начинается золотуха; наибольшаго проявленія послѣдняя достигаетъ около 7 лѣтъ, а послѣ періода полового развитія золотушные припадки обыкновенно исчезаютъ, хотя расположеніе къ туберкулезу у многихъ остается еще на много лѣтъ.

*Анатомо-патологическія измѣненія* при золотухѣ, не проявившейся никакими мѣстными воспалительными процессами, равны нулю. Если же воспалительные продукты образовались, то мы заключаемъ объ ихъ золотушномъ происхожденіи по нестойкости новообразованныхъ элементовъ, по ихъ склонности къ жировому перерожденію и туберкулизаціи или къ гнойному распаденію (холодные нарывы). Такіе хроническіе воспалительные процессы всего чаще встрѣчаются въ лимфатическихъ железахъ, подкожной кѣтчаткѣ и въ костяхъ.

*Симптомы.* Во многихъ случаяхъ можно узнать золотушнаго субъекта даже и въ томъ періодѣ, когда онъ не представляетъ еще никакихъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, характерныхъ для золотухи, и именно на основаніи

habitus'a больного. Различаютъ два типа золотухи: торпидную и эретическую (scroph. torpida и eretica, s. florida). Для перваго типа характерно одутловатое, блѣдное лицо, толстая верхняя губа, блѣлокурые волосы, большой животъ, довольно сильно развитый, но дряблый подкожный жиръ при блѣдныхъ покровахъ и вялыхъ мышцахъ. Такія дѣти, обыкновенно, апатичны и лѣнны ко всякому труду. Они чрезвычайно расположены къ опуханію шейныхъ железъ и къ хроническимъ туберкулезнымъ процессамъ какъ къ мѣстнымъ (въ железахъ или костяхъ), такъ и къ общему.

Представителями эретической золотухи являются худенькія дѣти, съ шелковистыми, большею частью темными волосами, съ длинными рѣсницами, окаймляющими большіе, темно-каріе глаза съ синеватою склерой; подкожная клетчатка у нихъ очень бѣдна жиромъ, а кожа тонка, нѣжна и во многихъ мѣстахъ, особенно на вискахъ, пронизана просвѣчивающими венами. Длинные кости иногда замѣчательно тонки, мышцы развиты слабо,—словомъ, на всемъ организмѣ лежитъ отпечатокъ крайней нѣжности и деликатности. Такія дѣти отличаются особой живостью и нервностью; въ умственномъ отношеніи они развиваются быстро и рано. Наружныя лимфатическія железы у нихъ поражаются мало, больше бронхіальныя. Расположеніе такихъ дѣтей къ хроническому мѣстному туберкулезу можетъ быть не такъ велико, какъ къ острому милиарному, въ видѣ менингита.

Конечно, между этими крайними типами существуютъ всевозможныя переходныя формы, и потому подвести любой случай золотухи подъ тотъ или другой типъ не всегда возможно; во многихъ случаяхъ діагностика золотухи можетъ быть установлена только на основаніи тѣхъ или иныхъ проявленій ея, при чемъ дѣло облегчается тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ больные представляютъ одновременно нѣсколько симптомовъ.

Самымъ частымъ, иногда единственнымъ проявленіемъ золотухи бываютъ *увеличенныя лимфатическія железы* и, главнымъ образомъ, на шеѣ. Онѣ или только хронически гиперплазированы, или творожисто перерождены. Въ первомъ случаѣ онѣ прощупываются вдоль задняго края m. sternocl.-mast., а также подъ горизонтальною вѣтвью нижней че-

люсти, въ видѣ катающихся подъ пальцемъ, безболѣзненныхъ, овальныхъ, плотныхъ образованій, величиной отъ кедроваго до лѣснаго орѣха. Въ случаѣ творожистаго перерожденія отдѣльныя железки достигаютъ гораздо болѣе величины и большой плотности и, срастаясь съ сосѣдними железами, образуютъ большіе, бугристыя конгломераты, безобразящіе шею.

Къ области же лимфатическихъ железъ относятся аденоидныя разрастанія въ носоглоточной полости и гипертрофія миндалевидныхъ железъ, поддерживающія склонность къ хроническому фарингиту.

Кромѣ железъ, при золотухѣ часто поражается *кожа* (упорныя, „безпричинныя“ экземы, *impetigo*, *ecthyma*, *lupus*) и подкожная клѣтчатка. Здѣсь встрѣчаются иногда у маленькихъ дѣтей (лѣтъ 2—3), одной золотухѣ лишь свойственные, характерныя подкожныя парообразныя узлы, величиной не болѣе лѣснаго орѣха, сначала подвижныя и плотныя, потомъ срастающіеся съ кожей и размягчающіеся вслѣдствіе гнойнаго распадешя инфильтрата: это—такъ наз. *scrophulophitus*; всего чаще онъ встрѣчается на щекахъ, но также на ягодицахъ, бедрахъ и рѣже на другихъ мѣстахъ и всегда лишь въ небольшомъ числѣ экземплярвъ.

Нерѣдко поражаются у золотушныхъ также глаза (*blepharitis*, *keratitis* и *conjunctivitis phlyctenulosa* и др.), уши (*otitis media et externa*), слизистыя оболочки (насморкъ, озаена, повторныя бронхиты и фарингиты, склонность къ поносамъ или къ запорамъ, въ послѣднемъ случаѣ причина лежитъ, вѣроятно, въ слабости кишечной мускулатуры, такъ какъ привычныя запоры встрѣчаются обыкновенно при эретической формѣ золотухи, при которой мышечная система вообще отличается болѣею слабостью), наконецъ—кости (*periostitis* длинныхъ костей, костоѣда позвоночника и другихъ небольшихъ костей, въ особенности предплюсневыхъ и пальцевъ рукъ въ формѣ *spinae ventosae*), а также сочлененія (*synovitis chron.*, *tumor albus*).

Къ характеристикѣ золотухи относится также склонность къ самопроизвольному излѣченію въ періодъ половой зрѣлости, если только дѣло не дошло до крупныхъ мѣстныхъ измѣненій въ организмѣ, въ основѣ которыхъ лежитъ, обыкновенно, осложненіе туберкулезомъ.

*Течение* золотушныхъ проявленій всегда длительное, особенно въ случаѣ страданій костей, когда болѣзнь затягивается на много мѣсяцевъ.

*Диагностика* золотухи въ большинствѣ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій; она основывается на *habitus'* больного и на различныхъ проявленіяхъ золотухи, о которыхъ рѣчь была выше.

*Объ отличіи* золотухи отъ нѣкоторыхъ формъ поздняго наследственнаго спѣлиса будетъ сказано въ слѣдующей главѣ.

*Предсказаніе*, quo ad vitam, вполне благоприятно до тѣхъ поръ, пока нѣтъ никакихъ осложненій туберкулезомъ; въ противномъ же случаѣ хотя и можетъ наступить полное выздоровленіе (напр., при туберкулезѣ лимфатическихъ железъ или при туберкулезныхъ остеомиэлитахъ), но предсказаніе все-таки весьма серьезно въ виду возможности общаго зараженія туберкулезомъ или истощенія подѣ влияніемъ хроническаго нагноенія, нерѣдко ведущаго къ амилоидному перерожденію внутреннихъ органовъ.

*Лѣченіе*. Профилактика та же, что и при рахитизмѣ. Лѣченіе собственно золотухи состоитъ, главныхъ образомъ, въ правильной гигиено-діететической обстановкѣ по отношенію къ пищѣ и воздуху. Особенно полезно золотушнымъ дѣтямъ пребываніе на морскомъ берегу; при торпидной формѣ дѣти могутъ купаться прямо въ морѣ, а при эретической лучше брать ванны изъ слегка подогрѣтой морской воды. При невозможности ѣхать на море, дѣлаютъ лѣтомъ соленыя ванны изъ простой соли, какъ при рахитизмѣ.

Пища должна состоять преимущественно изъ мяса, яицъ и молока; на хлѣбъ надо смотрѣть какъ на приправу, а картофеля и сладкаго лучше совсѣмъ не давать.

Изъ внутреннихъ средствъ показаны рыбій жиръ (у худыхъ, блѣдныхъ, словомъ—при scroph. florida), желѣзо (при рѣзко выраженной анеміи), іодъ въ видѣ іодистаго желѣза или іодистаго калия (при scroph. torpida).

Rp. Syr. ferri jodati, syr. cort. aurant. āā 15.0. DS. По 10—20 капель 3 раза въ день послѣ ѣды. Rp. Ferri jodati sacch. 0.015—0.12 ( $\frac{3}{4}$ —2 гр.); Sacch. 0.2 (gr. 3). D. t. dos. №№ 12.



S. По 1 порошку 3 раза въ день. Rp. Kalii iodati. 2.0 (зз); Aq. destill. 90.0 (ззjj); Syr. simpl. 10.0 (ззjj). DS. По чайной—десертной ложкѣ 3 раза въ день.

Лѣчение отдѣльныхъ проявленій золотухи ведется по обычнымъ правиламъ.

### XXXIV. Сифилисъ.

*Происхожденіе и причины.* Сифилисъ у дѣтей бываетъ врожденный и приобретенный. Послѣдній отличается отъ сифилиса у взрослыхъ только въ этиологическомъ отношеніи, т.-е. тѣмъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ дѣло идетъ о внѣполовомъ зараженіи: сифилисъ передается имъ или отъ больной кормилицы, или при оспопрививаніи, или при какихъ-либо другихъ случайностяхъ.

Гораздо большее значеніе, какъ въ смыслѣ частоты появленія, такъ и по опасности для жизни и здоровья, принадлежитъ наслѣдственному сифису.

О наслѣдственномъ сифилисѣ говорятъ въ томъ случаѣ, когда зараза передается зародышу въ моментъ зачатія. Теоретически его отличаютъ отъ врожденного сифилиса, проходящаго отъ зараженія плода въ утробѣ матери уже послѣ зачатія, т.-е. если мать заболѣла сифилисомъ во время беременности.

Наслѣдственный сифилисъ происходитъ или отъ отца, или отъ матери, или отъ обоихъ производителей \*).

\*) Передача сифилиса отъ отца нѣкоторыми отрицается на томъ основаніи, что прививка сѣмени сифилитика никогда не заражаетъ сифилисомъ прививаемаго субъекта, и что иногда, несмотря на свѣжій сифилисъ отца, родятся все-таки здоровыя дѣти, тѣмъ не менѣе фактъ возможности происхожденія наслѣдственного сифилиса отъ отца не подлежитъ сомнѣнію, такъ какъ 1) мать, родившая сифилитика, въ большинствѣ случаевъ остается совершенно свободной отъ сифилиса; 2) мать, родившая сифилитика отъ больного мужа, даетъ здоровое потомство отъ другого производителя; 3) специфическаго лѣченія отца бываетъ достаточно, чтобы мать перестала рожать сифилитиковъ или выкидывать; 4) мать нерѣдко остается здоровой до тѣхъ поръ, пока не забеременѣетъ сифилитическимъ плодомъ, отъ котораго заражается черезъ плаценту и вслѣдствіе этого заболѣваетъ во время беременности (сифилисъ черезъ зачатіе).

Наслѣдственная передача сифилиса не есть абсолютная необходимость, т.-е. не всегда отъ сифилитическихъ родителей рождаются сифилитики. *Всѣхъ* условій, вліяющихъ на передачу сифилиса, мы не знаемъ, но нѣкоторыя изъ нихъ намъ хорошо извѣстны, именно вліяніе времени и лѣченія.

*Вліяніе времени*, протекшаго отъ момента зараженія одного или обоихъ родителей, выражается тѣмъ, что *чѣмъ старіе сифилисъ у родителей, тѣмъ слабѣе онъ передается потомству*. Всего сильнѣе передается сифилисъ въ первые три года (значить, въ періодъ вторичныхъ явленій), а потомъ способность передачи болѣзни медленно и прогрессивно ослабѣваетъ, но черезъ сколько именно лѣтъ она совсѣмъ исчезаетъ, опредѣлить нельзя, такъ какъ у одного это случается раньше, напр., черезъ 5 лѣтъ, а у другого только черезъ 12—15 и даже 20 лѣтъ. (О долгосрочной наслѣдственной передачѣ сифилиса Fournier говоритъ въ томъ случаѣ, когда способность передачи держится долѣе 6 лѣтъ). Если сифилисъ у родителей свѣжій, то наступаетъ, обыкновенно, выкидышъ или рожденіе недоношеннаго плода, представляющаго уже при рожденіи несомнѣнные симптомы сифилиса; такіе недоноски отличаются недолговѣчностью и умираютъ въ первые дни или недѣли жизни. Слѣдующія беременноти доходятъ до конца, но дѣти или рождаются въ сифилисѣ и въ состояніи атрофіи, или сифилисъ проявляется у нихъ съ первыхъ дней жизни; еще позднѣе ребенокъ рождается на видъ здоровымъ и крѣпкимъ, но заболѣваетъ на 2—3-мъ мѣсяцѣ, и, наконецъ, передача сифилиса совсѣмъ прекращается. Въ этомъ и состоитъ законъ *постепеннаго произвольнаго ослабленія силы наслѣдственной передачи сифилиса*.

*Вліяніе специфическаго лѣченія* выражается въ томъ, что если виновный родитель лѣчится ртутью, то законъ постепеннаго ослабленія сифилиса теряетъ свое значеніе; потому что способность передавать сифилисъ потомству очень хорошо поддается ртутному лѣченію, такъ что даже и первый ребенокъ, зачатый вскорѣ послѣ появленія общаго сифилиса у родителей, можетъ родиться или совсѣмъ здоровымъ, или заболѣваетъ сифилисомъ поздно и легко.

На способность сифилиса передаваться потомству слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одинъ изъ симптомовъ общаго сифи-

лиса, отличающагося отъ другихъ симптомовъ, во-1-хъ, своимъ постоянствомъ, т.-е. что *продолжается и въ скрытомъ періодъ* болѣзни при полномъ отсутствіи другихъ симптомовъ, и, во-2-хъ, своей самостоятельностью, т. е., что симптомъ этотъ исчезаетъ, хотя другіе симптомы продолжаютъ появляться, такъ что рожденіе здоровыхъ дѣтей отнюдь еще не доказываетъ, что родители совсѣмъ выздоровѣли отъ своего сифилиса. Самостоятельность этого симптома выражается еще въ томъ, что способность передачи сифилиса потомству не стоитъ въ прямой связи съ тяжестью симптомовъ, т.-е. что при тяжелыхъ симптомахъ у родителей дѣти могутъ захварывать легко, и, наоборотъ, тяжелый наследственный lues или выкидыши могутъ появиться даже и при отсутствіи какихъ бы то ни было видимыхъ проявленій сифилиса. Припадки третичнаго періода у родителей отнюдь не гарантируютъ здороваго потомства; но такъ какъ этотъ періодъ наступаетъ, обыкновенно, черезъ много лѣтъ отъ начала зараженія, то въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что къ этому времени сифилисъ уже перестаетъ передаваться по наследству.

Сходство этого симптома съ другими состоитъ не только въ томъ, что онъ хорошо уступаетъ ртутному лѣченію, но и въ томъ, что онъ способенъ къ возвратамъ, такъ что послѣ рожденія одного или нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей снова вдругъ появляются или выкидыши, или сифилитики.

Еще сильнѣе вліяетъ на наследственную передачу *совокупность* *обоихъ* этихъ *условій*, т.-е. времени и лѣченія, такъ что если сифилитикъ методически и долго лѣчилъ свой сифилисъ, то обыкновенно уже черезъ 3—4 года онъ утрачиваетъ свою способность передавать болѣзнь потомству.

Вопросы о томъ, можетъ ли ребенокъ, получившій наследственный сифилисъ отъ отца, заразить свою мать путемъ плацентарнаго кровообращенія (*choc en retour*), и можетъ ли мать, заразившаяся во время беременности, передать болѣзнь плоду, еще недавно принадлежавшіе къ числу спорныхъ, въ настоящее время рѣшаются въ положительномъ смыслѣ: *передача сифилиса путемъ плацентарнаго кровообращенія возможна* въ обоихъ направленіяхъ, т.-е. какъ отъ матери плоду, такъ и наоборотъ, но въ дѣйствительно-

сти встрѣчается далеко непостоянно. По мнѣнію большинства авторовъ, если мать заражается черезъ плаценту прямо отъ плода, то сифилисъ черезъ зачатіе выражается прямо припадками вторичнаго періода (разныя сыпи, выпаденіе волосъ), которые появляются на 2—4 мѣсяцѣ беременности безъ предшествовавшаго первичнаго очага и безъ первичной опухоли лимфатическихъ железъ; этимъ обстоятельствомъ сифилисъ черезъ зачатіе отличается отъ обыкновеннаго.

Въ случаѣ зараженія плода отъ матери во время беременности, наступаетъ обыкновенно выкидышъ или ребенокъ родится недоношеннымъ и нежизнеспособнымъ. Въ меньшинствѣ случаевъ ребенокъ рождается доношеннымъ и крѣпкимъ, но сифилисъ проявляется у него вскорѣ послѣ рожденія. Прежде думали, что ребенокъ заражается сифилисомъ только въ томъ случаѣ, если мать получаетъ сифилисъ въ первую половину беременности, если же она заболѣваетъ во вторую половину, то ребенокъ остается здоровымъ; но въ настоящее время накопилось много наблюденій, доказывающихъ несправедливость такого предположенія; оказывается, что *ребенокъ можетъ заболѣть сифилисомъ*, и иногда очень тяжелымъ, *даже и въ томъ случаѣ, когда мать заразилась въ послѣдніе мѣсяцы беременности* (въ случаѣ Welandera, напр., отецъ получилъ первичную язву, когда мать была на 7-мъ мѣсяцѣ беременности; первичная язва на половыхъ частяхъ у матери появилась на 8-мъ мѣсяцѣ, за мѣсяць до рожденія доношеннаго и на видъ здороваго ребенка, у котораго, однако, черезъ 5 недѣль по рожденіи появляются первые симптомы lues'a въ видѣ насморка и папулезно-крустознаго сифилида и черезъ 10 дней смерть; при вскрытіи найдены, между прочимъ, значительныя сифилитическія пораженія внутреннихъ органовъ, въ видѣ диффузнаго гепатита, периспленита и интерстиціального нефрита).

Вообще говоря, чѣмъ раньше во время беременности заражается мать, тѣмъ тяжелѣе проявляется сифилисъ у ребенка; въ случаѣ заболѣванія матери въ первую половину беременности въ большинствѣ случаевъ наступаетъ выкидышъ.

Чрезвычайно важное практическое значеніе имѣетъ законъ Colles'a (правильнѣе Baumés), который гласитъ, что

мать, родившая сифилитическаго ребенка отъ больного отца и оставшаяся здоровой, оказывается иммунной ко всякому сифилису (прививки отдѣляемаго твердаго шанкра на такихъ женщинахъ не удаются), т.-е. что сифилитическій ребенокъ, заболѣвшій отъ отца, никогда не заразитъ свою мать, и она, слѣдовательно, можетъ кормить его своею грудью совершенно безопасно. (Этотъ фактъ неосновательно считается нѣкоторыми за доказательство того, что всякая такая мать находится въ состоянїи латентнаго сифилиса, но это неправда, такъ какъ сифилисъ у нихъ не проявляется даже и черезъ много лѣтъ, и стоитъ такой женщинѣ забеременѣть отъ здороваго мужчины, какъ она родитъ здороваго ребенка; вѣроятно, въ подобныхъ случаяхъ черезъ плаценту въ организмъ матери переходятъ вещества, дающія иммунитетъ къ сифилису, а самый ядъ не проходитъ).

Если, несмотря на сифилисъ отца или матери, ребенокъ родится здоровымъ, то онъ оказывается невосприимчивымъ къ сифилису и, стало-быть, безъ риска можетъ сосать материнскую грудь (законъ Profeta). Какъ законъ Colles'a, такъ и законъ Profeta допускаютъ исключенія, т.-е. случается иногда, что мать не получить иммунитета и можетъ заразиться отъ своего ребенка, или что ребенокъ, родившійся отъ сифилитички, окажется восприимчивымъ къ сифилису.

Можетъ ли сифилисъ передаться во вторую генерацию (отъ дѣда внуку), или другими словами, можетъ ли передаваться потомству наслѣдственный сифилисъ родителей, пока еще не выяснено.

*Патологическая анатомія.* Во многихъ случаяхъ, когда беременность сифилитическимъ плодомъ кончается выкидышемъ или мертворожденнымъ плодомъ, при вскрытїи не удается найти никакихъ указаній на сифилисъ, въ нѣкоторыхъ изъ подобныхъ случаевъ встрѣчаются измѣненія въ послѣдѣ въ видѣ склеротическихъ гнѣздъ или гуммъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, въ трупѣ оказываются измѣненія, вполне характерныя для сифилиса, въ родѣ гуммозныхъ новообразованій въ различныхъ внутреннихъ органахъ, особенной извѣстностью пользуются *разлитой междуточнѣй гепатитъ* и *бѣлое опеченїе легкихъ*; послѣднее относится къ разряду интерстиціальнѣй пневмоній, со скопленіемъ въ

легочныхъ ячейкахъ большаго количества эпителиальныхъ клѣтокъ; вслѣдствіе сдавленія сосудовъ, безкровное легкое представляется бѣлаго цвѣта, откуда и названіе — pneum. alba.

Для наслѣдственнаго сифилиса характерны также измѣненія въ эпифизахъ длинныхъ костей; они описываются подъ именемъ сифилитическаго остеохондрита или *эпифизарнаго сифилиса*. Эти измѣненія важны, во-1-хъ потому, что они встрѣчаются довольно часто и, во-2-хъ, потому еще, что они свойственны исключительно только *наслѣдственному* сифилису, и потому ихъ однихъ достаточно для посмертной діагностики врожденнаго сифилиса.

При рецидивахъ сифилиса, когда онъ проявляется припадками третичнаго періода, патолого-анатомическія измѣненія тѣ же, что при приобретенномъ, застарѣломъ сифилисѣ у взрослыхъ.

*Симптомы.* Наслѣдственный сифилисъ выражается двумя группами припадковъ. Къ первой группѣ относятся *специфическіе сифилитическіе симптомы*, т.-е. такіе припадки, которые прямо зависятъ отъ вліянія специфическаго яда, и потому, при наличности ихъ, діагностика lues'a легка; ко второй группѣ относятся *различныя разстройства питанія* и ихъ слѣдствія. Эти такъ наз. парасифилитическія заболѣванія (Fournier) зависятъ не отъ самаго сифилиса, а отъ кахексіи; подобные симптомы могутъ встрѣтиться и при другихъ хроническихъ интоксикаціяхъ, напр., при алкоголизмѣ родителей, при свинцовомъ отравленіи и вообще при упадкѣ питанія производителей. Къ парасифилитическимъ заболѣваніямъ относится прежде всего *зародышевая кахексія*, обуславливающая нежизнеспособность плода; по этой причинѣ нерѣдко наступаетъ смерть плода въ маткѣ, и оттого при сифилисѣ такъ часто встрѣчаются выкидыши; по той же причинѣ новорожденные сифилитики отличаются, обыкновенно, кахектичнымъ видомъ и напоминаютъ слабыхъ, недолговѣчныхъ недоносковъ, а если иногда они и рождаются на видъ здоровыми, то все же они слабо противодѣйствуютъ различнымъ вреднымъ вліяніямъ и потому легко умираютъ отъ случайныхъ причинъ. Эта способность слабо противодѣйствія проявляется въ теченіе многихъ лѣтъ, и потому дѣти,

страдавшія наследственнымъ сифилисомъ, оказываются впоследствии дѣтьми хворыми, расположенными къ разнымъ болѣзнямъ, въ особенности къ рахитизму, а также и къ золотухѣ, анэмїи, туберкулезу, судорогамъ, менингиту и проч.

Къ парасифилитическимъ явленіямъ относятся также *отсталость физическаго* и умственнаго *развитія*; такія дѣти мало растутъ и вообще запаздываютъ, сравнительно со здоровыми, относительно прорѣзыванія зубовъ, полового развитія, наступленія регуль, роста бороды или отстаютъ въ развитіи отдѣльные органы: яички, груди, мозгъ и проч.,—однимъ словомъ, наследственный сифилисъ является самой частой причиной того, что называется „infantilismus“.

Что касается до специфическихъ симптомовъ сифилиса, то они бываютъ различны, смотря по тому, въ какомъ возрастѣ они появляются. Въ этомъ отношеніи можно различать: 1) наследственный сифилисъ зародыша, 2) сифилисъ грудныхъ дѣтей и 3) поздній наследственный сифилисъ—*syph. haereditaria tarda*.

Чѣмъ раньше проявляется сифилисъ, тѣмъ онъ опаснѣе, и, стало-быть, самымъ опаснымъ бываетъ *зародышевый сифилисъ*. Къ числу самыхъ обыкновенныхъ проявленій его относятся выкидыши на 3—7-мъ мѣсяцѣ беременности и преждевременные роды мертворожденнаго плода; въ другихъ случаяхъ ребенокъ родится хотя и живымъ, но недоношеннымъ или во всякомъ разѣ въ состояніи атрофіи, иногда покрытый сифилидами, и скоро умираетъ.

*Сифилисъ грудныхъ дѣтей*, за весьма рѣдкими исключеніями, всегда проявляется въ *три первые мѣсяца жизни*. Правило, по которому сифилисъ бываетъ тѣмъ опаснѣе, чѣмъ раньше онъ проявляется, имѣетъ силу и въ этомъ случаѣ. Специфическіе симптомы его состоятъ въ слѣдующемъ:

1) *Сифилитическій насморкъ*. Онъ характеризуется раннимъ появленіемъ, упорствомъ и нерѣдко примѣсью крови къ отдѣляемому; одновременно съ нимъ замѣчается обыкновенно 2) *особаго рода желтоватая блѣдность лица* и *пигментация*, или себоррея, *надбровныхъ дугъ*. Вскорѣ за тѣмъ появляется весьма характерная 3) *пятнистая* и *папулезная сифилитическая сыпь*. Она разбросана по всему тѣлу, но всего больше на ногахъ и ягодицахъ. Въ складкахъ кожи

(шея, паха), на подбородкѣ и circa anum папулы часто превращаются 4) въ *широкія, мокнущія кондиломы*, которыя, въ свою очередь, переходятъ иногда въ язвы съ рѣзко обрѣзанными краями. На губахъ и въ углахъ рта появляются 5) *трещины*. Ладони и подошвы представляютъ два рода характерныхъ измѣненій, а именно въ тяжелыхъ случаяхъ здѣсь локализуется 6) *retrophigus* въ видѣ небольшихъ пузырей съ гнойнымъ содержимымъ, а въ болѣе легкихъ—мы имѣемъ дѣло съ лупленіемъ кожицы, вслѣдствіе чего получаются 7) гладкія, лоснящіяся, какъ бы *лакированныя подошвы*. Къ этой же группѣ относится и такъ наз. 8) *ложный параличъ*, какъ симптомъ эпифизарнаго сифилиса. Всего чаще поражаются верхнія конечности (иногда только одна), но не особенно рѣдко страдаютъ и ноги. Вслѣдствіе боли въ области больного эпифиза, усиливающейся при каждомъ движеніи, ребенокъ совершенно не владѣетъ конечностью, а на попытки пассивнаго движенія реагируетъ крикомъ. Вслѣдъ за болью и неподвижностью въ области больного эпифиза появляется припухлость, а еще позднѣе можетъ появиться и крепитация вслѣдствіе отдѣленія эпифиза путемъ нагноенія.

*Поздній наследственный сифилисъ* всего чаще появляется въ возрастѣ отъ 7 до 15 лѣтъ, а вообще отъ 2 до 20 лѣтъ. Онъ характеризуется припадками третичнаго періода. Въ большинствѣ случаевъ *syph. tarda* есть не что иное какъ поздній рецидивъ наследственнаго сифилиса, но, помимо того, встрѣчаются и такіе больные, которые въ первомъ дѣтствѣ ни чѣмъ не проявляли своего наследственнаго сифилиса и заболѣваютъ сразу третичными припадками въ сказанномъ возрастѣ.

Къ числу самыхъ частыхъ симптомовъ поздняго сифилиса относятся хроническіе *остео-періоститы* трубчатыхъ костей, въ особенности голеней. Сначала они выражаются болью, усиливающейся ночью (*dolores osteosopi nocturni*), а потомъ мало-по-малу развивается утолщеніе кости въ области эпифиза, или діафиза, или на всемъ протяженіи. Нерѣдко также встрѣчаются у такихъ больныхъ язвенные (гуммозные) процессы въ зѣвѣ, ведущіе къ разрушенію не только мягкаго, но и твердаго нѣба, и распространяющіеся иногда и на кости носа. Гуммы встрѣчаются также и въ другихъ органахъ,



напр., въ подкожной клѣтчаткѣ и въ костяхъ (особенно на черепѣ и на голеняхъ), гдѣ онѣ тоже распадаются, оставляя на своемъ мѣстѣ глубокія язвы съ рѣзко обрѣзанными краями. Изъ внутреннихъ органовъ всего чаще поражаются печень (сифилитическій или крупнодолевой циррозъ печени) и яички (затвердѣнія самаго яичка или придатка отъ развитія межучточной соедин. ткани и гуммы).

Къ числу парасифилитическихъ симптомовъ поздвяго наслѣдственнаго сифилиса, кромѣ анэмїи, слабого физическаго развитія, слѣдовъ бывшаго рахитизма и проч., относится, между прочимъ, *Hutchinson*'овская триада, имѣющая весьма важное діагностическое значеніе. Триаду составляютъ глубокой *паренхиматозный кератитъ*, *глухота*, или ослабленіе слуха безъ замѣтныхъ измѣненій въ наружномъ и среднемъ ухѣ, и *Hutchinson*'овскіе зубы. Страданіе зубовъ, въ видѣ костоѣды ихъ или эрозій эмали (маленькія ямочки или поперечные желобки на передней поверхности рѣзцовъ), при наслѣдственномъ сифилисѣ встрѣчается нерѣдко, но такъ какъ подобныя зубы встрѣчаются у дѣтей и при другихъ причинахъ упадка питанія, то они не считаются особенно характерными для сифилиса. Собственно *Hutchinson*'овскіе зубы характеризуются своей малой величиной (они узки и коротки, и поэтому между ними остаются щели) и тѣмъ, что на нижнемъ краѣ верхнихъ, среднихъ рѣзцовъ замѣчаются полулунныя вырѣзки. Подобнаго рода зубы, равно какъ и кератитъ, уже и сами по себѣ довольно характерны для наслѣдственнаго сифилиса, такъ что по меньшей мѣрѣ они даютъ право съ большою вѣроятностью подозрѣвать это страданіе.

*Теченіе* наслѣдственнаго сифилиса мало чѣмъ отличается отъ теченія прїобрѣтеннаго; оно всегда отличается хроничностью и склонностью къ рецидивамъ черезъ нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ или даже лѣтъ. При надлежащемъ лѣченіи обычный *исходъ* бываетъ въ полное выздоровленіе.

*Діагностика* наслѣдственнаго сифилиса основывается на анамнезѣ и на существующихъ симптомахъ. При собираніи анамнеза спрашиваютъ о состояніи здоровья родителей и, по крайней мѣрѣ, за послѣднія 10—12 лѣтъ, спрашиваютъ о томъ: не было ли выкидышей? какъ здоровье другихъ дѣтей?

когда появились первые сифилитическіе припадки у ребенка? (Если начало болѣзни приходится на первые три мѣсяца жизни, то наслѣдственность сифилиса весьма вѣроятна, и чѣмъ раньше онъ появился, тѣмъ вѣроятнѣе, и наоборотъ, чѣмъ ближе къ концу года заболѣлъ ребенокъ, тѣмъ больше шансовъ въ пользу неутробнаго зараженія ребенка).

Изъ симптомовъ, говорящихъ въ пользу наслѣдственнаго происхожденія болѣзни, большое значеніе имѣютъ сифилитическій насморкъ, себоррея надбровныхъ дугъ, пемфигусъ подошвъ и ладоней, эпифизарныя измѣненія.

Поздній наслѣдственный сифилисъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ большое сходство съ золотухой. Кромѣ анамнеза (см. выше) въ пользу сифилиса и противъ золотухи могутъ говорить слѣдующіе симптомы: 1) keratitis parenchymatosa, 2) хроническій язвенный насморкъ съ разрушеніемъ носовой перегородки, 3) язвенный процессъ или старые рубцы въ зѣвѣ съ разрушеніемъ мягкаго, а иногда и твердаго нѣба, 4) гуммы и гуммозныя язвы съ рѣзко обрѣзанными краями, 5) періоститы съ утолщеніемъ голеней или другихъ длинныхъ костей. Наконецъ, рѣшающее значеніе могутъ имѣть еще и результаты специфическаго лѣченія ртутью или іодомъ \*).

*Предсказаніе.* Самъ по себѣ наслѣдственный сифилисъ довольно хорошо уступаетъ лѣченію и потому допускаетъ благоприятное предсказаніе, но только при условіи, чтобы ребенокъ не находился въ состояніи атрофіи. Чѣмъ больше выступаетъ упадокъ питанія и чѣмъ раньше проявляется сифилисъ, тѣмъ опаснѣе предсказаніе.

При позднемъ сифилисѣ предсказаніе опасно въ случаяхъ пораженія печени или другихъ внутреннихъ органовъ.

*Лѣченіе.* Если у матери были выкидыши, или она рождала дѣтей-сифилитиковъ, то, въ видахъ *профилактики*, слѣдуетъ подвергнуть виновнаго родителя методическому лѣченію ртутью; если мать, больная свѣжимъ сифилисомъ, обращается къ врачу во время беременности, то обязательно должна быть энергично лѣчима, несмотря на беременность.

---

\*) Въ настоящее время діагностика устанавливается также изслѣдованіемъ крови по Wassermann'у.

Лѣченіе сифилиса у ребенка ведется или внутренними приемами ртутныхъ препаратовъ (всего лучше каломеля, у дѣтей старшаго возраста—сублимата), или ваннами съ сублиматомъ (если постоянная диспепсія и катарръ кишекъ мѣшаетъ давать каломель, а ссадины на кожѣ пропятствуютъ лѣчить втираніями), или сѣрой мазью, или подкожными впрыскиваніями.

Каломель назначается нѣкоторыми въ довольно большихъ дозахъ, напр. по 0.015—0.02, два раза въ день, но нѣтъ никакой надобности прибѣгать къ такимъ приемамъ, могущимъ вредно дѣйствовать на кишки, когда цѣль достигается и меньшими дозами, напр. 0.008 pro die.

Rp. Calomelani 0.008 (gr.  $\frac{1}{8}$ ), Sacchari 0.2 (gr.  $\text{jjj}$ ). M. f. pulv. D. t. dos. № 8. По 1 пор. въ день. Такъ какъ сифилитики бывають обыкновенно малокровны, то полезно комбинировать каломель съ маленькими приемами желѣза, напр. 0.1 pro die Ferri carbon. sacch. или 0.02 Ferri lactici на приемъ, 2—3 раза въ день.

Rp. Calomelani 0.06 (gr. j); Ferri. carbon. sacch. 0.4 (gr.  $\text{vj}$ ); Sacchari 4.0 ( $\text{\xi j}$ ). M. f. pulv. div. in p. aeq. № 12. S. По 1 пор. 2 раза въ день. При рецидивахъ сифилиса у дѣтей нѣсколькихъ лѣтъ отъ роду хорошо переносится сулема въ малыхъ дозахъ, напр.

Rp. Hydrarg. muriat. corros. 0.03 (gr.  $\frac{1}{2}$ ); Aq. destill. 90.0 ( $\text{\xi j j}$ ); Syr. simpl. 10.0 ( $\text{\xi j j}$ ). MDS. По чайной ложкѣ разъ въ день послѣ ѣды. Для ваннъ сублиматъ прописывается обыкновенно съ нашатыремъ, который способствуетъ его растворенію; на каждую ванну берутъ 1.0—2.0 сублимата, смотря по величинѣ ванны (приблизительно по 0.3 гр. на ведро воды).

Rp. Hydrarg. muriat. corros. 2.0—4.0 ( $\text{\xi \beta - i}$ ); Ammon. muriat. 9.0 ( $\text{\xi j j}$ ); Aq. destill. 100.0 ( $\text{\xi j j}$ ). MDS. На двѣ ванны (при многочисленныхъ мокнущихъ мѣстахъ на кожѣ), по одной ежедневно въ 27—28° R.

Rp. Ung. hydrarg. ciner. 0.3 (gr. V). D. t. dos. in charta cerata № 12. S. Втирать по пакету въ день въ разныя мѣста тѣла (при слабомъ пищевареніи, а также въ случаяхъ, требующихъ болѣе энергическаго лѣченія). Энергическое лѣченіе втираніями вызываетъ у маленькихъ дѣтей развитіе остраго малокровія, а иногда и геморрагическій діатезъ; болѣе

взрослыми дѣтьми втиранія переносятся легче; къ нимъ слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ случаяхъ, когда желательно, по возможности, поскорѣе устранить какой-либо опасный симптомъ, напр. *iritis, stenosis laryngis*, мозговые припадки.

Для подкожныхъ впрыскиваній всего чаще употребляется сулема въ растворѣ 1 : 100, за разъ по одному дѣленію шприца Правада сначала черезъ день, а позднѣе, при замѣтномъ улучшеніи, черезъ 2—3 дня. Улучшеніе наступаетъ быстро.

При сифилитическомъ насморкѣ и сифилитическомъ поражении рта и зѣва слизистыя оболочки этихъ мѣстъ помазываются 1—2 раза въ день растворомъ сублимата.

Rp. Hydrarg. muriat. cor. 0.06 (gr. j); Aq. destill. 30.0—60.0 (ꝯj—jj). MDS. Наружное.—Кондиломы и язвы *circa anum* присыпаютъ каломелемъ *per se*:

Rp. Calomelani 4.0. DS. Присыпать кисточкой 2 раза въ день. Въ случаѣ большихъ кондиломъ, для усиленія дѣйствія присыпки, кондилома смазывается непосредственно передъ приложеніемъ каломеля хлорною водой.

Rp. Aq. chlori 30,0. DS. Наружное. Въ такомъ случаѣ каломель сейчасъ же переходитъ въ сулему, которая и дѣйствуетъ *in statu nascendi*.

Ртутное лѣчение продолжается до полного исчезанія припадковъ сифилиса (недѣли 2—3), потомъ даютъ желѣзо по случаю остающейся анеміи. При рецидивахъ прибѣгаютъ снова къ каломелю, но въ случаѣ второго или третьяго возврата лучше перейти къ іоду: Rp. Kalii iodati 1.0—2.0; Aq. destill. 90.0; Syr. simpl. 10.0. DS. По чайной ложкѣ 2 раза въ день (реб.  $\frac{1}{2}$ —2 лѣтъ).

Rp. Ferri iodati sacch. 0.03—0.06; Sacch. 0.2. D. t. d. № 12. S. По пор. 3 раза въ день (реб.  $\frac{1}{2}$ —2 лѣтъ).

При явленіяхъ поздняго сифилиса (*periostitis, gummata, ulcera*) тоже іодъ или Циттмановъ декоктъ или простой декоктъ сассапарилли:

Rp. D-ti Zittmani mit. 100.0. DS. Выпить въ холодномъ видѣ на ночь. Слабый декоктъ Z. не содержитъ въ себѣ александрийскаго листа и потому не слабить. Если желательно имѣть этотъ отваръ безъ примѣси ртути, то выписывается *d-tum sessaparillae compos. mit. 100.0* \*).

\*) Средство Ehrlich'a (сальварсанъ—діоксидіамидоарсенобензолъ) примѣняется также и у дѣтей.

## Переमेжающа́яся лихорадка.

### XXXV. Особенности, какія представляет перемежающа́яся лихорадка у дѣтей въ проявленіи и лѣченіи.

*Происхожденіе и причины.* Производителемъ перемежающейсѣ лихорадки является одноклѣточное животное, открытое въ крови Лавегангомъ и названное плазмодіемъ *Lavegan'a*. Доказано, что передатчиками заразы бываютъ комары (не всякій комаръ можетъ быть переносчикомъ плазмодіи, а только нѣкоторые виды — *Anopheles*). Комарь, пососавшій крови, зараженной плазмодіями, передаетъ ихъ потомъ здоровымъ людямъ. По современному ученію выходитъ такъ, что прекратить эндемію болотной лихорадки можно двумя путями: излѣчить всѣхъ больныхъ, чтобы отъ нихъ не могли заражаться комары, или уничтожить всѣхъ комаровъ, чтобы болѣзнь не могла передаваться отъ больного здоровымъ. Но это можетъ быть еще не совсѣмъ такъ; вѣдь доказано только, что комары, несомнѣнно, могутъ переносить заразу; но единственно ли человекъ заболѣваетъ интермиттентомъ благодаря укусамъ комаровъ, т.-е. нѣтъ ли какихъ еще другихъ способовъ зараженія, это остается еще подъ вопросомъ. Происхожденіе ея тѣсно связано съ сырой почвой, пропитанной гніющими органическими веществами, а потому всего чаще встрѣчается она въ болотистыхъ мѣстностяхъ, почему эта болѣзнь называется также болотной лихорадкой, хотя отсюда вовсе еще не слѣдуетъ, что перемежающа́яся лихорадка не можетъ появиться у человека, никогда не видавшаго болота; напротивъ того, дѣти не особенно рѣдко заболѣваютъ ею подъ вліяніемъ сырой квартиры, гніющаго подполья и т. п. Подобные случаи встрѣчаются и зимой у насъ, въ Москвѣ, когда, слѣдовательно, объ укусахъ комаровъ и разговора не можетъ быть; объяснять подобныя заболѣванія возвратами прежде бывшаго интермиттента (для этого комариного укуса не требуется) тоже нельзя, такъ какъ зимой заболѣваютъ иногда и грудныя дѣти, до тѣхъ поръ завѣдомо никогда не имѣвшія маляріи. Болотная лихорадка встрѣчается у дѣтей

всѣхъ возрастовъ, не исключая и грудныхъ, которыя, какъ кажется, расположены къ ней даже больше, чѣмъ взрослые. Мать, хворающая интермиттентомъ во время беременности, можетъ передать болѣзнь плоду, который рождается тогда съ опухолью селезенки и съ другими симптомами кахексіи; нѣкоторыя допускаютъ передачу заразы даже черезъ молоко кормилицы, что, впрочемъ, еще не доказано и даже невѣроятно.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при маляріи у дѣтей ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ тѣхъ же измѣненій у взрослыхъ.

*Симптомы.* Правильные пароксизмы болотной лихорадки, возвращающіеся ежедневно въ одно и то же время или черезъ день и состоящіе изъ озноба, жара и пота, нерѣдко встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно у дѣтей послѣ 6 лѣтъ. У маленькихъ, особенно до года, правильные пароксизмы наблюдаются рѣдко; вмѣсто потрясающаго зноба можно замѣтить только похолоданіе конечностей, иногда общія судороги; вмѣсто обильнаго пота легкую испарину. Болѣе существенное отступленіе отъ нормы состоитъ въ томъ, что у маленькихъ дѣтей нерѣдко остается небольшое повышение температуры въ промежуткахъ между приступами, т.-е. полныхъ антрактовъ не бываетъ, и такимъ образомъ интермиттирующій типъ лихорадки уступаетъ мѣсто послабляющему (*remittens*), что значительно затрудняетъ распознаваніе. Въ томъ же направленіи вліяетъ и другая неправильность, свойственная болотной лихорадкѣ маленькихъ дѣтей, именно—*неправильное возвращеніе* пароксизмовъ; обыкновенно они антэпонируютъ, т.-е. каждый послѣдующій пароксизмъ является на 2—4 часа раньше предыдущаго.

Взаимнъ того діагностика облегчается нѣсколько тѣмъ, что опухоль *селезенки* у маленькихъ дѣтей появляется скорѣе, чѣмъ у взрослыхъ, т.-е. селезенка *раньше прощупывается*.

Малярійный ядъ оказываетъ на дѣтей болѣе сильное вліяніе, чѣмъ на взрослыхъ, такъ какъ у нихъ не только довольно рано развивается малярійная кахексіа, въ видѣ увеличенія и затвердѣнія селезенки и печени, блѣдности кожи и слизистыхъ оболочекъ, похуданія и отека ногъ, но нерѣдко

съ первыхъ же пароксизмовъ у нихъ наступаетъ иногда упадокъ силъ и даже смертный исходъ.

У дѣтей старшаго возраста чаще, чѣмъ у маленькихъ, встрѣчаются *маскированныя* формы *маляріи*, характеризующіяся періодическимъ появленіемъ тѣхъ или иныхъ припадковъ, обыкновенно безъ повышенія температуры и нерѣдко безъ опухоли селезенки; истинная натура подобныхъ припадковъ выясняется отчасти типичными возвратами ихъ черезъ правильные промежутки (ежедневно или черезъ день), отчасти же быстрымъ прекращеніемъ ихъ послѣ назначенія хинина. Припадки эти крайне разнообразны; сравнительно чаще встрѣчаются *періодическій поносъ* (у маленькихъ дѣтей поносъ считается обычнымъ спутникомъ правильныхъ лихорадокъ), *боли живота*, *носовые кровотечения* (особенно по ночамъ), *ночной кашель*, въ видѣ перхоты, *torticolis*; къ болѣе рѣдкимъ относятся: недержание или задержаніе мочи, періодическіе параличи, приступы астмы и даже пневмоніи.

*Діагнозъ* правильныхъ формъ маляріи не представляетъ никакихъ затрудненій. Въ случаѣ затянувшейся перемежающейся или неправильно послабляющей лихорадки слѣдуетъ имѣть въ виду туберкулезъ и піемію (гнойный плевритъ и вообще гнойныя скопища гдѣ-нибудь въ тѣлѣ). Въ случаяхъ маскированной лихорадки діагностика основывается на періодическихъ возвратахъ однихъ и тѣхъ же припадковъ, на опухоли селезенки, на анамнезѣ (прежде были, можетъ-быть, правильные пароксизмы) и на результатахъ лѣченія хининомъ. Для выясненія сомнительныхъ случаевъ всего лучше прибѣгнуть къ изслѣдованію крови на плазмодіи.

*Предсказаніе* въ легкихъ случаяхъ лихорадки благопріятно; но если больной продолжаетъ жить въ той мѣстности, гдѣ онъ получилъ лихорадку, то надо ждать постоянныхъ возвратовъ. Въ злокачественныхъ формахъ, протекающихъ съ судорогами и со спячкой, или при сильномъ поносѣ и рвотѣ, предсказаніе всегда серьезно.

*Лѣченіе.* Въ видахъ профилактики, а также и ради причиннаго лѣченія слѣдуетъ избѣгать болотистыхъ дачныхъ мѣстностей, не жить въ сырыхъ квартирахъ и въ партерахъ, не позволять дѣтямъ спать на землѣ.

Во время приступа—постельное содержаніе, холодъ на голову, кислое питье. Для предотвращенія возврата пароксизма—*chininum muriat.* или *sulf.* въ порошкахъ, облаткахъ или въ растворѣ за 4—6 часовъ до начала пароксизма въ количествѣ столькихъ гранъ, сколько больному лѣтъ, въ два приема, напр. *Rp. Chinini muriat. 0.2 (gr. jii). D. in caps. amyl. t. dos. № 8.* По 1 облаткѣ въ 9 и 11 час. утра (реб. 6 лѣтъ). Если хининъ не переносится ребенкомъ (вызываетъ рвоту), или ребенокъ упорно отказывается отъ горькаго лѣкарства, то можно замѣнить его *euchinin'*омъ (получается отъ дѣйствія на хининъ хлористымъ этиломъ), который дѣйствуетъ слабѣе хинина и потому прописывается въ дозахъ въ  $1\frac{1}{2}$ —2 раза большихъ, примѣрно, по 0.1 на годъ.

Если послѣ прекращенія пароксизмовъ остается опухоль селезенки, то, для предотвращенія возвратовъ необходимо продолжать хининъ въ половинныхъ дозахъ въ теченіе нѣкотораго времени (иногда до 3 недѣль] до исчезанія опухоли селезенки.

Если подъ вліяніемъ хинина селезенка не уменьшается больше, то даютъ его вмѣстѣ къ пипериномъ: *Rp. Piperini 1.25—2,5 (Эј—јј); Chin. mur. 4.0 (ѣј); Extr. trif. q. s. ut f. pil. № 60. Consp. lycor. DS.* По 1 пил. 3—4 раза въ день (реб. 5—8 л.). Или переходятъ къ мышьяку: *Rp. Liq. arsen. Fowl. 4.0 (ѣј); Elix. viscer. Hoffm. 20.0 (ѣѢ).* По 5 кап. 3 раза въ день, прибавляя каждый день по каплѣ на приемъ до 15 кап. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не уступающихъ хинину, лихорадка прекращается иногда отъ настойки подсолнечника: *Rp. T-rae helianthi ap. 30,0 (ѣј). DS.* Грудному — 20 капель, старшимъ дѣтямъ — по чайной ложкѣ 4 — 6 разъ въ день въ ложкѣ воды. Настойка, приготовленная на водкѣ, дѣйствуетъ лучше аптекарской тинктуры (на спирту). Настойка на водкѣ готовится такъ: стволъ и головка подсолнечника во время цвѣтенія разрѣзаются на куски, подсушиваются на солнцѣ и помѣщаются въ бутылъ до верху; въ ту же посуду наливаютъ водки, сколько помѣстится, и выставляютъ на солнце дней на 10: потомъ процѣживаютъ и даютъ дѣтямъ по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ 3 раза въ день, взрослымъ — по столовой.



Въ запущенныхъ лихорадкахъ, при такъ называемыхъ завалахъ печени и селезенки, слѣдуетъ назначать хининъ вмѣстѣ съ желѣзомъ и продолжать лѣченіе безъ перерыва въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, напр. Rr. Chinini muriat. 0.2 (gr. jii); Ferri lactici 0.06 (gr. j). D. in caps. amyl. t. dos. № 20. S. По 1 облаткѣ 2 раза въ день передъ завтракомъ и обѣдомъ.

Если пароксизмы упорно возвращаются, несмотря на лѣченіе хининомъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ подкожнымъ впрыскиваніямъ liq. arsenic. Fowl. по 1—2—3 капли на разъ въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ до прекращенія пароксизмовъ, и потомъ еще недѣли 2—3 черезъ день.

## Оспа—Variola.

### XXXVI. Натуральная оспа и прививаніе предохранительной оспы.

*Происхожденіе и причины.* Оспой называется заразительная, лихорадочная болѣзнь, характеризующаяся появленіемъ на кожѣ многочисленныхъ папулъ, переходящихъ потомъ въ пузырьки и въ пустулы. Оспа принадлежитъ къ числу довольно рѣдкихъ болѣзней дѣтей, такъ какъ общераспространенная воспримчивость къ этой болѣзни искусственно уничтожается у нихъ посредствомъ оспопрививанія.

Сущность оспеннаго контагія намъ не извѣстна; предполагаютъ его и въ отдѣльныхъ бактеріяхъ, и въ симбіозѣ нѣсколькихъ микробовъ, и въ одноклѣточныхъ образованіяхъ изъ природы протозоа—*Cytoguctes variolae* Guarnieri; на основаніи работъ Pfeiffer'a, послѣднее можно считать за наиболѣе вѣроятное. Извѣстно только, что оспенный ядъ содержится главнымъ образомъ въ оспенныхъ пузырькахъ и что онъ передается отъ больного здоровымъ какъ черезъ воздухъ, такъ и посредствомъ прививки; ядъ этотъ очень стоекъ, и потому онъ долго сохраняется въ комнатѣ больного и можетъ переноситься какъ вещами, такъ и третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ. Заразительность оспеннаго больного начинается

уже въ скрытомъ періодѣ болѣзни и продолжается до отпаденія корокъ. Зараза оспы можетъ передаваться черезъ плацентарное кровообращеніе плоду.

Врожденная невоспримчивость къ оспѣ встрѣчается рѣдко (3—5%), а приобретенный иммунитетъ наступаетъ послѣ перенесенной оспы или послѣ вакцинаціи. Двукратное заболѣваніе оспой хотя и встрѣчается, но крайне рѣдко.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при оспѣ характеризуются появленіемъ сначала папулезной, потомъ пустулезной сыпи на кожѣ и на слизистыхъ оболочкахъ, доступныхъ воздуху (ротъ, зѣвъ, пищеводъ, нижній отрѣзокъ гести, гортань, бронхи, vagina), и въ зернисто-жировомъ перерожденіи паренхиматозныхъ органовъ. Какъ осложненія, часто встрѣчаются различныя воспаленія внутреннихъ органовъ, особенно серозныхъ оболочекъ (гнойный плевритъ, синовитъ, перикардитъ) и легкихъ.

*Симптомы и теченіе.* *Скрытый періодъ* оспы въ большинствѣ случаевъ равняется 9—10 днямъ, но иногда затягивается до 14.

*Періодъ предвѣстниковъ* равняется тремъ днямъ. Начало его обозначается жаромъ (нерѣдко знобомъ) до 39 — 40° на первый же вечеръ, а въ слѣдующіе два дня подымается еще выше, но на *четвертый день* съ появленіемъ сыпи *температура значительно падаетъ*, иногда даже до нормы. Жаръ сопровождается рвотой, головою болью, общею слабостью и *болью въ поясницѣ* (этотъ послѣдній симптомъ имѣетъ довольно важное діагностическое значеніе). Другой признакъ, значительно облегчающій распознаваніе оспы въ періодъ предвѣстниковъ, есть *продромальная* петехіальная или эритематозная сыпь. Первая свойственна тяжелымъ случаямъ оспы, вторая—легкимъ. *Петехіальная сыпь*, состоящая изъ болѣе или менѣе мелкихъ кровоподтековъ, занимаетъ главнымъ образомъ нижнюю часть живота и внутреннюю поверхность бѣдеръ, такъ что когда больной лежитъ на спинѣ съ приведенными бѣдрами, то сыпь занимаетъ треугольникъ, вершина котораго лежитъ между ногъ повыше колѣнъ, а основаніе ограничивается линіей, проведенной поперекъ живота, черезъ пупокъ. Это такъ называемый Simon'овскій бедренный треугольникъ.

*Эритематозная* продромальная сыпь появляется или въ видѣ разлитыхъ эритемъ, занимающихъ большее или меньшее пространство, или въ формѣ пятенъ *roseolae*. Эти сыпи не имѣютъ излюбленныхъ мѣстъ и встрѣчаются какъ на туловищѣ, такъ и на конечностяхъ. Продромальная сыпь встрѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ оспы; на частоту ихъ появленія влѣяетъ характеръ эпидеміи: во время одной эпидеміи онѣ встрѣчаются часто, при другой—рѣдко.

*Періодъ высыпанія.* Сыпь появляется прежде всего на лицѣ въ видѣ блѣдно-розовыхъ папулъ, сначала очень мелкихъ (меньше головки булавки), на 2-й день сыпь показывается на туловищѣ, а на лицѣ высыпаетъ гуще, на 3-й день бывають густо заняты и спина и конечности, только животъ сравнительно щадится сыпью.

Отдѣльная папула въ теченіе трехъ дней превращается въ типическій оспенный пузырекъ съ характернымъ вдавленіемъ въ своей серединѣ—такъ называемый пупокъ. Въ теченіе трехъ слѣдующихъ дней содержимое пузырька превращается въ гной и является пустула (8 — 9-й день). Въ это время вокругъ пустуль появляется краснота и отечная припухлость, особенно замѣтная на лицѣ и кистяхъ: *періодъ нагноенія* или созрѣванія. На 10—11-й день пустулы начинаютъ подсыхать и больной жалуется на сильный зудъ: *періодъ подсыханія*. Чѣмъ сильнѣе оспа, тѣмъ медленнѣе идетъ развитіе пустуль, тѣмъ позднѣе начинается подсыханіе и тѣмъ дольше держатся корки. Въ случаяхъ средней силы онѣ отпадаютъ къ 30—36-му дню, при чемъ нерѣдко оставляють на своемъ мѣстѣ, особенно на лицѣ, круглые рубцы, такъ называемыя *рябины*.

*Лихорадка* съ появленіемъ сыпи начинаетъ быстро спадать и на слѣдующее утро спускается, обыкновенно, до нормы (въ тяжелыхъ случаяхъ оспы во время высыпанія  $t^{\circ}$  хотя тоже падаетъ, но не до нормы, а держится около  $38^{\circ}$ — $39^{\circ}$  и потомъ остается таковой до 9-го дня (начало нагноенія), когда  $t^{\circ}$  снова подымается и появляется такъ называемая *нагноительная лихорадка*, которая при отсутствіи осложненийъ держится дня 4.

Тягостные припадки сопровождаютъ появленіе оспы на слизистыхъ оболочкахъ, въ особенности на зѣвѣ, гортани, бронхахъ и на соединительной оболочкѣ глазъ.

*Различныя формы оспы.* Различаютъ тяжелыя и легкія формы оспы. Къ первымъ относятся: 1) *purpura variolosa*, 2) *variola haemorrhagica pustulosa* и 3) *variola confluens*. При двухъ первыхъ формахъ дѣло идетъ о развитіи геморрагическаго діатеза, т.-е. появляются кровоизліянія въ кожу и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, съ тою лишь разницей, что при *purpura var.* кровоточивость проявляется рано, уже въ періодѣ предвѣстниковъ, и больной умираетъ, обыкновенно, въ теченіе первой недѣли, а при *var. haemog.* кровотеченія появляются въ періодѣ сыпи. Название *черная оспа* относится къ обѣимъ этимъ формамъ. *Var. confluens*, т.-е. сливная оспа, характеризуется тяжелой начальной лихорадкой (40—41°), которая мало спадаетъ въ періодѣ высыпанія: сыпь является раньше обыкновеннаго (иногда уже на 2-й день) и выступаетъ такъ густо, что во многихъ мѣстахъ пузырьки сливаются въ обширные пузыри; очень сильно поражаются также и слизистыя оболочки; осложненія при ней весьма обыкновенны (гнойное воспаленіе плевръ, сочлененій, подкожной клѣтчатки, пневмонія и пр.).

Къ легкимъ формамъ относятся 1) *абортивная оспа*—*var. sine exanthemate* и *v. apyretica* и 2) *разсѣянная, или видоизмѣненная форма—varioloïd.*

Вообще говоря, чѣмъ легче оспа, тѣмъ меньше сыпи, такъ что между сливной оспой и оспой совсѣмъ безъ сыпи существуютъ всевозможныя переходныя формы, діагностика которыхъ подкрѣпляется этиологіей и характерной продромальной лихорадкой (случай оспы въ семьѣ, боль въ поясницѣ, эритемы).

Къ абортивной же оспѣ относятся случаи, въ которыхъ оспенныя папулы хотя и высыпаютъ въ значительномъ числѣ, но не доразвиваются до настоящихъ пустулъ, а подсыхаютъ въ періодѣ пузырька.

Переходною формой между абортивной и настоящей оспой служить разсѣянная оспа—*varioloïd.* Отъ настоящей оспы онъ отличается болѣе легкимъ и короткимъ теченіемъ (корки отпадаютъ не позднѣе 4-й недѣли); вначалѣ высыпанія  $t^{\circ}$  обязательно падаетъ до нормы и не подымается въ періодѣ нагноенія пустулъ. Продромальная эритематозная сыпь при вариолоидѣ встрѣчается чаще, чѣмъ при оспѣ. По отпаденіи

корокъ, рубцовъ обыкновенно не остается; слизистыя оболочки поражаются мало и вовсе не заболѣваютъ.

*Осложненія* при оспѣ всего чаще встрѣчаются со стороны кожи (флегмоны, чирья, язвы) и слизистыхъ оболочекъ (glossitis variolosa, angina dyptherica et phlegmonosa, oedema glottidis, bronchitis), затѣмъ со стороны легкихъ (bronchopneumonia) и серозныхъ оболочекъ (pleuritis et synovitis purulenta, pericarditis).

*Диагностика.* Узнать оспу въ періодѣ предвѣстниковъ, если источникъ зараженія неизвѣстенъ, не всегда возможно. Предполагать начало оспы можно въ случаѣ рѣзкихъ жалобъ на боль въ поясницѣ, послѣ того какъ больной заболѣлъ жаромъ и рвотой, и особенно если на разгибательной поверхности конечностей появляется эритематозная сыпь: еще характернѣе для начала оспы петехіальная сыпь на нижней части живота и на внутренней поверхности бедеръ.

Въ первые дни высыпанія оспа можетъ быть принята за корь (см. главу о кори) или за варицеллю. Вѣтряная оспа (varicella) отличается отъ настоящей, главнымъ образомъ, особенностями своего контагія. Къ контагію вѣтряной оспы оказываютъ воспріимчивость почти исключительно только дѣти до 10-лѣтняго возраста, а потому послѣ 12 лѣтъ эта болѣзнь встрѣчается рѣдко, почему и называется varicella infantum. Контагія варицелли производитъ только варицеллю и никогда оспу, и разъ перенесенная вѣтряная оспа производитъ невоспріимчивость только къ этой болѣзни. Варицелля можетъ слѣдовать непосредственно за оспой или за вакциной, равно какъ и наоборотъ. Еще одна существенная особенность варицеллезнаго контагія состоитъ въ томъ, что онъ трудно прививается, но лѣгко передается черезъ воздухъ. Что касается до симптомовъ, то въ діагностическомъ отношеніи всего важнѣе *отношеніе лихорадки къ сыти и характеръ послѣдней.*

Въ большинствѣ случаевъ varicella протекаетъ *безъ продромальной лихорадки*, или повышение  $t^0$  начинается лишь за нѣсколько часовъ до высыпанія, тогда какъ при легкой оспѣ бываетъ двух- или трехдневная продромальная лихорадка. *Съ появленіемъ сыти лихорадка*, въ противоположность оспѣ, не только *не исчезаетъ, но даже усиливается* и

держится въ теченіе 2—3 дней, пока продолжаютъ высыпать новые пузырьки.

Сыпь при varicella состоитъ изъ пузырьковъ полусферической формы, безъ центрального вдавленія, наполненныхъ прозрачною жидкостью. Они развиваются не изъ папулъ, какъ при оспѣ, а высыпаютъ прямо на красномъ пятнѣ; для полного своего развитія они требуютъ не дней, какъ при оспѣ, а нѣсколько часовъ. Продолжительность varicellae отъ момента высыпанія до подсыхания пузырьковъ равняется всего 4—7 днямъ. По числу пузырьковъ нѣкоторые случаи вѣтряной оспы не уступаютъ настоящей, такъ что не густота сыпи отличаетъ вѣтряную оспу отъ настоящей, а форма ея и быстрота развитія пузырьковъ.

*Предсказаніе* при оспѣ зависитъ отъ силы ея. Всего опаснѣе (безусловно смертельна) *purpura variolosa*, потомъ идутъ въ нисходящемъ порядкѣ *var. haemor. pustulosa*, *v. confluens* и *v. vera*. Предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ обильнѣе сыпь и чѣмъ меньше падаетъ температура въ первые дни высыпанія. Къ числу благоприятныхъ признаковъ относится незначительная продромальная лихорадка и эритематозная сыпь въ періодѣ предвѣстниковъ.

*Лѣченіе*. Предохранительное лѣченіе состоитъ въ изоляціи больного и въ немедленномъ привитіи вакцины всѣмъ окружающимъ; опытами доказано, что вакцинація, предпринятая въ первые 3—4 дня скрытаго періода, можетъ или предотвратить развитіе оспы, или значительно ослабить ее. О способахъ вакцинаціи скажемъ въ слѣдующей главѣ. Наблюденія проф. Котовщикова убѣдили его, что повторныя, ежедневныя прививки вакцины въ теченіе первой недѣли заболѣванія оспой значительно ослабляютъ теченіе болѣзни и способствуютъ тому, что оспа, начавшаяся бурно, принимаетъ въ дальнѣйшемъ легкое теченіе. Наблюденія К. требуютъ подтвержденія, какъ и наблюденія Finzen'a, рекомендующаго лѣчить оспу *краснымъ свѣтомъ*; завѣшивая окна красными занавѣсками, можно достигнуть ограниченія нагноенія въ пустулахъ. Лѣченіе развившейся болѣзни сводится на *симптоматическую* борьбу съ отдѣльными припадками и съ осложнениями. Оспа умѣренной силы требуетъ только правильной гигиено-діетической обстановки; прохлад-

ная комната (12—13° R.), чистота больного и бѣлья, жидкая діета (молоко, супъ). Изъ отдѣльныхъ симптомовъ при оспѣ предметомъ лѣченія является главнымъ образомъ обильная сыпь на лицѣ. Съ цѣлью абортировать развитіе пустуль, чтобъ избавить больного отъ послѣдовательныхъ рябинъ, рекомендуются дезинфицирующія мази, напр. іодоформъ съ вазелиномъ (1 : 10), карболовая кислота (Ac. carbol. 3,0; Ol. provinc. 40,0; Cretae optim. 60,0. Mf. Pasta. S. Прикладывать къ лицу на тряпочкѣ), а всего лучше ртутные препараты, напр. empl. mercuriale или Rp. Ung. hydrarg. ciner. 24,0; Ceræ fl. 10,0; Picis nigri 6,0. Mf. Ung. Лѣченіе всѣми этими средствами необходимо начинать съ 1-го или 2-го дня высыпанія. Пластырь долженъ плотно прилегать къ кожѣ, а потому не слѣдуетъ дѣлать изъ него маску, а лучше налѣплять въ видѣ отдѣльныхъ кусковъ на щеки, лобъ и проч. Лѣченіе продолжается до 12-го дня. Изъ внутреннихъ средствъ, съ цѣлью дѣйствовать на воспалительный процессъ въ кожѣ и ограничивать нагноеніе, предложенъ ксилоль. Средство это прописывается съ виномъ, такъ какъ въ водѣ не растворяется. Rp. Xyloli puri 1—2,0 (Эж—Эβ); Aq. foeniculi 30,0 (Эж); Vini malazensis 60,0 (Эжж); Syr. menth. pp. 30,0 (Эж). DS. Черезъ часъ по десе. ложкѣ, или выписываютъ ксилоль per se и даютъ по столько капель на приемъ, сколько больному лѣтъ, черезъ 2—3 часа. Лѣченіе слѣдуетъ начинать какъ можно раньше, т.-е. какъ только выяснится болѣзнь. Противъ воспаления рта и зѣва—различныя полосканія изъ вяжущихъ (1% растворъ танина или 1/2% квасцовъ) или дезинфицирующихъ (ac. salicyl. 2%, ac. boricum 3%) и глотаніе льда. Лѣченіе лихорадки и осложнений—по общимъ правиламъ.

Если больной выздоровѣлъ, то онъ можетъ приходить въ сообщеніе съ другими людьми послѣ полного отпаденія корокъ.

### XXXVII. Оспопрививаніе—*vaccinatio*.

Оспопрививаніе состоитъ въ искусствѣнномъ зараженіи организма оспеннымъ ядомъ посредствомъ введенія оспенной лимфы подъ эпидермисъ помощью уколовъ или скарификаціи. Какъ предохранительная мѣра противъ оспы, этотъ способъ лѣченія основанъ на двухъ главныхъ фактахъ: во-1-хъ, на томъ, что разъ перенесенная оспа, хотя бы и въ самой легкой степени, застраховываетъ субъекта отъ повторенія ея и, во-2-хъ, на свойствѣ различныхъ видовъ оспы замѣщать другъ друга.

Оспа встрѣчается не у человѣка только, но и у животныхъ, и у каждаго протекаетъ по-своему: у овцы, напр., въ видѣ тяжелой общей болѣзни, въ пустулезной сыпью на всемъ тѣлѣ, подобно тому какъ у человѣка; у коровы—въ видѣ мѣстной болѣзни на вымени; у лошадей—въ формѣ мокреца и т. п. Опытъ показалъ, что любому изъ этихъ животныхъ можно привить любой ядъ оспы, въ результатѣ получается невосприимчивость прививного животного или человѣка къ яду собственной оспы и къ яду оспы животныхъ другого вида.

Задача предохранительнаго оспопрививанія сводится къ тому, чтобы вызвать искусствѣннымъ образомъ *легкое* заболѣваніе оспой субъекта, котораго желаютъ предохранить. Уже давно было замѣчено, что можно ослабить дѣйствіе оспеннаго яда, если вводить его подъ кожу, и на этомъ основаніи въ прошломъ столѣтіи въ большомъ ходу было прививаніе лимфы, взятой отъ натуральной оспы. Этотъ способъ, извѣстный подъ именемъ *инокуляціи*, имѣлъ тотъ громадный недостатокъ, что каждый изъ инокулированныхъ являлся разсадникомъ оспы и заражалъ тѣхъ, кому оспа еще не была привита. По этой причинѣ, какъ только Jenner въ послѣдніе годы XVIII столѣтія открылъ предохранительную силу лимфы, взятой изъ оспенныхъ пузырьковъ коровы, и ввелъ въ практику прививки коровьей оспы—*вакцинацію*, такъ инокуляція была всѣми оставлена.

Въ настоящее время прививаютъ или простую *вакцину*, т.-е. лимфу, взятую съ теленка, или *гуманизированную вакцину*, т.-е. лимфу, взятую отъ вакцинированнаго ребенка. Эта послѣдняя имѣетъ то преимущество, что легче прививается (т.-е. даетъ ничтожный процентъ неудачъ) и легче



консервируется. *Ретривакциной* называется лимфа, взятая от теленка, которому была привита гуманизированная вакцина. Неудобства употребленія гуманизированной вакцины состоятъ въ слѣдующемъ: во-1-хъ, для массовыхъ прививокъ ее трудно заготовить, и, во-2-хъ, она даетъ возможность заразить вакцинируемаго сифилисомъ; по этой послѣдней причинѣ гуманизированная лимфа въ настоящее время примѣняется только въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Въ недалекомъ прошломъ во всеобщемъ употребленіи была прозрачная лимфа, которая получалась изъ 4—5-дневной вакцинной пустулы теленка, но такая лимфа трудно сохранялась и скоро утрачивала свою прививаемость; поэтому въ настоящее время берутъ для прививокъ всю пустулу цѣликомъ (посредствомъ выскабливанія): это такъ наз. оспенный соскобъ, или *детритъ*; онъ сохраняется, въ смѣси съ глицериномъ, неопредѣленно долгое время; готовится детритъ такъ: оспенная масса, выскобленная острой ложечкой, растирается въ агатовой ступкѣ съ нѣкоторымъ количествомъ воды, потомъ постепенно прибавляютъ химически-чистаго глицерина въ такомъ количествѣ, чтобы вся смѣсь приняла видъ жидкой эмульсии. Количество оспенной массы относится къ глицерину приблизительно какъ 1 : 5. Такъ какъ въ составъ детрита, кромѣ вакциннаго яда, входитъ, между прочимъ, и кровь и обрывки ткани, то, для предупрежденія зараженія въ мѣстѣ укола, совѣтуютъ прибавлять къ детриту тѣхъ или другихъ дезинфицирующихъ веществъ; его смѣшиваютъ, напр., въ равныхъ количествахъ съ 0.01% растворомъ сулемы.

Оспу прививаютъ или уколомъ, или насѣчками. Преимущества перваго состоятъ въ большей быстротѣ производства операціи и въ меньшей степени мѣстной реакціи, а преимущества насѣчекъ или надрѣза кожицы состоятъ въ большей вѣрности результата.—Какъ уколъ, такъ и надрѣзъ не должны идти глубже Мальпигіева слоя.

*Теченіе вакцины.* Въ первые три дня на мѣстѣ прививки никакой реакціи еще не видно; на 4-й день мѣсто укола начинается краснѣть и приподымается въ видѣ папулы; папула постепенно увеличивается и къ 8-му дню принимаетъ видъ плоскаго пузырька съ пупкомъ, со свѣтлымъ содержимымъ;

въ теченіе слѣдующихъ дней содержимое пузырька начинаеть мутнѣть, а въ окружности пустулы появляется яркая краснота; въ теченіе этихъ дней ребенокъ начинаеть лихорадить (махімум красноты и лихорадки на 9—10-й день); съ 10—11-го дня начинаеть подсыханіе пустулы, которая къ 12—14-му дню превращается въ толстую, темно-бурую корку; дней черезъ 10 она отваливается, оставляя на своемъ мѣстѣ характерный рубецъ.

Изъ различныхъ *осложненій* вакцины самымъ обыкновеннымъ считается *рожа*, которая является или въ первые дни послѣ прививки и называется тогда *ранней вакцинальной рожей*, или въ періодъ созрѣванія пустуль—*поздняя вакцин. рожа*. Изъ другихъ осложненій наблюдаются иногда флегмона въ области пустуль, гнойные адениты и образованіе язвъ на мѣстѣ пустуль.

*Время прививки оспы.* Лучшимъ временемъ для вакцинаціи считается возрастъ отъ 3 до 6 мѣсяцевъ. Избѣгаютъ прививать оспу въ жаркіе лѣтніе дни, а также всѣмъ больнымъ дѣтямъ, особенно золотушнымъ и рахитикамъ, страдающимъ экземой. Въ случаѣ неудачи повторяють прививку недѣли черезъ 2, а при новой неудачѣ, если лимфа была завѣдомо хороша, откладываютъ прививку на годъ (временная невоспримчивость).

Во время господства эпидеміи оспы вакцинація производится поголовно всѣмъ, не обращая вниманія ни на возрастъ, ни на хворость дѣтей.

Такъ какъ вакцинація не всегда застраховываетъ отъ оспы на всю жизнь, а сплошь и рядомъ только на нѣсколько лѣтъ, то рекомендуютъ повторять прививку черезъ 7 лѣтъ (*ревакцинація*).

*Число уколовъ.* Несомнѣнно, что и одна хорошо развитая пустула производитъ полную невоспримчивость къ оспѣ, но въ виду того, что продолжительность иммунитета бываетъ больше послѣ нѣсколькихъ пустуль, то дѣлають обыкновенно 4—6 уколовъ.

---

### XXXVIII. Корь—morbilli.

Корью называется острая заразительная болѣзнь, характеризующаяся красной пятнисто-папулезной сыпью, лихорадкой и катаррами носа, глазъ и дыхательныхъ вѣтвей.

*Происхожденіе и причины.* Корь всегда передается черезъ зараженіе. Въ чемъ состоитъ ядъ кори, неизвѣстно; мы знаемъ только, что онъ вырабатывается въ заболѣвшемъ организмѣ очень рано, такъ что всего сильнѣе заражаетъ корь въ періодѣ предвѣстниковъ. Ядъ кори, сравнительно со скарлатиннымъ, отличается меньшею стойкостью (комната, гдѣ лежалъ больной, легче дезинфицируется), но большею летучестью (оттого зараза легко распространяется).

Расположеніе къ кори существуетъ во всѣхъ возрастахъ, и если взрослые люди заболѣваютъ ею сравнительно рѣдко, то только потому, что почти всѣ успѣваютъ перенести ее въ дѣтствѣ и потому обладаютъ пріобрѣтенной невосприимчивостью. Случаи дву- или трехкратнаго заболѣванія корью хотя и встрѣчаются, но очень рѣдко. Врожденная (временная) невосприимчивость къ кори всего чаще встрѣчается у дѣтей первыхъ 6 мѣсяцевъ жизни.

*Патолого-анатомическія измѣненія,* встрѣчающіяся въ трупахъ дѣтей, умершихъ отъ кори, обусловливаются не самой корью, а тѣми или другими осложненіями, изъ которыхъ всего чаще встрѣчаются капиллярный бронхитъ и бронхопневмонія.

*Симптомы и теченіе.* Мать обращается къ врачу по поводу того, что ребенокъ ея дня 3—4 былъ въ жару и кашлялъ, а теперь у него появилась сыпь. *Коревая сыпь* состоитъ изъ ярко-красныхъ пятенъ различной величины, разбросанныхъ или тѣсно сидящихъ на нормальной кожѣ. Осязаніемъ не трудно убѣдиться, что коревая сыпь принадлежитъ къ числу папулезныхъ, но папулы, занимающія центръ пятенъ, иногда такъ малы, что ихъ не легко замѣтить глазомъ. Сыпь прежде всего является на лицѣ и въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней распространяется на туловище и конечности. Еще раньше, чѣмъ на лицѣ, коревая сыпь въ видѣ красныхъ пятенъ высыпаетъ на мягкомъ нѣбѣ и вооб-

ще на слизистой оболочкѣ рта: эта такъ наз. *продромальная* коревая сыпь является за 12—36 часовъ до сыпи на лицѣ и имѣетъ очень большое діагностическое значеніе. На деснахъ, внутренней поверхности губъ и щекъ, на мѣстахъ продромальной коревой сыпи очень рано начинаетъ слущиваться эпителий, вслѣдствіе чего всѣ мѣста покрываются очень мелкими, бѣловатыми чешуйками, какъ бы отрубьями; это симптомъ, уже давно описанный и мной, Monti и др., въ недавнее время подробно описанъ Корлік'омъ, почему и извѣстенъ подъ именемъ симптома *Корліска*. Коревая сыпь держится недолго и блѣднѣетъ въ томъ же порядкѣ, какъ появлялась: сначала на лицѣ (3-й день), потомъ на туловищѣ (4-й) и на конечностяхъ. На мѣстѣ сыпи остается пигментация, пропадающая, примѣрно, черезъ недѣлю. Въ это время или нѣсколько раньше наступаетъ шелушеніе кожицы, всего болѣе замѣтное на лицѣ. Коревое шелушеніе отличается отъ скарлатинознаго тѣмъ, что эпидермисъ никогда не сходитъ большими пластами, а всегда въ видѣ мелкихъ чешуекъ (отрубевидное шелушеніе).

*Катарры слизистыхъ оболочекъ* носа, глазъ, гортани и бронховъ являются при кори раньше сыпи и относятся, слѣдовательно, къ періоду предвѣстниковъ, но продолжаются въ теченіе всей болѣзни и прекращаются не ранѣе, какъ черезъ 1—2 недѣли послѣ исчезанія сыпи.

*Лихорадка при кори* не отличается постоянствомъ типа. Чаще встрѣчается лихорадка съ двумя максимум'ами: первый (около 39,5°) приходится на первый день предвѣстниковъ, а второй, болѣе высокій (около 40—40,5°), совпадаетъ съ наибольшимъ высыпаніемъ; эти два максимум'а отдѣляются другъ отъ друга двух- или трехдневнымъ періодомъ сравнительно низкихъ температуръ. Окончаніе лихорадки при кори идетъ быстро, иногда критически, и достигаетъ нормы на 6—7-й день.

*Различныя формы кори.* Въ нормальной кори различаютъ 4 періода: скрытый періодъ (9 дней), періодъ предвѣстниковъ (4 дня), періодъ высыпанія (3 дня) и періодъ шелушенія (3—7 дней). Скрытый періодъ протекаетъ обыкновенно безъ всякихъ симптомовъ; періодъ предвѣстниковъ характеризуется лихорадочнымъ состояніемъ, насморкомъ, краснотой

глазъ, кашлемъ и подъ конецъ появленіемъ продромальной сыпи во рту; въ періодъ высыпанія лихорадочное состояніе и катарры достигаютъ наибольшаго развитія; періодъ шелушенія начинается съ поблѣднѣнія сыпи и съ окончанія лихорадки; всѣ катарры въ этомъ періодѣ постепенно разрѣшаются.

*Аномальная корь.* Сюда принадлежатъ случаи кори безъ сыпи и кори безъ лихорадки (*morbili sine exanthemate* и *m. arupetica*). Диагностика подобныхъ случаевъ abortивной кори облегчается характеромъ эпидеміи въ данномъ случаѣ; въ случаѣ кори безъ сыпи можно все-таки найти продромальную сыпь во рту. Къ тяжелымъ формамъ аномальной кори относятся—сливная и геморрагическая корь. Последняя форма характеризуется или тѣмъ, что коревая сыпь дѣлается петехіальной, или тѣмъ, что на первый планъ выступаютъ кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ. Подобные случаи всегда протекаютъ тяжело и иногда оканчиваются летально.

*Осложненія* являются, обыкновенно, со стороны органовъ, которые поражаются и при всякой нормальной кори. Всего чаще встрѣчаются: носовыя кровотечения, язвенное воспаленіе десенъ (*stomatase*), водяной ракъ щеки (*нома*), воспаленіе средняго уха, катарръ гортани и ложный крупъ, и въ особенности *воспаленіе легкихъ* (коревая бронхопневмонія).

Изъ послѣдовательныхъ болѣзней самое большое значеніе по частотѣ появленія и по опаснымъ послѣдствіямъ принадлежитъ *туберкулезу легкихъ* и общему милиарному туберкулезу.

*Диагностика.* Ясно выраженная корь не представляетъ затрудненій для распознаванія, такъ какъ сыпь ея очень характерна, да къ тому же ее сопровождаютъ катарры.

Затрудненія могутъ встрѣтиться въ періодѣ предвѣстниковъ и въ началѣ высыпанія.

Начало кори можно принять за гриппъ, но на 2-й или на 3-й день, съ появленіемъ продромальной коревой сыпи во рту и зѣвѣ, дѣло выясняется.

Въ самомъ началѣ высыпанія корь всего легче смѣшать съ оспой; въ пользу кори и противъ оспы говорятъ катарры носа, глазъ и бронховъ, продромальная сыпь и болѣе пятнистый, чѣмъ папулезный, характеръ сыпи.

Сливная корь можетъ быть принята за скарлатину, но распознаваніе облегчается тѣмъ, что при кори сливная сыпь почти никогда не занимаетъ всего тѣла, обыкновенно же на конечностяхъ или на передней поверхности туловища остается много мѣсть, представляющихъ типическую, пятнистую коревую сыпь.

Легкая аномальная корь, протекающая почти безъ сыпи и съ значительными катаррами, часто принимается за краснуху (см. слѣдующую главу). Главное основаніе для діагностики—характеръ эпидеміи.

*Происхожденіе.* Нормальная, неосложненная корь—болѣзнь не опасная. Осложненія со стороны легкихъ встрѣчаются тѣмъ чаще и они тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, и потому до 2 лѣтъ корь можно считать за очень серьезную болѣзнь; она серьезна также для дѣтей съ наследственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу.

*Лѣченіе.* Предохранительное лѣченіе кори можетъ состоять въ отдѣленіи заболѣвшаго отъ здоровыхъ, но мѣра эта рѣдко ведетъ къ цѣли, такъ какъ корь начинаетъ заражать раньше, чѣмъ можетъ быть узнана. Для ограниченія эпидеміи необходимо запрещать братьямъ и сестрамъ больного посѣщать школу. Лѣченіе собственно кори ведется симптоматически. Въ виду катарра слиз. обол. въѣкъ и свѣтобоязни, комнату больного нѣсколько затемняютъ, а въ виду сухого кашля назначаютъ различныя разрѣшающія средства (щелочныя минеральныя воды, апоморфинъ и др.; см. бронхитъ) и пагсотиса (Доверовъ порошокъ, кодеинъ, морфій). При осложненіяхъ—по общимъ правиламъ.

---

### XXXIX. Скарлатина—scarlatina.

Скарлатиной называется острая, заразительная болѣзнь, характеризующаяся разлитой, блѣдно-розовой, мелкоочечною сыпью на всемъ тѣлѣ, лихорадкой и воспаленіемъ зѣва.

*Происхожденіе и причины.* Контагіи скарлатины намъ не извѣстенъ. Эпидемія скарлатины въ Москвѣ, какъ, вѣроятно, и въ другихъ большихъ городахъ, встрѣчается ежегодно, но

характеръ эпидемій очень измѣнчивъ; иногда скарлатина очень злокачественна, тогда какъ въ другое время почти всѣ случаи протекаютъ легко. Зараза скарлатины отличается стойкостью и живучестью, т.-е. ядъ долго остается на стѣнахъ комнаты, гдѣ лежалъ больной, или на вещахъ, бывшихъ съ нимъ въ соприкосновеніи, и легко передается черезъ третье лицо, остающееся здоровымъ. Скарлатинозный больной начинаетъ распространять заразу уже съ 1-го дня заболѣванія, но въ началѣ болѣзни контагій еще слабъ, и потому на 1-й или 2-й день удается, обыкновенно, съ успѣхомъ отдѣлить здоровыхъ дѣтей отъ больного. Вообще принимаютъ, что всего сильнѣе заражаетъ скарлатина въ разгарѣ болѣзни (4—7-й дни), но несомнѣнно, что заразительность продолжается, по крайней мѣрѣ, до конца шелушенія (около 6 недѣль).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось прослѣдить распространеніе скарлатины черезъ молоко, если оно стояло въ комнатѣ больного.

Воспримчивость къ скарлатинѣ не такъ распространена среди дѣтей, какъ къ кори или оспѣ; разъ перенесенная скарлатина застраховываетъ отъ вторичнаго заболѣванія. Всего чаще заболѣваютъ дѣти отъ 2 до 7 лѣтъ; послѣ 12 лѣтъ воспримчивость въ скарлатинѣ уменьшается.

*Патолого-анатомическія измѣненія.* Скарлатина не характеризуется на трупѣ никакими, ей только свойственными, измѣненіями внутреннихъ органовъ. Сыпь послѣ смерти исчезаетъ, оставаясь только мѣстами, гдѣ она имѣла геморрагическій характеръ. Эти-то остатки сыпи, вмѣстѣ съ измѣненіями со стороны зѣва, и являются главными основаніями для посмертной діагностики скарлатины у умершихъ въ первые дни болѣзни.

Измѣненія кожи при скарлатинѣ состоятъ въ налитіи кожныхъ капилляровъ и въ серозной инфильтраціи подкожныхъ слоевъ эпидермиса.

Слизистая оболочка зѣва въ различныхъ случаяхъ представляетъ разнообразныя степени воспаленія, начиная отъ легкаго катарра и кончая глубокимъ дифтеритическимъ некрозомъ, подобно тому, какъ это наблюдается при дифтеріи, но анатомическое сходство еще не доказываетъ тождества скарлатинознаго дифтерита съ дифтеріей; самая существенная

разница между ними этиологическая: при дифтерии въ экссудатѣ всегда находятъ Löffler'sкаго бацилла, а при скарлатинозномъ дифтеритѣ цѣпочечнаго кокка.

Въ трупнахъ субъектовъ, умершихъ отъ скарлатины въ первые дни заболѣванія, встрѣчаются, обыкновенно, темная жидкая кровь, гиперемія мозговыхъ оболочекъ, катарръ слиз. обол. желудка и кишекъ (пораженіе фолликулъ и Пейеровыхъ бляшекъ), мутное набуханіе и зернистое перерожденіе печени и почекъ.

Если больной умираетъ позднѣе, то на кожѣ остаются слѣды скарлатинознаго шелушенія, и во внутреннихъ органахъ—различныя измѣненія соотвѣтственно тѣмъ осложненіямъ, о которыхъ будетъ сказано ниже.

*Симптомы.* Мать жалуется, что ребенокъ заболѣлъ *вдругъ* сильнымъ жаромъ, рвотой и болью при глотаніи, а на другой день по всему тѣлу высыпала мелкая, красная сыпь.

Скарлатинозная сыпь имѣетъ видъ *сплошной, но не равномерной красноты*; она состоитъ изъ множества мелкихъ, красныхъ точекъ, тѣсно сидящихъ другъ около друга на общемъ блѣдно-розовомъ фонѣ; такимъ образомъ кожа больного получаетъ какъ-бы мраморный видъ. Сыпь занимаетъ также и лицо, но щадитъ носъ, подбородокъ и губы, и въ этомъ *резкомъ контрастѣ между блѣдностью губъ и подбородка*, съ одной стороны, и *яркою краснотою щекъ*—съ другой состоитъ характерность лица скарлатинозныхъ больныхъ. Скарлатинозная сыпь начинается обыкновенно съ шеи и верхней части груди и спины и въ *нѣсколько часовъ* распространяется на лицо и на все туловище, а *къ концу сутокъ* и на конечности; она высыпаетъ, слѣдовательно, быстрѣе, чѣмъ коревая сыпь. Начало высыпанія бываетъ тоже раньше, чѣмъ при кори и оспѣ, такъ какъ скарлатинозная сыпь бываетъ ясно замѣтна уже *къ концу первыхъ сутокъ* отъ начала болѣзни. Интересную разновидность скарлатинозной сыпи составляетъ такъ наз. *миліарная скарлатина*; особенность ея состоитъ въ томъ, что различныя мѣста (шея, ~~махи~~, локтевые складки, а иногда туловище) покрываются тѣсно сидящими бѣлыми пузырьками, величиной въ головку булавки, придающими сыпи своеобразный видъ. Эта сыпь большею частію наблюдается при доброкачественной скарлатинѣ.



Скарлатинозное высыпаніе сопровождается иногда довольно сильнымъ зудомъ, который тоже имѣетъ благоприятное значеніе для предсказанія.

Сыпь появляется также въ зѣвѣ и на языкѣ. На первый день нерѣдко удается видѣть на мягкомъ нѣбѣ, около корня язычка, мелкооченную сыпь, которая уже на слѣдующій день уступаетъ мѣсто разлитой краснотѣ, распространяющейся на все мягкое нѣбо и на миндалины.

Языкъ въ первые дни заболѣванія представляется густо обложеннымъ, но на 3—4-й день онъ начинаетъ очищаться съ кончика и съ краевъ и черезъ 1—2 дня дѣлается интенсивно-краснаго цвѣта съ значительно припухшими сосочками—*скарлатинозный языкъ*.

Вторымъ характернымъ для скарлатины симптомомъ является воспаленіе зѣва—*скарлатинозная жаба*. Интенсивность и характеръ этой жабы зависятъ отъ силы самой скарлатины. Въ легкихъ случаяхъ дѣло идетъ о простой катарральной или фолликулярной жабѣ; въ тяжелыхъ случаяхъ воспаленіе зѣва усиливается до степени дифтеритическаго некроза. Этотъ такъ наз. *скарлатинозный дифтеритъ* не слѣдуетъ смѣшивать съ обыкновенною дифтеріей, отъ которой онъ отличается какъ въ этиологическомъ и бактеріоскопическомъ отношеніи, такъ и по своему клиническому теченію, о чемъ будетъ сказано въ слѣдующей главѣ.

Третій кардинальный симптомъ скарлатины есть *лихорадка*. Большинство случаевъ нормальной скарлатины характеризуется быстрымъ повышеніемъ температуры (на первый же вечеръ около 40°), короткимъ фастигіумомъ (3—4 дня) и сравнительно медленнымъ, не критическимъ окончаніемъ.

Къ числу весьма важныхъ въ діагностическомъ отношеніи симптомовъ относится еще *рвота* на первый день заболѣванія. Въ легкихъ случаяхъ бываетъ обыкновенно однократная рвота, въ тяжелыхъ—рветъ нѣсколько разъ, но рѣдко она продолжается долѣе 24 часовъ.

*Различныя формы и теченіе скарлатины.* *Скрытый періодъ* при скарлатинѣ не отличается такой строго опредѣленной продолжительностью, какъ при кори, но вообще онъ болѣе коротокъ и въ большинствѣ случаевъ равняется 4—7 днямъ съ колебаніями отъ 1 до 11 дней. Въ этотъ періодъ больной не представляетъ никакихъ симптомовъ.

Скарлатина, въ отличіе отъ кори, представляетъ большее разнообразіе въ теченіи и въ осложненіяхъ. Различаютъ нормальную форму скарлатины и аномальную.

*Нормальная скарлатина* характеризуется умѣреннымъ и пропорциональнымъ развитіемъ всѣхъ симптомовъ; лихорадкѣ 39,5—40° соответствуетъ повсемѣстная, ярко-красная сыпь и умѣренная боль при глотаніи; нервныя явленія состоятъ въ головной боли, легкой сонливости днемъ и бредѣ по ночамъ; железы шеи хотя и увеличиваются, но остаются подвижными и малоболѣзненными.

Болѣзнь начинается *сразу*, еще наканунѣ ребенокъ былъ веселъ, какъ всегда; съ утра онъ жаловался, можетъ-быть, на легкую боль при глотаніи, потомъ вдругъ его вырвало, сдѣлалась жаръ, и къ вечеру больной слегъ при t° въ 39,5—40°. На слѣдующее утро на груди и спинѣ появилась уже характерная сыпь, которая въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней сдѣлалась гораздо ярче и заняла все тѣло; вмѣстѣ съ сыпью усиливается лихорадка, достигающая своего аспе на 3—4-й день, а также и воспаленіе зѣва. Послѣ 4-го дня въ нормальной скарлатинѣ наступаетъ поворотъ къ лучшему: t° замѣтно падаетъ, сыпь начинаетъ блѣднѣть, боль горла уменьшается, и къ концу недѣли или къ 9-му дню больной уже безъ лихорадки и ни на что не жалуется. На 2—3-й недѣлѣ начинается шелушеніе, которое затягивается обыкновенно до конца 5—6-й недѣли. Скарлатинозное шелушеніе настолько характерно, что позволяетъ узнать бывшую скарлатину даже и безъ анамнеза. Характерность его состоитъ въ томъ, что на пальцахъ, ладоняхъ и подошвахъ, а также мѣстами и на туловищѣ, кожа лупится большими пластами, а не отрубевидными чешуйками, какъ при кори.

*Аномальная скарлатина* можетъ быть легкой и тяжелой. *Легкая форма* характеризуется тѣмъ, что всѣ кардинальные симптомы, т.-е. лихорадка, сыпь и жаба, развиты слабо, или тотъ или другой изъ этихъ симптомовъ совсѣмъ отсутствуетъ. Скарлатина безъ сыпи встрѣчается чаще, чѣмъ скарлатина безъ лихорадки или безъ жабы. Всѣ эти формы abortивной скарлатины извѣстны подъ именемъ *scarl. frusta*, т.-е. стертая скарлатина. Принадлежность ихъ къ настоящей скарлатинѣ доказывается тѣмъ, что ребенокъ, перенесшій подобное

легкое заболѣваніе, дѣлается имуннымъ къ скарлатинозному яду и что отъ легкой формы другой ребенокъ можетъ заразиться тяжелою скарлатиной.

*Тяжелая скарлатина* характеризуется или чрезмѣрнымъ развитіемъ симптомовъ со стороны гѣрла и сосѣднихъ органовъ, или припадками общаго отравленія организма, при чемъ злокачественное вліяніе яда выражается очень высокой температурой, упадкомъ дѣятельности сердца и бурными симптомами со стороны нервной системы. Въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ смерть можетъ наступить уже на первый день болѣзни.

Тяжелая скарлатина начинается тоже внезапной рвотой (большею частію повторной) и сильнымъ жаромъ, но съ тою разницею отъ нормальныхъ случаевъ, что скоро наступаетъ помраченіе сознанія и бредъ, а иногда и судороги. Если больной переживаетъ первые три дня, то жаба принимаетъ обыкновенно дифтеритическій характеръ.

Къ тяжелымъ формамъ относится также и *геморрагическая скарлатина*, при которой, кромѣ тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ, появляются еще и кровоподтеки на кожѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ (носъ, кишки, почки).

*Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.* Дифтеритическая жаба съ ея послѣдствіями, въ видѣ дифтеритическаго насморка, отита, гнойнаго воспаленія шейныхъ железъ и клѣтчатки, относится обыкновенно къ числу осложненій, хотя они составляютъ почти необходимую принадлежность всякой тяжелой скарлатины. Помимо этого, скарлатина всего чаще осложняется воспаленіемъ серозныхъ оболочекъ; въ отличіе отъ кори, поражающей слизистыя оболочки, здѣсь мы часто встрѣчаемся съ гнойными плевритами, перикадритомъ и синовитомъ.

Изъ послѣдовательныхъ болѣзней самую главную роль, по частотѣ появленія и по серьезному значенію, играютъ *воспаленіе почекъ*. Оно появляется обыкновенно въ промежутокъ времени отъ 10-го до 21-го дня отъ начала болѣзни. Въ отличіе отъ скарлатинозной альбуминурии, часто встрѣчающейся въ первые дни лихорадочнаго періода и не имѣющей особаго значенія, настоящее воспаленіе почекъ называется *послѣдовательнымъ нефритомъ*. Частота появленія этого осложненія

всего больше зависит отъ характера эпидеміи и колеблется отъ 1 до 80%. О симптомахъ и теченіи скарлатинознаго нефрита было говорено въ главѣ о воспаленіи почекъ (стр. 169), здѣсь прибавимъ только, что при скарлатинѣ встрѣчается иногда *водянка и безъ воспаленія почекъ*.

Въ подобныхъ случаяхъ моча остается блѣдной, не даетъ осадка и не содержитъ ни бѣлка, ни цилиндровъ. Обыкновенно она скоро кончается выздоровленіемъ.

Къ числу осложнений, специально свойственныхъ скарлатинѣ и отличающихся особенностями теченія, относятся между прочимъ *серозные синовиты* или такъ наз. *скарлатинозный ревматизмъ*. Воспаленіе сочлененій встрѣчается какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины; оно можетъ появиться уже на первой недѣли болѣзни, но чаще отъ 9-го до 16-го дня, т.-е. въ началѣ періода шелушенія. Болѣзненность и припухлость пораженныхъ сочлененій сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ, и вообще заболѣваніе очень похоже на обыкновенный ревматизмъ, но отличается отъ него легкостью теченія, такъ какъ воспаленіе рѣдко перебрасывается съ одного мѣста на другое и черезъ нѣсколько дней безслѣдно проходитъ. Всего чаще поражаются запястья, колѣни, ступни и локти.

*Діагностика*. Всего чаще смѣшивается скарлатина съ корью. Главнѣйшія основанія для діагностики состоятъ въ слѣдующемъ: 1) *начало болѣзни*: при скарлатинѣ жаръ, рвота и боль горла, при кори — жаръ, насморкъ, краснота глазъ, кашель; 2) *время появленія и характеръ сыпи*: при скарлатинѣ сыпь появляется на 2-й день, при кори — на 4-й; при первой сыпь занимаетъ большія пространства сплошь и имѣетъ точечный или мраморный видъ, при второй — сыпь въ видѣ небольшихъ, ярко-красныхъ пятенъ, разбросанныхъ по нормальной кожѣ; при скарлатинѣ губы и подбородокъ никогда не занимаютъ сыпью и потому своимъ блѣднымъ видомъ рѣзко отличаются отъ сильно покраснѣвшихъ щекъ, тогда какъ при кори сыпь не только не щадитъ этихъ частей лица, но именно здѣсь-то и еще на носу она и показывается прежде всего; 3) *воспаленіе слизистыхъ оболочекъ*: при скарлатинѣ — различнаго рода жабы и скарлатинозный языкъ, а при кори различные катарры и продромальная, пятнистая сыпь на нѣбѣ; 4) *характеръ эпидеміи*.

Легкая скарлатина безъ жабы можетъ быть смѣшана съ *потницей* и съ *лѣкарственными эритемами*. Потница занимаетъ только тѣ мѣста, которыя сильно потѣютъ (верхнюю часть груди и спины, лобъ, сгибательную поверхность конечностей); она усиливается при тепломъ содержаніи больного и блѣднѣетъ при прохладномъ.

Лѣкарственная сыпь является или на мѣстѣ приложенія какихъ-либо мазей (сало съ скипидаромъ, вазелинъ, деревянное масло), или подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ внутреннихъ лѣкарствъ—на всемъ тѣлѣ. Лѣкарственная сыпь послѣдней категоріи характеризуется тѣмъ, что она можетъ быть вызвана у того же самаго субъекта по произволу тѣмъ же самымъ приемомъ лѣкарства, отъ котораго она явилась и въ первый разъ. Подобныя сыпи всего чаще вызываются инъекціями сыворотки и хининомъ, рѣже салициловыми препаратами, белладоной, опиумъ и др.

Вообще слѣдуетъ быть чрезвычайно осторожнымъ съ діагностикой скарлатины, безъ жабы, ибо подобныя формы встрѣчаются крайне рѣдко.

*Предсказаніе.* Скарлатина не допускаетъ вполне благопріятнаго предсказанія даже и въ легкихъ случаяхъ, такъ какъ различныя осложненія, въ особенности воспаленіе почекъ, могутъ присоединиться ко всякому случаю.

При предсказаніи необходимо сообразоваться съ характеромъ эпидеміи данной мѣстности; смертность отъ скарлатины въ различныхъ эпидеміяхъ колеблется отъ 10 до 40%. Въ прогностическомъ отношеніи пользуются дурной репутаціей: 1) лихорадка въ 41° и выше; 2) тяжелые нервныя симптомы (потемненное сознаніе, бредъ при открытыхъ глазахъ, судороги); 3) со стороны орг. пищеваренія упорная рвота на первый день болѣзни, сухой языкъ, обширный дифтеритъ (особенно, если онъ занимаетъ не только все мягкое, но отчасти и твердое небо); 4) малый пульсъ, похолоданіе конечностей, синеватый отѣнокъ сыпи; 5) обширная флегмона шейной клѣтчатки, гнойный синовитъ и плевритъ.

Вліяніе возраста на предсказаніе выражается въ томъ, что послѣ 5 лѣтъ смертность отъ скарлатины значительно уменьшается.

*Лѣченіе.* Предохранительное лѣченіе состоитъ въ строгой изоляціи заболѣвшаго отъ здоровыхъ въ теченіе всего времени, пока длится шелушеніе (около 6 недѣль). Слѣдуетъ имѣть въ виду, что зараза передается не только самимъ больнымъ, но и окружающими его лицами и вещами. По окончаніи болѣзни постель сжигается, стѣны и потолокъ омываются растворомъ сулемы 1:1000 въ смѣси съ 2% карболовой кислоты или все помѣщеніе окуривается формалиномъ. Сестры и братья больного могутъ посѣщать школу черезъ 11 дней послѣ того, какъ были удалены въ другую квартиру и не заболѣли.

Собственно лѣченіе скарлатины можетъ быть только гигиѳносимптоматическимъ \*). Въ виду необходимости вентиляціи, всего бы лучше дать больному двѣ комнаты: одну для ночи, другую для дня;  $t^{\circ}$  не должна быть больше  $15^{\circ}$  и не ниже  $12^{\circ}$ ; кутанья не нужно, всего лучше руководствоваться желаніемъ больного. Діета—вода и молоко. Больной долженъ оставаться въ постели, по крайней мѣрѣ, двѣ недѣли послѣ окончанія лихорадочнаго состоянія, такъ что и въ легкихъ случаяхъ онъ не встанетъ раньше трехъ недѣль.

Въ періодѣ лихорадки все тѣло смазываютъ 1—2 раза въ день прованскимъ масломъ комнатной температуры, а если сыпь высыпаетъ вяло и неравномѣрно, то для смазыванія берется масло почти горячее (но чтобы не обжигало руку).

Для полосканья—растворъ борной кислоты (чайную ложку вѣрхомъ на стаканъ воды) или бертолетова соль въ томъ же количествѣ. Дѣтямъ, не умѣющимъ полоскать,—ас. boricum внутрь: Rp. Ac. borici 2,0; Aq. destill. 90.0; Syr. 10.0. DS. Черезъ два часа по чайной или по дес. ложкѣ. На голову холодный компрессъ.

По окончаніи лихорадки всѣ лѣкарства отмѣняются; въ видахъ ускоренія шелушенія и для предохраненія отъ нѣфрита въ этомъ періодѣ дѣлаютъ два раза въ недѣлю теплыя ванны ( $28^{\circ}$  R.).

Если скарлатинозная лихорадка съ самаго начала очень высока и сопровождается бредомъ и другими нервными явленіями, то полезно начинать лѣченіе со слабительной дозы

\*) Лѣченіе подкожными впрыскиваніями сыворотки Moser'a пока еще не даетъ столь же успѣшныхъ результатовъ, какъ въ соответствующихъ случаяхъ антидифтерійная сыворотка. Ред.

каломеля (по 0.05 черезъ часъ до дѣйствія, послѣ 4-го порошка въ случаѣ надобности ложку кастороваго масла), потомъ микстуру изъ сѣрнокислой магнезій. Rp. Magnesiaе sulfurosaе, Ac. sulfurosi āā 4.0; Aq. destill. 180.0; Syr. 20.0. DS. Черезъ часъ по чайной—десертной ложкѣ; а для пониженія температуры и для прямого вліянія на нервную систему постепенно охлаждаемыя ванны (съ 27 до 23°) или завертыванія въ мокрыя простыни (комнатная вода) 1 — 3 раза въ день. Показанія для жаропонижающихъ тѣ же, что при крупозной пневмоніи.

При слабомъ пульсѣ (похолоданіе конечностей, синеватость сыпи) ванны противопоказаны, здѣсь лучше возбуждающія внутрь или подъ кожу: Rp. Moschi, Ammon. carbon. āā 0.01—0.06 (gr.  $\frac{1}{6}$ —1), Sacch. 0.2. D. t. d. № 12. S. Черезъ часъ по порошоку. Rp. Camphorae tritae 0.01—0.03 (gr.  $\frac{1}{6}$  —  $\frac{1}{2}$ ), Ac. benzoici 0.03 (gr.  $\frac{1}{2}$ ); Sacch. 0.2. D. t. d. № 12, какъ предыдущее. Rp. Camphorae tritae 0.05 (gr. j); Spir. vini, Aq. dest. āā 10.0 (ѣjjj). DS.  $\frac{1}{4}$  до полнаго шприца подъ кожу 2—3 раза въ день.

При сильномъ воспаленіи зѣва или при скарлатинозномъ дифтеритѣ кромѣ полосканій (у маленькихъ дѣтей шпринцованій рта) назначаются паровыя пульверизаціи растворами natri salicyl. (2%), natri benzoici (2%), aq. calcis (1:2 части aq. dest.) нѣсколько разъ въ день. Neubner рекомендуетъ инъекціи 3%-ной карболовой кислоты въ ткань миндалинъ или мягкаго нѣба по  $\frac{1}{2}$  шприца (съ длинной канюл.) въ каждую сторону 1—2 раза въ день. Несомнѣнное благопріятное вліяніе на теченіе скарлатинознаго дифтерита оказываетъ присыпка пораженныхъ мѣстъ содоіодоловымъ натромъ въ смѣси съ борной кислотой. Rp. Natri sozojodolici, ac. borici āā 5.0. DS. Наносить на больное мѣсто кисточкой.

## **XL. Дифтерія \*)—diphtheritis s. diphtheria.**

Дифтеріей называется острая, инфекціонная, заразительная болѣзнь, происходящая отъ специфическаго микроба и харак-

\*) Слова „дифтерія“ и „дифтеритъ“ хотя и считаются нѣкоторыми за синонимы, но, строго говоря, они обозначаютъ совершенно разныя вещи:

теризующаяся фибринознымъ воспаленіемъ слизистой оболочки зѣва и сосѣднихъ частей и нерѣдко влекущая за собой своеобразныя послѣдовательныя болѣзни, въ особенности въ видѣ параличей произвольныхъ мышцъ и сердца.

*Происхожденіе и причины* дифтеріи выяснены лучше, чѣмъ происхожденіе другихъ инфекціонныхъ болѣзней; въ настоящее время можно считать за доказанное, что мѣстныя измѣненія зѣва и другихъ слизистыхъ оболочекъ вызываются особаго рода палочкой, съ булавовидно-утолщенными концами, извѣстной подъ именемъ бацилла Klebs-Löffler'a или просто Löffler'скаго бацилла.

Въ самомъ началѣ своего развитія *дифтерія является въ видѣ чисто мѣстнаго заболѣванія*, происходящаго вслѣдствіе колонизаціи на слизистой оболочкѣ зѣва специфическаго микроба; размножаясь на поверхности слизистой оболочки, микробъ этотъ оказываетъ на организмъ двоякаго рода вліяніе, во-первыхъ, онъ вызываетъ болѣе или менѣе сильное воспаленіе на мѣстѣ своего пребыванія, ведущее къ образованію крупознаго или ложно-дифтеритическаго экссудата, и во-вторыхъ, онъ вырабатываетъ ядовитыя вещества, которыя, всасываясь въ кровь, обуславливаютъ явленія общаго отравленія организма. Это ядовитое вещество добыто Brieger'омъ и Fraenkel'емъ въ чистомъ состояніи въ видѣ аморфнаго бѣлаго порошка, оказавшагося дериватомъ бѣлка, т.-е. изъ ряда токсальбуминовъ. Что общіе симптомы при дифтеріи об-

---

дифтерія есть понятіе клиническое, это извѣстная болѣзнь, имѣющая свою специальную этиологію и характеризующаяся специфическими симптомами и теченіемъ, тогда какъ дифтеритъ, какъ синонимъ дифтеритическаго воспаленія или извѣстнаго некроза, есть понятіе патологоанатомическое, все равно, какъ и крупъ или крупозное воспаленіе. Дифтеритъ кишокъ при дизентеріи или дифтеритъ матки при послѣродовой горячкѣ не есть дифтерія, слѣдовательно дифтеритъ или дифтеритическій некрозъ той или другой слизистой оболочки можетъ быть произведенъ не однимъ лишь ядомъ дифтеріи, но и другими разными причинами; въ этомъ отношеніи и слизистая оболочка зѣва не составляетъ исключенія, такъ какъ и здѣсь дифтеритическій процессъ не всегда доказываетъ существованіе дифтеріи; такъ, напр., скарлатинозный дифтеритъ, который въ патологоанатомическомъ смыслѣ есть несомнѣнный типическій дифтеритъ (дифтеритическій или коагуляціонный некрозъ), ни по своей этиологіи, ни по теченію отнюдь не можетъ быть названъ дифтеріей.



условливаются не самими бациллами, а химическими продуктами их дѣятельности, доказывается, во-первыхъ, тѣмъ, что во внутреннихъ органахъ или крови дифтеритный бацилла почти не встрѣчается, а во-вторыхъ, тѣмъ, что общіе симптомы дифтеріи, въ томъ числѣ и характерные параличи, могутъ быть вызваны у животныхъ экспериментально: именно посредствомъ инъекціи подъ кожу или въ полость брюшины профильтрованной бульонной разводки.

Въ однихъ случаяхъ бациллы бываютъ болѣе ядовиты, въ другихъ менѣе, но различная злокачественность дифтеріи въ разныхъ случаяхъ только отчасти объясняется степенью ядовитости бациллъ, главную же роль играетъ тутъ индивидуальная восприимчивость: есть люди, совсѣмъ невосприимчивые къ яду дифтеріи, но есть и такіе, которые, заразившись отъ легкой формы, заболѣваютъ смертельною дифтеріей.

Дифтерія передается здоровымъ не только отъ самаго больного, но и черезъ посредство вещей, бывшихъ въ соприкосновеніи съ больными (особенно если они запачканы мокротой), и черезъ третьихъ лицъ, остающихся здоровыми. Контагіи дифтеріи отличается чрезвычайною живучестью, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда вещи, загрязненныя дифтеритными продуктами, сохраняются въ сухомъ видѣ въ темномъ, замкнутомъ помѣщеніи (напр. въ комодѣ на вещахъ до нѣсколькихъ мѣсяцевъ); напротивъ того, подъ вліяніемъ солнечнаго свѣта и доступа свѣжаго воздуха, контагіи теряетъ свою ядовитость сравнительно скоро (2—3 недѣли); отсюда видна вся важность провѣтриванія зараженнаго помѣщенія и весь вредъ спертаго воздуха и темныхъ подвальныхъ этажей. Контагіи дифтеріи, выносящей сухой жаръ до 90° С., быстро убивается во влажномъ видѣ уже при t° въ 60° R., такъ что дезинфекція кипяткомъ можетъ считаться для зараженнаго бѣлья и для другихъ вещей весьма дѣйствительнымъ средствомъ.

Въ заразительности дифтеріи въ настоящее время едва ли кто сомнѣвается, но нѣкоторые отрицаютъ возможность передачи контагія черезъ воздухъ, и поэтому считаютъ достаточной изоляцію въ одномъ домѣ, но въ различныхъ комнатахъ, что, впрочемъ, на практикѣ не подтверждается; по меньшей мѣрѣ мы должны допустить возможность передачи контагія дифтеріи черезъ воздухъ постольку, поскольку можетъ разно-

ситься по воздуху пыль изъ одной комнаты въ другую; во всякомъ случаѣ дифтерія не такъ заразительна, какъ корь или оспа. Судя по экспериментальнымъ даннымъ, указывающимъ на то, что въ тяжелыхъ случаяхъ дифтерита бактерии отличается болѣе ядовитыми свойствами, чѣмъ въ случаяхъ легкихъ, можно думать, что дифтерія тѣмъ заразительнѣе, чѣмъ она тяжелѣе.

Споръ о томъ, предохраняетъ ли заболѣваніе дифтеріей отъ повторенія этой болѣзни, въ настоящее время можно считать конченнымъ въ томъ смыслѣ, что разъ перенесенный дифтеритъ дѣлаетъ организмъ иммуннымъ по отношенію къ этому яду; опыты надъ животными доказываютъ, что иммунитетъ бываетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ тяжелѣе было зараженіе; неизвѣстно только, какъ долго продолжается приобретенная невосприимчивость.

Экспериментальныя изслѣдованія различныхъ авторовъ (Brügger и Fraenkel, Behring, Wernicke и др.) доказываютъ, что животныхъ (морскія свинки, кролики, собаки) можно сдѣлать невосприимчивыми къ дифтеріи различными способами; для этого достаточно, напр., впрыснуть въ брюшную полость морской свинкѣ нѣсколько граммъ фильтрата бульонной культуры дифтеритнаго bacteria, нагрѣтой до 65—70° (Briegger и Fraenkel); иммунитетъ развивается послѣ этого въ теченіе 14 дней. Изъ своихъ опытовъ авторы заключаютъ, что въ бульонной культурѣ содержатся два вещества: одно ядовитое—токсальбуминъ, а другое, пока не выдѣленное, даетъ животному иммунитетъ; при нагрѣваніи до 60—70° первое разрушается, а второе нѣтъ (для разрушенія его требуется t° въ 100°). Невосприимчивость вакцинированныхъ такимъ образомъ животныхъ обуславливается тѣмъ, что сыворотка ихъ крови получаетъ способность разрушать дифтеритный токсальбуминъ. По изслѣдованіямъ Behring'a оказалось, что то же свойство кровяной сыворотки наблюдается и въ тѣхъ случаяхъ, когда животное сдѣлано невосприимчивымъ какимъ-нибудь инымъ способомъ, напр., когда оно было заражено дифтеритомъ и выздоровѣло. (Лучшимъ способомъ иммунизации морскихъ свинокъ Behring считаетъ постепенное зараженіе ихъ подкожными инъекціями сначала ослабленныхъ культуръ, а потомъ все болѣе и болѣе сильныхъ; Wernicke,

напротивъ, начинаетъ прививки собакамъ прямо неослабленнаго яда, но сначала беретъ его лишь въ минимальныхъ дозахъ). Весьма интересно не только въ научномъ, но и въ терапевтическомъ отношеніи то обстоятельство, что *животное можетъ быть сдѣлано невоспріимчивымъ къ дифтеріи посредствомъ инъекціи* подъ кожу или въ полость брюшины известнаго количества сыворотки, взятой отъ иммунизаціи животного; въ этомъ случаѣ замѣчательно то, что невоспріимчивость наступаетъ не черезъ 14 дней, какъ при прививкѣ дифтеритныхъ культуръ, а тотчасъ же, и чѣмъ сильнѣе было иммунизировано первое животное (отъ котораго брали сыворотку), тѣмъ меньше требуется его сыворотки для иммунизациіи второго. Далѣе опыты Behring'a и Wernicke доказали, что *инъекціями сыворотки, взятой отъ иммунизированнаго животного, можно даже вылѣчить другое животное, если оно уже было заражено дифтеритомъ*, при чемъ они нашли, что для излѣченія требуется гораздо больше сыворотки, чѣмъ для произведенія невоспріимчивости, и чѣмъ позднѣе послѣ зараженія начаты инъекціи, тѣмъ больше нужно сыворотки: такъ, напр., тотчасъ послѣ зараженія морской свинки сильнымъ ядомъ дифтеріи, потребовалось для излѣченія въ 1½—2 раза больше сыворотки, чѣмъ для иммунизациіи, черезъ три часа послѣ прививки — уже втрое больше, а черезъ 24—36 часовъ—въ 8 разъ.

Прежде чѣмъ говорить о *патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ* при дифтеріи, слѣдуетъ выяснитъ значеніе терминовъ: крупъ, дифтеритъ и ложный дифтеритъ. Патолого-анатомы понимаютъ подъ этими именами известнаго рода воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, которое можетъ встрѣтиться при различныхъ болѣзняхъ, а въ томъ числѣ и при дифтеріи. Какъ при крупѣ, такъ и при дифтеритѣ дѣло идетъ о болѣе или менѣе глубокомъ и сильномъ воспаленіи, сопровождающемся образованіемъ экссудата, богатаго фибриномъ и потому свертывающагося на поверхности слизистой оболочки въ желтоватую и сѣровато-бѣловатую плотную пленку. Отличіе крупа отъ дифтерита въ микроскопическомъ смыслѣ состоитъ въ томъ, что при первомъ пленки отдираются отъ поверхности слизистой оболочки легко и безъ нарушенія ея цѣлости, тогда какъ при дифтеритѣ пленка сидитъ крѣпко, такъ что

при насильственномъ ея отдѣленіи происходитъ кровотеченіе, вслѣдствіе нарушенія цѣлости слизистой оболочки и разрыва капилляровъ. Съ точки зрѣнія *гистологической*, о крупѣ говорятъ въ томъ случаѣ, когда экссудатъ, свертывающійся въ фибринозную пленку, отлагается на поверхности слизистой оболочки, т.-е. не идетъ дальше эпителія, а о дифтеритѣ, когда экссудатъ отлагается не только на поверхности, но и въ самомъ веществѣ слизистой оболочки, пропитывая ее на извѣстную глубину, вслѣдствіе чего она подвергается особому виду омертвѣнія, т.-е. коагуляціонному некрозу или коагуляціонному перерожденію. Омертвѣлая часть слизистой оболочки впослѣдствіи отдѣляется отъ живыхъ частей путемъ пограничнаго нагноенія, и на мѣстѣ бывшаго дифтерита получается язва, заживающая рубцомъ.

Въ дѣйствительности оказывается, однако, что микроскопическое и гистологическое опредѣленія крупа и дифтерита не всегда совпадаютъ другъ съ другомъ, такъ какъ очень нерѣдко встрѣчаются случаи *микроскопическаго дифтерита* зѣва, т.-е. съ плотно сидящими пленками, но которые при микроскопическомъ изслѣдованіи должны быть признаны за крупъ, ибо фибринозный экссудатъ не идетъ глубже эпителиальнаго слоя. Подобные-то случаи фибринознаго воспаленія, которые микроскопически имѣютъ полное сходство съ дифтеритомъ, а на самомъ дѣлѣ должны быть отнесены въ крупу, Weigert и предложилъ называть *ложнымъ дифтеритомъ*—*pseudodiphtheritis*. Въ клиническомъ смыслѣ подъ именемъ ложнаго дифтерита понимаютъ всякаго рода жабы съ бѣловато-желтоватыми пятнами, вызванными не Löffler'скимъ бациллою, а какимъ-нибудь другимъ микробомъ, а подъ именемъ настоящаго дифтерита понимаютъ всякаго рода жабу, вызванную бациллою Löffler'a.

Если теперь мы перейдемъ къ измѣненіямъ зѣва, характернымъ для дифтеріи, то мы можемъ коротко сказать, что дифтерія характеризуется присутствіемъ ложно-дифтеритическаго экссудата на слизистой оболочкѣ миндалинъ и мягкаго нѣба, а если поражаются еще гортань и бронхи, то здѣсь отлагается чисто крупозный экссудатъ; что же касается до настоящаго дифтерита или дифтеритическаго некроза, то при дифтеріи онъ встрѣчается очень рѣдко, по крайней мѣрѣ въ

случаяхъ, кончающихся выздоровленіемъ; по этой причинѣ послѣ обыкновенныхъ случаевъ дифтеріи почти никогда не образуется въ зѣвѣ дифтеритическихъ язвъ и рубцовъ; напротивъ того, настоящій дифтеритическій процессъ гораздо чаще встрѣчается въ зѣвѣ при тяжелой скарлатинѣ.

Фибринозная перепонка при дифтеріи достигаетъ иногда толщины нѣсколькихъ миллиметровъ и состоитъ изъ свѣти густопереплетенныхъ нитей фибрина, въ петляхъ которой залегаютъ гнойныя тѣльца и большое количество разныхъ микроорганизмовъ, а въ томъ числѣ *Löffler'skij* бациллъ, который придерживается главнымъ образомъ поверхности пленки. Самая ткань слизистой оболочки находится въ состояніи воспаленія, т. е. она сильно гиперэмирована и инфильтрована гнойными тѣльцами. Лимфатическія железы шеи, а иногда и окружающая ихъ клѣтчатка болѣе или менѣе сильно припухаютъ, но до нагноенія дѣло не доходитъ.

Во внутреннихъ органахъ, за исключеніемъ легкаго, бациллъ *Löffler'a* за весьма рѣдкими исключеніями не встрѣчается; измѣненія внутреннихъ органовъ при дифтеріи не характерны: сюда относятся бронхопневмонія, паренхиматозныя перерожденія почекъ, печени и сердца. Если больной умираетъ въ періодѣ параличей, то находятъ дегенеративныя измѣненія какъ въ периферическихъ нервахъ, такъ и въ клѣткахъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спинного мозга.

*Симптомы и теченіе.* Жалобы, съ которыми обращаются матери къ врачу, бываютъ различны, смотря по тому, началась ли болѣзнь остро или постепенно. Въ первомъ случаѣ мать рассказываетъ, что съ ребенкомъ сдѣлался жаръ и что вслѣдъ за тѣмъ онъ сталъ жаловаться на боль при глотаніи (маленькія дѣти иногда указываютъ на боль во рту и на зубы). Во 2-мъ случаѣ мать не можетъ сказать, когда собственно заболѣлъ ребенокъ: уже нѣсколько дней ему какъ-то не по себѣ: плохо ѣсть, поблѣднѣлъ, сдѣлался вялъ и скученъ. При осмотрѣ горла оказывается, что обѣ миндалины на весь своею протяженіи или только отчасти покрыты сѣровато-желтыми пятнами или пленками, которыя сидятъ настолько плотно, что не удаляются при попыткахъ снять ихъ кисточкой или ватнымъ тампономъ. Въ болѣе серьезныхъ случаяхъ пленки заходятъ за границы тонзиллъ, распростра-

няясь на мягкое нѣбо и на заднюю стѣнку глотки. Къ числу почти обязательныхъ симптомовъ дифтеріи относится еще припухлость шейныхъ лимфатическихъ железъ. Остальные припадки менѣе постоянны: такъ, напр., боль при глотаніи можетъ отсутствовать даже у дѣтей старшаго возраста; въ такихъ случаяхъ незамѣтно и воспаленія сосѣдней слизистой оболочки, которая, несмотря на присутствіе пленокъ, оказывается блѣдной; точно такъ же можетъ совершенно отсутствовать и повышеніе температуры; оба эти отрицательные признака характеризуютъ легкую форму дифтеріи. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, кромѣ пленокъ, замѣчаются еще яркая краснота слизистой оболочки и припухлость миндалинъ; въ такихъ случаяхъ бываетъ и лихорадочное состояніе, которое, впрочемъ, рѣдко подымается выше 39°.

Теченіе дифтерита въ общемъ состоитъ въ томъ, что въ первые дни отъ начала болѣзни процессъ прогрессируетъ, т.-е. пленки распространяются по поверхности слизистой оболочки, утолщаются и могутъ занимать сосѣдніе органы—носъ, уши, гортань; въ случаѣ пораженія гортани развивается картина крупа, который описанъ на стр. 125; достигнувъ своего maximum'a, процессъ въ теченіе нѣсколькихъ дней остается in statu quo, и если за это время больной не умретъ, то пленки начинаютъ мало-по-малу разрыхляться и отдѣляться, т.-е. наступаетъ періодъ выздоровленія. Продолжительность болѣзни стоитъ въ зависимости отъ тяжести процесса: самые легкіе случаи дифтеріи кончаются выздоровленіемъ въ недѣлю, въ случаяхъ средней силы періодъ усиленія болѣзни тянется 5—7 дней, и столько же времени продолжается періодъ аспе, а до полного отдѣленія пленокъ проходитъ 2—3 недѣли.

Скрытый періодъ при дифтеріи не постояненъ; въ большинствѣ случаевъ онъ продолжается 3—5 дней.

*Различныя формы дифтеріи.* По характеру мѣстныхъ и общихъ припадковъ можно принять 3 формы дифтеріи: легкую, среднюю и тяжелую или септическую.

Къ легкой формѣ относятся случаи, протекающіе въ видѣ чисто мѣстнаго страданія, т.-е. безъ симптомовъ отравленія организма, и кончающіеся выздоровленіемъ въ нѣсколько дней. Общіе признаки этой формы состоятъ въ слѣдующемъ: состояніе силъ весьма удовлетворительно, выраженіе и цвѣтъ

лица нормальны, мѣстныя явленія незначительны; ложныя оболочки *не толсты и не обширны*: онѣ занимаютъ только миндалины, иногда въ видѣ небольшихъ островковъ (точечный дифтеритъ), носъ никогда не поражается, железы мало увеличены и никогда не сливаются въ объемистую опухоль; моча если въ нѣкоторыхъ случаяхъ и содержитъ бѣлокъ, то лишь въ видѣ слѣдовъ, и недолго, 2—3 дня. Продолжительность болѣзни 4—10 дней, но иногда 3—4 недѣли. Легкая форма дифтеріи можетъ быть опасна только въ томъ случаѣ, если ложныя оболочки распространяются на гортань.

*Средняя форма* дифтеріи отличается отъ предыдущей главнымъ образомъ большимъ развитіемъ мѣстныхъ симптомовъ: ложныя оболочки толсты и грязно-сѣраго цвѣта, онѣ распространяются на мягкое нѣбо и на заднюю стѣнку глотки; миндалевидныя железы сильно припухаютъ, слизистая оболочка по сосѣдству съ экссудатомъ разрыхлена, легко кровоточитъ, изо рта непріятный запахъ (флегмонозная форма); подчелюстныя железы значительно увеличены и болѣзненны при давленіи; часто встрѣчается альбуминурія; что касается до лихорадки, то она не представляетъ характерныхъ особенностей; часто она не выше, чѣмъ въ легкихъ формахъ, но продолжительнѣе (въ нѣкоторыхъ случаяхъ  $t^0$  держится около  $40^0$ , но это обстоятельство не ухудшаетъ предсказанія). Эта форма дифтеріи кончается или выздоровленіемъ въ 2—3 недѣли, или переходитъ въ септическую форму; предвѣстниками такого исхода являются: дифтеритическій насморкъ, легкая отечная припухлость шейной клѣтчатки подъ угломъ нижней челюсти и вонь изо рта.

Для *септической формы* характерны грязный, и при кровоизліяніяхъ даже черный цвѣтъ пораженныхъ частей, сильная вонь изо рта, сильное припуханіе шейныхъ лимфатич. железъ, и особенно *отекъ шейной клѣтчатки*, альбуминурія, истеченіе изъ носа разѣдающей кожу губъ и ноздрей слизисто-гношной или сукровичной жидкости; лицо выражаетъ большую слабость, пульсъ слабый, конечности холодны; лихорадка не сильна или  $t^0$  падаетъ даже ниже нормы; сознаніе сохраняется обыкновенно до самой смерти. Подобные случаи всегда смертельны; если явленія адинаміи выступаютъ съ самаго начала, то больной рѣдко переживаетъ первую недѣлю, а нѣкоторые умираютъ въ 2—3 дня.

*Осложненія и послѣдовательныя болѣзни:* 1. *Внезапная смерть* въ теченіи дифтеріи или въ періодѣ выздоровленія принадлежитъ къ числу самыхъ неприятныхъ и не особенно рѣдкихъ послѣдствій. Подобный исходъ свойственъ главнымъ образомъ тяжелымъ случаямъ, а въ особенности тѣмъ, при которыхъ является отекъ шейной клѣтчатки. Причиной смерти считается miocarditis съ исходомъ въ жировое перерожденіе сердца, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ мышцы сердца оказываются совершенно здоровыми, а больной умираетъ отъ паралича vagus'a.

2. *Дифтеритическіе параличи* развиваются какъ послѣ легкихъ, такъ и послѣ тяжелыхъ случаевъ дифтеріи (послѣдніе много чаще). Параличъ всегда *начинается съ мягкаго нѣба* и глотки, потомъ слѣдуетъ параличъ мышцъ аккомодациі, ногъ и рукъ; въ самыхъ тяжелыхъ и, по счастью, рѣдкихъ случаяхъ поражаются мышцы туловища и діафрагма. Вторая особенность этихъ параличей состоитъ въ *симметричности ихъ*. Параличи вызываются ядомъ дифтеріи, циркулирующимъ въ крови и вліяющимъ на сѣрое вещество спинного мозга и на нервные стволы. Рядомъ съ параличами наблюдается иногда пораженіе и чувствующихъ нервовъ, въ видѣ ползанія мурашекъ, онѣмѣнія членовъ, анестезіи или гиперестезіи.

Параличъ мягкаго нѣба выражается сначала гнусавостью голоса, а позднѣе затрудненнымъ глотаніемъ, такъ какъ пища и питье попадаютъ въ носъ и въ гортань и больной поперхивается. При осмотрѣ зѣва нѣбная занавѣска оказывается неподвижной какъ при фонаціи, такъ и при щекотаніи.

Обыкновенный исходъ дифтеритическихъ параличей—полное выздоровленіе черезъ 2—3 мѣсяца и больше; изолированные параличи мягкаго нѣба могутъ исчезнуть гораздо скорѣе, напр., въ 10—20 дней. При пораженіи мышцъ туловища и діафрагмы можетъ наступить и смертельный исходъ или отъ паралича дыхателей, или отъ пневмоніи вслѣдствіе западанія въ бронхи инородныхъ тѣлъ, или отъ паралича сердца.

3) *Альбуминурія* при дифтеріи встрѣчается часто, но большею частію бѣлокъ въ мочѣ держится недолго—1—10 дней, но иногда дѣло доходитъ до развитія настоящаго остраго нефрита, хотя онъ рѣдко ведетъ къ водянкѣ и уреміи.



4. *Анемія* составляет обычное слѣдствіе дифтеріи.

*Діагностика.* Самый характерный признакъ дифтеріи состоитъ въ присутствіи ложныхъ оболочекъ на миндалинахъ и на сосѣднихъ частяхъ, и если бы одинъ только Löffler'скій бациллъ имѣлъ способность вызывать ихъ, то діагностика дифтеріи не представляла бы затрудненій; но такъ какъ оказалось, что свойство это присуще и многимъ другимъ микробамъ, въ особенности цѣпчатому кокку (стрептококку), а также и стафилококку и пневмококку и др., то точная діагностика дифтеріи въ нѣкоторыхъ случаяхъ не только затруднительна, но даже, безъ бактериологическаго изслѣдованія, совсѣмъ невозможна; въ большинствѣ случаевъ, однако, точное распознаваніе возможно и безъ помощи бактериологіи. Въ пользу дифтеріи говорятъ слѣдующія обстоятельства: этиологія (въ данной семьѣ есть и другіе случаи дифтеріи), незначительное лихорадочное состояніе и постепенное начало болѣзни, пленки въ первые дни видимо распространяются по поверхности и *переходятъ за границы тонзиллъ*, напр., на мягкое нѣбо и на язычекъ или на носъ и *гортань*, значительная опухоль железъ и *шейной клетчатки*, альбуминурія; діагностика подтверждается въ случаѣ появленія параличей или смертнаго исхода.

Въ пользу ложно-дифтеритической жабы говорятъ: чисто-бѣлый цвѣтъ бляшекъ, быстрое начало съ сильнаго жара и очень болѣзненнаго глотанія, ограниченіе бляшекъ однѣми миндалинами и этиологія (если въ семьѣ уже было нѣсколько случаевъ какъ бы очень легкаго дифтерита).

Вообще говоря, ложно-дифтеритическія жабы симулируютъ легкія формы дифтеріи, за исключеніемъ стрептококковой жабы, сопровождающей тяжелую скарлатину \*). Но діа-

\*) Скарлатина очень часто осложняется дифтеритической жабой; жаба эта въ анатомическомъ и гистологическомъ смыслѣ мало чѣмъ отличается отъ жабы при дифтеріи, она даже чаще, чѣмъ при дифтеріи, бываетъ настоящей дифтеритической, но въ клиническомъ смыслѣ это—ложно-дифтеритическая жаба, такъ какъ Löffler'скаго бацилла при ней не встрѣчается (за исключеніемъ не частыхъ случаевъ, когда скарлатина осложняется дифтеріей; въ такомъ разѣ дифтеритическій экссудатъ появляется поздно, напр., въ періодѣ выздоровленія или, во всякомъ случаѣ, послѣ исчезанія сыпи; это—такъ называемая поздняя дифтеритическая жаба при скарлатинѣ; мы же говоримъ здѣсь объ обыкновенныхъ, такъ наз. раннихъ, скарлати-

гностика въ подобныхъ случаяхъ рѣшается весьма просто наличностью скарлатинозной сыпи.

возныхъ жабахъ, которыя въ бактериологическомъ отношеніи суть жабы стрептококковыя). Что скарлатинозный дифтеритъ не тождественъ съ дифтеріей, видно, помимо результатовъ бактериологическаго изслѣдованія, еще изъ слѣдующаго: 1) Скарлатина можетъ сопровождаться образованіемъ дифтеритнаго экссудата въ зѣвѣ, даже и въ такихъ мѣстностяхъ (напр., въ деревняхъ), гдѣ нѣтъ и не было дифтеріи, а слѣдовательно и не откуда и заразиться ея ядомъ скарлатинознымъ больнымъ. 2) Дѣти, страдающія скарлатиной съ катарральной или фолликулярной жабой, не заражаются отъ своихъ братьевъ, у которыхъ скарлатина протекаетъ съ дифтеритомъ и съ которыми первые лежатъ въ одной комнатѣ. 3) Больничныя наблюденія доказываютъ, что скарлатинозный дифтеритъ нисколько не предохраняетъ больного отъ яда дифтеріи. 4) Скарлатинозный дифтеритъ не передается дѣтямъ, перенесшимъ скарлатину, но заражаетъ скарлатиной дѣтей, только что выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи. 5) Заражаясь отъ легкой скарлатины съ катарральной жабой, ребенокъ можетъ получить тяжелую скарлатину съ дифтеритической жабой. 6) Между самой легкой катарральной жабой и тяжелой дифтеритической при скарлатинѣ встрѣчаются всевозможныя переходныя формы, такъ что трудно сказать, гдѣ же собственно кончается вліяніе скарлатины и начинается дифтерія. 7) Скарлатинозный дифтеритъ, въ противоположность обыкновенному, почти никогда не распространяется на гортань, а идетъ обыкновенно вверху, на хоаны и на уши. 8) При тяжелой скарлат. дифтеритѣ часто бываетъ нагноеніе лимфатическихъ железъ и флегмона шейной клѣтчатки, а при обыкновенной дифтеріи нагноенія железъ почти никогда не бываетъ, а шейная клѣтчатка опухаетъ вслѣдствіе отека. 9) Послѣ скарлатин. дифтерита никогда не бываетъ въ періодъ выздоровленія ни везанной смерти, ни параличей. Итакъ, съ обыкновенной дифтеріей скарлатинозная злокачественная жаба имѣетъ общимъ признакомъ только наличность дифтеритическаго воспаленія, во теченіе этого воспаленія и, главнымъ образомъ, его этиологія совершенно различны.

Въ сомнительныхъ случаяхъ всякаго рода пятнистыхъ или пленчатыхъ, такъ сказать „бѣлыхъ жабъ“, въ видахъ скорѣйшаго выясненія діагностики, слѣдовало бы прибѣгать къ бактериоскопическому изслѣдованію или частицъ пленокъ, добытыхъ изъ зѣва пинцетомъ, или просто слизи, соскобленной съ поверхности пленки платиновой петлей. Слизь или кусочекъ перепонки размазываютъ тонкимъ слоемъ на предметное стеклышко, высушиваютъ его, проводя нѣсколько разъ черезъ пламя, и окрашиваютъ Löffler'ской синькой (для чего высушенное стекло опускается въ краску минутъ на 10), потомъ оно слегка обмывается водой, обсушивается пропускной бумагой и изслѣдуется въ канадскомъ бальзамѣ. Для изслѣдованія употребляется увеличеніе въ 500 разъ. Дифтеритныя палочки слегка изогнуты, нерѣдко на концахъ набухли въ видѣ барабанной палочки, неравномѣрно окрашены (утолщенія кажутся болѣе синими), длина палочки какъ туберкулезнаго бацилла, но толщина больше. Когда палоч-

*Предсказаніе* всегда серьезно, ибо и легкой дифтеритъ можетъ распространиться на гортань и убить больного. *Ceteris paribus*, предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ особенно дурное прогностическое значеніе имѣютъ дифтеритическій насморкъ, пораженіе гортани и *отечная опухоль шейной клетчатки*. Чѣмъ сильнѣе дифтеритъ, тѣмъ больше шансовъ, что разовьются послѣдовательные параличи; если больной начинаетъ поправляться, несмотря на то, что въ разгарѣ болѣзни у него былъ замѣтный отекъ шеи, то ему предстоитъ опасность паралича сердца въ періодѣ выздоровленія.

*Лѣченіе*. Въ виду всего сказаннаго объ этиологіи дифтерита, необходимы, въ цѣляхъ *предохранительнаго лѣченія*, изоляція больного и послѣ его удаленія дезинфекція его комнаты (формалиномъ или обтираніемъ стѣнъ и пола смѣсью растворовъ сулемы: 1 : 1000 и 5%-ной карболовой кислоты), мебели и всѣхъ окружавшихъ его вещей (кипяткомъ); помѣщеніе больного должно быть свѣтло и часто вентилируемо.

Что касается до лѣченія самой болѣзни, то въ настоящее время, т.-е. съ тѣхъ поръ, какъ Behring открылъ противодифтеритную сыворотку, взглядъ на лѣченіе дифтеріи рѣзко измѣнился въ томъ смыслѣ, что прежде употреблявшееся мѣстное и общее лѣченіе отступило совсѣмъ на задній планъ, такъ какъ *для громаднаго большинства случаевъ достаточно подкожнаго впрыскиванія противодифтеритной сыворотки*. При употребленіи этого удивительнаго средства воспалительный процессъ быстро уменьшается, пленки отдѣляются, лихорадочное состояніе стихаетъ, и больной выздоравливаетъ въ нѣсколько дней. Если тѣмъ не менѣе нѣкоторыми врачами рекомендуется смазываніе зѣва дезинфицирующими растворами и антисептическія полосканья, то дѣ-

чекъ очень мало, а много другихъ микробовъ (это бываетъ въ легкихъ случаяхъ или при исходѣ въ выздоровленіе, или въ очень запущенныхъ, когда бациллъ вытѣсняется цѣпчатымъ коккомъ), то для проверки діагноза слѣдуетъ прибѣгать къ разводкамъ на кровяной сывороткѣ, на которой черезъ 18—24 часа получаютъ ясныя круглыя колоніи съ просвѣчивающими краями и съ густымъ центромъ. Но такъ какъ подобное изслѣдованіе требуетъ термостата для постояннаго поддержанія температуры въ 35—40°, то для практическихъ врачей оно не примѣнимо.

лается это лишь въ виду того, что сыворотка хотя и излѣчиваетъ больного, но не убиваетъ Löffl. бациллъ, которые надолго остаются на слизистой оболочкѣ зѣва, не теряя своей патогенности, и, слѣдов., выздоровѣвшій субъектъ еще въ теченіе многихъ дней и даже недѣль остается заразительнымъ для окружающихъ; такъ вотъ въ цѣляхъ уничтоженія бациллъ на слизистыхъ оболочкахъ рта и зѣва и считается полезнымъ *соблюденіе чистоты* рта и глотки посредствомъ полосканій и мѣстное приложеніе средствъ, убивающихъ микробовъ.

Всего чаще употребляются помазванія зѣва кускомъ ваты, прикрѣпленной къ палочкѣ и смоченной или растворомъ сулемы 1 : 1000, или растворомъ полуторохлористаго желѣза 1 : 10, 2—3 раза въ день. Для полосканія или шприцеваній—*aq. calcis*, *ac. borisum* (концентриров. растворъ), салициловый натръ (2%).

Изъ внутреннихъ средствъ могутъ быть показаны тоническія и укрѣпляющія, напр. отваръ хинной коры, желѣзо, вино. Изъ препаратовъ желѣза многими особенно рекомендуется *liq. ferri sesquichlorati*, которое, помимо общаго укрѣпляющаго дѣйствія, оказываетъ еще и мѣстное, вяжущее и дезинфицирующее вліяніе на больную слизистую оболочку. Прописывается оно въ 1%-мъ растворѣ черезъ часъ—два по чайной или десертной ложкѣ (*Rp. Liq. ferri sesquichl. 1.0; Aq. dest. 90.0; Syr. 10.0. DS.*).

Діета должна быть, по возможности, питательная, преимущественно молочная.

Послѣдовательные параличи требуютъ укрѣпляющаго лѣченія питательною пищею и желѣзомъ, а изъ лѣкарствъ спеціально противъ параличей рекомендуются инъекціи стрихнина по 0.0005—0.001 въ день. *Rp. Strychnini sulphur. 0.01; Aq. destil. 10.0. DS.* Отъ  $\frac{1}{2}$  до цѣлаго шприца Праватца.

Противъ отравленія токсинами дифтеріи до послѣдняго времени мы были довольно безсильны, но теперь, когда предложена антидифтеритная сыворотка, терапія тяжелыхъ случаевъ стала гораздо успѣшнѣе. Антидифтеритная сыворотка есть не что иное, какъ кровяная сыворотка животныхъ, искусственно иммунизированныхъ противъ дифтеріи. О тѣхъ экспериментальныхъ данныхъ, на которыхъ основано лѣченіе

дифтеріи сывороткой, сказано на стр. 237 и 238. Теорія дѣйствія сыворотки выяснена еще не вполне. Одни думаютъ, что въ сывороткѣ иммунизированныхъ животныхъ накапливается такое количество противоядія (антитоксина) противъ дифтеритнаго яда, что небольшого количества ея достаточно для того, чтобы снабдить и другое животное достаточнымъ количествомъ антитоксина; несогласные съ этимъ воззрѣніемъ держатся иного мнѣнія, по которому вмѣстѣ съ сывороткой иммунизированнаго животного вводится не антитоксинъ, а особое вещество (стимулинъ), имѣющее свойство возбуждать клѣточные элементы организма къ усиленной дѣятельности, направленной къ уничтоженію дифтеритнаго токсина посредствомъ выработки антитоксина. Последнее мнѣніе имѣетъ за себя больше данныхъ.

Въ настоящее время сыворотка добывается отъ лошадей, какъ отъ животныхъ, которыя сравнительно легко переносятъ прививки дифтеритнаго токсина и которыя даютъ большія количества сыворотки. Иммунизация лошадей всего лучше достигается подкожными инъекціями токсинъ-бульона, т.-е. профильтрованнаго бульона, въ которомъ въ теченіе 3—4 недѣль разводились бациллы Löffler'a; на первый разъ впрыскиваютъ всего лишь нѣсколько капель такого бульона, а потомъ, по мѣрѣ привыканія лошади, все большія и большія количества и въ теченіе 3—4 мѣсяцевъ доходятъ до 300 куб. см. за разъ. Когда животное не реагируетъ даже и на столь большія количества токсина, то, стало бытъ, оно иммунизировано; тогда дѣлаютъ ему кровопусканіе, даютъ отстояться сывороткѣ, сливаютъ послѣднюю, испытываютъ ея антитоксическія свойства и если находятъ достаточнымъ, то сыворотку разливаютъ въ небольшіе пузырьки и впредь до употребленія сохраняютъ въ прохладномъ (отъ 0 до  $+10^{\circ}$  C.) и въ темномъ мѣстѣ. Для предохраненія отъ порчи къ сывороткѣ обыкновенно прибавляютъ какое-нибудь антисептическое вещество; такъ, на примѣръ, Behring подмѣшиваетъ 0,5% карболовой кислоты, Atkinson — столь же метакрезоль, Roux — камфору, Габричевскій — хлороформъ.

На вопросъ о томъ, обладаетъ ли сыворотка цѣлебными противъ дифтерита свойствами, можно съ увѣренностью от-

вѣчать, что *хорошо приготовленная* сыворотка оказываетъ, несомнѣнно, благопріятное вліяніе, т.-е. она укорачиваетъ теченіе болѣзни и уменьшаетъ процентъ смертности; опыты на животныхъ и клиническія наблюденія доказываютъ, что *лѣченіе сывороткой можетъ быть полезно только въ случаяхъ дифтеріи*, т.-е. въ случаяхъ „бѣлыхъ“ жабъ, вызванныхъ бациллою Löffler'a. Далѣе несомнѣнно доказано, что *сыворотка дѣйствуетъ тѣмъ вѣрнѣе, чѣмъ свѣжѣе случай*; всего лучше начинать лѣченіе въ первые 48 часовъ отъ начала болѣзни. Въ частной практикѣ или во всѣхъ случаяхъ, когда врачъ не имѣетъ возможности произвести бактеріоскопическаго изслѣдованія, въ видахъ скорѣйшаго выясненія діагностики, приходится дѣлать первую инъекцію на-авось, въ томъ смыслѣ, что у больного не настоящая дифтерія, и инъекція пользы не принесетъ, но, конечно, и вреда не причинитъ, ждать же полнаго выясненія болѣзни во многихъ случаяхъ можетъ быть опасно. Въ настоящее время въ Россіи употребляется сыворотка какъ заграничная (Behring'a, Roux и др.), такъ и русскаго приготовленія. Сила сыворотки обозначается, обыкновенно, на ярлыкѣ пузырька числомъ антитоксинныхъ единицъ. Слабые сорта сыворотки содержатъ всего 500 единицъ, болѣе сильныя—отъ 1000 до 3000 единицъ.

Въ легкихъ и притомъ свѣжихъ случаяхъ впрыскиваютъ обыкновенно 1000 единицъ, но такъ какъ антитоксинъ самъ по себѣ безвреденъ, то нечего бояться выпрыскивать и дѣтямъ 1500 единицъ антитоксина, даже и не въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи; преимущество слабой сыворотки передъ сильной только въ болѣе низкой цѣнѣ; кто не стѣсненъ средствами, тотъ всегда можетъ употреблять 1500. Если сыворотка употребляется для лѣченія, то впрыскиваютъ содержимое цѣлаго флакона сразу (отъ 3 до 4 куб. см.); если же имѣютъ въ виду предохраненіе отъ зараженія, то—полфлакона.

Относительно того, при какихъ показаніяхъ слѣдуетъ повторять инъекцію, можно сказать вообще, что если черезъ 24 часа послѣ инъекціи замѣчается улучшение со стороны общахъ или мѣстныхъ симптомовъ, то повторять впрыскива-

шія не нужно; если же замѣчается ухудшеніе или, по крайней мѣрѣ, *status idem*, то впрыскиваніе слѣдуетъ повторять.

Улучшеніе можетъ выразиться или въ *habitus*’ѣ больного, (выраженіе лица и глазъ, состояніе силъ, расположеніе духа, улучшеніе аппетита), или въ паденіи температуры, или въ улучшеніи пульса ( $t^0$  черезъ 24 часа падаетъ нерѣдко до нормы, но еще важнѣе, если пульсъ приближается къ нормѣ, падая, напр., съ 120 на 90), или въ разрыхленіи пленокъ, или въ уменьшеніи болѣзненности опухшихъ подчелюстныхъ железъ. Этотъ послѣдній признакъ не слѣдуетъ оставлять безъ вниманія, такъ какъ онъ появляется довольно рано и служитъ довольно вѣрнымъ указаніемъ начинающагося улучшенія. Если паденіе  $t^0$  и другіе признаки улучшенія не рѣзки, но не замѣтно и ухудшенія, то показано едѣлать инъекцію половинной дозы. Въ случаѣ ухудшенія мѣстныхъ или общихъ симптомовъ повторяютъ впрыскиваніе полной дозы или даже усиливаютъ ее. Ухудшеніе всего чаще выражается или усиленіемъ лихорадки, или распространеніемъ экссудата на новыя мѣста, или развитіемъ отека шейной клѣтчатки (*resp.* усиленіемъ его, въ случаѣ, если онъ уже былъ раньше). Во всѣхъ *тяжелыхъ случаяхъ слѣдуетъ повторять инъекцію черезъ 12 часовъ*, не дожидаясь явныхъ признаковъ ухудшенія, такъ какъ наблюденіе показало, что въ подобныхъ случаяхъ однократнаго впрыскиванія бываетъ обыкновенно недостаточно. Тѣми же измѣненіями руководствуются и при слѣдующихъ повтореніяхъ инъекцій, которыя требуются въ тяжелыхъ случаяхъ отъ 3 до 5.

*Противопоказаній для производства инъекцій*, если только діагнозъ дифтеріи установленъ—не существуетъ, такъ какъ небольшія количества сыворотки вполне безвредны для организма.

*Имѣютъ ли значеніе предохранительныя инъекціи?* Предохранительная сила сыворотки опытами надъ животными установлена вполне прочно, и нѣтъ никакихъ основаній думать о непримѣности предохранительныхъ инъекцій у человѣка. Взглядъ нѣкоторыхъ авторовъ, будто разъ перенесенный дифтеритъ не только не дѣлаетъ человѣка иммуннымъ, но даже усиливаетъ расположеніе къ новому зараженію, рѣшительно не вѣренъ,—несомнѣнно, что хоть на нѣ-

которое время иммунитетъ появляется. Многочисленныя наблюденія говорятъ въ пользу дѣйствительности предохранительныхъ инъекцій, но вліяніе ихъ во всякомъ случаѣ не продолжительно (приблизительно 2—3 недѣли), а потому примѣнять ихъ слѣдуетъ только у лицъ, подвергающихся вліянію заразы, а не заранее. Кратковременное вліяніе предохранительныхъ инъекцій рельефно выразилось въ одномъ изъ нашихъ наблюденій: въ семьѣ, состоявшей изъ 4 дѣтей, другъ за другомъ заболѣли тяжелой формой дифтерита 2 сестры и братъ, и всѣ выздоровѣли при употребленіи сыворотки; заразилась также и бонна, она сывороткой не лѣчилась и умерла въ 3—4 дня; не заболѣлъ только мальчикъ 6 лѣтъ, которому сдѣлали предохранительное впрыскиваніе; но черезъ 3 мѣсяца послѣ прививки онъ заболѣлъ очень тяжелымъ дифтеритомъ и умеръ въ 2 $\frac{1}{2}$  сутокъ.

*Какія изъ неприятныхъ побочныхъ дѣйствій могутъ быть приписаны сывороткѣ? У выздоравливающихъ отъ дифтерита послѣ лѣченія сывороткой появляются иногда такого рода явленія, какихъ мы никогда не наблюдали прежде, т.-е. до введенія въ терапію сыворотки. Къ числу этихъ явленій относится прежде всего *боль на мѣстѣ укола*, которая бываетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ больше было впрыснуто сыворотки. Послѣ инъекціи 10 к. стм. боль бываетъ не особенно сильна и черезъ 12 часовъ уже начинаетъ исчезать; послѣ инъекціи 20 к. стм. боль гораздо сильнѣе, ребенокъ не позволяетъ дотронуться до мѣста укола даже и черезъ 24 часа послѣ операціи; въ нѣкоторыхъ—правда, крайне рѣдкихъ—случаяхъ намъ приходилось въ теченіе нѣсколькихъ часовъ прикладывать къ мѣсту укола пузырь со льдомъ. Нарывъ на мѣстѣ инъекціи встрѣчается рѣдко, въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ обусловливается, можетъ быть, нечистотой иглы, но иногда причина его лежитъ въ самой сывороткѣ, благодаря недостаточной асептикѣ при ея приготовленіи.*

Далѣе, часто встрѣчаются различныя *сыти* въ видѣ крапивницы (обыкновенно сильно зудящей, но иногда совсѣмъ безъ зуда) и разнообразныхъ эритемъ—то точечныхъ, то пятнистыхъ (коревидныхъ), то кольцевидныхъ; всѣ эти полиморфныя эритемы иногда встрѣчаются одновременно у одного и того же пациента; въ нѣкоторыхъ случаяхъ эритематозная



сыпь превращается въ петехіальную; въ діагностическомъ отношеніи особый интересъ представляетъ erythema scarlati-poforme, поразительно похожая на сыпь при скарлатинѣ. Всѣ эти сыпи протекають, обыкновенно, безъ лихорадки и при хорошемъ самочувствіи, но иногда наблюдается повыше-ніе  $t^{\circ}$  до  $39^{\circ}$  и больше; всего чаще сыпи локализируются на туловищѣ, исходя отъ мѣста укола (не всегда) и распростра-няясь на конечности и лицо. Дня черезъ 2—5 сыпь безслѣд-но исчезаетъ. Къ болѣе тяжелымъ послѣдствіямъ (но, по счастью, и гораздо болѣе рѣдкимъ) относятся *сильныя боли въ конечностяхъ*, локализующіяся или въ сочлененіяхъ (круп-ныхъ и мелкихъ), или въ мышцахъ, особенно въ ногахъ (бедро и голени), но иногда сильно болятъ также руки и шея; боль значительно усиливается при активныхъ и пассив-ныхъ движеніяхъ и при давленіи; вслѣдствіе этихъ болей, больной въ теченіе 2—5 дней (по нѣкоторымъ даже 10—14 дней) сохраняетъ вполне неподвижное положеніе; при этомъ бываетъ, обыкновенно, лихорадочное состояніе. Обычное время появленія всѣхъ этихъ неприятныхъ послѣдствій 5—10—14 дней послѣ инъекціи.

Нѣкоторые авторы приписываютъ вліянію сыворотки и та-кіе симптомы, которые часто появляются послѣ дифтерита и безъ лѣченія сывороткой, напр. альбуминурию (на томъ осно-ваніи, что бѣлокъ въ мочѣ якобы чаще встрѣчается у боль-ныхъ, лѣченныхъ сывороткой, чѣмъ безъ нея; но это еще не доказано) и даже параличи мягкаго нѣба и другихъ мышцъ (на томъ основаніи, что они являются якобы раньше обык-новеннаго). Вѣрно только то, что сыворотка не можетъ пред-отвратить этихъ послѣдствій. Въ отдѣльныхъ случаяхъ на-блюдали опухоль паховыхъ и подчелюстныхъ железъ (Спу-гем); Le Gendre описалъ случай появленія, черезъ 2 не-дѣли послѣ впрыскиванія, рвоты, поноса, подавленнаго со-стоянія и фосфатурии; въ случаѣ Hagenbach'a черезъ 3 дня послѣ инъекціи 10 к. стм. № 1-го Behring'a появилася петехіальная сыпь по всему тѣлу, черезъ 7 дней упорная рвота, и на 10-й день летальный исходъ. Вскрытіе: мало-кровоіе и жировое перерожденіе всѣхъ органовъ, гиперплазія и гнойная инфильтрація миндалинъ, язвы мягкаго нѣба, не-большая опухоль селезенки, паренхиматозный нефритъ и ге-моррагическій gastroenteritis.

Несомнѣнно, что нѣсколько послѣдствій могутъ комбинироваться между собой, напр., эритема, петехіи, боли въ конечностяхъ. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ обширная эритема черезъ два дня приняла петехіальный характеръ, а на слѣдующій день появилась общая подкожная водянка (распухли главнымъ образомъ голени, ступни и лицо) безъ бѣлка въ мочѣ и безъ лихорадочнаго состоянія; общее состояніе оставалось настолько хорошимъ, что больной мальчикъ 6 лѣтъ не желалъ оставаться въ постели. Такъ какъ водянку безъ альбуминуриі мы наблюдали только послѣ скарлатины, но никогда послѣ дифтерита, и такъ какъ въ данномъ случаѣ развитіе ея совпало съ характерною для сыворотки сыпью, то мы можемъ съ полнымъ правомъ поставить эту водянку на счетъ сыворотки.

Всѣ перечисленныя послѣдствія обусловливаются не анти-токсинами, а самой сывороткой, такъ какъ тѣ же явленія встрѣчаются и послѣ инъекціи простой (не антидифтеритной) лошадиной сыворотки. Въ настоящее время Behring и Габричевскій готовятъ сыворотку такой силы, что въ 1,0 ея содержится до 400 антитоксинаныхъ единицъ, такъ что для введенія 1500 единицъ противоядія достаточно 3,75 гр. сыворотки; этимъ они значительно уменьшили возможность появленія разныхъ неприятныхъ послѣдствій отъ инъекцій сыворотки.

*Возможны ли возвраты дифтерита послѣ лѣченія сывороткой?* Такъ какъ рецидивы дифтерита черезъ нѣсколько дней послѣ исчезанія пленокъ наблюдались и до введенія въ терапію сыворотки, то весьма вѣроятно, что они будутъ наблюдаться и теперь, но чаще ли, чѣмъ это было прежде, не извѣстно; въ литературѣ приводятся пока лишь отдѣльные случаи: такъ, напр., Wiederhofer изъ 200 случаевъ, лѣченныхъ сывороткой, видѣлъ рецидивъ дифтерита только разъ (на 28-й день, и черезъ 4 дня смертный исходъ); Goebel описываетъ два случая: у мальчика 2 лѣтъ новое заболѣваніе дифтеритомъ на 40-й день, у дѣвочки 7 лѣтъ—на 28-й. Оба выздоровѣли. Намъ въ клиникѣ встрѣтился пока только одинъ случай: это былъ мальчикъ 3 лѣтъ 4 мѣсяцевъ, которому по случаю тяжелой формы дифтерита (отекъ клѣтчатки шеи, вонь изо рта, распространеніе дифтерита на

твердое небо, въ препаратѣ бациллы и стрептококки) впрыснута въ 4 раза 75 к. стм. сыворотки Roux. Онъ заболѣлъ 19-го октября, выздоровѣлъ къ 1-му ноября, но *выписался съ насморкомъ*, при чемъ *въ носовой слизи оставались еще бациллы*; насморкъ продолжался вплоть до того времени, когда въ началѣ декабря больной снова поступилъ въ клинику съ дифтеритомъ зѣва и съ отекомъ шейной клѣтчатки. Снова его лѣчили сывороткой, и на этотъ разъ процессъ уступилъ скорѣе.

*Какъ производятся инъекціи?* Впрыскивать можно подъ кожу грудной клѣтки (подключичныя ямки), боковыхъ поверхностей живота, внутренней поверхности бедеръ. Мы впрыскиваемъ обыкновенно подъ кожу боковой поверхности живота; мѣсто укола предварительно обмывается мыломъ и потомъ спиртомъ; шприцъ дезинфицируется кипяченіемъ въ теченіе 5—10 мин. въ простой водѣ. Технику впрыскиванія описывать нечего: она та же, что и при обыкновенныхъ подкожныхъ впрыскиваніяхъ, но только иглу слѣдуетъ вводить подъ кожу поглубже (иначе послѣ извлеченія иглы часть сыворотки выйдетъ изъ укола наружу, т.-е. пропадетъ для дѣла), и самое впрыскиваніе производить какъ можно медленнѣе, напр. въ теченіе 2 минутъ, такъ какъ быстрое введеніе 10—20 к. стм. жидкости въ подкожную клѣтчатку обуславливаетъ болѣе значительный травматизмъ, чѣмъ постепенное вливаніе того же количества.

## XLI. Эпидемическая краснуха—*rubeola epidemica*.

Эпидемической краснухой называется острая инфекціонная заразительная болѣзнь, похожая на корь, но отличающаяся отъ нея постоянно легкимъ теченіемъ, а главнымъ образомъ—особенностями своего контагія.

Особенности контагія краснухи состоятъ въ томъ, во-1-хъ, что онъ всегда производитъ лишь легкое заболѣваніе въ родѣ abortивной кори, изъ каковыхъ случаевъ состоитъ вся эпидемія краснухи, тогда какъ при кори, какъ бы легка ни была эпидемія ея, все же рядомъ съ легкими случаями встрѣчаются и болѣе тяжелые.

Во-2-хъ, въ томъ, что эта легкая болѣзнь поражаетъ безразлично какъ дѣтей, не имѣвшихъ кори, такъ и тѣхъ, что уже раньше перенесли ее. Это значитъ, что корь не предохраняетъ отъ краснухи, и наоборотъ.

Скрытый періодъ краснухи въ точности не опредѣленъ, онъ колеблется отъ 2 до 3 недѣль (значить, длиннѣе, чѣмъ при кори). Самымъ главнымъ *симптомомъ* краснухи слѣдуетъ считать *сыпь*, такъ какъ она есть явленіе постоянное, между тѣмъ какъ лихорадочное состояніе и катарральныя явленія нерѣдко отсутствуютъ. Сыпь похожа на коревую, т.-е. она имѣетъ видъ мелкихъ, блѣднорозовыхъ пятенъ, сидящихъ на нормальной кожѣ; они высыпаютъ прежде всего на лицѣ, а потомъ на туловищѣ и конечностяхъ; высыпаніе идетъ быстрѣе, нежели при кори. Чѣмъ блѣднѣе сыпь и чѣмъ меньше лихорадочное состояніе, тѣмъ характернѣе для краснухи, при чемъ сыпь можетъ быть весьма обильна (при кори чѣмъ сыпь обильнѣе, тѣмъ она краснѣе и тѣмъ сильнѣе повышеніе  $t^0$  и катарры).

Катарры ограничиваются легкимъ насморкомъ и небольшимъ кашлемъ; продромальной сыпи на нѣбѣ обыкновенно не бываетъ. Лихорадка нерѣдко совсѣмъ отсутствуетъ, а если она есть, то  $t^0$  держится только 1—3 дня и при томъ не выше 38,5—39°; періода предвѣстниковъ не бываетъ вовсе, или сыпь высыпаетъ почти одновременно съ лихорадкой. Легкое припуханіе шейныхъ железъ считается нѣкоторыми за характерный и постоянный симптомъ краснухи. *Теченіе* краснухи сводится къ тому, что всѣ симптомы ея появляются почти одновременно, и черезъ 2—3 дня все исчезаетъ.

*Діагностика* можетъ быть затруднительна по отношенію къ кори только въ началѣ эпидеміи, или въ изолированныхъ случаяхъ; въ разгаръ эпидеміи діагностика облегчается легкостью и однообразіемъ всѣхъ случаевъ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются иногда пятнистыя эритемы, похожія на краснуху, но не заразительныя. Сюда относятся: потовая сыпь, лѣкарственные эритемы и розеола неизвѣстнаго происхожденія при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Всѣ эти формы *спорадической краснухи* (roseola) отличаются отъ эпидем. краснухи тѣмъ, что сыпь является случайнымъ спутникомъ той или другой болѣзни.

*Предсказаніе* всегда хорошее, такъ какъ ни къ какимъ осложненіямъ она не ведетъ и потому *лѣченія* не требуетъ.

Существуетъ ли другая эпидемическая краснуха, похожая по сыпи на скарлатину (*rubeola scarlatinosa*), но отличающаяся тоже постоянно легкимъ теченіемъ, остается пока не выясненнымъ. Подъ именемъ *rubeola scarlatinosa* описывается не эта форма, а нѣчто совсѣмъ другое, именно такого рода случаи, въ которыхъ сыпь похожа на скарлатину, между тѣмъ какъ катарры говорятъ въ пользу кори.

## XLII. Meningitis cerebrospinalis epidemica.

*Происхожденіе и причины.* Эпидемическое воспаленіе оболочекъ головного и спинного мозга принадлежитъ къ числу контагіозно-іазматическихъ болѣзней; это значить, что самъ больной хотя и не заражаетъ окружающихъ, но онъ можетъ все-таки служить переносчикомъ заразы изъ одной мѣстности въ другую, подобно тому какъ наблюдается это при брюшномъ тифѣ. Микробъ, вызывающій болѣзнь, не извѣстенъ: многіе находили въ эксудатѣ диплококка пневмоніи, другіе, напротивъ, указываютъ на стрептококка, но въ последнее время большинство изслѣдователей находили въ цереброспинальной жидкости, извлеченной при жизни посредствомъ поясничнаго прокола, *внутриклетчатого диплококка* (*diplococcus intracellularis*), и именно ему приписывается роль возбудителя болѣзни. Въ этиологіи играютъ роль холодное время года, дѣтскій возрастъ и дурныя гигиеническія условія жилища (спертый воздухъ, нечистота, казармы и т. п.).

*Патолого-анатомическія измѣненія* состоятъ въ серозно-гнойномъ, или серозно-фибринозномъ воспаленіи мягкихъ оболочекъ, какъ головного, такъ и спинного мозга; въ головномъ же мозгу эксудатъ занимаетъ какъ поверхность полушарій, такъ и основаніе, но желудочки поражаются не всегда; въ позвоночникѣ эксудатъ скопляется больше на задней поверхности спинного мозга, иногда только на отдѣльных мѣстахъ (шейное и поясничное утолщеніе).

Къ непостояннымъ, но все-таки довольно часто встрѣчающимся измѣненіямъ относится зернистое перерожденіе печени,

почекъ и произвольныхъ мышцъ, незначительное увеличеніе селезенки (довольно рѣдко), воспаленіе сочлененій и бронхитъ съ пневмоніей.

*Симптомы и теченіе.* Скрытый періодъ съ точностью не опредѣленъ; его считаютъ приблизительно въ 3—5 дней. Болѣзнь начинается обыкновенно внезапно, безъ предвѣстниковъ, но иногда бываетъ легкое недомоганіе въ теченіе 2—3 дней. Подобно другимъ остро-инфекціоннымъ болѣзнямъ, цереброспинальный менингитъ начинается быстро-наступающимъ жаромъ; иногда знобомъ, а затѣмъ очень скоро появляются мозговые симптомы со стороны головного и спинного мозга. Къ первымъ относятся сильная головная боль и упорная рвота, а позднѣе сонливость, вялая реакція зрачковъ, парезы нѣкоторыхъ лицевыхъ нервовъ (косоглазіе, скошеніе рта, неравенство зрачковъ) и общія эклампсическія судороги; припадки, указывающіе на пораженіе оболочекъ спинного мозга, состоятъ въ сильной болѣзненности спины при давленіи на нее и самопроизвольно, гиперѣстезія кожи, эксцентрическія боли въ конечностяхъ и особенно сведеніе мышцъ затылка и спины \*).

Изъ другихъ менѣе постоянныхъ симптомовъ для діагностики могутъ имѣть значеніе: запоръ при ввалившемся животѣ, замедленный пульсъ, небольшое увеличеніе селезенки. herpes на лицѣ или по тракту нервовъ на туловищѣ, воспаленіе сочлененій, бѣлокъ въ мочѣ (альбуминурія можетъ навести врача на ложную мысль объ уреміи).

По теченію различаютъ нормальные, abortивные, молніеносные и затяжные менингиты. Въ нормальныхъ случаяхъ болѣзнь, начавшись внезапнымъ жаромъ, головою болью и рвотой, идетъ дальше, постепенно прогрессируя, и достигнувъ въ нѣсколько дней извѣстной степени, или кончается летально, или черезъ 10—14 дней начинается періодъ улучшенія, заканчивающійся полнымъ выздоровленіемъ къ концу мѣсяца.

Abortивные случаи кончаются выздоровленіемъ въ нѣсколько дней, при чемъ вся болѣзнь можетъ выражаться

---

\*) При менингитахъ наблюдается такъ наз. симптомъ Кернига: при сидячемъ положеніи больного не удается ногу его разогнуть въ колѣнѣ, а при лежачемъ—вытянутую ногу довести до прямого угла съ туловищемъ.

только головную болью, рвотой и нѣкоторымъ сведеніемъ затылка; нѣкоторые больные переносятъ болѣзнь на ногахъ.

Въ молниеносныхъ случаяхъ (meningitis siderans s. fulminans) послѣ первоначальной рвоты больной впадаетъ въ спячку, поражается судорогами и можетъ умереть въ нѣсколько часовъ или въ 2—3 дня.

Цереброспинальный менингитъ оказываетъ большую склонность принимать волнообразное и потому затяжное теченіе вслѣдствіе повторнаго обостренія затихавшаго было процесса. Волнообразное теченіе выражается не только въ ходѣ температуры, но и во всѣхъ другихъ припадкахъ: больной сидѣлъ уже въ постели и вообще хорошо себя чувствовалъ, но вдругъ опять начинать жаловаться на головную боль, съ нимъ дѣлается рвота, и все начинается какъ бы сначала, и такимъ образомъ дѣло можетъ тянуться 6—12 недѣль, прежде чѣмъ наступитъ, наконецъ, или выздоровленіе, или смерть отъ истощенія.

Нѣкоторые авторы отличаютъ еще *интермиттирующую* форму менингита, которая относится тоже къ затяжнымъ формамъ. Она характеризуется болѣе или менѣе правильными, ежедневно повторяющимися повышеніями  $t^0$  и черезъ нѣсколько часовъ паденіями ея почти до нормы. При чемъ повышенію  $t^0$  соотвѣтствуетъ усиленіе мозговыхъ симптомовъ, а паденію лихорадки—улучшеніе всѣхъ явленій. Подобныя формы менингита не имѣютъ никакого отношенія къ болотной лихорадкѣ, и хининъ не оказываетъ замѣтнаго вліянія на пароксизмы.

*Послѣдствєнные болѣзни.* Выздоровленіе послѣ цереброспинальнаго менингита не всегда бываетъ полнымъ, во многихъ случаяхъ остаются различныя послѣдствія въ сферѣ нервной системы, напр., хроническая головная водянка, глухота (вслѣдствіе пораженія слуховыхъ нервовъ или лабиринта), потеря зрѣнія на одинъ или оба глаза (irido-choroiditis, атрофія п. optici), ослабленіе умственныхъ способностей, невралгіи и параличи.

*Диагностика* остраго воспаленія мозговыхъ оболочекъ не трудна на основаніи начала болѣзни съ сильной головной боли, повторной рвоты и жара и быстро наступленія припадковъ со стороны головного мозга въ видѣ потемнѣнія со-

знанія или судорогъ и проч. Что дѣло идетъ не о простомъ гнойномъ менингитѣ, а о пораженіи оболочекъ и спинного мозга, явствуетъ изъ скорого наступленія (2—3-й день) сведенія затылка, боли въ шеѣ и спинѣ и гиперэстезіи. Туберкулезный менингитъ отличается гораздо болѣе медленнымъ развитіемъ симптомовъ. Затяжныя формы цереброспинальнаго менингита отличаются, напротивъ, слишкомъ продолжительнымъ волнообразнымъ теченіемъ, совсѣмъ не свойственнымъ менингиту туберкулезному. Въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ поясничному проколу, по способу Quinke. Способъ этотъ состоитъ въ томъ, что длинной иглой шприца Праваца вкалываютъ по средней линіи позвоночника между острыми отростками 3-го и 4-го поясничныхъ позвонковъ и вводятъ иглу на глубину, примѣрно, двухъ сантиметровъ, т.-е. пока конецъ ея не достигнетъ субдурального пространства, что узнается по появленію жидкости изъ верхняго конца иглы; выходящую по каплямъ жидкость собираютъ въ чистое часовое стеклышко (не высасываютъ) и изслѣдуютъ подъ микроскопомъ; присутствіе интрацеллюлярнаго диплококка говоритъ за цереброспинальную, эпидемическую форму менингита.

*Предсказаніе* при цереброспинальномъ менингитѣ гораздо менѣе опасно, чѣмъ при туберкулезной или простой острогнойной формѣ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, такъ какъ исходъ въ выздоровленіе наблюдается приблизительно въ 30%.

*Лѣченіе.* Изоляція больного не необходима. Въ началѣ болѣзни употребляются средства противовоспалительныя: ледъ на голову, пѣвки за уши или мушка на затылокъ; внутрь слабительная доза каломеля; для облегченія различныхъ болей — антипиринъ (столько дециграммовъ pro die, сколько больному лѣтъ, въ два приема, или фенацетинъ (столько же); позднѣе — іодистый калий, горячія ванны, втиранія сѣрой мази (по 1,0 за разъ, въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ). Съ самаго начала и до конца слѣдуетъ заботиться о доставленіи больному абсолютнаго покоя. Діета въ лихорадочномъ періодѣ жидкая (молоко, бульонъ), позднѣе — смотря по аппетиту.



### XLIII. Гриппъ—*influenza*.

Названіе „гриппъ“ употребляется практическими врачами для обозначенія двухъ эпидемическихъ болѣзней, хотя и сходныхъ между собой въ разныхъ отношеніяхъ, но тѣмъ не менѣе не тождественныхъ ни въ эпидемическомъ, ни въ клиническомъ смыслѣ.

Одинъ изъ этихъ грипповъ поражаетъ преимущественно дѣтей, и эпидеміи его встрѣчаются у насъ ежегодно осенью и зимой, почему его можно назвать *эпидемическимъ*, или *дѣтскимъ гриппомъ*; а такъ какъ при немъ на первый планъ выступаетъ кашель, то онъ извѣстенъ также подъ именемъ *эпидемическаго бронхита*.

Другой гриппъ, которому уже давно дано названіе *influenza*, есть, такъ сказать, „настоящій“ гриппъ, эпидеміи его являются разъ въ теченіе многихъ лѣтъ; онѣ не стоятъ въ тѣсной зависимости ни отъ климата, ни отъ времени года и замѣчательны тѣмъ, что съ чрезвычайною быстротой распространяются на громадныя пространства и выражаются чуть не поголовнымъ заболѣваніемъ населенія, не исключая и взрослыхъ, и по этой причинѣ *influenza* называется также *пандемическимъ гриппомъ*.

Для избѣжанія повтореній приведемъ признаки, общіе обоимъ видамъ гриппа. Обѣ болѣзни принадлежатъ къ числу инфекціонныхъ контагіозно-міазматическихъ болѣзней (въ томъ смыслѣ, что зараза находится и въ воздухѣ, и можетъ передаваться отъ больного здоровому непосредственно); скрытый періодъ въ обоихъ случаяхъ коротокъ (1—3 дня), однократное заболѣваніе не гарантируетъ отъ повтореній; катарры слизистыхъ оболочекъ хотя и не совсѣмъ обязательны для пандемическаго гриппа, но все-таки, въ большинствѣ случаевъ, они принадлежатъ къ числу кардинальныхъ симптомовъ и во время нѣкоторыхъ эпидемій выступаютъ на первый планъ; продолжительность лихорадочнаго періода въ случаяхъ неосложненныхъ не велика (3—7 дней); обычный исходъ—выздоровленіе.

**Эпидемическій гриппъ** (синонимы: эпидемич. бронхитъ, дѣтскій гриппъ, спорадическій гриппъ). Это—эпидемическій,

заразительный лихорадочный катаррь, локализующийся на многихъ слизистыхъ оболочкахъ за разъ и стоящій въ тѣсной зависимости отъ холоднаго и сырого времени года.

*Происхожденіе и причины.* Зараза, вызывающая заболѣваніе дѣтскимъ гриппомъ, намъ не извѣстна; мы знаемъ только, что она можетъ передаваться отъ больного къ здоровому, но можетъ произойти и отъ неизвѣстныхъ причинъ, при чемъ *простуда* играетъ очень важную роль. Замѣтное вліяніе на заболѣваніе дѣтскимъ гриппомъ оказываетъ также *возрастъ* (отъ  $1\frac{1}{2}$  до 5 лѣтъ). Маленькія дѣти заболѣваютъ гриппомъ не только чаще, но и сильнѣе. У дѣтей послѣ 7 лѣтъ, а также у взрослыхъ, чаще встрѣчаются abortивныя формы, которыя тѣмъ не менѣе очень заразительны, такъ что источникомъ семейной эпидеміи нерѣдко является острый насморкъ у кого-либо изъ взрослыхъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* въ неосложненныхъ случаяхъ состоятъ только въ катаррахъ слиз. обол. носа, глазъ и бронховъ. Въ случаяхъ, кончающихся смертью, въ трупѣ встрѣчаются обыкновенно болѣе или менѣе обширныя воспалительныя уплотнѣнія легочной ткани.

*Симптомы и теченіе.* Началу болѣзни можетъ предшествовать *періодъ предвѣстниковъ* въ видѣ 2—3-дневнаго безлихорадочнаго насморка и легкаго кашля, или болѣзнь прямо начинается жаромъ, при чемъ  $t^0$  подымается быстро, достигая иногда уже въ первый вечеръ до  $40^0$ . Одновременно съ лихорадкой появляются и катарры (а если они уже были, то усиливаются), сначала обязательно въ видѣ насморка, а затѣмъ вскорѣ присоединяется капель. Лихорадка отличается неправильностью теченія, такъ какъ склонна къ быстрымъ колебаніямъ. Пораженіе слизистыхъ оболочекъ выражается насморкомъ (непроходимость носа или истеченіе изъ ноздрей прозрачной жидкости), слезотеченіемъ съ краснотой въкѣ. иногда хриплымъ голосомъ, рѣже признаками суженія гортани при сухомъ лающемъ кашлѣ (ложный крупъ), стрѣльбой въ ухо. Со стороны нервной системы замѣчаются: головная боль, бессонница ночью и раздражительность днемъ; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ бываетъ бредъ съ первой же ночи.

Теченіе гриппа неопредѣленное, и потому предсказаніе относительно продолжительности не можетъ быть точнымъ;

въ легкихъ (абортивныхъ) случаяхъ, когда дѣло ограничивается почти однимъ только насморкомъ, все кончается дня въ три; въ большинствѣ случаевъ средней силы лихорадочный періодъ продолжается 5—7 дней, но можетъ зтянуться и до 2 недѣль, а потомъ еще на столько же времени остается кашель. Если гриппъ осложняется пневмоніей, то лихорадка продолжается въ острыхъ случаяхъ до 2 недѣль, а въ подострыхъ больше мѣсяца. Въ числѣ *осложненной* гриппа, кромѣ пневмоніи, важное значеніе имѣетъ еще острый милліарный туберкулезъ.

*Диагностика.* Отъ простого бронхита дѣтскій гриппъ отличается заразительностью и эпидемичностью (обыкновенно въ многодѣтныхъ семьяхъ перехварываютъ все) и началомъ болѣзни съ насморка; отъ перваго періода *коклюша*—сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ вначалѣ; отъ періодовъ предвѣстниковъ *кори*—характеромъ эпидеміи и отсутствіемъ пятнистой сыпи на нѣбѣ.

Воспаленіе легкаго при гриппѣ можетъ быть смѣшано съ крупозною пневмоніей: въ пользу гриппозной пневмоніи говоритъ начало болѣзни съ насморка, позднее появленіе признаковъ уплотнѣнія легкаго и не столь правильное теченіе (болѣе сильныя колебанія температуры и не столь рѣзкое окончаніе лихорадки), иногда встрѣчается чрезмѣрно длительное теченіе съ переходомъ воспаленія съ одного мѣста на другое—*бродячая пневмонія*.

*Предсказаніе* вообще благопріятное, но у дѣтей золотушныхъ, рахитиковъ и наклонныхъ къ туберкулезу слѣдуетъ имѣть въ виду, что гриппъ, подобно кори, можетъ служить толчкомъ къ развитію общаго милліарнаго туберкулеза. Въ случаяхъ, осложненныхъ воспаленіемъ легкаго, предсказаніе тѣмъ серьезнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, чѣмъ обширнѣе уплотнѣніе и чѣмъ неправильнѣе оно течетъ, но, вообще говоря, дѣти рѣдко умираютъ отъ гриппозной пневмоніи.

*Лѣчение.* Предохранительное лѣченіе состоитъ въ обереганіи дѣтей отъ простуды и отъ зараженія. Противъ самой болѣзни въ самомъ началѣ—*хининъ* по столько гранъ, сколько больному лѣтъ, 2 раза въ день; противъ насморка—впусканіе въ носъ 2%-наго раствора кокаина или 1 : 100 *argenti nitrici*; противъ кашля: вначалѣ—разрѣшающія (щелочи, апо-

морфинъ) и наркотическія, позднѣе—отхаркивающія (см. лѣченіе ложнаго крупа и бронхита).

**Инфлюэнца** (синонимы: эпидемическій или пандемическій гриппъ, настоящій гриппъ). Это—общая инфекціонная и заразительная болѣзнь, весьма быстро распространяющаяся среди населенія и характеризующаяся сильнымъ, но непродолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и разнообразіемъ локализаций, въ особенности на слизистыхъ оболочкахъ и въ нервной системѣ.

*Происхожденіе и причины.* Изъ большого количества микробовъ, найденныхъ при инфлюэнцѣ различными изслѣдователями, производителемъ инфлюэнцы въ настоящее время признается бацилла Pfeiffer'a, самый короткій и самый тонкій изъ всѣхъ извѣстныхъ патогенныхъ бациллоу. Въ свѣжихъ случаяхъ гриппа онъ встрѣчается въ мокротѣ въ громадномъ количествѣ, какъ бы въ чистой разводкѣ (въ крови и въ органахъ онъ встрѣчается очень рѣдко). Искусственныя культуры его легко получаютъ въ агарѣ, смазанномъ кровью или растворомъ гемоглобина, въ другихъ средахъ не растутъ. Колоніи его очень мелки и имѣютъ видъ прозрачныхъ капель. Бацилла Pfeiffer'a не красится по Gram'у и вообще трудно окрашивается основными анилиновыми красками. Лучшими красками оказались для него двадцатикратный растворъ Zieh'скаго карболфуксина и горячей растворъ Löffler'ской синьки.

Подъ вліяніемъ какихъ именно условій (атмосферныхъ или другихъ) появляются пандеміи гриппа, мы знаемъ. Въ послѣднюю эпидемію взрослые заболѣвали такъ же часто, какъ и дѣти, но теченіе болѣзни у первыхъ было тяжелѣе и смертность больше. Вліяніе питьевой воды на заболѣваніе гриппомъ не доказано, но на основаніи изслѣдованій Teisser'a весьма вѣроятно.

*Симптомы и теченіе* инфлюэнцы настолько разнообразны, что по преобладающимъ припадкамъ принято различать нѣсколько формъ этой болѣзни, каковы, напр., infl. cephalica (спячка, сильный бредъ, безсознательное состояніе), infl. abdominalis s. gastrica (рвота, боль живота, поносъ), infl. neuralgica (боль по направленію периферическихъ нервовъ, а также на спинѣ и конечностяхъ), infl. thoracica s. catarrhalis

(катарры и воспаленія дыхательныхъ органовъ). Общими признаками всѣхъ этихъ формъ являются, кромѣ повального заболѣванія людей всѣхъ возрастовъ, внезапное начало болѣзни въ видѣ быстрого поднятія т° съ сильной головной болью и съ значительной общей слабостью при короткой продолжительности: неосложненные случаи кончаются въ 2—5 дней.

Въ одну изъ эпидемій инфлюэнцы (89/90 г.) у взрослыхъ выступали на первый планъ нервные, т.-е. болевые симптомы, тогда какъ катарры или вовсе отсутствовали, или являлись поздно, напр., по окончаніи лихорадки, а у дѣтей очень часто отсутствовали не только катарры, но даже и боли въ поясницѣ и въ икрахъ, такъ что вся болѣзнь выражалась у нихъ сильнымъ и быстро наступавшимъ жаромъ (40°), головною болью и общей слабостью; черезъ 2—3 дня всѣ припадки исчезали, и діагностика инфлюэнцы могла быть установлена только на основаніи характера эпидеміи, т.-е. поголовнаго заболѣванія въ самое короткое время всѣхъ членовъ семьи. У дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, въ началѣ болѣзни появлялись тошнота и *рвота* и носовое кровотеченіе. Сравнительная легкость заболѣванія дѣтей выражалась, между прочимъ, короткостью періода выздоровленія (т.-е. у нихъ раньше возвращался аппетитъ и восстанавливались силы) и рѣдкостью развитія осложнений вообще и пневмоній въ особенности. Различныя сыпи изрѣдка встрѣчались и у дѣтей; онѣ ничѣмъ не отличались отъ сыпей у взрослыхъ (разлитыя и пятнистыя эритемы). Печень и селезенка при инфлюэнцѣ обыкновенно не увеличивались замѣтнымъ образомъ.

*Осложненія* состоятъ главнымъ образомъ въ воспаленіяхъ дыхательныхъ органовъ (pneumonia, pleuritis), а также въ воспаленіи лимфатическихъ железъ на шеѣ, ушей, почекъ. Вообще говоря, инфлюэнца имѣетъ способность открывать у больного его слабыя мѣста, по каковой причинѣ у золотушныхъ и рахитиковъ, напр., вслѣдъ за инфлюэнцей нерѣдко развивается туберкулезъ.

*Діагностика* въ разгаръ эпидеміи, въ виду массоваго заболѣванія людей, не трудна. Въ спорадическихъ случаяхъ или въ началѣ эпидеміи распознаваніе можетъ представить значительное затрудненіе, по крайней мѣрѣ въ первые 2—3 дня.

*Предсказаніе* при инфлюэнцѣ въ дѣтскомъ возрастѣ лучше, чѣмъ у взрослыхъ, ибо осложненія со стороны легкихъ встрѣчаются рѣдко.

*Лѣченіе.* Въ началѣ болѣзни, особенно при различныхъ боляхъ, рекомендуются, какъ *peruina*: фенацетинъ или антипиринъ (столько дециграммовъ *pro die*, сколько больному лѣтъ, въ 2—3 приема), бромистый калий, салициловый натръ и т. п. Противъ катарровъ дыхательныхъ органовъ—различныя разрѣшающія, отхаркивающія и *narcotica* (см. бронхитъ).

Для предотвращенія осложненій сидѣть дома по окончаніи лихорадки до полного возстановленія аппетита и силъ.

#### XLIV. Коклюшъ—*pertussis*.

*Происхожденіе и причины.* Коклюшъ принадлежитъ къ числу инфекціонныхъ, эпидемическихъ и заразительныхъ болѣзней. Онъ характеризуется циклическимъ, нѣсколько-недѣльнымъ теченіемъ и своеобразнымъ судорожнымъ кашлемъ.

Ядъ, вызывающій заболѣваніе коклюшемъ, въ точности еще не извѣстенъ; въ мокротѣ коклюшныхъ больныхъ проф. Аванасевъ нашелъ очень мелкую, коротенькую палочку, съ нѣкоторыми, ей только свойственными, морфологическими и біологическими особенностями и назвалъ ее *bacillus tussis convulsivae*, но такъ какъ прививкой чистыхъ культуръ животнымъ вызвать у нихъ коклюшъ не удалось, то значеніе этой палочки остается под сомнѣніемъ, такъ же какъ и многихъ другихъ микробовъ, найденыхъ при коклюшѣ другими авторами (амеба проф. Курлова \*).

Вопросъ о томъ, принадлежитъ ли коклюшъ къ числу мѣстныхъ заразныхъ заболѣваній слиз. оболочекъ (подобно, напр., специфич. уретриту), или это болѣзнь общая, съ опредѣленною локализацией,—остается спорнымъ. Большинство авторовъ смотрятъ на него, какъ на контагіозный катарръ, вызванный специфическою причиною, но противъ этого говорятъ нѣкоторые важные факты, напримѣръ, что

\* ) Въ настоящее время вѣроятнымъ возбудителемъ коклюша считается бактерія, открытая въ 1906 году Bordet и Gengou.

разъ перенесенный коклюшь производить невоспримчивость на всю жизнь (двукратное заболѣваніе коклюшемъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ повторное заболѣваніе корью или скарлатиной), и что онъ передается плоду черезъ плацентарное кровообращеніе.

Контагіи коклюша содержится, главнымъ образомъ, въ мокротѣ, и весьма возможно, что захосшая мокрота или слюва можетъ служить передатчикомъ заразы черезъ третье лицо или черезъ вещи; черезъ воздухъ коклюшь передается только на небольшое разстояніе. Какъ долго продолжается заразительный періодъ коклюша—трудно сказать; больного считаютъ заразительнымъ до тѣхъ поръ, пока не кончился у него судорожный, свистящій кашель. Вліяніе пола не доказано (дѣвочки заболѣваютъ будто бы чаще мальчиковъ), но значеніе возраста несомнѣнно, такъ какъ коклюшь встрѣчается почти только у дѣтей, и всего чаще именно отъ 2 до 7 лѣтъ; послѣ 10 лѣтъ воспримчивость къ коклюшу рѣзко уменьшается, а у взрослыхъ нерѣдко совсѣмъ пропадаетъ.

*Патолого-анатомическія измѣненія* при коклюшѣ не характерны; неосложненные случаи, какъ показываетъ ларингоскопъ, характеризуются небольшою катарральной краснотой различныхъ мѣстъ гортани (въ особенности въ области межчерпаловидныхъ хрящей и носа). Въ смертельныхъ случаяхъ встрѣчаютъ, обыкновенно, капиллярный бронхитъ, ателектазъ, эмфизему переднихъ краевъ легкихъ и бронхопневмоническіе фокусы въ нижнихъ доляхъ.

*Симптомы и теченіе.* Обычныя жалобы, съ которыми обращаются къ врачу, состоятъ въ томъ, что за послѣднія двѣ-три недѣли ребенокъ очень сильно кашляетъ, иногда даже до рвоты. Врачъ изслѣдуетъ грудь, и ничего ненормальнаго не находитъ: всюду чистое везикулярное дыханіе, безъ хриповъ, температура также нормальна, и это-то несоотвѣтствіе результатовъ объективнаго изслѣдованія жалобамъ матери довольно характерно для коклюша; для окончательнаго выясненія дѣла слѣдуетъ только заставить ребенка покашлять, что достигается изслѣдованіемъ горла (придавливаніемъ корня языка или давленіемъ пальцемъ на яремную ямку). При этомъ появляется пароксизмъ коклюшнаго кашля, который до такой степени своеобразенъ, что кто хоть разъ его слышалъ,

тотъ всегда его узнаеть. Коклюшный кашель состоитъ въ слѣдующемъ: больной *вдругъ* сильно закашливается, при чемъ кашлевые толчки слѣдуютъ другъ за другомъ *безъ передышки* до тѣхъ поръ, пока въ легкихъ есть запасъ воздуха; потомъ больной дѣлаеть глубокий вздохъ, но въ это время голосовая щель судорожно сжимается, и воздухъ, проходя черезъ узкую щель, производитъ *громкій звукъ*, напоминающей свистъ (репризь), слышный черезъ нѣсколько комнатъ; непосредственно послѣ этого опять начинается кашель, опять свистъ и т. д., отъ двухъ до пяти разъ, пока приступъ кашля не кончится *второй* или изверженіемъ большого количества тягучей слюны и слизи при тошнотномъ движеніи (больной давится, какъ говорятъ матери). Смотря по силѣ коклюша, подобныхъ приступовъ бываетъ отъ 10 до 30 въ сутки.

Есть еще два симптома, на основаніи которыхъ врачъ можетъ съ большимъ правомъ подозрѣвать коклюшь, даже и не слышавши кашля: это *одутловатое лицо* со слегка припухшими вѣками и влажными глазами (вслѣдствіе повторныхъ застоевъ крови во время приступовъ кашля) и *изъявление уздечки языка* (уздечка надрывается нижними рѣзцами во время кашля). Оба эти припадка бываютъ выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ сильнѣе коклюшь, а въ легкихъ случаяхъ ихъ можетъ и совсѣмъ не быть.

Въ *теченіи* коклюша различають нѣсколько періодовъ: 1) скрытый періодъ, 2) періодъ предвѣстниковъ, 3) періодъ спазматическаго кашля и 4) періодъ разрѣшенія.

Скрытый періодъ колеблется отъ 3 дней до 5 недѣль (всего чаще 5—7 дней). Періодъ предвѣстниковъ, или катарральный, начинается подъ видомъ легкаго гриппа (небольшая лихорадка, легкой насморкъ и короткое покашливаніе). Въ дальнѣйшемъ теченіи лихорадка черезъ нѣсколько дней прекращается, но кашель постепенно усиливается, начинаетъ появляться пароксизмами сначала съ покраснѣніемъ лица, а потомъ кое-когда и со свистомъ, и такимъ образомъ, недѣли черезъ  $1\frac{1}{2}$ —2 отъ начала болѣзни, постепенно наступаетъ періодъ судорожнаго кашля. Недѣли черезъ 2—4—6 этотъ періодъ тоже постепенно переходитъ въ пер. разрѣшенія; въ это время пароксизмы дѣлаются рѣже и короче, и мокрота изъ вязкой и прозрачной дѣляется слизисто-гношной, т. е. обыкновенной катарральной, и легко отхаркивается; недѣли



черезъ 2 наступаетъ, наконецъ, полное прекращеніе кашля; такимъ образомъ продолжительность коклюша въ среднемъ отъ 4 до 8 недѣль.

*Различныя формы коклюша.* Какъ всякая инфекціонная болѣзнь, такъ и коклюшъ встрѣчается въ тяжелыхъ и легкихъ формахъ. Тяжелыя формы характеризуются сильными пароксизмами кашля, вслѣдствіе чего появляются кровотечения изъ носа и кровоподтеки въ конъюнктивѣ, и частою рвотой, ведущей къ истощенію. Легкія формы отличаются слабыми репризами, а иногда свиста и совсѣмъ нѣтъ.

Самыми частыми *осложненіями* коклюша бываютъ капиллярный бронхитъ и бронхопневмонія (лихорадочное состояніе, одышка, мелкіе хрипы и др. физикальные признаки страданія легкихъ). Коклюшная бронхопневмонія отличается отъ коревой вялымъ теченіемъ и гораздо большею продолжительностью (2—3 мѣсяца). Подобнаго рода воспаленія легкихъ чрезвычайно опасны и въ большинствѣ случаевъ кончаются смертію или вслѣдствіе обширнаго пораженія легочной ткани, или благодаря присоединяющемуся туберкулезу, принадлежащему къ числу самыхъ частыхъ и самыхъ опасныхъ *последовательныхъ болѣзней* у коклюшныхъ дѣтей \*).

*Діагностика* коклюша, въ виду типическихъ пароксизмовъ кашля, не трудна, особенно если заболѣваетъ нѣсколько дѣтей въ семьѣ. Въ амбулаторной практикѣ основаніемъ діагностикѣ служатъ: 1) эпидемичность болѣзни, 2) приступъ кашля сопровождается свистящимъ дыханіемъ и покраснѣніемъ лица и оканчивается рвотой и изверженіемъ мокроты даже и у маленькихъ дѣтей, 3) одутловатое лицо и изъязвленіе уздечки языка.

Нѣкоторое сходство съ коклюшемъ представляетъ иногда кашель при гиперплазії бронхіальныхъ железъ; главная разница въ теченіи: коклюшъ начинается сухимъ, короткимъ кашлемъ, который черезъ нѣсколько дней переходитъ въ судорожный, а этотъ послѣдній, въ свою очередь, черезъ 2—4 недѣли начинаетъ ослабѣвать и переходитъ во влажный катарральный; при гиперплазії и творожистомъ перерожденіи железъ кашель тянется сначала въ видѣ хроническаго бронхита, который долго спустя принимаетъ нѣкоторое сходство

\*) Опасны также, хотя по счастью рѣдки, мозговые явленія при коклюшѣ, зависящія отъ пассивной гиперемии мозга и кровоизліяній въ него во время сильныхъ приступовъ. Ред.

съ коклюшемъ и на этой степени развитія остается неопредѣленно долго.

*Предсказаніе.* Для дѣтей старше 5 лѣтъ, бывшихъ прежде здоровыми, коклюшъ средней силы (не больше 20 пароксизмовъ въ сутки) рѣдко бываетъ опасенъ, но для маленькихъ дѣтей, въ особенности для грудныхъ, эта болѣзнь чрезвычайно опасна: отъ коклюша нерѣдко умираютъ также рахитики и дѣти, расположенныя къ туберкулезу. Присоединяющаяся къ коклюшу пневмонія значительно ухудшаетъ предсказаніе; то же значеніе имѣютъ и симптомы пассивной гипереміи мозга—сонливость, судороги и проч.

*Лѣченіе.* Предохранительная изоляція заболѣвшаго отъ здоровыхъ рѣдко удается, такъ какъ коклюшъ заражаетъ уже въ періодъ предвѣстниковъ, когда еще не можетъ быть узнанъ.

Лѣченіе развившейся болѣзни прежде всего требуетъ чистаго воздуха (энергичное провѣтриваніе комнаты, удаляя больного на это время въ другое помѣщеніе; въ теплое время года больной долженъ быть какъ можно больше внѣ дома). Изъ лѣкарствъ рекомендовано множество внутреннихъ и наружныхъ средствъ. Изъ первыхъ наибольшимъ довѣріемъ пользуются: атипиринъ (столько дециграммовъ въ день, сколько больному лѣтъ, въ 3 приема, или на 1-мъ году жизни столько центигр., сколько ему мѣсяцевъ), хининъ, феноколль (въ тѣхъ же или нѣсколько большихъ дозахъ, въ 2 приема) и бромиды (отъ 0.1 до 0.3 на годъ pro die, напр.: Rp. Ammon. brom., Natri bromati, Kali brom. āā 1.0; Aq. dest. 100,0. DS. По дес. ложкѣ 4 раза въ день въ  $\frac{1}{2}$  рюмкѣ сельтерской воды (ребенку 8—10 лѣтъ).

Изъ наружныхъ средствъ: вдыханіе паровъ карболовой кислоты черезъ маску Curschman'a (вата смачивается 10% ас. carbol.); маска надѣвается раза 3 въ день по  $\frac{1}{2}$  часу, или смачиваютъ 5% карб. кисл. кусокъ полотна, величиной въ четвертушку бумаги, и вѣшаютъ его у изголовья больного на ночь; паровыя пульверизаціи черезъ 2—3 часа 1% раствора салиц. натра per se или вмѣстѣ съ бромистымъ натріемъ, напр.: Rp. Natri salicyl., Natri brom. āā 2.0 (3β); Aq. destil. 200.0 (3vj). DS. Для пульверизацій 4 раза въ день въ количествѣ столовой ложки:

## О Г Л А В Л Е Н И Е .

*Стр.*

<b>Введение.</b> О важнѣйшихъ анатомо-физиологическихъ особенностяхъ дѣтскаго организма и объ изслѣдованіи дѣтей . . . . .	5
I. Составъ женскаго молока. Способы его изслѣдованія . . . . .	22
Правила кормленія грудью . . . . .	29
Условія, при которыхъ мать не кормитъ грудью . . . . .	32
Правила при выборѣ и содержаніи кормилицы . . . . .	34
II. Правила, какія должны быть соблюдаемы при выкармливаніи дѣтей молокомъ животныхъ . . . . .	36
III. Наиболѣе употребительныя для выкармливанія грудныхъ дѣтей составы, которыми при нѣкоторыхъ условіяхъ можетъ быть замѣнено молоко животныхъ . . . . .	49
IV. О кровавой опухоли головы новорожденныхъ . . . . .	56
V. Мнимая смерть новорожденныхъ . . . . .	58
VI. Трясмъ и столбнякъ новорожденныхъ . . . . .	63
VII. Септицемія новорожденныхъ . . . . .	66
VIII. Грудница новорожденныхъ . . . . .	68
IX. Желтуха новорожденныхъ . . . . .	69
X. Острое жировое перерожденіе новорожденныхъ . . . . .	72
XI. Болѣзни пупка у новорожденныхъ . . . . .	73
XII. Болѣзни, появляющіяся во время прорѣзыванія зубовъ . . . . .	79
XIII. Болѣзни рта у дѣтей . . . . .	84
XIV. Заднеглоточный нарывъ . . . . .	93
XV. Болѣзни пищевода . . . . .	95
XVI. Диспепсія грудныхъ дѣтей . . . . .	96
XVII. Катарръ желудка дѣтей старшаго возраста . . . . .	103
XVIII. Дѣтская холѣра . . . . .	106
XIX. Острые воспаленія кишечника . . . . .	110
XX. Хроническій катарръ кишекъ . . . . .	114
XXI. Паразиты кишечнаго канала . . . . .	116
XXII. Болѣзни гортани у дѣтей . . . . .	122
XXIII. Катарръ дыхательныхъ вѣтвей . . . . .	130
XXIV. Воспаленіе легкихъ у дѣтей . . . . .	133

	<i>Стр.</i>
XXV. Meningitis tuberculosa . . . . .	143
XXVI. Хроническая головная водянка . . . . .	150
XXVII. Дѣтскій спинальный параличъ . . . . .	153
XXVIII. Дѣтскія судороги . . . . .	157
XXIX. Виттова пляска . . . . .	161
XXX. Воспаленіе почекъ . . . . .	167
XXXI. Бѣли у дѣтей . . . . .	172
XXXII. Рахитъ . . . . .	176
XXXIII. Золотуха . . . . .	191
XXXIV. Сифилисъ у дѣтей . . . . .	196
XXXV. Особенности, какія представляетъ перемежающаяся лихорадка у дѣтей въ проявленіи и лѣченіи . . . . .	208
XXXVI. Натуральная оспа . . . . .	212
XXXVII. Прививаніе предохранительной оспы . . . . .	219
XXXVIII. Корь . . . . .	222
XXXIX. Скарлатина . . . . .	225
XL. Дифтерія . . . . .	234
XLI. Краснуха . . . . .	254
XLII. Эпидемическій цереброспинальный менингитъ . . . . .	256
XLIII. Гриппъ у дѣтей . . . . .	260
XLIV. Коклюшь . . . . .	265

