

С. Яковлев

ЛЕКЦІИ

ОБЪ

ОСТРЫХЪ ИНФЕКЦІОННЫХЪ БОЛѢЗНЯХЪ

У ДѢТЕЙ.

Нила Филатова,

Орд. профессора дѣтскихъ болѣзней въ ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ университетѣ и
директора Хлудовской дѣтской больницы.

4-Е, ИСПРАВЛЕННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ, ИЗДАНИЕ.

МОСКВА.

Типографія Г. Лиснера и А. Гешеля,
преемн. Э. ЛИСНЕРА и Ю. РОМАНА.

Воздвиженка, Крестовоздвиженскій пер., д. Лиснера.

1899.



С. Яковлев

Предисловіе къ 4-му изданію.

Хотя въ общемъ содержаніе этой книги осталось прежнимъ, но въ частностяхъ потребовались нѣкоторыя измѣненія и добавленія, разбросанныя по всей книгѣ. Главнѣйшія передѣлки читатель найдетъ въ главахъ о лѣченіи тифа, коклюша и въ особенности дифтеріи, гдѣ прибавлена новая глава объ интубаціи гортани при крупѣ. Содержаніе этой главы, равно какъ и рисунки къ ней цѣликомъ заимствованы мною изъ статьи Sevestr'a въ *Traité des maladies des enfants*. T. I. 1897 г. Paris.



СОДЕРЖАНІЕ.

	<i>Стран.</i>
О діагностицѣ начальнаго періода лихорадочныхъ болѣзней у дѣтей	1—33
<i>О діагностицѣ лихорадочныхъ болѣзней вообще: способы измѣренія температуры — 2; минутный способъ — 3; лихорадочныя болѣзни кожи — 5; острое припуханіе лимфатическихъ железъ — 9; parotitis — 10; воспаленіе уха — 11; діагностическое значеніе насморка — 11; болѣзни рта — 13; gastritis acuta и subacuta — 15; болѣзни мышцъ — 18, и костей — 19; острая rachitis — 19.</i>	
<i>Источники ошибокъ при діагностицѣ лихорадочныхъ болѣзней: недоцѣнка и переоцѣнка симптомовъ — 20; скрытно протекающій менингитъ у грудныхъ дѣтей — 21; скрытныя пневмоніи — 24; семіотическое значеніе судорогъ — 25; и большого родничка — 30; неопредѣленныя лихорадки f. ephemera, rheumatica и herpetica — 31; запоздалое высыпаніе сыпи — 32.</i>	
Эпидемическій и эндемическій гриппъ	34—67
<i>Этіологическія особенности различныхъ формъ гриппа — 35; дѣтскій гриппъ и инфлуэнца — 36; анатомо-патологическія измѣненія — 38; припадки и теченіе эндемическаго гриппа — 39; осложненія — 44; припадки и теченіе инфлуэнцы — 52; предсказаніе — 58; дифференціальная діагностика — 58; лѣченіе — 63.</i>	
Брюшной тифъ	68—123
<i>Этіологія: заразительность — 68; индивидуальное расположеніе — 70; передача заразы черезъ плацентарное кровообращеніе — 71; черезъ молоко — 71; Патолого-анатомическія измѣненія — 72; Симптомы: теченіе лихорадки — 75; опухоль селезенки — 78; припадки со стороны нервной системы — 81; органы пищеваренія — 82; органы дыханія — 84; пульсъ — 85; сыпь — 86; habitus — 87. Продолжительность и теченіе: періодъ предвѣстниковъ — 87; тяжелый тифъ — 88; абортивный тифъ — 92; безлихорадочный тифъ — 94; тифъ у грудныхъ дѣтей — 95; тифъ съ рецидивомъ — 96. Осложненія: перитонитъ безъ прободенія — 98; острый менингитъ и головная водянка — 99; аласарка — 101; stomacace, повось, бронхитъ и проч. — 102. Предсказаніе — 103. Распознаваніе: отъ неопредѣленныхъ лихорадокъ — 103; отъ милиарнаго туберкулеза — 105; отъ туберкулезнаго менингита — 110; отъ ulcerознаго эндокардита — 111; отъ гнойнаго менингита — 111. Лѣченіе: предохранительное — 112; гитіенодѣтетическое — 113; абортивное — 118; симптоматическое — 119.</i>	

Сыпной тифъ 124—131

Этіологія — 124. — *Патологическая анатомія* — 125. — *Припадки и течение* — 125; неправильныя формы сыпного тифа — 128. *Больничныи тифъ* — 129. *Осложненія, предсказаніе и діагностика* — 130. — *Лѣчение* — 131.

Возвратная горячка 132—141

Дифтерія 142—258

Общая понятія о крупѣ и дифтеритѣ: — ложный дифтеритъ — 143; коагуляціонный некрозъ — 143; клиническое понятіе о крупѣ и дифтеритѣ — 145. *Этіологія*; роль микроорганизмовъ — 148; контагіозность — 153. *Припадки и течение*; точечная и крупобразная форма легкой дифтеріи — 165; безлихорадочная форма и diphtherie à forme prolongée — 167; тяжелая и септическая форма — 172; дифтеритъ рта, половыхъ органовъ и кожи — 174; первичный дифтеритъ носа — 174. *Послѣдовательныя болѣзни и осложненіе*: внезапная смерть — 175; дифтеритическіе параличи — 177; частота появленія ихъ послѣ легкихъ и тяжелыхъ случаевъ дифтеріи — 178; эпидемія параличей — 179; альбуминурія — 184; анемія — 185. *Патологическая анатомія* — 186. *Діагностика*: angina aphthosa, parenchimatosa, follicularis et herpetica — 187; дифтеронидная жаба — 190; скарлатинозный дифтеритъ не тождественъ съ дифтеріей — 196; идиопатическій крупъ — 203; ложный крупъ — 204. *Предсказаніе*: при дифтеріи вообще — 205; послѣ трахеотоміи — 208. *Лѣчение*: профилактическія мѣры — изоляція больныхъ, полосканья и дезинфекція комнаты — 209. *Лѣчение разившейся болѣзни*: чистота, полосканья, помазыванія, пульверизація и холодъ — 215; сѣрая мазь, пилокарпинъ, свицидаръ — 220. *Лѣчение дифтерита гортани* — 222; трахеотомія — 223. *Интубація*: недостатки и преимущества — 223; инструментарій — 226; техника операціи — 228; способы экстубаціи — 232; затрудненія, ошибки и случайности при операціи — 233; теченіе крупа послѣ операціи — 236; лѣченіе послѣ интубаціи и послѣдовательныя явленія — 237; лѣченіе дифтерита носа — 239; анеміи и параличей — 240. Лѣченіе дифтеріи сывороткой — 240.

Скарлатина 259—315

Этіологія: свойства контагія и характеръ эпидемій — 259; передача скарлатины молокомъ — 263; индивидуальная воспріимчивость — 264; скрытый періодъ — 265. *Патолого-анатомическія измѣненія*, — 265; *Симптомы*: сыпь — 267; шлущеніе — 270; скарлатинозная жаба — 271; лихорадка — 272; рвота — 274; измѣненія языка — 275; патогенезъ скарлатинозной альбуминурии 1-го періода — 276; припадки со стороны нервной системы — 276. *Различныя формы скарлатины*: нормальная скарлатина — 277; аномальная легкая форма — 278; скарл. безъ сыпи — 279; тяжелая форма — 280; скарлатинозное отравленіе крови — 281; геморрагическая скарл. — 282; тяжелая скарл. безъ сыпи — 282. *Осложненія и послѣдовательныя болѣзни*: скарлатинозный нефритъ — 283; скарлатинозная водянка — 288; водянка безъ нефрита — 289; уремія — 291; гипертрофія сердца — 292; различныя формы нефрита и предсказаніе при нефритахъ — 294; воспаленіе сочлененій — 296. *Предсказаніе* — 299; *Діагностика* — 301. *Лѣчение*: предохранительное — 304; симптоматическое лѣченіе лихорадки — 306; ангины — 308; воспаленія почекъ — 309; уреміи — 312; resumé — 313.

Скарлатинозная краснуха 316—318

Корь 319—349

Обязательная ли эта болѣзнь — 319; нужна ли изоляція — 320; періодъ заразительности — 320; свойства яда — 321; вліяніе возраста — 322. *Патолого-анатом. измѣненія* — 323. *Симптомы и теченіе*: коревая сыпь — 323; продромальная сыпь — 325; аномаліи сыпи — 326; катарры слиз. оболочекъ — 327; лихорадка — 328; другіе симптомы — 329. *Различныя формы кори* — 330; аномальная корь: корь безъ лихорадки — 332; корь безъ сыпи — 332; аномаліи пер. предвѣстниковъ — 333; злокачеств. корь — 334. *Осложненія и послѣдовательныя болѣзни*: носовое кровотеченіе и язвенное воспаленіе десенъ — 335; нома — 335; поносъ — 336; ложный и настоящій крупъ — 337; бронхитъ — 338; воспаленіе легкыхъ — 338; мильярный туберкулезъ — 341. *Предсказаніе* — 342. *Диагностика* — 343. *Лѣченіе* — 345.

Эпидемическая краснуха 350—352

Оспа 353—375

Она рѣдко встрѣчается у дѣтей — 353; свойства контактія — 354. *Анатомо-патологическія измѣненія* — 355. *Припадки и теченіе*: скрытый періодъ — 357; періодъ предвѣстниковъ — 357; продромальныя сыпи — 359; періодъ высыпанія — 359. *Различныя формы оспы*: *virgula variolosa* — 362; *var. haemorrhagica* — 363; *var. confluens* — 363; *var. sine exanthemate* и *arugetica* — 364, *varioid* — 365. *Осложненія* — 366. *Предсказаніе* — 367, *Диагностика* — 368. *Лѣченіе* — 371.

Оспопрививаніе 376—391

Рациональныя основанія — 376; доказательства его пользы — 377; необходимость ревакцинаціи — 378; инокуляція и вакцинація — 379; гуманизированная вакцина — 381; детритъ — 382; техника оспопрививанія — 383; теченіе вакцины — 383; содержаніе вакцинированнаго — 385; осложненія — 386; время вакцинаціи — 388; можно ли прививать вакцину во время эпидеміи оспы — 389; число уколовъ — 389.

Вѣтреная оспа 392—397

Этиологія — 393; *симптомы* — 395; *осложненія* — 396; *предсказаніе и теченіе* — 397.

Коклюшъ 398—430

Коклюшъ общая болѣзнь — 398; свойства яда — 401; вліяніе пола и возраста — 401. *Патологическая анатомія* — 402; *Симптомы и теченіе*: скрытый періодъ — 403; катаральный періодъ — 403; лихорадка этого періода — 404; абортивный коклюшъ — 404; спазмотическій пер. — 405; аномальная форма коклюша — 409; другіе симптомы — 409; послѣдній катарр. періодъ — 411. *Осложненія и послѣдовательныя болѣзни* — 412; коклюшная пневмонія — 413; мильярный туберкулезъ — 414; мозговые симптомы — 416; вліяніе лихорадочныхъ болѣзней — 417. *Предсказаніе* — 417. *Диагностика* — 418. *Лѣченіе* — 420.

Заушница 431—438

Опредѣленіе болѣзни — 431. Этіологія — 431. *Патологическая анатомія* — 432. *Симптомы и теченіе*: parotitis — 434; orchitis parotidea — 435; submaxillitis — 436; *Осложненія* — 436; пораженіе либиринта — 436. *Предсказаніе и діагностика* — 437. *Лѣченіе* — 438.

Крoвaвый поносъ 439—465

Опредѣленіе болѣзни — 439; вліяніе почвы и климата — 440; случайныя причины — 440; *Патологическая анатомія* — 440. *Симптомы*: дизентерическій стулъ — 443; боль живота — 444; тенезмы — 444; выпаденіе прямой кишки — 445; параличъ сфинктера — 445; habitus больного — 446; истощеніе — 446; лихорадка — 446; другіе симптомы — 447; *Различныя формы дифтеріи* — 449; періодическій поносъ — 451. *Осложненія и предсказаніе* — 451. *Діагностика* — 452. *Лѣченіе* — 452.

Железистая лихорадка 466—468

О ПЕЧАТКѢ.

Стран.	Строка	Напечатано:	Надо читать:	
14	22	сверху	выступило	наступило
35	7	снизу	уможно	можно
38	10	сверху	обочекъ	оболочекъ
66	8	”	90	90,0
86	5	снизу	50	50,0
103	8	сверху	(см. стр. 92)	(см. стр. 75)
106	9	снизу	везикулярное	везикулярное
109	13	”	свертывается	свертывается
111	5	”	гомиплегія	гемиплегія
112	20	сверху	ребенца	ребенка
—	4	снизу	ливоля	лизола
164	21	”	стр. 154	стр. 152
183	1	”	смертность	смерть
190	15	”	stomase	stomacase
219	1	сверху	ad 100,0	100,0
263	3	снизу	заражеться	заражается
281	3	”	или мфатическія	и лимфатическія
374	1	”	всильномъ	сильномъ.

О діагностиці початкового періоду лихорадочних болізнеї у дїтей.

1. О діагностиці лихорадочних болізнеї вообще.

Всїмъ извѣстно, что дїти гораздо болѣе расположены къ лихорадочнымъ процессамъ, нежели люди взрослые; лихорадка присоединяется у нихъ ко всякому пустяку, такъ что смѣло можно сказать, что у дїтей число лихорадочныхъ болізнеї значительно больше, чѣмъ у взрослыхъ, и что по одной этой ужъ причинѣ діагностика въ начальномъ періодѣ лихорадочной болізнеї у ребенка должна представлять врачу сравнительно больше затрудненій. Трудность эта увеличивается еще и тѣмъ, что преимущественно дїтскому возрасту свойственны такъ называемыя эфемерныя лихорадки, появляющіяся безъ всякой замѣтной причины и протекающія при высокиихъ температурахъ въ теченіе 24—72 часовъ, симулируя за это время какое-либо тяжкое заболѣваніе; у дїтей же встрѣчаемся мы обыкновенно и съ острыми инфекціонными экзантемами, характерныя признаки которыхъ, напр. сыпь, являются не съ самаго начала; къ этому надо прибавить еще и то, что маленькія дїти не умѣютъ высказывать своихъ субъективныхъ ощущеній или даже даютъ ложныя показанія, такъ что врачу приходится доискиваться причины лихорадки исключительно объективнымъ путемъ и при помощи разспроса окружающихъ больного.

Тѣмъ не менѣе однако, при подробномъ обследованіи больного и при нѣкоторомъ навыкѣ, въ большинствѣ случаевъ удается съ увѣренностью діагностировать болізнеї уже на 3-й день, а нерѣдко даже и на первый. Цѣль моеї настоящей лекціи и состоитъ именно въ томъ, чтобы познакомить васъ съ тѣми приемами, которыхъ слѣдуетъ держаться, чтобы въ кратчайшій срокъ выяснить дѣло; но прежде всего я скажу нѣсколько словъ объ измѣреніи температуры у дїтей.

Въ настоящее время медицинскій термометръ получилъ такое право гражданства, что доказывать необходимость этого инструмента для правильной оцѣнки лихорадочнаго состоянія нѣтъ никакой надобности, такъ какъ истина эта хорошо извѣстна не только врачамъ, но и большинству интеллигентныхъ матерей; противъ употребленія термометра протестуютъ лишь дїти, и только глядя на нихъ, отказываются отъ измѣреній и нѣкоторыя изъ матерей, которымъ не под силу слушать крикъ, хотя бы и капризный, своего ребенка въ теченіе $\frac{1}{4}$ часа, т.-е. времени, потребнаго для точнаго опредѣленія температуры подъ мышкой. Для избѣжанія подобныхъ случаевъ, къ сожалѣнію далеко не рѣдкихъ, разъ

дѣло касается ребенка до трехлѣтняго возраста, желательнo бы имѣть подъ руками болѣе короткій способъ измѣренія.

Самый короткий, самый точный и потому самый удобный и легкій способъ измѣренія температуры состоитъ въ введеніи термометра черезъ задній проходъ. Такой способъ измѣренія легче для матери уже потому, что онъ гораздо скорѣе ведетъ къ цѣли, да кромѣ того очень часто случается видѣть, что ребенокъ, не выносящій и двухминутнаго пребыванія градусника подъ мышкой, спокойно даетъ себя изслѣдовать *per anum*, потому что онъ не видитъ инструмента. Относительно продолжительности измѣренія всѣ авторы рекомендуютъ держать градусникъ въ прямой кишкѣ въ теченіе 5 мин., но срокъ этотъ безъ малѣйшаго вреда для дѣла можно сократить на половину, такъ какъ при *анубокомъ* введеніи термометра черезъ $2\frac{1}{2}$ минуты ртуть доходитъ почти уже до наивысшей точки (ошибка 0,1—0,2). Измѣреніе *per anum* производится такъ: ребенокъ помѣщается на подушку въ лежачемъ положеніи на боку или на колѣняхъ няньки спиной направленнымъ впереди, шарикъ термометра смазывается вазелиномъ или чѣмъ-нибудь жирнымъ и вводится *in anum* на высоту $1\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{4}$ дюймовъ, именно вплоть до начала шкалы, т.-е. до толстой части стеклянной трубки; при этомъ необходимо фиксировать тазъ ребенка, чтобы при внезапномъ поворотѣ больного ребенка на спину онъ не сломалъ инструмента; послѣдній слѣдуетъ также поддерживать, иначе онъ непременно выскочитъ наружу.

Способъ этотъ я назвалъ самымъ точнымъ потому, что онъ не допускаетъ ошибки, если только термометръ былъ заведенъ за сфинктеръ; измѣреніе подъ мышкой, напротивъ того, допускаетъ значительныя погрѣшности, въ особенности у непокойныхъ дѣтей, у которыхъ ртутный резервуаръ или выскальзываетъ изъ-подъ мышки, или оказывается плохо закрытымъ. Способъ измѣренія температуры *in axilla* можно рекомендовать лишь для дѣтей старшаго возраста, которые могутъ терпѣливо держать градусникъ въ теченіе 12—15 минутъ; но и у такихъ дѣтей за вѣрность результатовъ можно ручаться лишь въ томъ случаѣ, если рука въ теченіе всего измѣренія была плотно прижата къ туловищу, для чего всего лучше предложить больному положить кисть той руки, подъ которой лежитъ термометръ, на противоположное плечо.

Казалось бы, что этихъ двухъ способовъ для практическихъ цѣлей врача совершенно достаточно, но на дѣлѣ оказывается, что матери сплошь и рядомъ отказываются отъ измѣренія *per anum* и иногда препятствуютъ въ этомъ даже и врачу, а измѣренію подъ мышкой противится ребенокъ; въ подобныхъ случаяхъ я прибѣгаю обыкновенно къ минутному измѣренію температуры подъ мышкой *разогрѣтымъ градусникомъ*, при чемъ наблюдаю не поднятіе ртутнаго столбика, а паденіе его; черезъ 1 минуту ртуть останавливается на известной высотѣ, весьма близко подходящей къ настоящей температурѣ даннаго субъекта; ошибка бываетъ тѣмъ меньше, чѣмъ сильнѣе лихорадка, и при $39,5$ — 40° равняется приблизительно 0,1, при болѣе низкихъ градусахъ до 0,2—0,3. Способъ этотъ требуетъ нѣкотораго навыка при нагрѣваніи ртутнаго резервуара и *большой аккуратности* въ помѣщеніи термометра подъ мышкой, такъ какъ въ этомъ вся суть. Разогрѣваніе градусника производится простымъ треніемъ

нижняго его конца *сухой* рукой или полотенцемъ или еще лучше одѣяломъ, при чемъ уже въ $1/2$ минуты легко довести столбикъ ртути до $42-43^{\circ}$; когда это достигнуто, то термометръ поспѣшно помѣщается въ заранее обнаженную подмышку (т.-е. долженъ быть разстегнуть воротъ рубашки, но подмышка должна быть закрыта приведеннымъ плечомъ, иначе подъ вліяніемъ доступа воздуха кожа слишкомъ остываетъ, что обусловливаетъ полученіе неточнаго результата), и ртуть сейчасъ же начинаетъ довольно быстро падать, такъ что черезъ 1—2 минуты измѣреніе можно считать уже оконченнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ртуть спускается такъ медленно, что черезъ минуту стоитъ выше чѣмъ слѣдуетъ, и достигаетъ надлежащей высоты черезъ двѣ или даже черезъ 3 минуты, тогда какъ въ другихъ случаяхъ она опускается такъ быстро, что черезъ 2 минуты она стоитъ нѣсколько ниже, чѣмъ нужно; въ виду подобныхъ случайностей, которыхъ нельзя заранее предвидѣть, я предлагаю сравнивать показаніе термометра черезъ одну минуту съ показаніемъ его черезъ двѣ минуты и брать среднее между ними; если, напр., черезъ минуту онъ показывалъ $39,5$, а черезъ 2 м. $39,3$, то можно принять, что у больного настоящая $t^{\circ} = 39,4$; если же въ теченіе 2-й минуты высота столбика ртути не измѣнилась, то значить точный результатъ получился уже черезъ минуту. Навыкъ при этомъ требуется для того, чтобы надлежащимъ образомъ нагрѣть градусникъ, такъ какъ слишкомъ слабое нагрѣваніе не ведетъ въ цѣли, а слишкомъ сильнымъ, во-1-хъ, можно испортить инструментъ, если поднять ртуть до самаго конца, а во-2-хъ, разогрѣтый выше 43° , онъ кажется больному слишкомъ горячимъ, да кромѣ того при такомъ сильномъ разогрѣваніи ртуть опускается такъ медленно, что черезъ минуту стоитъ еще выше надлежащей высоты и устанавливается только черезъ 2 или 3 минуты (см., напр., въ 6-мъ случаѣ). Само собою разумѣется, что максимальный термометръ для такого способа не годится, точно такъ же какъ не годятся для него дѣти истощенныя, у которыхъ руки такъ худы, что ртутный резервуаръ не можетъ быть сжать подъ мышкой.

Повторяю еще разъ, что хотя предлагаемый мною способъ и не можетъ считаться *вполнѣ* точнымъ, но тѣмъ не менѣе, онъ даетъ результаты совершенно достаточные для цѣлей практическаго врача, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ошибка въ $0,1-0,2$ не можетъ имѣть особаго значенія, а между тѣмъ почему-нибудь нельзя производить измѣренія *per anam*, напр. при простѣ матери, при натужномъ коношѣ и проч.*).

*) Вотъ нѣсколько примѣровъ сравнительнаго измѣренія температуры по всѣмъ тремъ способамъ.

№ 1. Взрослый.	минуты.	rectum.	axil.	новый способъ.	
	1.	—	34,3	37,2	Термометръ былъ разогрѣтъ до 40° .
	2.	—	35,9	37	Въ этомъ случаѣ измѣреніе черезъ одну ми-
	3.	—	36,1	37	нуту по новому способу дало даже болѣе точный
	4.	—	36,3	—	результатъ, чѣмъ обыкновенный способъ черезъ
	5.	—	36,5	37,1	15 минутъ; при новомъ способѣ повышеніе ртути
	6.	—	36,65	—	остановилось черезъ 10 минутъ, тогда какъ при
	8.	—	36,8	37,2	обыкновенномъ черезъ 25 минутъ.

Послѣ этого отступленія я возвращаюсь въ своей темѣ.

Первый вопросъ, требующій рѣшенія у всякаго лихорадящаго больного, состоитъ въ томъ: зависить ли лихорадка въ данномъ случаѣ отъ какого-

	минуты.	гестум.	axil.	новый способъ.	
	10.	—	36,95	37,3	
	12.	—	37	—	
	15.	—	37,1	—	
	20.	—	37,2	—	
	25.	—	37,3	—	
	30.	—	37,3	—	
№ 2. Дѣвочка 6 л.	1.	36,7	—	36,8	Термометръ разогрѣтъ до 42,5°.
	2.	36,9	—	36,6	Черезъ одну минуту получила температура
	5.	37	—	36,4	на 0,3 больше надлежащей; черезъ 2 мин. раз-
	6.	37,05	—	—	ница = 0,05.
	8.	37,1	—	36,5	
	10.	37,1	—	36,6	
№ 3. Мальч. 9 л.	1.	40,05	38,9	40,4	Термометръ разогрѣтъ до 43°.
	2.	40,4	39,7	40,35	По новому способу черезъ 1 мин. тотъ же ре-
	3.	40,55	39,95	40,35	зультатъ, какъ черезъ 15 минутъ по обыкновен-
	5.	40,55	40,2	—	ному способу; черезъ 2 минуты ошибка только
	8.	40,55	40,3	—	на 0,05.
	10.	—	40,35	—	
№ 4. Мальч. 7 л.	1.	39	37,1	39	Термометръ разогрѣтъ до 42,3°.
	2.	39,2	38,2	39	Черезъ одну минуту по новому способу полу-
	3.	39,25	38,5	39	чился болѣе точный результатъ, чѣмъ черезъ 15 мин.
	4.	39,3	38,6	39,05	по обыкновенному (ср. также №№ 1 и 5).
	5.	39,3	38,7	39,05	
	7.	39,3	38,75	—	
	10.	—	38,85	—	
№ 5. Дѣвочка 11 л.	1.	38,3	36,9	38,25	Термометръ разогрѣтъ до 41°.
	2.	38,6	37,5	38,2	Черезъ минуту ошибка +0,05, черезъ 2 минуты
	3.	38,7	37,75	38,2	тотъ же результатъ, какъ черезъ 15 мин. in axil,
	4.	38,8	37,85	38,2	но очевидно, что ртуть въ послѣднемъ случаѣ
	5.	38,8	37,9	38,2	должна была еще подняться на 0,1, слѣдовательно.
	7.	38,9	38	38,3	новый способъ далъ черезъ минуту болѣе точный
№ 6. Дѣвочка 5 л.	10.	—	38,15	—	результатъ, чѣмъ обыкновенный.
	15.	—	38,2	—	
	1.	—	—	37,8	Термометръ разогрѣтъ до 43,5° и поддержи-
	2.	—	—	37,6	вался на этой высотѣ, пока раздѣвали ребенка,
3.	—	—	37,4	приблизительно около минуты. Черезъ одну ми-	
5.	—	—	37,35	нуту термометръ показывалъ на 0,4 больше чѣмъ	
7.	—	—	37,35	нужно; точное измѣреніе получилось лишь че-	
10.	—	—	37,35	резъ 3 минуты, но зато ртуть уже не подымалась	
					больше. слѣдовательно, слишкомъ сильное или
					продолжительное разогрѣваніе термометра только
					вредить дѣлу, такъ какъ замедляетъ паденіе
					ртути.

нибудь мѣстнаго заболѣванія, или она является результатомъ общаго страданія организма, каковы, напр., тифъ, скарлатина, интермиттентъ и др.

Понятно, что рѣшить этотъ вопросъ мы можемъ только посредствомъ самаго подробнаго объективнаго изслѣдованія больного съ цѣлью найти у него какое-либо мѣстное страданіе, которымъ можно было бы объяснить лихорадку, или, наоборотъ, чтобъ имѣть право сказать, что мѣстной болѣзни въ данномъ случаѣ нѣтъ, и что здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма.

Я не имѣю въ виду перечислять вамъ всѣ мѣстныя болѣзни, отъ которыхъ можетъ зависѣть лихорадка, такъ какъ большинство изъ нихъ всѣмъ извѣстны, каковы, напр., всѣ воспаленія внутреннихъ органовъ, но я намѣренъ обратить ваше вниманіе, во-первыхъ, на сходныя между собою болѣзни и на симптомы, которые не бросаются въ глаза и потому или совсѣмъ просматриваются, или не оцѣниваются по достоинству, и, во-вторыхъ, укажу на нѣкоторые обстоятельства, служащія источниками ошибокъ врача при оцѣнѣ причины лихорадочнаго состоянія.

Приступая къ изслѣдованію лихорадящаго больного, прежде всего надо его раздѣть и произвести осмотръ всей поверхности тѣла. Правило это, конечно, не изъ новыхъ, но исполняется оно далеко не такъ часто, какъ бы того заслуживало, и потому повторить его всегда не мѣшаетъ.

Во многихъ случаяхъ уже одного простого осмотра бываетъ вполне достаточно, чтобъ узнать причину лихорадки на первый же день болѣзни. Это удается именно при всѣхъ *лихорадочныхъ болѣзняхъ кожи*, отличающихся отъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемъ, между прочимъ, и тѣмъ, что сыпь появляется при нихъ уже на первый день заболѣванія, тогда какъ при инфекціонныхъ экзантемахъ только на 2-й (скарлатина) или на 3-й сутки (оспа, корь).

Лихорадочныхъ болѣзней кожи въ дѣтскомъ возрастѣ немного; сюда относятся, во-1-хъ, различные воспалительные процессы, каковы: рожистое, флегмонозное и чирьеобразное воспаленіе, о которыхъ я говорить не буду, такъ какъ они сопровождаются такой болью и характеризуются такими рѣзкими признаками, что ихъ нельзя не замѣтить и трудно не узнать (впрочемъ относительно рожи слѣдуетъ отмѣтить, что яркая краснота характерная для нея, у субъектовъ малокровныхъ или истощенныхъ иногда отступаетъ на задній планъ и представляется очень блѣдной, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ красноты даже и совсѣмъ незамѣтно, и вся болѣзнь выражается лихорадочнымъ состояніемъ и *отечной припухлостью*, которая, подобно рожистой краснотѣ, съ каждымъ днемъ передвигается въ томъ или другомъ направленіи. Въ одномъ случаѣ, напр., такая „бѣлая рожа“ появилась у мальчика 5 лѣтъ на лѣвой голени пониже колѣна и въ теченіе нѣсколькихъ дней, подвигаясь внизъ, дошла до ступни; не успѣвъ выздороветь этотъ ребенокъ, какъ заболѣлъ типической рожей лица его 4-лѣтній братъ. У обоихъ процессъ сопровождался умѣренной лихорадкой отъ (38—39°). Во-2-хъ, разные сыпи, именно кропивница (*urticaria*), узловатая эритема (*erythema nodosum*) и *purpura*.

Просмотрѣть *кропивную сыпь* не легко даже и у ребенка, такъ какъ характерные для нея быстро появляющіеся и также быстро исчезающіе бѣлые

волдыри, какъ будто отъ ожога кропивой, бывають разбросаны по всему тѣлу и сильно зудятъ. Въ діагностическомъ откошеніи интересна мелкая кропивная сыпь лица, по своей величинѣ и красноватому цвѣту весьма похожая на корь. При осмотрѣ всей поверхности тѣла, дѣло выясняется очень скоро, такъ какъ кропивная сыпь едва ли когда-нибудь ограничивается кожей лица, обыкновенно же распространяется на ноги и на туловище, гдѣ появляется въ видѣ обыкновенныхъ широкихъ бѣловатыхъ волдырей. Бѣлый цвѣтъ высыпи зависитъ отъ серозной экссудациі въ сосочковый слой кожи, при чемъ капилляры сдавливаются выпотомъ, и пораженный участокъ кожи является блѣднымъ; въ періодѣ исчезанія сыпи серозная жидкость всасывается, капилляры переполняются кровью и сыпь дѣлается красной; но и въ этотъ періодъ діагностика не трудна, такъ какъ кропивная сыпь никогда не является сразу во всей своей силѣ, а высыпаетъ приступами, исчезая на старыхъ мѣстахъ и появляясь на новыхъ, такъ что рядомъ съ красноватыми пятнами всегда можно найти и бѣлыя. Такъ какъ urticaria часто присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр. къ тифу, то понятно, что считать ее причиной лихорадки можно лишь въ томъ случаѣ, если она поражаетъ ребенка въ прочихъ отношеніяхъ здороваго, и если лихорадка, появившись вмѣстѣ съ сыпью, съ ней же вмѣстѣ и исчезаетъ.

Гораздо легче не узнать *узловатую эритему*, которая встрѣчается сравнительно рѣдко и потому менѣе знакома врачамъ. Сыпь эта обуславливается отложеніемъ серознаго экссудата въ вещество кожи, вслѣдствіе чего на поверхности ея образуются многочисленныя возвышенія, иногда легче замѣтны на ощупь, чѣмъ на глазъ; при ощупываніи они представляются въ видѣ плотныхъ узловъ, заложенныхъ въ кожу, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха; цвѣтъ высыпи блѣдно-розовый; любимое мѣсто ея — голени и предплечья, рѣже распространяется она на бедра и еще рѣже на лицо; на туловищѣ же узловатая эритема если когда-либо и встрѣчается, то лишь въ исключительныхъ случаяхъ (я лично никогда не видалъ этой сыпи выше ягодицъ). Самые большіе и вмѣстѣ съ тѣмъ самые болѣзненные при дотрэгиваніи узлы сидятъ на передней поверхности голени, гдѣ въ окружности узла иногда бываетъ замѣтна отечная припухлость кожи. Небольшіе узлы, разбросанные по бедрямъ и на другихъ мягкихъ частяхъ, не болѣзненны и не зудятъ.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что узловатая эритема въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ сопровождаться лихорадкой даже и при ничтожномъ количествѣ узловъ; 2—3 узла, напр., на голени или около колѣна уже достаточны для объясненія лихорадочной температуры въ 38,5—39°.

Кто не видалъ этой сыпи, тотъ можетъ смѣшать ее съ разными болѣзнями, на которыя она даже соосѣмъ не похожа: такъ, напр., я видалъ случаи, въ которыхъ она принималась за краснуху, — это козлище отпущенія для многихъ сомнительныхъ сыпей у дѣтей, — за кропивницу (хотя здѣсь не бываетъ ни зуда, ни бѣлыхъ волдырей), а въ одномъ случаѣ даже за periostitis; сходство съ послѣднимъ процессомъ состояло въ томъ, что у мальчика 8 лѣтъ, при сильной лихорадкѣ (39,5°), на передней поверхности голени, какъ разъ посрединѣ большого берца замѣчалась разлитая припухлость, плотная на ощупь, синевато-краснаго цвѣта и весьма болѣзненная при давленіи: это былъ обшир-

ный фокусъ узловатой эритемы, истинный характеръ котораго выяснился тотчасъ же, какъ только былъ предпринятъ осмотръ всего тѣла, такъ какъ оказалось, что у даннаго больного большое количество характерныхъ узловъ было разбросано по голеньямъ, по бедрамъ и по ягодицамъ.

Въ періодъ выздоровленія, когда экссудатъ уже всасывается, на мѣстѣ красноватаго возвышенія остается иногда синякъ какъ бы отъ ушиба, откуда и названіе — *erythema contusiforme*; локализациа пятенъ и анамнезъ легко выясняютъ дѣло въ этомъ направленіи.

У дѣтей встрѣчается еще одна болѣзнь, которая при поверхностномъ осмотрѣ и при недостаткѣ анамнеза легко можетъ быть принята за узловатую эритему; я имѣю въ виду узловатые подкожные инфильтраты, свойственные золотушнымъ и рахитическимъ дѣтямъ 1—3-лѣтняго возраста: это такъ называемая *nodus scrofulosorum* или *scrofulofitus*. Лкбимымъ мѣстомъ этихъ подкожныхъ узловъ служатъ туловище, ягодицы, бедра и *щеки*. Сначала является подъ кожей круглый, подвижный узелокъ, постепенно увеличивающійся до кедроваго или лѣснаго орѣха; такъ какъ онъ сидитъ въ подкожной клѣтчаткѣ, то лишь едва выступаетъ на поверхности кожи, но легко узнается ощупываніемъ, которое не причиняетъ ни малѣйшей боли; кожа, покрывающая узелъ, вначалѣ нормальнаго цвѣта; позднѣе узелъ срастается съ кожей, которая при этомъ краснѣетъ; тогда получается картина, напоминающая узловатую эритему; въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ или разрѣшеніе, при чемъ отложившійся въ подкожной клѣтчаткѣ инфильтратъ всасывается, и узелъ исчезаетъ, или хроническій воспалительный процессъ (мѣстный туберкулезъ?), служащій причиной образованія узла, кончается исходомъ въ нагноеніе, т.-е. образуется небольшой абсцессъ, современемъ вскрывающійся наружу, оставляя на своемъ мѣстѣ золотушную язву съ подрытыми краями. Какъ видно изъ этого описанія, отличія золотушныхъ узловъ отъ *eryth. nodosum* очень рѣзкія: первые развиваются очень медленно, въ теченіе мѣсяцевъ и не сопровождаются лихорадкой, тогда какъ *eryth. nodos.* — въ нѣсколько дней и въ большинствѣ случаевъ съ лихорадкой; золотушные узлы появляются въ ничтожномъ числѣ, иногда 1—2, рѣдко штукъ 5 или больше, тогда какъ при *eryth. nodos.* ихъ обыкновенно очень много; наконецъ, существенное отличіе мы имѣемъ и въ мѣстѣ образованія узловъ и въ исходахъ: *eryth. nodos.* никогда не даетъ повода къ образованію абсцессовъ.

Чтобы порочить съ лихорадочными болѣзнями кожи, остается сказать еще нѣсколько словъ о *purpura*. Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ различнаго рода болѣзни, общимъ признакомъ которыхъ являются небольшія кровоизліянія въ кожу, вслѣдствіе особаго расположенія организма къ самопроизвольнымъ кровотеченіямъ (преходящій геморрагическій діатезъ). Смотри по сопутствующимъ явленіямъ различаются *purpura simplex*, *purpura haemorrhagica* (s. *morbus maculosus Werlhofii*) и *purp. rheumatica* (s. *peliosis rheumatica*). Всѣ эти болѣзни, большею частью безлихорадочныя, могутъ сопровождаться при случаѣ болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ температуры, и при всѣхъ на кожѣ появляются различной величины (отъ булавочной головки до гривенника и больше) и формы петехіи, т.-е. темно-синія пятна,

не исчезающія отъ давленія пальцемъ. Разница между этими болѣзнями состоитъ въ томъ, что при purp. simplex кровоизліянія замѣчаются только на кожѣ, при purp. haemog. кромѣ того всегда бываютъ и кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ, всего чаще именно изъ десенъ и носа, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ еще изъ почекъ и кишекъ; при purp. rheumatica кромѣ кровотеченій въ кожу (иногда и изъ слизистыхъ оболочекъ) наблюдается еще пораженіе сочлененій, преимущественно колѣнныхъ и голеностопныхъ, которыя замѣтно припухаютъ и дѣлаются болѣе или менѣе болѣзненными при давленіи и движеніи.

Несмотря на рѣзкіе симптомы, которыми выражаются эти различныя формы геморрагическаго діатеза, ошибка у постели больного все-таки возможна. Если лихорадка появляется вмѣстѣ съ петехіями на кожѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень легко принять пурпуру за геморрагическую оспу. Однажды я былъ приглашенъ къ еврейскому ребенку 2¹/₂ лѣтъ, который находился въ сильномъ жару (больше 40° подъ мышкой) и по всему туловищу и конечностямъ представлялъ массу петехій; въ анамнезѣ значилось, что болѣзнь началась сильнымъ жаромъ только наканунѣ; утромъ, въ день моего посѣщенія, былъ приступъ эвлямпсическихъ судорогъ. Въ данномъ случаѣ очень высокая температура и тяжелое общее состояніе внушали такое сильное опасеніе на счетъ оспы, что я не рѣшился исключить ее, несмотря даже на рѣзко замѣтные знаки привитой вакцины; на слѣдующій день однако сомнѣнія не могли уже имѣть мѣста, такъ какъ лихорадка спала и никакой дальнѣйшей сыпи не послѣдовало. Вообще говоря, при оцѣнкѣ подобныхъ случаевъ слѣдуетъ обращать вниманіе на слѣдующія обстоятельства: въ пользу оспы говорятъ существованіе эпидеміи оспы, боль въ спинѣ, знобъ въ началѣ заболѣванія, очень высокая лихорадка, тяжелое общее состояніе, опухоль селезенки, первоначальное появленіе петехій на нижней части живота и внутренней поверхности бедеръ и, наконецъ, дальнѣйшее теченіе, при которомъ дѣло рѣдко доходитъ до образованія оспинъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ геморрагическая оспа кончается летально въ 2—5 дней.

Въ пользу пурпуры говорятъ главнымъ образомъ хорошо выраженные знаки привитой оспы и недурное общее состояніе (въ вышеприведенномъ случаѣ мальчикъ былъ очень слабъ и сонливъ, по всей вѣроятности вслѣдствіе судорогъ, которыя, вообще говоря, совершенно не свойственны пурпурѣ; мальчикъ этотъ черезъ годъ умеръ отъ туберкулезнаго менингита).

Въ другихъ случаяхъ лихорадочное состояніе является за нѣсколько дней до петехій, и тогда можетъ явиться сомнѣніе насчетъ сыпного тифа. Отличіе основывается главнымъ образомъ на томъ, что при сыпномъ тифѣ у дѣтей ясно выраженные петехіи принадлежать къ числу рѣдкостей и во всякомъ случаѣ на первый планъ выступаетъ roseola typhosa; другіе критеріи мы имѣемъ при тифѣ въ опухоли селезенки и въ правильномъ теченіи лихорадки при высокихъ температурахъ, не свойственныхъ пурпурѣ (см. главу — Сыпной тифъ).

Въ одномъ случаѣ рекуррента у мальчика 8 лѣтъ, лежавшаго въ дѣтской больницѣ зимой 1882 года, начало втораго приступа обозначилось быстрымъ повышеніемъ температуры при появленіи петехій на туловищѣ и при такомъ сильномъ носовомъ кровоточеніи, что потребовалась тампонація. Анамнезъ и

значительная опухоль селезенки ясно указывали на то, что здѣсь была не Верльгофова болѣзнь, а дѣйствительно рекуррентъ.

Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что пурпура можетъ быть симптомомъ лихорадочнаго эндокардита или что она имѣетъ травматическое происхожденіе вслѣдствіе укусовъ блохъ или клоповъ, при чемъ лихорадка можетъ быть вызвана какой-нибудь другой причиной. Петехіи отъ укусовъ насѣкомыхъ отличаются отъ пурпуры главнымъ образомъ равномерной величиной мелкихъ пятенъ и еще тѣмъ, что вокругъ свѣжихъ петехій всегда бываетъ красный фонъ отъ гипереміи.

Симптоматическая пурпура бываетъ далѣе при лейкоміи и злокачественной анеміи; въ послѣднихъ періодахъ этихъ болѣзней можетъ быть и лихорадочное состояніе.

Что на кожѣ выражаются также многія изъ общихъ болѣзней, въ особенности острыя экзантемы, и что діагностика ихъ всего легче достигается простымъ осмотромъ, объ этомъ я буду говорить въ специальной части. Здѣсь же мнѣ остается сказать еще о діагностическомъ значеніи herpes'a, который подчасъ оказываетъ врачу очень важныя услуги въ этомъ отношеніи. Herpes, какъ извѣстно, характеризуется высыпаніемъ группы тѣсно сидящихъ пузырьковъ величиной съ головку булавки, съ прозрачнымъ содержимымъ; любимымъ мѣстомъ его бываютъ губы и носъ. Это само по себѣ ничтожное пораженіе кожи важно потому, что оно встрѣчается далеко не при всякомъ лихорадочномъ состояніи, а только при нѣкоторыхъ излюбленныхъ имъ болѣзняхъ. На первомъ мѣстѣ надо поставить *простудную* или *герпетическую лихорадку* — *fièvre herpétique* французскихъ авторовъ, отличающуюся цѣлебическимъ теченіемъ и относящуюся, по всей вѣроятности, къ числу инфекціонныхъ болѣзней. Descroizilles (Rev. mens. d. mal. de l'enf. 1884) описалъ цѣлую эпидемію такой герпетической лихорадки, да и въ нашей мѣстности она встрѣчается иногда въ большомъ числѣ случаевъ. Болѣзнь начинается быстро наступающимъ значительнымъ жаромъ (до 40°), который продолжается 3—5, рѣдко до 7 дней и кончается кризисомъ, за нѣсколько дней до котораго или за нѣсколько часовъ высыпаетъ herpes на губахъ или на носу („лихорадка обметала“, по выраженію народа).

Далѣе herpes особенно часто сопровождается крупозное воспаленіе легкихъ, перемежающуюся лихорадку, эпидемическій цереброспинальный менингитъ и гастрическую лихорадку; наоборотъ, онъ почти никогда не встрѣчается при тифѣ и туберкулезномъ менингитѣ; въ виду этого, въ нѣкоторыхъ сомнительныхъ случаяхъ herpes можетъ имѣть рѣшающее значеніе для діагностики, напр., гастрита отъ тифа или отъ туберкулезнаго менингита.

Далѣе путемъ осмотра мы можемъ открыть причину лихорадки въ *остромъ припуханіи лимфатическихъ железъ*. Я не имѣю здѣсь въ виду аденитовъ, сопровождающихъ воспалительные процессы болѣе глубокихъ частей, напр., въ полости рта, зѣва и проч., гдѣ рѣшающимъ моментомъ являются не железы, а основная болѣзнь, но желаю обратить ваше вниманіе на одно страданіе дѣтскаго возраста, которое хотя и не описывается въ книгахъ и потому совершенно не знакомо начинающимъ врачамъ, но которое, тѣмъ не менѣе, не осо-

бенно рѣдко встрѣчается въ жизни; я подразумѣваю именно *идиопатическое* воспаление лимфатическихъ железъ, лежащихъ близъ верхняго конца грудно-ключично-соскового мускула, т.-е. подъ ухомъ и сосцевиднымъ отросткомъ и за угломъ нижней челюсти (ср. железистую лихорадку — въ концѣ книги).

Идиопатическое воспаление этихъ железъ, т.-е. воспаление, не зависящее ни отъ экземы головы, ни отъ течи изъ уха, ни отъ воспалительныхъ процессовъ въ зѣвѣ, ни отъ костоѣды зубовъ, всего чаще встрѣчается у дѣтей 2—4-лѣтняго возраста, но иногда и у болѣе взрослыхъ. Въ теченіе первыхъ 7—10 дней болѣзнь протекаетъ въ видѣ остраго аденита: при лихорадочномъ состояніи за угломъ челюсти развивается опухоль лимфатическихъ железъ, достигающая въ теченіе 3—4 дней величины грецкого орѣха или даже нѣсколько больше; она плотно-упругой консистенціи, очень болѣзненна при давленіи и покрыта слегка покрасѣвшейся, натянутой, но не отеchnой кожей. Дней черезъ 5—7—10 отъ начала болѣзни лихорадка стихаетъ, а опухоль въ теченіе еще нѣсколькихъ дней остается стаціонарной, а потомъ начинаетъ медленно уменьшаться и черезъ 2—3 недѣли разрѣшается совершенно; исхода въ нагноеніе въ громадномъ большинствѣ случаевъ не бываетъ, но все-таки два такихъ случая я видѣлъ; въ первомъ случаѣ, относившемся къ мальчику 7 лѣтъ, лихорадка уже стихла, и опухоль железъ начала было уменьшаться, какъ больному случилось упасть и ушибить больное мѣсто; въ результатѣ новое лихорадочное состояніе и флегмонозное воспаление клѣтчатки въ области бывшаго аденита; во второмъ случаѣ лихорадка стихла лишь послѣ вскрытія абсцесса железы въ началѣ 2-й недѣли болѣзни.

Отъ симптоматической опухоли железъ данная форма аденита отличается тѣмъ, что при ней ни на слизистой оболочкѣ полости рта, носа и зѣва, ни на кожѣ головы, ни со стороны уха не удается открыть никакихъ воспалительныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить поражение железъ. Этиология этого страданія темна.

Мѣсто опухоли служитъ причиной того, что начинающіе врачи обыкновенно принимаютъ ее за *parotitis* (свинка). Диагностика, впрочемъ, не трудна, если только хорошенько оріентироваться насчетъ *мѣста*, занимаемаго опухолью, и обратить вниманіе на ея *консистенцію*.

Опухоль при свинкѣ занимаетъ какъ разъ область околоушной железы, т.-е. она замѣчается непосредственно подъ ушной сережкой и впереди козелка распространяется на лицо; опухоль же при *adenitis idiopatica* на лицо не распространяется, а сидитъ сзади угла челюсти и подъ *proc. mastoideus*. — Далѣе при свинкѣ опухоль обусловливается не столько припухlostью самой околоушной железы, сколько отекомъ окружающей ее клѣтчатки, а потому опухоль на ощупь совсѣмъ мягкая, съ неясными границами; легкое затвердѣніе удается прощупать только на весьма ограниченномъ мѣстѣ, непосредственно подъ мѣстомъ прикрѣпленія ушной сережки, такъ что между ухомъ и верхнимъ краемъ опухоли нельзя помѣстить пальца, а иногда и впереди уха, при чемъ форма затвердѣнія совершенно соотвѣтствуетъ формѣ околоушной железы, тогда какъ при аденитѣ опухоль ограничена довольно рѣзко, на ощупь она плотна и окружающая клѣтчатка не отечна.

Какъ на менѣ существенный признакъ, можно указать еще на то, что parotitis нерѣдко бываетъ двусторонней и кончается разрѣшеніемъ въ нѣсколько дней, а adenitis всегда бываетъ на одной сторонѣ и для полного разрѣшенія требуетъ отъ 3 до 4 недѣль. Продолжительность лихорадки въ обоихъ случаяхъ приблизительно одинакова, но при аденитѣ температура въ первые дни подымается до 39,5—40°, тогда какъ при parotitis въ большинствѣ случаевъ не выше 39°.

Осмотрѣвши все тѣло, вы обращаетесь къ спеціальному осмотру головы, при чемъ не забудьте обратить вниманіе на уши. Несомнѣнно, что причиной лихорадки можетъ быть не только воспаленіе среднего или внутреннего уха, но также и *otitis externa* — чирьеобразное воспаленіе наружнаго слухового прохода, легко доступное для діагностики при наружномъ осмотрѣ уха даже и неспеціалисту. При изслѣдованіи оказывается, что, вслѣдствіе ограниченной припухлости, просвѣтъ наружнаго слухового прохода значительно суженъ, хотя еще сухъ, или поверхность его покрыта тонкимъ слоемъ серозной жидкости; смотря по мѣсту, занимаемому опухолью, ребенокъ жалуется на болѣе или менѣ значительную боль при дотрогиваніи до ушной раковины и особенно при давленіи на *tragus*; при этомъ припухаютъ иногда лимфатическія железы, лежащія непосредственно сзади уха на *proc. mastoid.* или ниже уха, за угломъ нижней челюсти, или, наконецъ, впереди его, лежащія въ ткани *parotidis* (Tröltsch). Черезъ нѣсколько дней (4—6) варычикъ вскрывается, и изъ наружнаго слухового прохода показывается гной, при чемъ всѣ болѣзненные припадки быстро уменьшаются, и лихорадка стихаетъ.

Ребенокъ лѣтъ 4-хъ или старше, конечно, самъ укажетъ врачу на свою болѣзнь, такъ какъ острые отиты всегда сопровождаются значительною болью въ ухѣ, но у маленькихъ и въ особенности у грудныхъ вся болѣзнь выражается только лихорадочнымъ состояніемъ и упорнымъ крикомъ, который прекращается лишь съ появленіемъ течи.

Діагностика воспаления среднего уха несравненно труднѣе уже потому, что, вслѣдствіе узкости наружнаго слухового прохода, изслѣдованіе барабанной перепонки зеркаломъ доступно лишь спеціалисту, и потому еще, что при этомъ страданіи, кромѣ лихорадки и безпокойства, легко появляются мозговые симптомы, напр. рвота и конвульсіи, которые не только не выясняютъ дѣла, а напротивъ того сбиваютъ врача на ложный путь.

Впрочемъ самостоятельные отиты въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются не часто, такъ что въ этомъ отношеніи гораздо большее діагностическое значеніе принадлежитъ насморку.

Острый насморкъ имѣетъ громадное значеніе для діагностики начинающейся лихорадочной болѣзни, главнымъ образомъ, по двумъ причинамъ: во-1-хъ потому, что симптомъ этотъ часто встрѣчается, и во-2-хъ, что при существованіи насморка выборъ приходится дѣлать изъ небольшого числа болѣзней, такъ какъ насморкъ, какъ начальный симптомъ лихорадочной болѣзни, свойственъ главнымъ образомъ слѣдующимъ четыремъ процессамъ: 1) обыкновенному такъ назыв. простудному насморку, 2) первичному дифтериту носа, 3) гриппу и 4) кори.

При діагностикѣ простого насморка отъ дифтеритическаго надо имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства: во-1-хъ, *характеръ эпидеміи*. Рѣдко случается, чтобы дифтеритъ въ какомъ-нибудь семействѣ начался въ формѣ дифтерита носа, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ онъ является у кого-либо изъ членовъ семьи въ обыкновенной формѣ дифтерита зѣва и потомъ передается при случаѣ и въ видѣ дифтерита носа, особенно груднымъ дѣтямъ; первичная локализція дифтерита на слизистой оболочкѣ носа встрѣчается довольно рѣдко, и потому едва ли когда-нибудь появляется онъ одновременно у двоихъ-троихъ дѣтей, а простой насморкъ, напротивъ, рѣдко бываетъ у одного ребенка, обыкновенно же наблюдается у многихъ, и притомъ какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, такъ какъ онъ довольно заразителенъ; у однихъ онъ протекаетъ безъ лихорадки, у другихъ съ жаромъ, у третьихъ, кромѣ того, еще [и съ кашлемъ и т. д.

Во-2-хъ, *возрастъ*. Первичный дифтеритъ носа есть болѣзнь по преимуществу грудныхъ дѣтей, тогда какъ простой насморкъ не дѣлаетъ исключенія ни для какого возраста.

Во-3-хъ, *общіе симптомы*. Повышеніе температуры при дифтеритѣ носа, вообще говоря, не сильнѣе чѣмъ при простомъ насморкѣ, нерѣдко даже слабѣе, но общее состояніе страдаетъ замѣтнѣе: ребенокъ блѣднѣетъ, глаза выражаютъ слабость; при простомъ насморкѣ, напротивъ, высота температуры стоитъ какъ бы въ противорѣчій съ бодрымъ состояніемъ ребенка.

Во-4-хъ, *мѣстныя явленія*, которыя я ставлю на послѣднемъ мѣстѣ, такъ какъ дифтеритъ носа рѣдко начинается съ ноздрей и потому далеко не всегда можетъ быть видимъ при осмотрѣ носа спереди. При подозрительномъ насморкѣ иногда удается извлечь изъ носа крупозныя перепонки при помощи корпійной турундочки. Слизистая жидкость, вытекающая изъ носа, въ обоихъ случаяхъ вначалѣ бываетъ прозрачна, но при дифтеритѣ носа она обладаетъ гораздо болѣе раздражающими свойствами, такъ что очень скоро на краю ноздрей и на верхней губѣ появляются ссадины, скоро покрывающіяся дифтеритическимъ экссудатомъ и потому довольно характеристичныя для злокачественнаго насморка, особенно въ томъ случаѣ, если онъ сопровождается припухлостью подчелюстныхъ железъ; такой комплексъ симптомовъ, какъ слабый видъ ребенка, насморкъ съ желтоватыми ссадинами на ноздряхъ и опухоль железъ, настолько характеристиченъ для дифтерита носа, что позволяетъ иногда узнавать эту болѣзнь на разстояніи. Подобный комплексъ симптомовъ часто встрѣчается и при скарлатинѣ, осложненной дифтеритомъ зѣва и коанъ, но при скарлатинѣ насморкъ очень рѣдко появляется на первый день болѣзни, обыкновенно же послѣ высыпанія, а потому для діагностики затрудненій не представляетъ. Если почему-либо насморкъ кажется сомнительнымъ по отношенію къ дифтеріи, то діагностика можетъ быть легко выяснена посредствомъ бактеріоскопическаго изслѣдованія носовой слизи на Löffler'sкіе бациллы (см. гл. о дифтеріи).

Если лихорадочный насморкъ сопровождается конъюнктивитомъ (слезотеченіе, свѣтобоязнь, краснота внутренней поверхности вѣкъ) и кашлемъ, то можно думать о кори и гриппѣ. Въ такомъ случаѣ дѣло рѣшается осмотромъ слизистой оболочки зѣва, гдѣ бываетъ при кори пятнистая сыпь, но такъ какъ

коревой насморкъ и кашель нерѣдко являются раньше пятнистой красноты зѣва, то отсутствіе послѣдней на первый и даже на второй день болѣзни еще не исключаетъ кори. (О дальнѣйшихъ отличіяхъ — въ главѣ о гриппѣ.)

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ насморкъ является однимъ изъ первыхъ симптомовъ коклюша; подозрѣвать послѣдній можно въ томъ случаѣ, если вмѣстѣ съ насморкомъ замѣчается короткій, сухой кашель при нормальной (или близкой къ нормѣ) температурѣ и особенно если этотъ сухой кашель долго не разрѣшается.

Изъ болѣзней рта лихорадку могутъ вызывать слѣдующія три: *stomatitis erythematosa*, *stom. aphthosa* и *stomacace*. На эти три болѣзни я обращаю ваше особенное вниманіе, такъ какъ значеніе ихъ часто не оцѣнивается по достоинству.

Stomatitis erythematosa (простое воспаленіе рта) выражается лишь красной слизистой оболочки языка и десенъ и слюнотеченіемъ. Болѣзнь эта свойственна, преимущественно, дѣтямъ до двухлѣтняго возраста и груднымъ, у которыхъ она нерѣдко предшествуетъ развитію молочницы; въ другихъ случаяхъ стоматитъ вызывается прорѣзываніемъ молочныхъ зубовъ, на что указываетъ ограниченная припухлость десенъ соотвѣтственно идущему зубу. Раздраженіе слизистой оболочки рта вызываетъ усиленное отдѣленіе слюны и сопровождается, вѣроятно, непріятнымъ ощущеніемъ, вслѣдствіе чего ребенокъ часто лакаетъ въ ротъ руками и дѣлается раздражителенъ, капризенъ и непокойно спитъ. Эта такъ называемая *лихорадка къ зубамъ* у нѣкоторыхъ дѣтей достигаетъ высокой степени, такъ что дѣло можетъ дойти даже до судорогъ, и именно въ началѣ лихорадки, при быстромъ повышеніи температуры; впрочемъ, подобнаго рода осложненія въ дѣйствительной жизни встрѣчаются крайне рѣдко, такъ какъ лихорадка при *stomatitis simplex* обыкновенно не высока и дня черезъ три исчезаетъ.

При прорѣзываніи широкой коронки коренныхъ зубовъ, лихорадочное состояніе можетъ продолжаться и дольше, такъ какъ воспаленіе слизистой оболочки рта усиливается до степени образованія на языкѣ, губахъ и деснахъ небольшихъ, круглыхъ, поверхностныхъ язвочекъ, покрытыхъ желтоватымъ экссудатомъ: это такъ наз. *афтозное воспаленіе рта* — *stomatitis aphthosa*. При этой болѣзни температура достигаетъ иногда 40° С. и больше, а потому и судороги бывають чаще, но только у маленькихъ дѣтей; у дѣтей же болѣе взрослыхъ афтозный стоматитъ никогда не сопровождается опасными явленіями, хотя и наблюдается очень не рѣдко, вслѣдствіе засоренія желудка, простуды (вмѣстѣ съ *herpes*’омъ на губахъ) и другихъ неизвѣстныхъ причинъ (инфекція?).

Афты не слѣдуетъ смѣшивать съ другого рода язвеннымъ же воспаленіемъ слизистой оболочки рта, извѣстнымъ подъ именемъ *stomacace s. stomatitis ulcerosa*. Эта болѣзнь отличается, между прочимъ, тою особенностью, что *никогда не поражаетъ дѣтей беззубыхъ*, такъ какъ всегда начинается съ края десенъ рѣзцовъ или клыковъ и потомъ распространяется на десны другихъ зубовъ, а если оставляется безъ лѣченія, то путемъ самозараженія переходитъ и на слизистую оболочку щекъ, именно на мѣста, непосредственно прилегаю-

ція въ пораженныхъ деснахъ, вслѣдствіе чего, на внутренней поверхности щеки является узкое, но длинное изъязвление, покрытое желтоватымъ экссудатомъ. Отъ stomatitis aphthosa эта форма воспаления рта рѣзко отличается двумя главными признаками: во-1-хъ, *формой язвы* — тамъ небольшія круглыя язвочки, разбросанныя по языку, губамъ, иногда и по деснамъ, а здѣсь язвенное разрушеніе *края* распухшихъ и легко кровоточащихъ десенъ, съ послѣдовательнымъ изъязвленіемъ слизистой оболочки щекъ въ видѣ узкой полосы, и, во-2-хъ, *сильною вонью* изо рта, совсѣмъ не свойственной афтамъ. Относительно лихорадки можно только сказать, что повышеніе температуры при stomacase рѣдко достигаетъ 39°, обыкновенно же держится около 38—38,5°, въ дальнѣйшемъ теченіи (а нерѣдко и съ самаго начала) лихорадки не бываетъ; продолжительность лихорадочнаго періода трудно опредѣлить, такъ какъ лѣченіе бертолетовою солью (внутри или снаружи) оказываетъ могучее вліяніе какъ на мѣстныя, такъ и на общія явленія; судя по амбулаторнымъ больнымъ въ больницѣ, поздно обращающимся за врачебною помощью, можно считать за средній срокъ лихорадки при stomacase около недѣли.

Для примѣра я приведу слѣдующую температурную таблицу, относящуюся къ ребенку трехъ лѣтъ. На 1-й день болѣзни t° не измѣрялась; пораженіе десенъ появилось на 2-й день, съ этого же дня былъ назначенъ кали chlor. внутрь, въ видѣ микстуры изъ 10 гр. на 2 унціи воды, черезъ 2 часа по чайной ложкѣ; несмотря на лѣченіе бертолетовой солью, въ теченіи первыхъ трехъ дней изъязвленіе десенъ значительно прогрессировало, хотя вони не было почти вовсе. Улучшеніе мѣстныхъ przypadковъ выступило на 6-й день, слѣдовательно еще до полнаго окончанія лихорадки.

2-й день	утр.	—	веч.	39,2
3-й	»	»	38,3	» 39
4-й	»	»	38,7	» 39,7
5-й	»	»	37,9	» 39,4
6-й	»	»	38,1	» 39,4
7-й	»	»	37,5	» 38
8-й	»	»	37,2	» 37,4

Драгоценные результаты для офѣнки лихорадочнаго состоянія даетъ намъ *ислѣдованіе зѣва*. Различнаго рода жабы въ однихъ случаяхъ служатъ выраженіемъ мѣстнаго страданія слизистой оболочки зѣва, а въ другихъ — зависятъ отъ общаго заболѣванія организма, преимущественно отъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемъ, при которыхъ высыпаніе на кожѣ появляется на нѣсколько часовъ или на цѣлыя сутки позднѣе, чѣмъ высыпаніе на слизистой оболочкѣ зѣва, что и даетъ возможность діагностировать эти болѣзни еще до появленія характеристической сыпи. О діагностикѣ различныхъ формъ жабъ я буду говорить въ главѣ о дифтеріи, здѣсь же замѣчу только, что столь болѣзненныя для взрослыхъ воспаленія слиз. оболочки зѣва у маленькихъ дѣтей протекаютъ скрытно, такъ что почти никогда не удается подмѣтить у ребенка затрудненнаго глотанія, а отсюда слѣдуетъ то общезвѣстное правило, что *ислѣдовать зѣвъ необходимо у каждого лихорадящаго ребенка*. Во многихъ случаяхъ, однако, осмотра недостаточно, но нужно еще и пощупать пальцемъ, которымъ всего скорѣе удастся открыть существованіе *заднеголоточнаго нарыва*. Ислѣдованіе пальцемъ положительно необходимо при наличности симптомовъ, свой-

ственныхъ этимъ нарывамъ, каковы, напр., особенная гнусоватость или хриплость голоса, затрудненное дыханіе, косое положеніе головы, опухоль подчелюстныхъ железъ и др.

Замѣчу встать, что изслѣдованіе зѣва осмотромъ всего труднѣе у грудныхъ, у которыхъ одного придавливанія корня языка шпательемъ обыкновенно бываетъ недостаточно для разведенія челюстей; по этой-то причинѣ заднеглоточные нарывы (всего чаще встрѣчающіеся у грудныхъ) и остаются неизслѣдованными, если не предпринимается пальпаторное изслѣдованіе. При осмотрѣ зѣва у маленькихъ дѣтей, я стараюсь давить шпательемъ не только на корень языка, но и на верхній край нижней челюсти: при такомъ приемѣ легче удастся открыть какъ слѣдуетъ ротъ ребенка.

Лихорадочныя болѣзни *легкихъ* и могутъ пройти молчаніемъ, такъ какъ трудно допустить, чтобы современный врачъ не приступилъ къ изслѣдованію грудныхъ органовъ посредствомъ ощупыванія, постукиванія и выслушиванія, въ особенности если онъ получаетъ на свои руки больного съ кашлемъ и съ учащеннымъ дыханіемъ, т.-е. съ симптомами, прямо указывающими ему, гдѣ нужно искать причину лихорадки. Безъ кашля и безъ одышки, но съ лихорадкой и съ истощеніемъ протекаетъ только медленно развивающійся *плевритическій экссудатъ*, который потому и можетъ остаться неизслѣдованнымъ въ теченіе цѣлыхъ недѣль, хотя физикальные его симптомы такъ рѣзки, что его нельзя не узнать или не замѣтить даже при поверхностномъ изслѣдованіи груди.

Сравнительно легче просмотрѣть *болѣзни сердца*, такъ какъ онѣ часто протекаютъ безъ явныхъ симптомовъ. Слѣдуетъ помнить, что *endocarditis* въ дѣтскомъ возрастѣ присоединяется не къ одному лишь острому сочленовному ревматизму, но также и къ различнымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ я поставилъ бы скарлатину, потомъ рекуррентъ и корь. *Ожесточеніе лихорадки въ періодъ лизиса или возобновленіе ея въ періодъ реконвалесценціи зависитъ обыкновенно отъ какихъ-нибудь осложненій, въ число которыхъ нужно считаться и съ эндо- или перикардитомъ.*

Изъ болѣзней органовъ живота, могущихъ быть причиной лихорадки, я укажу только на страданія желудка.

Такъ называемая *гастрическая лихорадка*, т.-е. повышеніе температуры вслѣдствіе катаррального состоянія или засоренія желудка, встрѣчается въ двухъ формахъ: острой и подострой.

Въ первой формѣ — *gastritis acuta* — температура быстро подымается до 40° и даже больше и, вмѣстѣ съ тѣмъ, появляется повторная, рѣже однократная рвота, а позднѣе можетъ быть и поносъ. Эта форма гастрита часто встрѣчается у дѣтей вообще здоровыхъ, съ хорошимъ пищевареніемъ, которыхъ совсѣмъ не стѣсняють въ выборѣ пищи, а потому въ анамнезѣ у нихъ не трудно найти крупную погрѣшность въ діетѣ, отъ которой и произошла болѣзнь. По моимъ наблюденіямъ, причиной такихъ гастритовъ нерѣдко бываетъ, между прочимъ, и виноградъ, считающійся въ публикѣ за фруктъ вполне невинный, который, поэтому, дается дѣтямъ *ad libitum*; въ другихъ случаяхъ причиной болѣзни бываютъ кондитерскія печенья и конфеты, закуски и т. п. неудобоваримыя вещи.

Для примѣра этой формы гастрита я приведу два слѣдующихъ случая:

Мальчикъ 12 лѣтъ, хорошаго развитія и вообще здоровый, поѣлъ вечеромъ много колбасы, килекъ и другихъ закусокъ; на слѣдующій день съ утра общее недомоганіе, тяжесть въ желудкѣ, тошнота при t^0 37,3; вечеромъ t^0 40,3; въ теченіе дня разъ вырвало; тупая боль живота, полное отсутствіе аппетита, дурной вкусъ во рту, обложенный языкъ, усиленная жажда, съ предпочтеніемъ холоднаго питья. Послѣ клистира прослабило очень мало. На слѣдующій день t^0 утромъ 39,8, остальное безъ переменъ. Назначенъ слабительный приемъ каломеля. Вечеромъ t^0 39,3. Послѣ двукратнаго обильнаго испражненія общее состояніе значительно лучше. Утромъ t^0 37,8, вечеромъ — 37 0 . Быстрое выздоровленіе.

Дѣвочка Елагина, 5 лѣтъ. До 19 іюня 1882 года была совершенно здорова; въ этотъ день ѣла много ягодъ и пала за обѣдомъ вино. Въ 6 час. вечера стала зябнуть, потомъ съ ней сдѣлался жаръ; вечеромъ вырвало послѣ приема кастороваго масла, при чемъ со рвотой вышло много ягодъ. Послѣ рвоты данъ 2-й приемъ касторки; къ утру обильное послабленіе каломъ, но жаръ не ослабѣлъ; темпер. въ часъ дня 40 0 : въ теченіе дня прослабило еще 2 раза; рвота слизистой жидкостью тоже два раза; больная сонлива. На 2-й день (21-го) t^0 утромъ 39,4; въ часъ дня — 40 0 . На верхней губѣ негрес; общее состояніе лучше, сонливость меньше; полное отсутствіе аппетита, животъ нѣсколько ввалился, на головную боль не жалуется. Въ теченіе трехъ слѣдующихъ дней лихорадка кончилась лизисомъ; аппетитъ началъ появляться только по исчезновеніи лихорадки.

Такъ какъ рвота часто является при быстромъ повышеніи температуры отъ какой бы то ни было болѣзни, то понятно, что діагностика такихъ гастритовъ на первый день болѣзни не легка, тѣмъ болѣе, что и обложенный языкъ также свойственъ не однимъ гастритамъ. Для правильной оцѣнки случая чрезвычайно важны анамнестическія данныя (нарушенія діеты), содержимое рвоты, обыкновенно состоящее изъ остатковъ непереваренной пищи, вызвавшей болѣзнь, вздутіе подложечки и боль при давленіи на нее; рвота облегчаетъ больного; наконецъ, быстрое выздоровленіе послѣ абсолютной діеты и слабительнаго. Отсутствіе какой-либо эпидеміи въ данной мѣстности значительно облегчаетъ діагностику.

Вторая форма — *gastritis subacuta* s. *gastricismus* — начинается постепенно съ потери аппетита, головной боли, общей слабости и вялости и протекаетъ съ незначительною лихорадкой и съ желтухой, но нередко безъ рвоты и безъ поноса. Лихорадочное состояніе, колеблющееся между 37,8—38,5, затягивается на 1—2 недѣли. Эта форма болѣе свойственна дѣтямъ съ слабымъ желудкомъ, у которыхъ разстройство пищеваренія появляется иногда и безъ грубыхъ погрѣшностей въ діетѣ. При рвотѣ болѣзнь эта можетъ быть принята за туберкулезный менингитъ, начало котораго тоже обозначается рвотой, головною болью, запоромъ, апатіей и легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ; пульсъ въ первомъ періодѣ менингита можетъ оставаться правильнымъ, животъ еще не втянутъ. Какъ примѣръ такой формы гастрита, я могу привести вамъ слѣдующій случай изъ частной практики: мальчикъ 7 лѣтъ, блѣдный и худой, въ прежнее время часто страдалъ течью изъ ушей, которая появилась и теперь, за нѣсколько дней до заболѣванія; за послѣднія 3—4 недѣли ребенокъ замѣтно похудѣлъ, потерялъ аппетитъ и нѣсколько дней страдаетъ запоромъ; наканунѣ моего визита сталъ жаловаться на головную боль и его 2 раза вырвало, послѣ чего онъ сдѣлался чрезвычайно скученъ и лежалъ въ постели совершенно безучастно ко всему окружающему; пульсъ въ день моего посѣщенія былъ нѣсколько замедленный (72)

и *неправильный*; t° — 37,8°. Совершенно тѣ же симитомы были годъ тому назадъ у его брата, умершаго въ то время отъ ясно выраженаго туберкулезнаго менингита. Сходство [было такъ велико, что мать встрѣтила меня словами отчаянія, что и второй ея сынъ заболѣлъ головною водянкой. Дѣйствительно, въ пользу такого предположенія, какъ казалось съ перваго взгляда, говорилъ не только комплексъ симптомовъ, но и анамнестическія данныя, каковы золотушная течь изъ ушей, похуданіе за послѣднее [время, смерть брата отъ туберкулезнаго менингита и общій блѣдный видъ больного. Исслѣдовавши ребенка, я высказался, однако, противъ головною водянки и предположилъ скорѣе гастрицизмъ. Основаніемъ мнѣ послужили не столько обложенный языкъ, вздутость и легкая болѣзненность подъ ложечкой при давленіи на нее, сколько *желтизна конъюнктивъ*. Этотъ вѣрнѣйшій признакъ катаррального [состоянія 12 перстной кишки, совсѣмъ не свойственный первому періоду менингита, имѣетъ громадное значеніе не только для распознаванія подобныхъ формъ гастрицизма, но также для предсказанія и лѣченія. Въ нашемъ случаѣ на слѣдующій же день развилась общая желтуха, и дѣло выяснилось окончательно.

Другой симптомъ, по моему мнѣнію не менѣе важный для діагностики, хотя самъ по себѣ и ничтожный, есть *herpes labialis*, который тоже почти никогда не бываетъ при туберкулезномъ менингитѣ, но часто встрѣчается при засореніи желудка.

На сходство нѣкоторыхъ формъ гастрита съ туберкулезнымъ менингитомъ впервые было указано Rilliet и Barthez'омъ (см. ихъ руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ, въ главѣ: Апиретическій приливъ крови къ печени, т. II, стр. 37) *)

Многіе изъ авторовъ придаютъ особенное значеніе характеру рвоты; по ихъ наблюденіямъ желудочная рвота отличается отъ мозговой тѣмъ, что первой предшествуетъ болѣе или менѣе продолжительная тошнота, которая появляется вскорѣ послѣ принятія пищи, тогда какъ мозговая рвота является безъ тошноты, вдругъ, какъ будто больной выбрасываетъ содержимое рта, а не желудка; далѣе мозговой рвотѣ приписывается еще и та особенность, что она часто является натошная и притомъ, главнымъ образомъ, при переходѣ больного изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное. Я лично совершенно согласенъ съ Непосч'омъ и не считаю возможнымъ придавать этимъ признакамъ *рвоташающее* значеніе, такъ какъ здѣсь встрѣчаются многочисленныя исключенія какъ въ томъ, такъ и въ другомъ направленіи. Съ одной стороны, напр., и испыталъ на самомъ себѣ, какъ легко и безъ тошноты можетъ появляться желудочная рвота при переходѣ въ вертикальное положеніе, а съ другой стороны не можетъ подлежать сомнѣнію, что и мозговая рвота весьма часто является послѣ пищи или питья и въ особенности послѣ приема лѣварства. Большее значеніе имѣетъ, по моему мнѣнію, *упорство рвоты*, не уступающей въ теченіе

*) Нѣсколько весьма интересныхъ случаевъ приведены также у Непосч'а въ его *Weitg. f. Kinderh. N. F.*, стр. 51, а также *Handbuch*, стр. 258. Какъ на весьма важный признакъ гастрита онъ указываетъ между прочимъ на *чисто-обложенный языкъ* и неприятный запахъ изо рта; наоборотъ, противъ гастрита и за менингитъ говоритъ неправильный и въ то же самое время замедленный пульсъ; одна неправильность пульса безъ замедленія не имѣетъ особаго діагностическаго значенія.

нѣсколькихъ дней ни дѣтъ, ни лѣкарствамъ, и еще то обстоятельство, что послѣ желудочной рвоты больной чувствуетъ нѣкоторое (иногда значительное) облегченіе, тогда какъ послѣ мозговой онъ еще больше ослабѣваетъ и нерѣдко засыпаетъ. Далѣе, въ пользу мозговой рвоты говорятъ также чистый языкъ, отсутствіе дурного запаха изо рта и болѣзненности при давленіи подъ ложечкой, отсутствіе метеоризма и сильная головная боль, которая, впрочемъ, бываетъ таковой далеко не во всѣхъ случаяхъ начинающагося (туберкулезнаго) менингита. Вообще говоря, ни одинъ изъ перечисленныхъ признаковъ не можетъ считаться абсолютно вѣрнымъ, и каждый изъ нихъ, взятый въ отдѣльности, можетъ отсутствовать, а потому важнѣйшимъ критеріемъ для діагностики всегда будетъ общій комплексъ симптомовъ, представляемыхъ больнымъ.

При осмотрѣ скелета, обратите вниманіе и на мышечную систему, такъ какъ мышечный ревматизмъ можетъ считаться совершенно достаточною причиною лихорадки. У дѣтей всего чаще встрѣчается ревматизмъ шейныхъ мышцъ, въ видѣ *torticollis rheumatica*.

Въ діагностическомъ отношеніи не малый интересъ представляетъ пораженіе мышцъ живота, ревматизмъ которыхъ, по словамъ *Vamberger'a*, можетъ имитировать перитонитъ; но страданіе это очень рѣдкое, и я лично никогда не встрѣчалъ его; въ дѣтскомъ возрастѣ гораздо чаще встрѣчается чрезвычайно болѣзненное пораженіе брюшныхъ мышцъ вслѣдствіе гимнастики. Одинъ изъ такихъ случаевъ описанъ мной въ „Медицинскомъ Обозр.“ т. XIII, стр. 123.

Картина болѣзни какъ въ этомъ случаѣ, такъ и въ другомъ, встрѣтившемся мнѣ также въ частной практикѣ, очень напоминала картину остраго перитонита.

Въ легкой степени пораженіе это довольно часто встрѣчается у дѣтей, начинающихъ гимнастировать; они жалуются на боль подъ ложечкой, усиливающуюся отъ давленія на это мѣсто или при сгибаніи туловища, а также при кашлѣ и вообще при всякомъ напряженіи прямыхъ мышцъ живота; въ 2—3 дня боль исчезаетъ, несмотря даже на продолженіе занятій гимнастикой; подобныя же боли встрѣчаются и у взрослыхъ вслѣдствіе повторнаго и сильнаго напряженія брюшныхъ мышцъ во время кашля. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ боль достигаетъ значительной степени и, какъ уже сказано, сопровождается симптомами, симулирующими перитонитъ. Обыкновенно бываетъ такъ, что черезъ нѣсколько часовъ послѣ того, какъ ребенокъ усиленно занимался гимнастикой, при чемъ заставлялъ работать, главнымъ образомъ, *mm. recti abdominis*, онъ начинаетъ жаловаться на сильную боль живота, которая, подобно перитонической боли, усиливается даже при легкомъ давленіи на животъ и при всякомъ движеніи, такъ что ребенокъ поневолѣ ложится въ постель и принимаетъ положеніе на спинѣ съ нѣсколькими согнутыми ногами; сходство съ перитонитомъ идетъ дальше еще и въ томъ отношеніи, что появляется рвота, запоръ (такъ какъ всякое напряженіе брюшного пресса очень болѣзненно) и лихорадочное состояніе (до 38,5°). Отличіе отъ перитонита, помимо этиологіи, состоитъ въ слѣдующемъ: 1) Боль если бываетъ сначала во всемъ животѣ, то все-таки всего сильнѣе она по направленію прямыхъ мышцъ живота, въ особенности въ ихъ нижней части, т.-е. между пупкомъ и лобкомъ, тогда какъ при пери-

тонитъ, который всего чаще развивается изъ typhlitis, боль вначалѣ всего сильнѣе in reg. ileo-coecalis, а въ тѣхъ случаяхъ, когда перитонитъ локализируется въ нижней части живота, то въ страданіе вовлекается и мочевой пузырь, отчего является задержаніе мочи, чего при мышечныхъ боляхъ не бываетъ.

2) Если на первый день болѣзни боли и распространялись по всему животу, то уже на 2-й, много на 3-й день онѣ сосредоточиваются только въ прямыхъ мышцахъ. 3) Самое существенное отличіе мышечныхъ болей отъ воспаленія брюшины состоятъ въ легкости теченія: лихорадка и рвота продолжаются лишь 1—2 дня; боли уменьшаются съ каждымъ днемъ, такъ что чрезъ нѣсколько дней больной можетъ встать съ постели; до явленій коляпса (осунувшееся лицо, нитевидный пульсъ, холодъ конечностей), столь свойственныхъ перитониту, дѣло никогда не доходить.

Изъ *болѣзней костей* особенно важное значеніе, какъ по частотѣ появленія, такъ и по своимъ послѣдствіямъ, имѣетъ *воспаленіе позвоночника* (spondilitis), которое нерѣдко остается неузнанною причиною лихорадки не только въ теченіе нѣсколькихъ дней, но даже и цѣлыхъ недѣль. Дѣло въ томъ, что osteo-myelitis позвонковъ не сопровождается сильною болью въ мѣстѣ воспаленія; ребенокъ чаще жалуется на боли въ ногахъ или въ животѣ, чѣмъ на боли въ спинѣ; чтобы констатировать послѣднія, надо изслѣдовать самый позвоночникъ и тогда не трудно замѣтить пораженіе его еще задолго до образованія угловатого горба. Первыми симптомами начинающейся Поттовой болѣзни являются боль при давленіи на остистый отростокъ извѣстнаго позвонка или при прикосновеніи къ нему горячей губкой и малая подвижность позвоночника при сгибаніи спины.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ лихорадка сопровождаетъ такъ наз. *острый рахитизмъ*. Въ свое время объ остромъ рахитизмѣ было много споровъ, но въ настоящее время подъ этимъ именемъ описывается особаго рода заболѣваніе маленькихъ *рожекскихъ* дѣтей съ опредѣленною этиологіей, съ извѣстными патолого-анатомическими измѣненіями и съ характерными симптомами; отъ обыкновеннаго рахитизма оно отличается не только острымъ теченіемъ, но также и тѣмъ, что *боли* локализуются главнымъ образомъ *въ діафизахъ*, и что довольно часто къ этому присоединяется какъ бы скорбутическое пораженіе десенъ. Болѣзнь эта, извѣстная подъ именемъ *Barlow'ской болѣзни* или *скорбутическаго заболѣванія рахитиковъ*, можетъ-быть не имѣетъ съ рахитизмомъ ничего общаго, такъ какъ въ литературѣ есть случаи болѣзни Barlow'a у нерахитиковъ (напр. случай Fürst'a въ Arch. f. Kinderk. XVIII, S. 60). Въ періодъ своего полнаго развитія она характеризуется слѣдующимъ: заболѣвають обыкновенно *рожекскія* дѣти въ возрастѣ 4—18 мѣсяцевъ (самому старшему изъ описанныхъ случаевъ было 2½ года); съ перваго взгляда ребенокъ производитъ впечатлѣніе больного, страдающаго острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ: отъ *боли въ конечностяхъ* онъ лежитъ вполнѣ 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 *диафизахъ* костей, изъ коихъ нѣкоторыя оказываются замѣтно утолщен-

ными (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 часто вовсе не бываетъ, но часто [замѣчается *отечно-геморрагическая припухлость вѣкъ*]. Изъ другихъ органовъ всего чаще поражается кишечникъ (рвота и поносъ); лихорадка незначительна или даже вовсе отсутствуетъ, но всегда бываетъ сильная *потливость*, особенно головы. Изъ анамнеза оказывается, что ребенокъ воспитывался на кипяченомъ коровьемъ молокѣ или на консервахъ, до послѣдняго времени былъ здоровъ, но за послѣднія 2—3 недѣли сталъ очень беспокоенъ, 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 осложнений.

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

II. Источники ошибокъ при діагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней.

Въ предыдущей главѣ мы остановились на разборѣ симптомовъ, которые прямо указываютъ на мѣсто болѣзни и, такимъ образомъ, выясняютъ причину лихорадки, теперь же мы переходимъ къ разбору различныхъ источниковъ ошибокъ, вслѣдствіе которыхъ врачъ можетъ принять мѣстное страданіе за общее и наоборотъ, или же вообще неправильно понять болѣзнь. Если на 1-й или 2-й день болѣзни вамъ не удалось найти никакого мѣстнаго страданія, которымъ можно бы было объяснить существующую лихорадку, то вы все-таки еще не въ правѣ сказать, что имѣете дѣло съ лихорадкой безъ всякой локализации, т.-е. съ общимъ страданіемъ организма, такъ какъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность *скрытно-протекающей мѣстной болѣзни* того или другого изъ внутреннихъ органовъ: другими словами, что болѣзнь еще не выяснилась. Въ этомъ я вижу одно изъ главнѣйшихъ обстоятельствъ, служащихъ источникомъ ошибокъ врача при распознаваніи причины лихорадки у постели больного; симптомы кое-какіе могутъ уже быть на-лицо, но врачъ не обратитъ на нихъ должнаго вниманія или объяснитъ ихъ лихорадкой, напр. учащенное дыханіе при скрытно-протекающей пневмоніи, головная боль при менингитѣ и проч.

Этой „недоцѣнкѣ“ симптомовъ можно противопоставить, какъ *второй источникъ ошибокъ*, „переоцѣнку“ симптомовъ, когда припадокъ, зависящій просто отъ повышения температуры, принимается за выраженіе мѣстнаго страданія какого-либо органа, напр. обложенный языкъ — за признакъ катарра желудка, сильная головная боль и рвота — за симптомы пораженія мозговыхъ оболочекъ и т. п. Избѣгнуть подобныхъ ошибокъ *всегда* не можетъ даже и самый опытный врачъ, но несомнѣнно, что при оцѣнкѣ симптомовъ практическая опытность, которая, къ сожалѣнію, не дается книгами, играетъ громадную роль. — Цѣль моя поэтому можетъ состоять лишь въ томъ, чтобъ указать на главнѣйшія точки опоры, которыхъ слѣдуетъ держаться, чтобъ избѣжать по крайней мѣрѣ хоть очень грубыхъ ошибокъ.

Скрытно протекающія мѣстныя болѣзни довольно разнообразны; въ клиническомъ отношеніи особенно интересны нѣкоторыя формы менингита и пневмоніи.

Упомянувъ о долго невыясняющихся менингитахъ, я имѣю въ виду главнымъ образомъ острые *менингиты у грудныхъ дѣтей*. Очень часто бываетъ, что въ теченіе первой недѣли, а иногда и дольше, острое воспаление мозговыхъ оболочекъ у маленькихъ дѣтей выражается только рвотой, постояннымъ кривомъ и безпокойнымъ сномъ, вслѣдствіе чего оно часто принимается за диспепсію съ коликами или за катарръ желудка. О нѣкоторыхъ отличіяхъ мозговой рвоты отъ желудочной я уже говорилъ выше, а потому здѣсь я укажу только на признаки, специально относящіеся къ груднымъ дѣтямъ. Противъ диспепсіи говорить прежде всего *повышеніе температуры*. Лихорадочное состояніе при meningitis у маленькихъ дѣтей нерѣдко отличается крайней неправоюностью съ частыми паденіями почти до нормы и съ послабленіями то по утрамъ, то по вечерамъ, какъ при туберкулезѣ. Подобный *характеръ лихорадки, исключаящій между прочимъ тифъ, при существующей рвотѣ и при отсутствіи какихъ-либо другихъ мѣстныхъ болѣзней, можетъ значительно способствовать диагностикѣ менингита*. Какъ образчикъ подобнаго теченія, я приведу вамъ слѣдующую температурную кривую, относящуюся къ грудному мальчику, 10 мѣсяцевъ [отъ роду, заболѣвшему менингитомъ вслѣдствіе удара головой о висячую лампу.

Ушибъ головы произошелъ днемъ. Ночью съ ребенкомъ сдѣлался жаръ, рвота и поносъ; въ первые сутки вырвало 5 разъ, послабило 10 разъ слизисто и понемногу; ребенокъ очень безпокоенъ, много кричитъ. Дана чайная ложка кастороваго масла. — 2-й день: безпокойство продолжается, хотя послабило только 3 раза; рвота 2 раза. — 3-й день: рвоты не было; слабило 3 раза зеленоватой слизью. — 4-й д. передъ повышеніемъ температуры рвота и эклампсическій припадокъ, слабило 2 раза. Ночью паденіе t° на $36,2^{\circ}$, въ это время дано 2 гр. хинина, но, несмотря на то, на 5-й д. новое поднятіе t° ; ребенокъ покойнѣе, но нѣсколько сонливъ; во время сна *сосательныя движенія губами*. Въ теченіе слѣдующихъ 7 дней особыхъ переменъ не произошло, ребенокъ опять сдѣлался очень безпокоенъ и крикливъ; рвоты и судорогъ не было; испражненія оставались слизистыми отъ 3 до 5 разъ въ сутки; какихъ-либо новыхъ мозговыхъ симптомовъ, кромѣ по временамъ неподвижнаго взгляда, не было. На 12-й д. отмѣчена сонливость, сведеніе затылка, по временамъ коооглазіе и быстрая переимѣна лица; на слѣдующій день спячка, на 14-й д. летальный исходъ. Вскрытія не могло быть произведено.

Ходъ температуры былъ слѣдующій:

Дни.	8 ч.	12 ч.	6 ч.	12 ч. ночи.	
2	—	—	40	—	
3	40	39	39,9	37,4	хининъ 3 грана.
4	37,6	39,6	39	36,2	эклампсія; хининъ 3 гр. въ 12 ч. ночи.
5	39	39,2	39,4	37,2	хининъ въ 12 ч. ночи.
6	38	39,2	37,6	37,8	хининъ утромъ.
7	39,3	39,4	38,3	39,5	
8	39,2	38,3	38,6	39,2	
9	39	38,6	39,6	39,2	
10	39,4	38,6	38,6	—	
11	39	39,6	38,7	—	
12	39	—	38,5	—	
13	38,3	—	37,4	—	
14	37				

Подобную же неправильную кривую мы имѣемъ и во 2-мъ случаѣ: больная дѣвочка 2½ лѣтъ, заболѣла послѣ паденія со стола рвотой, головою болью и жаромъ и поступила въ больницу на 4-й день болѣзни въ сонливомъ состояніи, съ сведеннымъ затылкомъ, дрожаніемъ конечностей и рвотой послѣ питья. П. 130. Запора не было. На 6-й день — эклампсическій припадокъ и потомъ безсознательное состояніе. П. 126. На 7-й день сознание вернулось. Въ теченіе слѣдующихъ дней спячка и другіе мозговые симптомы развивались все болѣе и болѣе и на 23-й день послѣдовала смерть. Лихорадка отличалась здѣсь крайней неправильностью, при чемъ утреннія темпер. часто бывали выше вечернихъ. При вскрытіи оказался гнойный менингитъ какъ поверхности полушарій, такъ и основанія мозга.

Вотъ ея температура.

Дни.	Утра.	Веч.	Дни.	Утра.	Веч.
4	—	38,7	14	40,1	38,6
5	37,5	38,4	15	40	40,2
6	38,7	38,4	16	40,4	38,5
7	39,2	39,4	17	37,7	39,8
8	38,1	39	18	39,4	39
9	38,9	37,6	19	38,4	39
10	37,4	39,4	20	40,4	38
11	40,2	40	21	40	38,8
12	39,6	39,4	22	40	—
13	40,3	39,6			

Въ первомъ случаѣ начало болѣзни обозначилось рвотой, поносомъ и безпокойствомъ, такъ что можно было предположить катарръ желудка и кишокъ, только сильный жаръ (40°) не гармонировалъ съ этимъ предположеніемъ; въ теченіе первыхъ 6 дней ходъ температуры сильно напоминалъ интермиттентъ, который въ этомъ возрастѣ, какъ извѣстно, не отличается особенной правильностью наступленія пароксизмовъ; однако, въ виду отсутствія опухоли селезенки, при упорной рвотѣ, и въ виду бесполезности хинина — и это предположеніе должно было пасть, а потому не оставалось ничего болѣе, какъ допустить въ данномъ случаѣ мозговое происхожденіе рвоты, на что указывалъ и синякъ на лѣвой теменной кости. Несомнѣнные мозговые симптомы въ видѣ сонливости, сведенія затылка и др. появились только на 12-й день, за двое сутокъ до летальнаго исхода.

Хотя при менингитѣ и можетъ быть поносъ, какъ было это, напр., и въ приведенномъ случаѣ, но это — исключеніе; обыкновенно же стулъ остается правильнымъ, такъ что *отсутствіе диспептического стула* можно считать вторымъ критеріемъ, говорящимъ противъ диспепсін.

Въ-третьихъ, противъ диспепсін говоритъ *упорство рвоты и характеръ крика*. Рвота при диспепсін въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень скоро проходитъ при регулированіи діеты, напр. при запрещеніи коровьяго молока и при назначеніи подходящихъ лѣкарствъ, между тѣмъ какъ *для мозговой рвоты характерно именно то, что она продолжается, несмотря на самое правильное кормленіе ребенка*, хотя бы даже молокомъ матери, и не уступаетъ лѣкарствамъ.

Относительно крика разница состоитъ въ томъ, что при диспепсін крикъ силенъ, болѣе или менѣе продолжителенъ, но во всякомъ случаѣ онъ является приступами, т.-е. вдругъ начинается и такъ же внезапно прекращается, тогда какъ при менингитѣ начало и конецъ крика обозначается неясно, ребенокъ кричитъ можетъ-быть и не такъ сильно, но зато продолжительно: онъ почти не знаетъ покоя.

Въ-четвертыхъ, діагностическое значеніе имѣетъ и *возрастъ*: крикъ отъ коликъ встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, всего чаще до 6 недѣль, рѣдко послѣ 3 мѣсяцевъ, т.-е. въ томъ возрастѣ, когда менингитъ встрѣчается рѣдко.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, какъ при диспепсін, такъ и при менингитѣ, рвота прекращается, ребенокъ дѣлается покойнѣе, но діагностика уже легче, потому что при диспепсін больной видимо выздоравливаетъ, онъ веселъ, а если и продолжаетъ по временамъ кричать, то не иначе какъ при диспептическомъ стулѣ, тогда какъ при менингитѣ съ прекращеніемъ рвоты онъ дѣлается сонливъ, а потомъ являются и другіе мозговые припадки, изъ которыхъ *напряженная фонтанель, неподвижный взглядъ и сосательныя движенія губами во время сна* являются большею частью раньше эклампсическихъ судорогъ, полной спячки и сведеннаго затылка.

Итакъ, въ пользу мозговой рвоты и противъ диспепсін говорятъ слѣдующія обстоятельства: повышенная температура, нормальный стулъ, постоянство крика, отсутствіе причины для диспепсін, возрастъ послѣ 3 мѣсяцевъ и напряженная (тугая) фонтанель.

У дѣтей старшаго возраста острый гнойный менингитъ протекаетъ такъ же бурно, какъ и у взрослыхъ, и выясняется очень скоро; несравненно больше діагностическихъ затрудненій представляетъ здѣсь *острая головная водянка*, которая можетъ имѣть простое (т.-е. неизвѣстное) или туберкулезное происхожденіе. Всего чаще смѣшивается она съ катарромъ желудка, о чемъ рѣчь была выше, или съ тифомъ (см. въ главѣ о тифѣ). Далѣе нѣкоторое затрудненіе въ діагностикѣ могутъ представить нѣкоторые случаи *цереброспинальнаго менингита*, именно его *интермиттирующая форма*. Для примѣра я приведу здѣсь случай изъ практики д-ра А. А. Соколова, любезно представившаго мнѣ исторію болѣзни. Дѣло шло о дѣвочкѣ 11 мѣс. Прежде всегда здоровая, она заболѣла 18 ноября 1893 г. жаромъ, рвотой и сонливостью; рвота по 1—2 раза въ день повторялась три дня; потомъ т^о приняла интермиттирующій ха-

рагтеръ, особенно правильно выраженный отъ 9-го до 16-го дня: въ теченіе нѣсколькихъ часовъ 10° стояла около 40° и затѣмъ падала до 36° . Въ теченіе всего приступа жара и нѣкоторое время послѣ него ребенокъ сильнѣйшимъ образомъ беспокоился, и появлялось сведеніе затылка, которое въ другое время было едва замѣтно. Въ періодѣ нормальныхъ температуръ дѣвочка была покойна, сидѣла на рукахъ съ слегка закинутой головой, которую можно было пассивно слегка нагнуть впередъ. Опухли селезенки не было, хининъ и перемѣна мѣста жительства не оказали замѣтнаго вліянія на теченіе болѣзни. Послѣ двухъ мѣсяцевъ больная выздоровѣла при индифферентномъ лѣченіи.

Въ случаяхъ сомнительнаго менингита въ видахъ выясненія діагностики можно пользоваться *поясничнымъ проколомъ*. Техника операціи состоитъ въ томъ, что иглу Правацевскаго шприца вкалываютъ по средней линіи между остистыми отростками 3-го и 4-го поясничныхъ позвонковъ, при чемъ больной долженъ или лежать на правомъ боку съ сильно согнутой спиной и съ приведенными къ животу бедрами или онъ сидитъ. Игла вводится у маленькихъ дѣтей на глубину 2 сант., у старшихъ — 4 снт. Игла попадаетъ такимъ образомъ въ подарахноидальное пространство, и черезъ каналъ ея сейчасъ же начинается вытекать цереброспинальная жидкость, которую можно собрать, смогря по случаю, въ количествѣ отъ 5 до 60 капель, не прибѣгая къ высасыванію. Съ діагностическою цѣлью полученную жидкость изслѣдуютъ микроскопически, химически и бактериоскопически и очень часто получаютъ рѣшающіе результаты. Такъ напр. присутствіе гнойныхъ тѣлецъ указываетъ на гнойный менингитъ, при туберкулезномъ менингитѣ жидкость хотя большей частью и прозрачна, но она богаче бѣлками, тѣмъ въ нормѣ (нормально отъ 0,02 до 0,04, а при менингитѣ отъ 0,1—0,6) и нерѣдко можно открыть въ ней присутствіе туберкулезныхъ бациллъ; при цереброспинальномъ менингитѣ часто встрѣчается внутриклеточный диплококкъ.

Изъ скрытно протекающихъ пневмоній особенной извѣстностью пользуются *воспаленія легочныхъ верхушекъ*, которыя не выясняются иногда въ теченіе цѣлой недѣли и даже дольше. Я буду говорить о нихъ подробнѣе въ главѣ о гриппѣ, здѣсь же ограничусь замѣчаніемъ, что нерѣдко удается узнать пневмонію еще до появленія ея физикальныхъ признаковъ, такъ какъ ей свойственны другіе очень характерные симптомы, позволяющіе ставить вѣроятную діагностику даже *per distant*. Симптомы эти состоятъ въ слѣдующемъ: во-1-хъ, *одышка*, характеризующаяся частымъ дыханіемъ съ раздуваніемъ ноздрей, съ удареніемъ на выдыханіи, которое нерѣдко сопровождается оханьемъ; во-2-хъ, короткій и *болѣзненный кашель*; въ-3-хъ, *очень сильная*, постояннаго типа *лихорадка*. Не много найдется такихъ болѣзней, которыя сопровождалась бы такими постоянно высокими температурами, какъ крупозная пневмонія, и въ особенности при пораженіи верхушекъ; въ этомъ отношеніи съ ней можетъ равняться только возвратная горячка, съ которой она имѣетъ еще и то сходство, что, несмотря на постоянный жаръ выше 40° и даже 41° утромъ и вечеромъ, общее чувствіе лица поражается мало, и языкъ остается влажнымъ (я не имѣю здѣсь въ виду такъ называемыхъ церебральныхъ пневмоній, которыя протекаютъ при очень бурныхъ мозговыхъ явленіяхъ и о которыхъ я скажу нѣсколько словъ ниже).

Въ-4-хъ, *боль въ боку*: этотъ симптомъ наблюдается лишь у дѣтей взрослыхъ, дѣти же лѣтъ 4—6 чаще указываютъ на боль живота.

Приведенныхъ признаковъ вполне достаточно, чтобы съ большой вѣроятностью предположить пневмонію, если даже физикальное изслѣдованіе груди и не подтверждаетъ этого.

Я перехожу теперь ко второму источнику ошибокъ, состоящему въ томъ, что *симптомы, зависящіе просто отъ повышенія температуры, могутъ быть приняты за выраженіе мѣстнаго страданія* какого-либо органа (перечѣнка симптомовъ).

Спрашивается, чѣмъ же надо руководствоваться въ началѣ лихорадочной болѣзни, чтобы рѣшить, составляютъ ли существующіе симптомы причину лихорадки или ея слѣдствіе? Рѣшеніе этого вопроса въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ непреодолимая трудности. По Politzer'у (l. c.), „мы имѣемъ право считать лихорадку за слѣдствіе мѣстнаго заболѣванія въ томъ случаѣ, если, во-1-хъ, сила мѣстной болѣзни идетъ параллельно степени лихорадки; во-2-хъ, если при продолжающейся лихорадкѣ мѣстная болѣзнь не прекращается или даже усиливается; въ-3-хъ, мѣстная болѣзнь должна быть такого рода, чтобы ее можно было считать достаточною причиной лихорадки; въ-4-хъ, наконецъ, если можно исключить всякую другую мѣстную болѣзнь. Если же, наоборотъ, лихорадка продолжается, тогда какъ мѣстное страданіе исчезаетъ, или если сила послѣдняго совсѣмъ не соотвѣтствуетъ силѣ лихорадки, то, по всей вѣроятности, лихорадка не зависитъ отъ мѣстной болѣзни“.

Изъ всѣхъ симптомовъ, дающихъ поводъ предполагать какую-либо мѣстную болѣзнь, какъ причину лихорадки, самое важное значеніе, по частотѣ ихъ появленія и по ихъ вліянію на предсказаніе и лѣченіе, принадлежатъ] различнымъ мозговымъ симптомамъ, каковы: головная боль, рвота, судороги и др. Въ виду клинической важности и опасности такого симптома, какъ судороги, я нахожу полезнымъ остановиться на этомъ симптомѣ нѣсколько дольше.

Судороги (эклампсія) встрѣчаются у дѣтей очень часто, особенно въ возрастѣ отъ конца 1-го до половины 3-го года. Причины ихъ крайне разнообразны, такъ что въ этомъ отношеніи принято различать 4 вида эклампсіи: 1) мозговая или симптоматическая; 2) рефлекторная, зависящая отъ периферическаго раздраженія; 3) гематогенная, появляющаяся при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ и при отравленіяхъ, и наконецъ 4) идиопатическая или эссенціальная эклампсія, причины которой неизвѣстны.

По мѣрѣ созрѣванія нашихъ свѣдѣній число случаевъ этой послѣдней категоріи будетъ, конечно, постоянно уменьшаться. Въ настоящее время сюда относятся судороги вслѣдствіе испуга и другихъ психическихъ вліяній, а также „безпричинныя“ конвульсіи у нервныхъ анэмичныхъ дѣтей и у рахитиковъ. При дифференціальной диагностикѣ судорогъ вообще слѣдуетъ имѣть въ виду еще истерію и притворство.

Въ виду спеціальной цѣли этихъ лекцій, трактующихъ о диагностикѣ *лихорадочныхъ* болѣзней, для насъ будетъ всего удобнѣе различать судороги безлихорадочныя и судороги съ лихорадкой — лихорадочная эклампсія. Ради полноты я скажу, впрочемъ, нѣсколько словъ и о первой группѣ.

Если *безлихорадочныя судороги* поражаютъ ребенка 4—12 лѣтъ, то причиною ихъ, если имъ не предшествовалъ ушибъ головы, всего чаще бываетъ индигестія (а также глисты?), или эпилепсія, или бугорки мозга и хроническій *hydrocephalus*, или уремия, или, наконецъ, отравленіе (между прочимъ сantoninomъ); какъ на рѣдкую причину можно указать еще на инородное тѣло въ ухѣ. У *маленькихъ и грудныхъ* дѣтей (отъ 6 мѣс. до 3 лѣтъ) судороги всего чаще являются у рахитиковъ, въ особенности при *laryngospasmus*, а также при индигестіи; рѣже онѣ бываютъ при затрудненномъ мочеиспусканіи (фимозъ, мочевоі песокъ), при инородныхъ тѣлахъ въ кожѣ и вообще при всякомъ травматическомъ раздраженіи (ожоги), даже и неболѣзненномъ (перетяжка пальца волосомъ, *herpes praeruptialis* и т. п.).

Наконецъ, *безлихорадочная эклямпсія* можетъ быть результатомъ пассивной гипереміи мозга, напр. при коклюшѣ, или отека его и анеміи при дѣтской холерѣ (гидроцефалондѣ).

Лихорадочная эклямпсія бываетъ двухъ родовъ: симптоматическая и гематогенная. Первая зависитъ отъ острыхъ болѣзней мозга и его оболочекъ, а вторая отъ лихорадки или отъ отравленія крови (инфекціонныя болѣзни).

Діагностическое и прогностическое значеніе судорогъ, смотря по возрасту, бываетъ различно.

Лихорадочная эклямпсія, такъ же какъ и *безлихорадочная*, гораздо чаще встрѣчается у *маленькихъ дѣтей* въ возрастѣ до $2\frac{1}{2}$ —3 лѣтъ, но зато она не имѣетъ у нихъ такого дурного прогностическаго значенія, какъ у дѣтей старшихъ. Объясняется это тѣмъ, что *судороги у маленькихъ дѣтей могутъ появляться въ началѣ каждой лихорадочной болѣзни* легкой или тяжелой, все равно, лишь бы только она начиналась быстрымъ и значительнымъ поднятіемъ температуры, тогда какъ у старшихъ дѣтей судороги появляются только при тяжелыхъ заболѣваніяхъ. *Конвульсии въ началѣ лихорадочной болѣзни у маленькаго ребенка аналогичны знобу у взрослыхъ* и потому встрѣчаются не только при равныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, въ особенности при оспѣ и скарлатинѣ, но также при воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ и даже при такихъ сравнительно легкихъ процессахъ, какъ *angina catarrhalis*, *stomatitis arphthosa* и т. п. Изъ сказаннаго видно, что *судороги у маленькихъ дѣтей въ началѣ лихорадочной болѣзни почти не имѣютъ значенія ни для діагностики, ни для прогностики* дальнѣйшаго хода процесса, хотя сами по себѣ онѣ и могутъ быть опасны. Діагностическое значеніе ихъ сводится лишь къ тому, что при однихъ заболѣваніяхъ онѣ встрѣчаются чаще (*pneumonia*, оспа, дизентерія), при другихъ рѣже, или даже и совсѣмъ не встрѣчаются (*брюшной тифъ*).

У дѣтей *старшаго* возраста знобъ въ началѣ лихорадочной болѣзни встрѣчается самъ по себѣ, а судороги сами по себѣ; онѣ стало-быть не имѣютъ значенія зноба, а являются какъ будто результатомъ отравленія крови, и названіе „гематогенныя“ судороги къ нимъ подходитъ больше, чѣмъ къ первымъ. Сообразно этому, у дѣтей 6 лѣтъ и старше онѣ встрѣчаются значительно рѣже, чѣмъ до 3 лѣтъ, но зато онѣ имѣютъ болѣе значеніе для діагностики, такъ какъ свойственны лишь небольшому числу болѣзней и ука-

зываетъ притомъ на тяжелое заболѣваніе. Помимо остраго менингита всего чаще онѣ бывають при оспѣ, потомъ при пневмоніи верхушекъ, далѣе при *тяжелой* скарлатинѣ и въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ при интермиттентѣ.

Первый вопросъ, съ которымъ приходится имѣть дѣло при разборѣ причинъ лихорадочныхъ судорогъ, состоитъ въ томъ, *зависятъ ли онѣ отъ заболѣванія мозга и его оболочекъ или отъ другой причины.*

Для рѣшенія этого вопроса надо позаботиться, во-первыхъ, о томъ, чтобы открыть причину лихорадки, и если она окажется въ какомъ-нибудь общемъ или мѣстномъ заболѣваніи (помимо мозга), то тогда можно исключить острую мозговую болѣзнь и приписать судороги лихорадкѣ. Понятно, что при этомъ вы обратите особенное вниманіе на болѣзни, которыя всего чаще ведутъ къ судорогамъ, то-есть *инфекціонныя экзантемы, пневмонію, интермиттентъ, дизентерію и ангину.*

При эклампсіи, зависящей отъ воспаленія внутреннихъ органовъ, не мало затрудненій для предсказанія и диагностики представляютъ судороги въ началѣ *пневмоніи верхушекъ*, такъ какъ, во-1-хъ, болѣзнь эта долго не выясняется, а во-1-хъ, судороги при ней, подобно мозговымъ, повторяются нерѣдко разъ за разомъ, и ребенокъ вслѣдствіе этого долго не выходитъ изъ сопора. Отличіе отъ мозговой эклампсіи состоитъ, во-1-хъ, въ очень учащенномъ дыханіи съ *раздуваніемъ ноздрей и съ удареніемъ на выдыханіи* и въ очень высокой лихорадкѣ, которая обыкновенно подымается до 40,5° и выше, а такая температура несвойственна началу менингита.

Изъ острыхъ экзантезъ всего легче узнать въ самомъ началѣ заболѣванія *скарлатину*, такъ какъ сыпь при ней высыпаетъ очень рано, иногда уже въ теченіе первыхъ сутокъ, такъ что нерѣдко ее удается констатировать уже во время судорогъ; а если сыпи еще и нѣтъ, то все-таки есть уже скарлатинозная ангина.

Гораздо труднѣе узнать *оспу*, такъ какъ слизистая оболочка зѣва при ней въ первые дни не поражается, сыпь высыпаетъ только на 3-й и вообще симптомы продромальнаго періода мало характеристичны, если только дѣло идетъ не о геморрагической оспѣ, при которой характерныя петехіи на животѣ, а потомъ и на другихъ мѣстахъ, появляются очень рано, напр. на 1-й или на 2-й день. Эклампсія при оспѣ отличается притомъ значительною силой, не уступая въ этомъ отношеніи эклампсіи при пневмоніи, и по повторности приступовъ симулируетъ менингитъ. Вотъ причины, почему на практикѣ всего чаще смѣшивается съ менингитомъ эклампсія при оспѣ. Важнымъ подспорьемъ для диагностики служитъ характеръ эпидеміи въ данной мѣстности, особенно если больной находится въ оспенномъ домѣ и если у него *нѣтъ знаковъ привитой оспы*. Кромѣ этого этиологическаго условія можно указать еще на 2 клиническія: именно на опухоль селезенки, которая появляется при оспѣ раньше, чѣмъ при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, и на боль въ поясницѣ, если дѣло касается дѣтей старшаго возраста. Наконецъ, диагностика подкрѣпляется еще и въ томъ случаѣ, если можно исключить болѣзни, наичаще ведущія къ судорогамъ, именно пневмонію и скарлатину и если для развитія воспаленія мозговыхъ оболочекъ нельзя открыть никакой причины (инсоляція, сильный ушибъ, сильная простуда головы, болѣзнь уха).

Эклямпсія при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ у маленькихъ дѣтей можетъ представить затрудненіе [врачу] лишь на нѣсколько часовъ, такъ какъ, во-1-хъ, многія изъ мѣстныхъ воспалительныхъ болѣзней [скоро] выясняются, а во-2-хъ, судороги при нихъ, являясь вмѣсто зноба, обыкновенно не повторяются, на что указываютъ между прочимъ Rilliet и Barthez, какъ на отличительный признакъ лихорадочной эклямпсіи вообще отъ симптоматическихъ судорогъ при менингитѣ. При интермиттентѣ судороги [хотя и повторяются, но] такъ же типично, какъ и пароксизмъ жара, чѣмъ и выдаютъ свою настоящую натуру.

Всего труднѣе правильно оцѣнить конвульсіи, появляющіяся въ сообществѣ съ другими мозговыми симптомами при *воспаленіи лабиринта*. Такъ какъ я не въ состояніи указать ни на какіе отличительные признаки этой болѣзни отъ менингита, то ограничусь тѣмъ, что приведу картину болѣзни воспаленія внутреннего уха, какъ она описана у Tröltsch'a:

Нерѣдко случается, что совершенно здоровый и хорошо слышавшій ребенокъ вдругъ заболѣваетъ повторной, иногда многодневной рвотой, лихорадкой и болѣе или менѣе сильной головою болью. Это лихорадочное состояніе, при которомъ сознание или только потемняется или на нѣкоторое время совсѣмъ пропадаетъ, протекаетъ при ясно выраженныхъ мозговыхъ явленіяхъ, носящихъ характеръ угнетенія или возбужденія и бреда.

Когда ребенокъ черезъ 3—8—10 дней приходитъ въ себя, то онъ оказывается совершенно глухимъ на оба уха. Послѣ того мозговые симптомы довольно скоро исчезаютъ, но на нѣсколько мѣсяцевъ остается шаткая походка, съ наклонностью падать при ходьбѣ впередъ. Глухота, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, остается стационарной — навсегда, и въ результатъ ведетъ къ глухонѣмотѣ; но нрѣдка случается и такъ, что до нѣкоторой степени она уменьшается.

Такъ какъ весь комплексъ симптомовъ, не исключая глухоты, можетъ быть легко объясненъ ограниченномъ менингитомъ въ области дна 4-го желудочка, и такъ какъ вскрытія въ подобныхъ случаяхъ ни разу еще не были опубликованы, то справедливость возрѣнія Voltolini, что въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно бываетъ воспаленіе лабиринта, пока еще подлежитъ сомнѣнію.

Во-2-хъ, при діагностикѣ мозговыхъ судорогъ отъ гематогенныхъ слѣдуетъ обратить вниманіе на *время появленія судорогъ*: судороги при воспаленіи мозговыхъ оболочекъ очень рѣдко являются съ самаго начала заболѣванія, вслѣдствіе за рвотой, обыкновенно же на 2—3-й день, между тѣмъ какъ судороги, зависящія отъ лихорадки, отличаются именно тою особенностью, что появляются рано, почему онѣ и считаются аналогичными знобамъ у взрослыхъ.

Въ виду сказаннаго можно принять за правило, что *раннее появленіе судорогъ въ теченіе первыхъ 4—12 часовъ лихорадки говоритъ скорѣе противъ острой мозговой болѣзни, чѣмъ за нее*.

Только въ очень острыхъ случаяхъ менингита, кончающихся смертью въ 24—48 часовъ, судороги являются съ первыхъ часовъ заболѣванія. Но тогда и всѣ другіе мозговые симптомы вообще бывають выражены такъ рѣзко, что эти-то случаи и не представляютъ особыхъ затрудненій для діагностики. Отъ

мозговыхъ симптомовъ, являющихся вслѣдствіе лихорадочныхъ болѣзней, эти случаи отличаются между прочимъ тѣмъ, что здѣсь мозговья явленія продолжаютъ безъ послабленія, или, если нѣкоторые изъ симптомовъ и исчезаютъ, то на мѣсто ихъ появляются новые, не менѣе опасные симптомы, которые и остаются или даже прогрессируютъ до самой смерти. Съ этими случаями менингита могутъ быть смѣшаны лишь самыя тяжелыя заболѣванія оспой и скарлатиной, кончающіяся смертью въ 24—36 часовъ, стало-быть еще до высыпанія на кожѣ; при оспѣ обыкновенно появляются притомъ продромальныя петехіи, которыя способствуютъ выясненію дѣла. Въ другихъ случаяхъ правильная оцѣнка болѣзни можетъ быть сдѣлана только на основаніи этиологій.

Иногда, хотя и рѣдко, судороги являются первымъ симптомомъ туберкулезнаго менингита, но въ такомъ случаѣ лихорадка бываетъ такъ незначительна (около 38—38,5°), что судороги не могутъ быть объяснены повышеніемъ температуры и потому для объясненія ихъ приходится искать другую причину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при туберкулезномъ менингитѣ судороги являются лишь въ самомъ концѣ, незадолго до смертнаго исхода, или даже совсѣмъ отсутствуютъ.

Въ-третьихъ, для діагностики имѣютъ огромное значеніе *сопутствующіе симптомы*, а также развитіе и группировка мозговыхъ припадковъ: мозговое страданіе мы имѣемъ право принять лишь въ томъ случаѣ, если комплексъ мозговыхъ явленій въ данномъ случаѣ такого рода, что онъ не можетъ быть объясненъ ничѣмъ инымъ, какъ только страданіемъ мозга; мозговья явленія, зависящія отъ мѣстныхъ или общихъ болѣзней, отличаются отъ настоящихъ мозговыхъ симптомовъ *недостаточнымъ постоянствомъ и тѣмъ, что они обыкновенно не усиливаются, а напротивъ того, по мѣрѣ выясненія первичной болѣзни, все болѣе и болѣе ослабѣваютъ.*

Что касается specially до судорогъ, то онѣ при мозговыхъ болѣзняхъ не появляются сразу, а имъ предшествуютъ различныя другіе мозговые симптомы, въ родѣ потемнѣнія сознанія, бреда, сильнаго безпокойства и въ особенности *очень сильной головной боли, появляющейся во всей своей интенсивности съ самаго начала заболѣванія и не дѣлающей послабленія вплоть до періода потери сознанія*; настоящія мозговья судороги повторяются обыкновенно разъ за разомъ и оставляютъ послѣ себя глубокое сонорное еостояніе, изъ котораго больной большею частью не выходитъ до самой смерти. [Soltmann (Gerh. Handbuch. V. V. I. N., S. 15) считаетъ характеристичнымъ для мозговыхъ симптомовъ колебаніе [въ ширинѣ зрачковъ во время припадка и еще то обстоятельство, что сознаніе послѣ нихъ не возвращается, тогда какъ при симптоматическихъ судорогахъ бываетъ наоборотъ. (По моему мнѣнію, этотъ признакъ не имѣетъ абсолютно-вѣрнаго значенія, такъ какъ намъ случалось видѣть возвращеніе полнаго сознанія не только послѣ начальныхъ судорогъ туберкулезнаго менингита, но также при кровоизліяніяхъ въ мозгъ и даже при остромъ травматическомъ менингитѣ, какъ это было, напр., въ вышеприведенномъ случаѣ.) По Rilliet и Sanné мозговья судороги отличаются отъ простой эклямпсіи слѣдующимъ: 1) послѣ мозговыхъ судорогъ рѣзче выражаются послѣдовательныя измѣненія въ сферѣ сознанія и движенія (чаще являются, напр., параличи или

сведенія), 2) продолжительность самаго приступа больше и 3) мозговая судороги очень наклонны въ повторенію: если у ребенка старше двухъ лѣтъ судороги повторяются разъ за разомъ, то онѣ почти навѣрное мозгового происхожденія.

При оцѣнкѣ мозговыхъ симптомовъ многіе руководствуются между прочимъ состояніемъ *большого родничка*. Въ этомъ отношеніи я совершенно согласенъ съ Politzer'омъ (Jahrb. IV. A. F., S. 162), что значеніе этого признака скорѣе отрицательное, чѣмъ положительное. Съ ббльшимъ правомъ можно исключить экссудатъ въ полости черепа, если передняя фонтанель глубоко ввалилась, нежели допустить существованіе его въ случаѣ поднятія и усиленной ея пульсаціи, такъ какъ *выпяченный и ясно пульсирующий родничокъ встрѣчается при всякомъ лихорадочномъ состояніи*, зависитъ ли оно отъ пневмоніи или острой экзантемы, интермиттента и проч.

Выпячиваніе и пульсація большого родничка могутъ считаться несомнѣнными симптомами *иперэмии мозга* лишь въ томъ случаѣ, если и то и другое оказывается постояннымъ, несмотря на ослабленіе лихорадки, и если *притомъ существуетъ спячка или другіе симптомы гиперэмии мозга*, не соответствующіе по своей силѣ степени общаго заболѣванія или первичнаго мѣстнаго процесса. Выпяченная и сильно пульсирующая фонтанель можетъ имѣть значеніе даже и для *діагностики экссудата* въ полости черепа, но лишь въ томъ случаѣ, если она *высоко* поднимается надъ краями окружающихъ ее костей и при давленіи на нее пальцемъ представляетъ притомъ *значительную резистенцію*, тогда какъ при лихорадочныхъ болѣзняхъ и даже при гиперэмии мозга она, хотя и можетъ сильно пульсировать и значительно выпячиваться, но всегда оказывается при этомъ легко вдавливой. Однако обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, потому что *отсутствіе усиленной резистенціи фонтанели не исключаетъ существованія экссудата*. О діагностическомъ значеніи рвоты для мозговыхъ болѣзней я говорилъ уже выше; здѣсь прибавлю только, что кромѣ желудочной и мозговой рвоты въ дѣтскомъ возрастѣ нерѣдко встрѣчается еще и такъ называемая *симпатическая рвота*, столь обыкновенный симптомъ въ началѣ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней, а также при нефритѣ и урэміи, непроходимости кишекъ, глистахъ кишечнаго канала, воспаленіи брюшины и пр.

Насъ интересуетъ здѣсь только рвота при лихорадочныхъ болѣзняхъ мѣстныхъ или общихъ. Не всѣ лихорадочныя болѣзни одинаково часто начинаются рвотой; послѣдняя, какъ и судороги, чаще всего появляется во время быстрого повышенія температуры на 1-й день заболѣванія, потому при рекуррентѣ, напр., рвота встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при тифѣ; но кромѣ того есть болѣзни, при которыхъ рвота явдается почти всегда и притомъ независимо отъ силы лихорадки, какъ напр., при перитонитѣ, скарлатинѣ и тяжелой оспѣ (о мозговыхъ болѣзняхъ, конечно, нечего и говорить). При скарлатинѣ рветъ пищей или слизисто-желчной жидкостью обыкновенно только одинъ разъ, при оспѣ же рвота повторяется нѣсколько разъ. Изъ другихъ лихорадочныхъ болѣзней, часто сопровождающихся рвотой, слѣдуетъ упомянуть еще о крупозной пневмоніи и гриппѣ.

Третій источникъ ошибокъ при діагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней состоитъ въ томъ, что у дѣтей нерѣдко встрѣчается *неопредѣленное лихорадочное состояніе*, которое вначалѣ симулируетъ какое-нибудь серьезное заболѣваніе, но скоро кончается полнымъ выздоровленіемъ.

Къ этой категоріи заболѣваній относится, во-1-хъ, febris ephemera и, во-2-хъ, простудная лихорадка и инфлюэнца.

Однодневная лихорадка (febris ephemera), какъ показываетъ названіе, характеризуется короткостью теченія, такъ какъ продолжается всего 20—36 часовъ. Она начинается, повидимому, безъ всякой причины чрезвычайно быстрымъ повышеніемъ температуры (а потому у маленькихъ дѣтей могутъ быть судороги, а у старшихъ знобъ), которая держится на достигнутой высотѣ (40—41°) въ теченіе 8—12 часовъ и потомъ начинается ремиссія, кончающаяся черезъ нѣсколько часовъ паденіемъ температуры до нормы.

Узнать эфемерную лихорадку на 1-й день нельзя, такъ какъ такое же быстрое поднятіе температуры можетъ быть при многихъ другихъ болѣзняхъ, отъ которыхъ ephemera отличается только короткостью теченія; по истеченіи сутокъ, когда лихорадка уже кончилась, вопросъ можетъ быть только объ интермиттентѣ, но для послѣдняго лихорадочный періодъ въ 24—36 часовъ слишкомъ длиненъ, такъ какъ 1-й приступъ болотной лихорадки кончился бы на нѣсколько часовъ раньше. Подозрѣвать эфемерную лихорадку можно на основаніи слѣдующихъ признаковъ: 1) если ребенокъ уже прежде — и можетъ-быть не одинъ разъ — страдалъ подобными приступами жара; 2) если заболѣваніе началось внезапно среди полного здоровья (безъ всякихъ предвѣстниковъ) и безъ видимой причины (не было повода заразиться чѣмъ-либо); 3) если нѣтъ никакихъ мѣстныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить лихорадку, и нѣтъ никакихъ симптомовъ, которые могли бы возбудить подозрѣніе насчетъ какой-либо не выяснившейся болѣзни (легкихъ, мозга); 4) наконецъ, если очень высокая температура (больше 40°) не гармонируетъ съ хорошимъ общимъ видомъ больного (при оспѣ и скарлатинѣ, которыя нерѣдко начинаются такимъ жаромъ, общее состояніе большею частью бываютъ угнетеннымъ).

Что касается до *простудной лихорадки*, то въ этомъ отношеніи я хотя и совершенно согласенъ съ Seitz'омъ (Ziemssen's Handbuch. t. XIII), что иногда простудное состояніе не выражается ничѣмъ инымъ какъ только лихорадочнымъ состояніемъ но, съ другой стороны, справедливо и то, что въ большинствѣ случаевъ кромѣ лихорадки бываютъ еще кое-какіе и другіе симптомы, въ родѣ насморка, красноты слизистой оболочки зѣва, мышечныхъ болей (torticollis) и т. п.

При существованіи послѣднихъ признаковъ діагностика не трудна, такъ какъ симптомы эти, хотя бы и въ очень легкой степени, играютъ роль своего рода ярлыка, съ надписью — „простуда“; сюда относятся преимущественно случаи сильной простуды, сопровождающейся быстрымъ и значительнымъ повышеніемъ температуры; если же нѣтъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, то діагностика въ первые дни невозможна, такъ какъ рѣшительно тѣмъ же самымъ образомъ начинается и тифъ, именно, съ постепенно въ теченіе первыхъ дней усиливающейся лихорадкой при обычныхъ для нея: легкой головной боли, потерѣ

аппетита, обложенномъ языкѣ, наклонности къ забору, слабости и нерасположеніи къ играмъ. Повышеніе температуры въ нѣкоторыхъ случаяхъ идетъ съ замѣчательною правильностью, такъ что, напр., вечерняя температура оказывается выше температуры слѣдующаго утра приблизительно на $1/2^{\circ}$. Отсутствіе опухоли селезенки въ подобныхъ случаяхъ не можетъ имѣть рѣшающаго значенія противъ тифа, такъ какъ и при послѣднемъ она рѣдко замѣтно припухаетъ уже съ первыхъ дней, обыкновенно же къ концу недѣли. Больше значенія для діагностики имѣетъ *потливость* въ теченіе первыхъ дней заболѣванія, чего не бываетъ при тифѣ, и *высыпаніе herpes'a* на губахъ или на носу; этотъ признакъ является на 2—3-й день и, по моему мнѣнію, исключаетъ тифъ. Если нѣтъ ни потовъ, ни herpes'a, то окончательное заключеніе въ данномъ случаѣ приходится отложить до 4—5-го дня, когда при простудной лихорадкѣ температура начинаетъ уже падать, и дѣло такимъ образомъ выясняется. Анамнезъ, показывающій, что ребенокъ имѣлъ поводъ простудиться, конечно, долженъ быть принятъ во вниманіе, хотя онъ и не рѣшаетъ дѣла, такъ какъ отъ простуды можно заболѣть и тифомъ, и почти всякою другою болѣзнію, въ особенности при существованіи эпидеміи. Съ 1889 года, т.-е. съ тѣхъ поръ, какъ появилась послѣдняя эпидемія инфлуэнцы, врачи почти совсѣмъ перестали ставить діагнозъ простудной лихорадки, и всѣ относящіяся сюда случаи считаются инфлуэнцей, но, строго говоря, послѣдняя можетъ быть діагносцирована съ полнымъ правомъ лишь въ случаяхъ заразительныхъ, когда одинаковою картиной болѣзни заболѣваютъ нѣсколько членовъ семьи.

Наконецъ, 4-мъ источникомъ ошибокъ является *неправильное или запоздалое высыпаніе* сыпи при острыхъ экзантемахъ, что особенно часто замѣчается при кори, рѣдко при скарлатинѣ и оспѣ. Коревая сыпь запаздываетъ иногда на цѣлую недѣлю, и тогда корь принимаютъ либо за гриппъ, либо за простой бронхитъ, а потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ лихорадка не зависитъ отъ мѣстнаго процесса и гдѣ, слѣдовательно, вы имѣете право подозрѣвать общую болѣзнь, т.-е. инфекціонную лихорадку, вы должны думать между прочимъ и о запоздаломъ высыпаніи экзантемы. Какъ трудно иногда въ такихъ случаяхъ открыть истинную причину лихорадки, показываютъ, напр., образчики кори, приводимые Politzer'омъ (1 с., стр. 307). Мальчикъ 6 лѣтъ въ теченіе 8 дней представлялъ картину, всего болѣе напоминавшую тифъ, такъ какъ при сравнительно невысокой лихорадкѣ больной былъ въ значительно угнетенномъ состояніи; съ появленіемъ обильной коревой сыпи симптомы адинаміи исчезли, и корь приняла свое обыкновенное теченіе. Въ другомъ случаѣ дѣло было еще болѣе запутано. Мальчикъ 4 лѣтъ въ теченіе 4 дней лежалъ въ сильномъ жару при явленіяхъ большой простраціи и при полномъ отсутствіи какихъ-либо мѣстныхъ явленій; на 5-й день развилась полная картина холеры съ значительнымъ коллапсомъ; наконецъ, на 6-й день показалась коревая сыпь, при чемъ холерные симптомы ослабѣли, и корь пошла обыкновеннымъ порядкомъ. Къ счастью, такіе случаи рѣдки.

Запоздалое высыпаніе наблюдается иногда и при рождѣ.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что діагностика лихорадочной болѣзни на 1-й день заболѣванія возможна далеко не всегда, именно только въ случаяхъ лихорадки,

зависящей отъ мѣстнаго страданія. Въ другихъ случаяхъ приходится ждать дня 3—4, и если тогда окончательно выяснится, что въ данномъ случаѣ нѣтъ ни мѣстной болѣзни, ни простудной лихорадки или инфлуэнцы и нѣтъ поводовъ подозрѣвать запоздалое высыпаніе сыпи, то не остается ничего болѣе какъ предположить существованіе общей инфекціонной болѣзни, каковы различныя формы тифовъ, туберкулезъ и піэмія.

О дифференціальномъ диагнозѣ тифовъ и общаго туберкулеза я буду говорить въ главѣ о тифѣ, здѣсь же упомяну только по поводу піэміи, что различныя піэмическіе процессы почти никогда не появляются первично (скрытая піэмія), а обыкновенно вслѣдствіе зараженія черезъ какую-нибудь рану или при нагноеніяхъ. Притомъ же и теченіе ея довольно своеобразно; характеристичны для нея повторные и сильныя знобы съ послѣдовательнымъ быстрымъ повышеніемъ температуры до 40° и больше и поты.

Затѣмъ вскорѣ появляются піэмическіе фокусы въ подкожной кѣтчаткѣ или во внутреннихъ органахъ и костяхъ.

При диагностикѣ лихорадочной болѣзни у нервныхъ дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду между прочимъ и *нервную лихорадку* (термическій неврозъ). Нервная лихорадка встрѣчается или въ видѣ постоянной лихорадки, или въ видѣ отдѣльныхъ лихорадочныхъ приступовъ. Продолжительность постоянной лихорадки колеблется въ весьма широкихъ границахъ, отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Температура въ однихъ случаяхъ держится на весьма скромныхъ цифрахъ (38—38,5), тогда какъ въ другихъ она подымается до 40 и больше. До нѣкоторой степени характерно отсутствіе всякаго типа: ° дѣлаетъ быстрые скачки кверху и книзу, при чемъ утромъ она можетъ стоять значительно выше, чѣмъ вечеромъ; иногда замѣчается разница температуръ на разныхъ половинахъ тѣла въ нѣсколько градусовъ; пульсъ и дыханіе часто совсѣмъ не гармонируютъ съ ходомъ лихорадки; похуданіе или не велико, или его и вовсе не замѣтно. Въ диагностическомъ отношеніи интересно отмѣтить, что истерическая лихорадка обыкновенно комбинируется съ какими-нибудь другими симптомами истеріи, благодаря которымъ получается сходство съ опредѣленной болѣзнію (ложный тифъ, ложный менингитъ, ложный туберкулезъ, перитонитъ).

Истерическая лихорадка въ видѣ отдѣльныхъ приступовъ достигаетъ иногда тоже весьма большихъ градусовъ (до 43 и больше).

Діагностика нервной лихорадки требуетъ продолжительнаго наблюденія, въ видахъ исключенія всякаго органическаго заболѣванія. Въ пользу нервной лихорадки говоритъ наличность другихъ симптомовъ истеріи, отсутствіе правильнаго типа, сохраненіе подкожнаго жира и даже нарастаніе вѣса, несмотря на продолжительную лихорадку и свойства мочи, которая во многихъ случаяхъ остается низкаго удѣльнаго вѣса и блѣдной.



Эпидемическій и эндемическій гриппъ.

Influenza epidemica et endemica.

Въ первомъ изданіи моихъ лекцій подъ названіемъ гриппъ, *influenza*, былъ описанъ эпидемическій лихорадочный катарръ дыхательныхъ органовъ, ежегодно появляющійся въ Москвѣ и въ другихъ мѣстахъ какъ въ Россіи, такъ и за границей въ переходныя и холодныя времена года, преимущественно осенью и зимой. Никогда не выдавши прежде пандемическаго гриппа, я высказался тогда согласно общепринятому взгляду врачей, а также и на основаніи литературныхъ данныхъ, за тождество нашего эпидемическаго бронхита съ инфлуэнцой. Что касается до литературы, то въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ мы не находили главы, специально посвященной гриппу; одни совсѣмъ не упоминали про него, другіе говорили о немъ лишь въ двухъ словахъ и именно въ отдѣлѣ объ этиологіи бронхита, въ родѣ того, напр., что „бронхитъ развивается иногда подъ эпидемическимъ вліяніемъ и тогда онъ называется гриппомъ“ (D'Espine et Picot, *Kinderkrankheiten*. 1878, S. 409) или что „бронхіальный катарръ передается иногда контактомъ отъ больного здоровому, именно при гриппѣ, который въ сущности есть тоже бронхіальный катарръ (Vogel, *Kinderkr.* 7 Aufl. 1876, S. 242, а въ 9 изданіи, обработанномъ Biedert'омъ, цитируется только моя работа). По Steiner'у „бронхіальный катарръ, развиваясь подъ вліяніемъ простуды, можетъ принять эпидемическое распространіе — гриппъ (*Kinderkr.* 3 Aufl., S. 147). Такого же взгляда держался, между прочимъ, и Wunderlich (*Handb. der Pathol. u. Ther.* I, S. 668; ср. также статью Kormann'a о гриппѣ въ *Gerhardt's Handb. d. Kinderkr.*, S. 6). Съ подобнымъ взглядомъ, однако, были согласны далеко не всѣ: такъ напр. Biermer, Zuelzer (*Ziemssen's Handb.*), Kormann и др. вмѣстѣ съ Hirsch'емъ строго отличали занимающую насъ болѣзнь отъ настоящаго гриппа, указывая на то, что эпидемическій бронхитъ не есть еще гриппъ, хотя бы ужъ по одному тому, что первый всегда появляется только въ извѣстное время года, тогда какъ для гриппа сезонъ не имѣетъ особаго значенія.

Въ настоящее время, переживши эпидемію инфлуэнцы 1889 г., я измѣнилъ свое мнѣніе и признаю существенную разницу между этими двумя болѣзнями какъ въ этиологическомъ, такъ и въ клиническомъ отношеніи.

Эпидеміямъ настоящаго гриппа (инфлуэнцѣ) въ отличіе отъ другихъ эпидемическихкихъ болѣзней вообще и отъ нашего эпидемическаго бронхита въ частности свойственны слѣдующія существенныя качества: а) инфлуэнца, распространяясь съ страшною быстротой, нерѣдко принимаетъ характеръ пандемій, занимая, напр., въ короткое время цѣлое полушаріе, при чемъ появленіе и развитіе эпидемій гриппа не стоитъ въ строгой зависимости ни отъ времени года, ни отъ климата, ни отъ мѣстности, а потому начало эпидемій приходится то на лѣто, то на зиму, и встрѣчаются онѣ почти одинаково часто какъ въ холодномъ, такъ и въ тропическомъ поясѣ, какъ въ приморскихъ мѣстностяхъ, такъ и на континентѣ. Эта-то независимость эпидемій настоящаго гриппа отъ погоды и климата и составляетъ очень существенное отличіе инфлуэнцы отъ нашего эпидемическаго бронхита, являющагося обыкновенно въ сырое и холодное время года.

Впрочемъ, фактъ независимости эпидемій гриппа отъ сезона и погоды не слѣдуетъ понимать въ абсолютномъ смыслѣ, такъ какъ нѣкоторая зависимость несомнѣнно существуетъ; въ подтвержденіе этого укажемъ, наир., на то, что даже по статистикѣ самого Hirsch'a выходитъ, что изъ 125 эпидемій на зиму приходится 50 (декабрь — февраль), на весну — 35 (мартъ — май), на лѣто только 16 (июнь — августъ) и на осень — 24 (сентябрь — ноябрь). Интересно также показаніе Васильева („Врачъ“ за 1889 г. № 47), по изслѣдованіямъ котораго оказалось, что изъ 11 большихъ эпидемій гриппа, бывшихъ въ С.-Петербургѣ, на позднюю осень и зиму приходится 9.

Слѣдуетъ впрочемъ отмѣтить, что разница въ этомъ отношеніи между инфлуэнцей и дѣтскимъ гриппомъ еще больше ступевывается, если обратить вниманіе на то обстоятельство, что инфлуэнца не всегда принимаетъ характеръ пандемій; напротивъ того, можно считать за правило, что по окончаніи пандемической инфлуэнцы въ данной мѣстности въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ продолжаютъ попадаться отдѣльные случаи инфлуэнцы (спорадическая инфлуэнца). а по временамъ развиваются вспышки ограниченныхъ, мѣстныхъ эпидемій, такъ что пандемическая инфлуэнца превращается въ болѣзнь эндемическую. Въ эти-то вспышки инфлуэнца очень близко подходитъ къ дѣтскому гриппу, такъ какъ и тѣ и другія эпидеміи появляются по преимуществу въ холодное время года т.-е. поздною осенью и зимой.

б) Важное этиологическое отличіе инфлуэнцы отъ эпидемическаго бронхита состоитъ еще и въ томъ, что первая поражаетъ въ короткое время громадное число людей всѣхъ возрастовъ, особенно же *взрослыхъ*, тогда какъ дѣти хвораютъ не только нѣсколько рѣже, но и не такъ сильно; это было замѣчено какъ въ эпидемію 1889 г., такъ и въ прежнія, а бывали и такія эпидеміи, что дѣти вовсе не поражались. По отношенію къ прошлымъ годамъ умозно указать, напр., на статистическія данныя для Парижа, приведенныя у Comby (La grippe épidémique chez les enfants. Rev. mensuelle des maladies de l'enfance. Avril. 1890, p. 115—156), изъ которыхъ видно, что изъ сотни дѣтей заболѣвало только 40, а изъ сотни взрослыхъ — 60. При эпидемическомъ бронхитѣ мы имѣемъ совершенно обратное: онъ наблюдается почти исключительно только у дѣтей и, вообще говоря, выражается тѣмъ сильнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ.

Разница въ клиническомъ отношеніи будетъ видна изъ послѣдующаго описанія этихъ двухъ болѣзней, а здѣсь уважемъ только на главную особенность настоящаго гриппа: картины болѣзни при немъ крайне разнообразны, и между прочимъ встрѣчалось не мало случаевъ, протекавшихъ совсѣмъ *безъ катарровъ*, чего при нашемъ дѣтскомъ гриппѣ никогда не бываетъ.

Итакъ, находя справедливымъ отличать эпидемическій бронхитъ отъ настоящаго гриппа, я тѣмъ не менѣе считаю ихъ родственными другъ другу и, согласно общепринятому обычаю, буду и теперь называть нашъ эпидемическій бронхитъ *эндемическимъ* или дѣтскимъ *гриппомъ* (по аналогіи съ дѣтскою холерой *influenza nostras s. notha s. pseudo-influenza* по Leichtenstern'у) или просто гриппомъ, оставляя для настоящаго или эпидемическаго (пандемическаго) гриппа общеупотребительное названіе *инфлуэнца*. Общее для обѣихъ формъ названіе „гриппъ“ объясняется сходствомъ этихъ болѣзней какъ съ этиологической, такъ и съ клинической стороны, а именно: 1) обѣ онѣ принадлежать къ числу инфекціонныхъ, контагіозно-міазматическихъ болѣзней (въ обоихъ случаяхъ люди заболѣваютъ цѣлыми семьями, заражая другъ друга); 2) скрытый періодъ въ обѣихъ болѣзняхъ коротокъ (1—3 дня); 3) однократное заболѣваніе той или другою формою не гарантируетъ отъ ея повторенія; 4) катарры слизистой оболочки хотя и не совсѣмъ обязательны для эпидемическаго гриппа, но все-таки въ большинствѣ случаевъ они принадлежать къ числу кардинальныхъ симптомовъ и во время нѣкоторыхъ эпидемій выступаютъ на первый планъ; 5) продолжительность болѣзни въ неосложненныхъ случаяхъ невелика (3—7 дней); 6) обычный исходъ — выздоровленіе.

Въ настоящей своей статьѣ я буду имѣть въ виду главнымъ образомъ эндемическій гриппъ, на который, по моему мнѣнію, отнюдь нельзя смотрѣть какъ на простой, простудный катарръ, такъ какъ въ эпидемическое время дѣти заболѣваютъ цѣлыми семьями, не исключая и грудныхъ или вообще дѣтей, не выходящихъ на воздухъ и не имѣвшихъ повода простудиться, совершенно такъ же, какъ случается это и при другихъ эпидемическихъ болѣзняхъ; уже по этому одному эндемическій гриппъ, какъ и инфлуэнца, слѣдуетъ считать за болѣзнь инфекціонную. Въ виду частаго заболѣванія дѣтей, не имѣвшихъ случая заразиться, надо думать, что причина болѣзни находится въ воздухѣ, т.-е. что болѣзнь эта міазматическая; но съ другой стороны, наблюдая способъ распространенія гриппа въ нашихъ дѣтскихъ, приходится признать также и контагіозность этой болѣзни. Наблюденія именно показываютъ, что въ семьяхъ, гдѣ есть много дѣтей, почти всегда гриппъ появляется сначала у кого-нибудь одного, а черезъ нѣсколько дней заболѣваютъ и остальные; очень часто *источникомъ семейной эпидеміи гриппа является острый насморкъ у кого-либо изъ взрослыхъ*, у которыхъ гриппъ по большей части остается въ видѣ этой abortивной формы, которая, однако, не менѣе заразительна, чѣмъ и выраженная болѣзнь, что, какъ извѣстно, имѣетъ мѣсто и при другихъ контагіозныхъ болѣзняхъ, каковы корь, оспа и др. Въ виду этого, дѣтскій гриппъ можно отнести къ числу *контагіозно-міазматическихъ болѣзней*, т.-е. къ той же группѣ, въ которой относится, согласно мнѣнію большинства авторовъ, и инфлуэнца.

Скрытый периодъ гриппа, какъ кажется, много короче, чѣмъ при другихъ контагиозныхъ болѣзняхъ, за исключеніемъ развѣ лишь скарлатины. Онъ равняется приблизительно 1—3 суткамъ, какъ видно, напр., изъ слѣдующаго случая: въ ночь съ 16 на 17 апрѣля 1883 г. мать троиухъ дѣтей заболѣла внезапно жаромъ, головою болью и сильнымъ насморкомъ; 17-го въ ея дѣтямъ пришла въ гости дѣвочка, 4 лѣтъ, совсѣмъ изъ другой части города и переночевала здѣсь. Черезъ 24—30 часовъ послѣ матери заболѣлъ жаромъ, насморкомъ и лающимъ кашлемъ ея младшій сынъ 2 лѣтъ, а 18-го въ вечеру (часовъ черезъ 36—40) двѣ ея дочери, 3 и 4 лѣтъ, и дѣвочка, пришедшая въ гости.

Авторы, допускающіе контагиозность инфлуэнцы, говорятъ тоже объ очень короткомъ инкубаціонномъ періодѣ, такъ что сродство этихъ болѣзней проявляется и въ этомъ отношеніи.

Возрастъ оказываетъ несомнѣнное вліяніе на заболѣваніе гриппомъ, такъ какъ главнымъ контингентомъ для него являются дѣти отъ 1/2 г. до 5 лѣтъ. *Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія, но и на интенсивность его*: чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ, вообще говоря, сильнѣе гриппъ; послѣ 7 лѣтъ abortивные и легкіе гриппы встрѣчаются уже много чаще рѣзко выраженныхъ формъ.

Во время инфлуэнцы, напротивъ, заболѣвали больше люди взрослые: у нихъ и осложненія пневмоніей встрѣчались чаще, и смертельныхъ исходовъ было несравненно больше, чѣмъ въ дѣтскомъ возрастѣ. Въ Парижѣ, напр., въ теченіе 4 недѣль разгара эпидеміи инфлуэнцы число смертныхъ случаевъ на 5000 превысило среднюю смертность парижанъ въ данное время года, но это усиленіе смертности произошло только на счетъ взрослыхъ и стариковъ, тогда какъ смертность дѣтей отъ 1 до 5 лѣтъ осталась нормальной (Comby, l. c. p. 154).

Тѣмъ не менѣе не подлежитъ никакому сомнѣнію, что инфлуэнцой могутъ поражаться даже и грудныя дѣти. Изъ 218 случаевъ Comby самому юному было 17 дней отъ роду; до 2 лѣтъ у него было 48 случаевъ; отъ 2 до 5 лѣтъ — 76 и отъ 5 до 15 л. — 94. Kingston Barton (Brit. Med. Journ. 1890 г. 1 марта) описываетъ случай заболѣванія инфлуэнцой ребенка на первый день жизни. Мать его за нѣсколько дней до родовъ захворала инфлуэнцой и на 4-й день разрѣшилась здоровымъ младенцемъ. Ребенокъ умеръ на 3-й день при $t^{\circ} 41^{\circ}$ съ явленіями пневмоніи.

Можетъ ли мать, больная инфлуэнцой, передать болѣзнь черезъ молоко, сказать, конечно, трудно: несомнѣнно только, что заболѣваютъ далеко не всѣ грудныя дѣти, сосущія грудь больной матери. У Comby напр. изъ 5 такихъ дѣтей заболѣли только трое, а у Flesch'a еще меньше, именно изъ 7 — двое.

Полз не играетъ никакой замѣтной роли.

Изъ *случайныхъ* причинъ, располагающихъ къ заболѣванію дѣтскимъ гриппомъ, несомнѣнное значеніе имѣетъ только *простуда*: въ эпидемическое время случается очень не рѣдко, что въ извѣстной семьѣ первый больной получаетъ гриппъ отъ простуды, а другіе заболѣваютъ черезъ нѣсколько времени другъ за другомъ или всѣ сразу, даже и въ томъ случаѣ, если не выходятъ изъ дому.

Изъ большого количества бактерій, найденныхъ при инфлуэнцѣ различными изслѣдователями, специфическимъ производителемъ этой болѣзни въ настоящее время признается тончайшій *бацилла Pfeiffer'a*, найденный имъ въ мокротѣ (въ крови его не оказалось) и культивированный на агарѣ, смазанномъ кровью или растворомъ гемоглобина (въ другихъ средахъ не растетъ). Прививка обезьянамъ и кроликамъ вызываетъ у нихъ лихорадку.

Анатомо-патологическія измѣненія.

Неосложненные случаи какъ дѣтскаго гриппа, такъ и инфлуэнцы не оканчиваются смертью, такъ какъ все дѣло здѣсь ограничивается гипереміей и набухлостью слизистыхъ оболочекъ носа, зѣва и бронховъ, а иногда и кишокъ; въ тяжелыхъ случаяхъ встрѣчаются болѣе или менѣе обширныя уплотненія легкихъ вслѣдствіе катаральной или крупозной пневмоніи; у субъектовъ, умершихъ въ первые дни тяжелой инфлуэнцы, находили не пневмонію, а только легочный приливъ, подобно тому, какъ бываетъ это у животныхъ послѣ перерѣзки блуждающихъ нервовъ: легкое плотнѣе нормальнаго, но плаваетъ въ водѣ; ткань его темно-краснаго цвѣта, мало кренируется, пропитана сывороточной жидкостью (*splenisatio*). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается вмѣстѣ съ пневмоніей и фибринозный или серозно-гноенный плевритъ, въ особенности у маленькихъ дѣтей.

Бактеріоскопическое изслѣдованіе показало, что производителями пневмоніи и плеврита бываютъ или пневмококки, или стрептококки, или бацилла *Pfeiffer'a*, который въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается въ сообществѣ съ другими микробами, а иногда и безъ нихъ, такъ что въ настоящее время можно считать за доказанное, что гриппозная пневмонія можетъ быть вызвана бациллою *Pfeiffer'a* безъ помощи другихъ микробовъ. Настоящія гриппозныя пневмоніи всегда оказываются бронхо-пневмоніями, т.-е. онѣ характеризуются сильнымъ поражениемъ мелкихъ бронховъ и присутствиемъ въ альвеолахъ клеточнаго эксудата.

Судя по выдающимся припадкамъ инфлуэнцы, надо думать, что инфекция, вызывающая эту болѣзнь, имѣетъ близкое отношеніе къ центральной и периферической нервной системѣ, но мы не знаемъ, какія именно патолого-анатомическія измѣненія въ нервныхъ элементахъ соответствуютъ этимъ симптомамъ. Въ виду быстрого наступленія и столь же быстрого исчезанія различныхъ болевыхъ приступовъ, характеризующихъ инфлуэнцу, можно предполагать, что измѣненія эти нестойкія и что онѣ состоятъ, вѣроятно, только въ гипереміи невритемы или мозговыхъ оболочекъ, или самаго вещества нервной ткани.

Селезенка не представляетъ постоянныхъ измѣненій; иногда она оказывалась нѣсколько увеличенной и ненормально мягкой. Въ кишечномъ каналѣ встрѣчается иногда гиперемія слизистой оболочки желудка и кишекъ и даже кровоподтеки и припухлость Пейеровыхъ бляшекъ. Какъ на особенности инфлуэнцы грудныхъ дѣтей, *Flesch* указываетъ на присутствіе изъязвленій въ 12-перстной и верхней части тощей кишки, встрѣтившихся ему въ трехъ случаяхъ, изъ которыхъ въ одномъ дѣло дошло до прободенія кишки. Поноса въ его случаяхъ не было, а только рвота и вздутіе живота.

Припадки и теченіе эндемическаго (дѣтскаго) гриппа.

Подъ именемъ дѣтскаго гриппа мы понимаемъ эпидемическій, заразительный лихорадочный катарръ, локализующійся на многихъ слизистыхъ оболочкахъ заразъ и стоящій въ тѣсной зависимости отъ холоднаго и сырого времени года.

Отъ простаго катарра бронховъ гриппъ отличается не столько *качествомъ* припадковъ, сколько *группировкой* симптомовъ и теченіемъ. Началу болѣзни въ большинствѣ случаевъ предшествуетъ болѣе или менѣе короткій *періодъ предвѣстниковъ* въ теченіе нѣсколькихъ часовъ или 1—1½ сутокъ.

Начало болѣзни рѣдко обозначается ясно-выраженнымъ знобомъ или у дѣтей до двухъ лѣтъ судорогами, обыкновенно же легкимъ познабливаніемъ и жаромъ.

Субъективному чувству жара и обычнымъ спутникамъ его: головной боли, жаждѣ, потерѣ аппетита при обложенномъ языкѣ и общей слабости соотвѣтствуютъ значительное и *быстрое* поднятіе температуры, нерѣдко до 40—40,5° на первый же вечеръ.

Одновременно съ лихорадочнымъ состояніемъ появляются и катарральныя явленія (а если онѣ уже были, то усиливаются) сначала въ видѣ насморка и гипереміи конъюнктивы вѣкъ, а затѣмъ скоро присоединяется и кашель.

Относительно теченія лихорадки при дѣтскомъ гриппѣ мы имѣемъ въ литературѣ мало указаній.

По моимъ наблюденіямъ, кривая температуры въ отдѣльныхъ случаяхъ гриппа бываетъ очень разнообразна, но, вообще говоря, можно подвести теченіе лихорадки при гриппѣ подъ два главныхъ типа. *Первый типъ* — это febris continua remittens съ значительными утренними ремиссіями и вечерними повышеніями, какъ при тифѣ, при чемъ температура колеблется приблизительно между 39—39,5 утромъ и 39,5—40,5° вечеромъ. Такая постоянно-высокая лихорадка наблюдается большею частью у маленькихъ дѣтей, напр. до 2 лѣтъ, и указываетъ на очень острое теченіе гриппа, кончающагося въ такихъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкимъ кризисомъ черезъ 8—15 дней, изъ числа которыхъ на долю дефервесценціи приходится 24—72 часа. Катарръ, начавшійся съ слизистой оболочки носа, очень быстро распространяется на бронхи, а нерѣдко и на легочную паренхиму, т.-е. развивается пневмонія той или другой доли легкаго.

Случаи гриппа, протекающіе съ постоянной лихорадкой, не всегда кончаются воспаленіемъ легкихъ, хотя бы они и затягивались недѣли на двѣ, какъ было это, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Ребенокъ 2 лѣтъ, сынъ студента 4-го курса, со слѣдами рахитизма грудной вѣтви, съ большимъ животомъ, нѣсколько блѣдный, но вообще здоровый, заболѣлъ внезапно жаромъ, насморкомъ и кашлемъ въ мартѣ 1883 года. Точныя измѣренія температуры производились отцомъ больного 3 раза въ день, начиная съ четвертаго дня болѣзни. Ходъ лихорадки оказался слѣдующимъ:

	Утро.	3 часа.	Веч.		Утро.	3 часа.	Веч.
4 день	40	40,4	—	9 день	39,9	40	39,3
5 „	37,8	39,7	39,4	10 „	39,3	39,5	38,9

	Утро.	3 часа	Веч.		Утро.	3 часа	Веч.
6 "	39,1	39,7	39,3	11 "	38	39,5	38,3
7 "	38,8	40,2	39,8	12 "	38,8	40,1	38,5
8 "	38,5	39,9	39,9	13 "	35,8	36	

Лихорадочный періодъ въ этомъ случаѣ продолжался 13 дней и на 13-й день кончился *кризисомъ*, съ паденіемъ температуры на 4,3 въ теченіе 18 часовъ. Болѣе быстрого паденія мы не встрѣчаемъ даже и при настоящей крупозной пневмоніи, а между тѣмъ за все время болѣзни изслѣдованіе груди давало вполнѣ отрицательные результаты, если не считать ничтожнаго количества кое-гдѣ разбросанныхъ хриповъ и жестваго везикулярнаго дыханія на обѣихъ сторонахъ грудной кѣтки; *на пневмонію не было и намёка*, хотя подробное изслѣдованіе легкихъ производилось ежедневно. Насморкъ продолжался до 6 дня болѣзни, а сильный сухой кашель беспокоилъ больного нѣсколько дней и по окончаніи лихорадки; *дыханіе* все время было значительно учащено и *колебалось отъ 50 до 60* въ минуту. Такое несоотвѣтствіе между частотой дыханія и силой кашля съ одной стороны и отрицательными результатами физикальнаго изслѣдованія съ другой, какъ увидимъ ниже, довольно характеристично для гриппа. Далѣе характерно также и не совсѣмъ правильное теченіе температуры съ ничѣмъ не мотивированными паденіями почти до нормы на 5-й и 11-й дни болѣзни.

Имѣя дѣло съ подобными случаями, невольно вспоминаешь *абортивныя* пневмоніи Baginsk'аго. Подъ этимъ названіемъ В. описалъ случаи заболѣванія, которые какъ по своему быстрому началу съ высокой лихорадкой, такъ и по температурѣ, пульсу и дыханію заставляютъ предполагать начинающуюся крупозную пневмонію, но въ которыхъ дѣло не доходитъ до появленія физикальныхъ признаковъ уплотнѣнія. При изслѣдованіи груди находятъ ясный перкуторный звукъ и неопредѣленный дыхательный шумъ и иногда кое-гдѣ крепитирующіе хрипы. Простой бронхитъ, по мнѣнію В., исключается внезапнымъ началомъ болѣзни и критическимъ окончаніемъ въ теченіе 3—5 дней (Pneum. u. Pleur. Tübingen 1880 г.). Но если мы видимъ, какъ было это и въ нашемъ случаѣ, что подобныя „абортивныя“ пневмоніи не выясняются даже и въ двухнедѣльный срокъ, то будетъ уже большой натяжкой объяснять ихъ недоразвитіемъ крупозной пневмоніи; это значило бы допустить существованіе крупозной пневмоніи безъ пневмоніи, подобно тому, какъ допускается скарлатина безъ сыпи! Для этого, однако, нѣтъ достаточныхъ основаній, да, пожалуй, и надобности, разъ мы знаемъ, что подобные случаи начинаются какъ обыкновенные гриппы и встрѣчаются въ семействахъ рядомъ съ другими случаями чистаго гриппа.

При *второмъ типѣ* лихорадки гриппъ течетъ медленно, такъ какъ распространеніе катарра сверху внизъ совершается съ остановками, сообразно чему и температура подвергается *быстрымъ колебаніямъ*, такъ что можно даже просмотрѣть лихорадку, если наблюдать больного разъ въ сутки. Случай, въ которыхъ вечернія температуры достигаютъ 39,5—40° при почти нормальныхъ утреннихъ, или наоборотъ, вовсе не рѣдки. Однимъ словомъ, лихорадка здѣсь *совсѣмъ атипическая*.

Вотъ, напр., кривая легкаго гриппа, выражавшагося главнымъ образомъ насморкомъ при незначительномъ кашлѣ. Больная Пелагея Иванова, 12 лѣтъ, заболѣла насморкомъ и головою болью, находясь въ дѣтской больницѣ въ періодѣ полной реконвалесценціи отъ тифа, такъ что больше недѣли считалась вполне здоровой.

1 день	39,9	утр.	39,8	веч.	6 день	37,5	утр.	39,3	веч.
2 "	36,6	"	39,5	"	7 "	39,6	"	37,7	"
3 "	36,7	"	38,4	"	8 "	38,3	"	39	"
4 "	37,4	"	37,5	"	9 "	36,7	"	37,6	"
5 "	37,4	"	38,5	"	16 "	37,4	"	—	"

Въ подобныхъ случаяхъ лихорадка отличается, помимо своей неправильности, еще и продолжительностью, такъ какъ затягивается иногда на нѣсколько недѣль; замѣчательно, что если, такого рода гриппъ осложняется пневмоніей, то и послѣдняя принимаетъ сплошь и рядомъ такое же неправильное теченіе; но объ этомъ послѣ.

Вторымъ постояннымъ симптомомъ гриппа бываетъ *катарръ слизистыхъ оболочекъ*. Какъ правило, прежде всего поражаются носъ и конъюнктивы вѣкъ, потомъ, день или два спустя, а иногда и одновременно — зѣвъ и гортань. Слезотеченіе съ краснотой и припухлостью вѣкъ, непроходимость носа и истеченіе изъ ноздрей *прозрачной* жидкости, иногда хриплый голосъ, рѣже признаки суженія гортани, при сухомъ лающемъ кашлѣ (ложный крупъ) характеризуютъ этотъ періодъ.

Насморкъ — признакъ чрезвычайной важности для діагностики гриппа, такъ какъ, во-первыхъ, онъ почти никогда не отсутствуетъ въ началѣ болѣзни, а во-вторыхъ, онъ служитъ важнымъ критеріемъ для исключенія нѣкоторыхъ другихъ болѣзней, которыя могутъ быть смѣшаны съ гриппомъ въ теченіе первыхъ дней заболѣванія, но которымъ совсѣмъ не свойствененъ насморкъ, каковы, напр., тифъ, оспа, скарлатина.

Другимъ симптомомъ, тоже весьма важнымъ для діагностики, я считаю *стрѣльбу въ ухо*, на которую жалуются очень часто дѣти, умѣющія говорить. Симптомъ этотъ важенъ въ особенности потому, что онъ является рано, обыкновенно на первую или вторую ночь. Какъ бы высока ни была температура, какъ бы сильно ни были выражены припадки со стороны нервной системы въ видѣ бреда, метанія въ постели и проч., но если на 2-й день болѣзни вы имѣете насморкъ и стрѣльбу въ ухо безъ течи и безъ замѣтныхъ измѣненій въ наружномъ слуховомъ проходѣ, то я рекомендую вамъ всегда діагносцировать гриппъ, и, поступая такъ, вы рѣдко ошибетесь, потому что такой комплексъ симптомовъ, какъ *сильный жаръ, насморкъ и стрѣльба въ ухо въ самомъ началѣ болѣзни патогномониченъ для гриппа*. Само собой разумѣется, что отсутствіе ушной боли никоимъ образомъ не исключаетъ гриппа. Въ большинствѣ случаевъ боль эта не предвѣщаетъ ничего дурного, такъ какъ катарръ Евстахіевой трубы, отъ котораго она зависитъ, не развивается далѣе, и дѣло кончается дня черезъ два полнымъ выздоровленіемъ безъ всякихъ послѣдствій.

Кромѣ этихъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы лихорадка и катарры, при сколько-нибудь ясно выраженномъ гриппѣ всегда поражается и *нервная система*. Самымъ постояннымъ симптомомъ, кромѣ никогда не отсутствующей *головной боли*, иногда весьма сильной, бываетъ *бессонница* по ночамъ и *раздражительность* днемъ. Раздражительность выражается тѣмъ, что больной дѣлается крайне несговорчивъ, протестуетъ противъ малѣйшаго къ нему прикосновенія и не поддается изслѣдованію; больной производитъ впечатлѣніе очень злого ребенка и эта-то чрезмѣрная капризность или злость въ высокой степени характерна для гриппа, особенно когда идетъ дѣло о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ случаевъ отъ тифа; дѣло въ томъ, что тифозные больные — смиренны; если изслѣдованіе болѣзненно или неприятно имъ, напр., при гиперестезіи кожи, то они плачутъ или охаютъ, но въ этомъ выражается ихъ горе или обида, а отнюдь не злость, какъ при гриппѣ. Предоставленный самому себѣ ребенокъ очень скоро успокаивается и лежитъ какъ будто въ забытіи съ закрытыми глазами: „днемъ безъ памяти, ночью безъ сна“, часто жалуются неинтеллигентныя матери. Подобный быстрый переходъ отъ громкаго капризнаго крика къ полному успокоенію встрѣчается еще почти только при рекуррентѣ и острой головной водянкѣ.

Полная бессонница или непокойный сонъ съ частымъ просыпаніемъ служить выраженіемъ лишь сравнительно легкихъ случаевъ гриппа, тогда какъ въ болѣе тяжелыхъ дѣти бредятъ, нерѣдко съ первой же ночи (тоже существенное отличие отъ тифа, при которомъ бредъ является обыкновенно лишь въ концѣ первой недѣли), или вскакиваютъ по ночамъ, кричатъ, какъ бы испугавшись чего-нибудь и притомъ нѣкоторое время даже не узнаютъ окружающихъ. Такие приступы ночного крига или испуга при болѣе или менѣе сильномъ жарѣ наводятъ на матерей страхъ и нерѣдко побуждаютъ ихъ ночью же бросаться за докторомъ, съ дѣлюю какъ можно скорѣе принять мѣры противъ начинающагося воспаленія мозга, конечно мнимаго. По моимъ наблюденіямъ, гриппъ и ложный крупъ (очень часто даже не что иное, какъ одно изъ проявленій гриппа) всего чаще встрѣчаются дѣтскому врачу при его ночныхъ визитаціяхъ.

Что касается до *конвульсій*, то онѣ встрѣчаются при гриппѣ очень рѣдко и то лишь въ началѣ болѣзни у маленькихъ дѣтей.

Дня черезъ 3 или нѣсколько позднѣе катарры начинаютъ разрѣшаться, и картина мѣняется: изъ носа отдѣляется слизисто-гнойная жидкость, хриплый голосъ, лающий кашель и суженіе гортани исчезаютъ, лихорадка прекращается, и больной, въ случаѣ если катарръ не распространяется дальше, въ 7—10 дней совершенно выздоравливаетъ. Подобные легкіе случаи, при которыхъ катарръ не идетъ далѣе крупныхъ вѣтвей бронховъ, свойственны преимущественно дѣтямъ старшаго возраста. Самые легкіе случаи гриппа, протекающіе съ признаками катарровъ только носа и вѣкъ, могутъ кончаться даже въ 3—4 дня, при чемъ лихорадка можетъ быть однодневной. Но и эти такъ называемые абортивные случаи могутъ быть опасны, или по крайней мѣрѣ очень неприятны для новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, и именно съ двухъ сторонъ: во-первыхъ, по высокой температурѣ, свойственной и легкимъ формамъ гриппа, и, во-вторыхъ, вслѣдствіе непроходимости носа; если первое обстоятельство, учащая

дыханіе, только затрудняетъ сосаніе, то второе дѣлаетъ его совсѣмъ невозможнымъ, такъ какъ съ закрытіемъ рта при закупоренномъ носѣ всѣ пути воздуха къ легкимъ прекращаются, и ребенокъ или вовсе не беретъ груди, или, взявши, тотчасъ бросаетъ ее, потому что задыхается; понятно, что подъ влияніемъ лихорадки и голода ребенокъ постоянно кричитъ, не спитъ по ночамъ и видимо истощается.

Въ большинствѣ случаевъ катарръ не ограничивается носомъ, а распространяется дальше и нерѣдко, минуя гортань, прямо перескакиваетъ на бронхи, что сопровождается обыкновенно новымъ ожесточеніемъ лихорадки. Бронхитъ при гриппѣ, въ отличіе отъ обыкновеннаго катарра бронховъ, характеризуется, во-первыхъ, весьма сильнымъ и частымъ *сухимъ* кашлемъ при ничтожныхъ физикальныхъ признакахъ со стороны легкихъ и, во-вторыхъ, тѣмъ, что катарръ этотъ весьма долго не разрѣшается. Не только постукиваніе, но и выслушиваніе груди часто даетъ въ первые дни совершенно отрицательные результаты, или удастся констатировать лишь ничтожное количество сухихъ хриповъ. На такое несоотвѣтствіе между силой кашля и явленіями со стороны груди авторы указываютъ и при инфлюэнцѣ. Въ этомъ отношеніи гриппъ весьма похожъ на коклюшъ: въ обоихъ случаяхъ вамъ говорятъ окружающіе, что ребенокъ сильно закашливается, такъ что иногда лицо покраснѣетъ отъ кашля, или приступъ оканчивается рвотой, а между тѣмъ для объясненія этого кашля вы не находите въ груди почти ничего; кромѣ отсутствія свистящаго вдыханія, характернаго для коклюша, разница еще та, что при гриппѣ бываетъ болѣе или менѣе значительная лихорадка, несвойственная коклюшу, и что при гриппѣ пароксизмы особенно сильны по утрамъ и вечерамъ, тогда какъ при коклюшѣ главнымъ образомъ по ночамъ.

При новомъ ожесточеніи лихорадки катарръ можетъ распространиться на мелкіе бронхи, на легочные пузырьки (*pneumonia*), а нерѣдко также и на кишки; въ послѣднемъ случаѣ неправильности діеты вовсе не необходимы, чтобы вдругъ явилась рвота (рѣдко), поносъ, метеоризмъ и другіе признаки катарра кишекъ. Слабитъ 4—6 разъ въ сутки жидкими желтыми испражненіями, иногда съ болями живота; если катарръ занимаетъ и толстую кишку, то могутъ появляться болѣе частыя слизистыя испражненія при тенезмахъ; впрочемъ подобные случаи сравнительно рѣдки.

Изъ другихъ менѣе постоянныхъ симптомовъ прежде всего надо упомянуть объ *опухоли селезенки*. Гриппъ, подобно цереброспинальному менингиту и крупозной пневмоніи, принадлежитъ къ числу тѣхъ инфекціонныхъ болѣзней, которыя въ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ замѣтной опухоли селезенки; но нельзя отрицать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она оказывается несомнѣнно увеличенной и иногда даже прощупывается, что встрѣчается подчасъ и въ легкихъ формахъ гриппа; чаще, однако, увеличенія селезенки не удается констатировать даже и при двухнедѣльной продолжительности гриппа, а потому ясно *выраженная свѣжая опухоль селезенки скорѣе говоритъ противъ гриппа, чѣмъ за него.*

Изъ сыпныхъ процессовъ мы наблюдали при гриппѣ только *herpes labialis et nasalis* и *sudamina*. Первый высыпаетъ обыкновенно на 3—5-й день, а вто-

рая при окончаніи лихорадки въ случаѣ обильнаго пота, который при гриппѣ бываетъ не рѣдко.

О сло ж н е н і я .

Изъ осложненій, свойственныхъ гриппу, на первомъ мѣстѣ по частотѣ появленія и по серіозности стоитъ *воспаленіе легкаго*. Гриппозныя пневмоніи имѣютъ различное теченіе въ зависимости отъ того, осложняютъ ли онѣ случаи гриппа, протекающіе съ постоянною лихорадкой, или случаи затяжные, съ лихорадкой атипической.

Въ первомъ случаѣ пневмонія по физикальнымъ своимъ признакамъ вполне соответствуетъ крупозному воспаленію легкаго: тупой звукъ, бронхіальное дыханіе, бронхофонія и усиленный *fremitus pectoralis* развиваются быстро и сразу занимаютъ ту или другую долю легкаго — *pneumonia lobaris*, и черезъ нѣсколько дней дѣло кончается кризисомъ, который, однако, въ большинствѣ случаевъ идетъ медленнѣе, чѣмъ при обыкновенной, типической *pn. grouposa* и приближается скорѣе къ нѣкоторымъ формамъ острыхъ коревыхъ пневмоній, кончающимся не въ 12—24 часа, какъ при *pn. group.*, а въ 36—72.

Эти гриппозныя воспаленія легкихъ, въ отличіе отъ обыкновенныхъ крупозныхъ, характеризуются тою особенностью, что всегда являются нѣсколько дней спустя послѣ появленія кашля и жара, всего чаще именно между 5 и 9 днемъ. Подобнаго рода „запоздывающія“ пневмоніи описываются обыкновенно подъ именемъ „центральныхъ пневмоній“ (*pn. grouposa centralis*), при чемъ предполагается, что жаръ и кашель уже съ самаго начала обусловливаются воспаленіемъ легкихъ, но фокус уплотненія находится первоначально въ центрѣ той или другой доли: онъ окруженъ, слѣдовательно, здоровой легочной паренхимой, а потому существованіе его замаскировано и до поры до времени не можетъ быть узнано ни стетоскопомъ, ни молоткомъ.

Въ возможности центральныхъ пневмоній я не имѣю основаній сомнѣваться, но думаю все-таки, что дѣйствительное ихъ существованіе въ дѣтскомъ возрастѣ пока еще не доказано, такъ какъ запоздалое проявленіе уплотненія допускаетъ и иное толкованіе, именно путемъ распространенія на легочные пучки катаррального воспаленія съ бронховъ, подобно тому какъ это бываетъ, по общепризнанному мнѣнію, и въ тяжелыхъ случаяхъ кори. Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, показавшихъ мнѣ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ такъ называемыхъ центральныхъ крупозныхъ пневмоній (въ смыслѣ *Ziemssen'a*) дѣло начинается съ насморка, я склоненъ думать, что почти всѣ подобные случаи должны быть отнесены къ гриппу, а не къ обыкновеннымъ крупознымъ пневмоніямъ.

Образчикъ подобнаго теченія гриппа, осложнившася въ дальнѣйшемъ ходѣ пневмоніей, можетъ служить слѣдующій случай: мальчикъ 6-ти лѣтъ поступилъ въ больницу, 23 ноября 1882 года, по случаю 6-дневнаго постоянного лихорадочнаго состоянія, сильнаго кашля, насморка, безпокойнаго сна. Въ день поступленія изслѣдованіе груди не открыло ничего кромѣ ничтожнаго количества разбросанныхъ сухихъ хриповъ и шероховатаго везикулярнаго дыханія, чѣмъ можно бы было объяснить сильный кашель и жаръ.

Дальше температура шла такъ:

	Утр.	Веч.	
6 день	40,0	40,3	
7 "	40,0	40,3	herpes labialis.
8 "	40,1	40,2	
9 "	39,8	40	перкуссия подъ правой ключицей болѣзненна.
10 "	39,3	40	подъ правой ключицей тупой звукъ и бронхиальное дыханіе.
11 "	38,7	40	
12 "	39,5	39,7	
13 "	39,1	39,5	
14 "	38,2	39,4	сильный потъ.
15 "	37,2	38,4	
16 "	36,5	36,6	

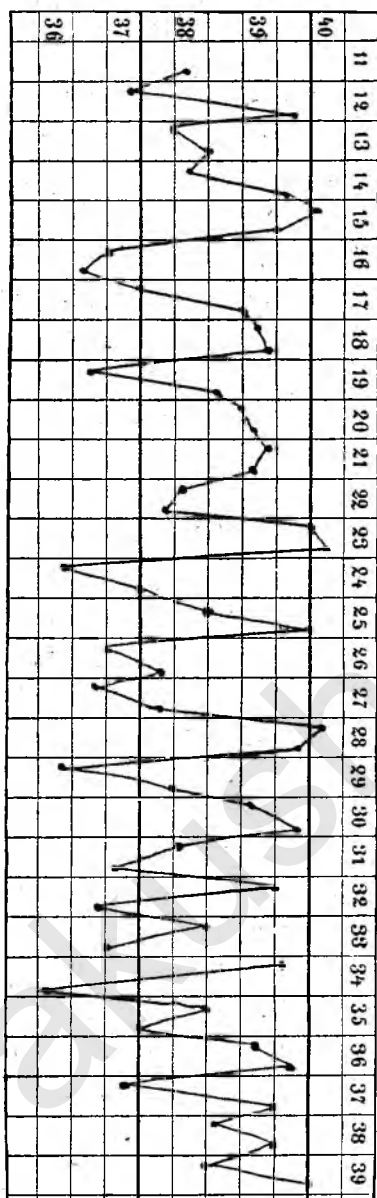
Въ этомъ случаѣ первые признаки пораженія легочной паренхимы въ видѣ болѣзненности при перкуссіи появились лишь на 9-й день, а на 10-й пневмонія выразилась совсѣмъ; съ слѣдующаго дня температура начала постепенно падать и на 16-й день болѣзнь кончилась *мизисомъ*, для котораго потребовалось 5 *сутокъ*. Замѣтимъ кстати, что при настоящей крупозной пневмоніи такое медленное окончаніе наблюдается очень рѣдко.

Какъ на другой подобный же примѣръ, можно указать на случай Ziemssen'a (Pleuritis u. Pneum. 1862, стр. 180), который, впрочемъ, приводится имъ какъ образецъ медленнаго теченія кругозной пневмоніи. Приводимъ этотъ случай въ извлеченіи. Дѣвочка 2 лѣтъ заболѣла, 7 окт. 1861 года, жаромъ, рвотой и общею слабостью, послѣ того какъ въ теченіе нѣсколькихъ дней страдала *насморкомъ, кашлемъ и конъюнктивитомъ* (гриппъ?!). До 4-го дня болѣзни температура стояла около 40°, изслѣдованіе легкихъ давало отрицательные результаты, но ребенокъ *вскрикивалъ и вскакивалъ по ночамъ и вообще былъ чрезвычайно безпокоенъ, а днемъ сонливъ*. На 4-й день появилось притупленіе въ области правой верхушки; въ теченіе нѣсколькихъ дней пневмонія совсѣмъ выяснилась; на 11-й день началось паденіе температуры, которая достигла нормы *черезъ 3 дня*. Что здѣсь была пневмонія при гриппѣ, заставляють насъ думать подчеркнутые нами симптомы.

Я не могу согласиться съ Ziemssen'омъ, что подобное чрезвычайно медленное теченіе пневмоній, при которыхъ экссудатъ очень лѣниво отлагается и такъ же лѣниво всасывается, и которыя, несмотря на незначительное распространеніе уплотнѣнія, продолжительное время поддерживаютъ несоразмѣрно высокую лихорадку, свойственны исключительно только верхушечнымъ пневмоніямъ, напротивъ того наблюденія показываютъ, что появленіе признаковъ уплотнѣнія легкаго на 4—5-й день бываетъ и при воспаленіи нижней доли; совершенно такой случай приводитъ даже и самъ Ziemssen, но онъ считаетъ его за случай подострой катарральной пневмоніи, развившейся изъ остраго бронхита, а по моему мнѣнію, это былъ случай гриппа: у ребенка 4 мѣсяцевъ отъ роду, страдавшаго въ теченіе нѣсколькихъ дней кашлемъ, 3 іюля появилось лихо-

рабочное состояніе, кашель сдѣлался короткимъ и болѣзненнымъ; притупленіе въ области правой нижней доли появилось лишь 8 іюля, т.-е. на 6-й день при t° 39,6; на слѣдующій день отмѣчено рѣзко-выраженное притупленіе лѣвой

Рис. 1.



нижней доли отъ основанія до середины лопатки съ бронхофоніей, бронхіальнымъ дыханіемъ и „отличнымъ“ голосовымъ сотрясеніемъ; t° въ этотъ день утромъ и вечеромъ 39,3, а въ теченіе ночи послѣдоваль уже кризисъ (37,5—37,1). Итакъ, въ этомъ случаѣ лихорадочный періодъ болѣзни продолжался всего лишь 8 дней и окончился кризисомъ (1. с. стр. 322) Разницу отъ крупозной пневмоніи авторъ видитъ въ умѣренной лихорадкѣ, которая не подымалась выше 39,7 $^{\circ}$, въ медленномъ развитіи уплотнѣнія и въ тяжеломъ общемъ состояніи, не соответствовавшемъ силѣ лихорадки (все, какъ бываетъ и при гриппѣ).

Противъ катарральной пневмоніи въ этомъ случаѣ говорить слишкомъ короткое теченіе и критическое окончаніе; на основаніи этихъ признаковъ и въ виду быстро развитія уплотнѣнія цѣлой нижней доли, случай этотъ съ не меньшимъ правомъ можно бы отнести къ категоріи крупозной пневмоніи.

Другой подобный случай, но съ постепеннымъ окончаніемъ лихорадки на 12-й день (лизисъ въ теченіе 4 сутокъ), описываетъ Z. на стр. 324 у 6-мѣсячнаго ребенка, гдѣ развитію пневмоніи предшествовалъ не только кашель, но и насморкъ; здѣсь уплотнѣніе лѣвой нижней доли появилось на 6-й день, а правой — на 7-й.

Теперь я перехожу къ пневмоніямъ второй группы, присоединяющимся къ затяжнымъ случаямъ гриппа съ атипической лихорадкой.

Я уже выше замѣтилъ, что если такого рода гриппъ осложняется пневмоніей, то и послѣдняя принимаетъ обыкновенно неправильное теченіе съ неправильно чередую-

щимися ремиссіями и новыми ожесточеніями, при чемъ каждому повышенію температуры соответствуетъ, вѣроятно, новое распространеніе воспаленія; по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ образованіе новыхъ фокусовъ въ лег-

кихъ, при ожесточеніи лихорадки, удается прослѣдить безъ всякаго труда. Если случаи воспаленія легкихъ при остромъ теченіи гриппа я сравнилъ съ центральной пневмоніей, то при гриппѣ съ атипической лихорадкой воспаленіе легкаго совершенно соогвѣтствуетъ тѣмъ формамъ крупозной пневмоніи, которыя извѣсны подъ именемъ *бродячихъ* или *саккадированныхъ пневмоній*.

Весьма типическій образчикъ такого теченія болѣзни представляетъ слѣдующій случай:

Алексѣй Долетовъ, двухъ лѣтъ, поступилъ въ больницу 16 октября 1882 г. по поводу 10-дневнаго кашля и лихорадочнаго состоянія. Самое тщательное изслѣдованіе легкихъ въ первые два дня больничнаго пребыванія не открыло ничего кромѣ умѣреннаго бронхита; на 3-й день небольшое притушеніе въ области верхушки праваго легкаго надъ ключицей и бронхиальное дыханіе; съ каждымъ слѣдующимъ днемъ уплотнѣніе выяснялось все болѣе и болѣе и въ теченіе слѣдующихъ недѣль распространилось на все легкое, занявши сначала среднюю долю и затѣмъ нижнюю. Окончательный исходъ остался, къ сожалѣнію, неизвѣстнымъ, такъ какъ ребенокъ заболѣлъ корью и былъ взятъ изъ больницы матерью. Ходъ температуры изображенъ на рис. 1.

Итакъ, въ теченіе 30 дней было 11 рѣзкихъ и быстрыхъ повышеній температуры до 39,5—40,2° и столько же пониженій, изъ которыхъ три, именно на 24-й, 29-й и 34-й дни, достигали 36,5°, т.-е. симулировали настоящій кризисъ, тѣмъ болѣе, что одновременно появлялись и другіе признаки кризиса въ видѣ пота и мелкопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ на мѣстѣ уплотнѣнія.

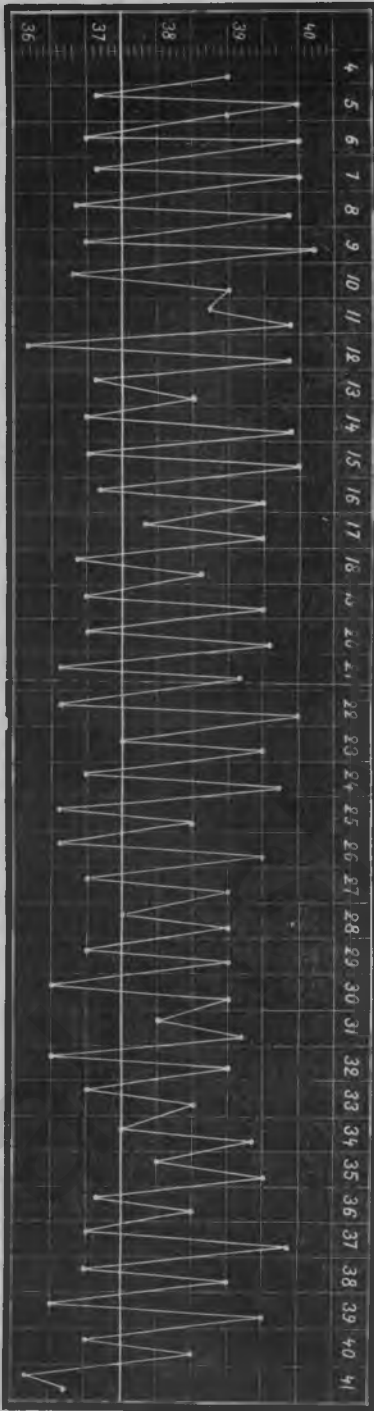
Другой случай относится къ мальчику 9-ти мѣсяцевъ. По словамъ матери, ребенокъ заболѣлъ кашлемъ, сильнымъ насморкомъ и лихорадочнымъ состояніемъ съ мѣсяцъ тому назадъ; кашель очень сильный и иногда кончается рвотой. При поступленіи въ больницу тупой звукъ занималъ нижнюю долю праваго легкаго; въ дальнѣйшемъ теченіи уплотнѣніе распространилось сзади доверху, спереди на надъ- и поделюничныя ямки, но проявился въ области соска и по l. axillaris.

Утр.	Веч.	Утр.	Веч.
1 день —	40,1	12 день 37,8	38,7
2 " 38	39	13 " 38,3	36,5
3 " 38,8	38,3	14 " 36,8	37,2
4 " 38,8	39,5	15 " 37,4	36,7
5 " 37,4	38,9	16 " 36,6	36,7
6 " 38,3	39,3	17 " 37,7	36,8
7 " 38,8	39,5	18 " 38,5	37
8 " 38,4	37,6	19 " 38,4	38,2
9 " 38,	37,8	20 " 38,6	38
10 " 39,	37,6	21 " 38,4	36,7
11 " 38,	37,6	22 " 37,7	36,8

Сюда же я отношу и случай интермиттирующей пневмоніи, которую я наблюдалъ совмѣстно съ д-ромъ Веревкинымъ, описавшимъ ее въ XXV т. Мед. Обзор., стр. 1011. Случай этотъ относится къ дѣвочкѣ 5 лѣтъ. Пневмонія по-

явилась сначала въ нижней долѣ лѣваго легкаго, потомъ перешла и на правую сторону, перебрала все лѣвое легкое и наконецъ заняла цѣликомъ все лѣвое легкое и закончилась образованиемъ абсцесса, съ вскрытіемъ котораго черезъ бронхи наступило полное выздоровленіе (фиг. 2).

Рис. 2.



окончательный кризисъ послѣдовалъ на 11-й день.

Замѣчательно, что подобные случаи тяжелаго теченія гриппа почти исключительно свойственны маленькимъ дѣтямъ, преимущественно груднымъ и потомъ отъ 1 до 3 лѣтъ. Если мы обратимъ вниманіе на возрастъ дѣтей, приводимыхъ различными авторами, какъ образчики бродячей пневмоніи, то замѣтимъ, что почти все эти больные стоятъ въ возрастѣ до трехъ лѣтъ, такъ, напр., у Baginsk'аго (l. c. стр. 21) все пять случаевъ относятся къ груднымъ дѣтямъ 4, 8, 11 и 12 мѣсяцевъ. Такое совпаденіе, по моему мнѣнію, просто объясняется тѣмъ, что *pneumonia migrans* въ большинствѣ случаевъ является вслѣдствіе гриппа, и что гриппъ вообще течетъ тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. У болѣе взрослыхъ дѣтей, напр. 6—7 лѣтъ, я встрѣчалъ только намеки на подобное теченіе, что выражалось быстрыми колебаніями температуры, напоминавшими *intermittens*, но эти колебанія продолжались не долго, такъ что мѣстные явленія въ легкихъ оставались стационарными, а новые фокусы какъ бы не успѣвали развиваться до замѣтной степени. Въ общемъ получался рядъ кризисовъ или какъ будто комбинація нѣсколькихъ однодневныхъ пневмоній, потому что новому повышенію температуры соответствовалъ знобъ, усиленіе кашля, иногда появлялось колотье въ боку, — словомъ, казалось, что развивается новый пневмоническій фокусъ, который, однако, не успѣвалъ выясняться, потому что черезъ нѣсколько часовъ ¹⁰ опять падала до нормы. Для примѣра приведу кривую температуры 7-лѣтняго мальчика (фиг. 3), заболѣвшаго гриппомъ вмѣстѣ съ тремя своими сестрами въ апрѣлѣ 1885 года. Воспаленіе правой верхушки выяснилось у него на 9-й день болѣзни, а

Что подобные случаи пневмоній, развитію которыхъ предшествуетъ рядъ кратковременныхъ легочныхъ приливовъ, встрѣчаются и у маленькихъ дѣтей, доказываетъ, напр., слѣдующій случай: дѣвочка 10 мѣсяцевъ заболѣла 22 февраля 1886 года насморкомъ, кашлемъ и жаромъ. Съ 24 по 28 ребенку было лучше, а съ 1-го марта снова появилась лихорадка и на этотъ разъ интермиттирующаго типа; съ 6-го температуру начали записывать. Объективное изслѣдованіе легкихъ до 12-го дня болѣзни давало отрицательный результатъ, кашель былъ ничтожный, но всякій разъ усиливался въ періодъ повышенія температуры. Дыханіе отъ 60 до 80. Опухли селезенки не было. Хининъ отъ 2 до 4¹/₂ гранъ pro die не вліялъ на температуру. На 12-й день отмѣчено притупленіе подъ правой ключицей, бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Выздоровленіе при индифферентномъ лѣченіи на 22-й день (фиг. 4).

Посмотримъ теперь, какого рода воспаленіе легкаго бываетъ при гриппѣ — катарральное или крупозное. За отсутствіемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, вопросъ этотъ рѣшить не легко; мы попытаемся сдѣлать это на основаніи этиологіи, симптоматологіи и течения.

Со стороны этиологіи, гриппозная пневмонія, какъ развивающаяся изъ бронхита, должна быть отнесена къ категоріи катарральныхъ воспаленій легкаго; въ этомъ отношеніи она совершенно аналогична коревой пневмоніи, которая, какъ извѣстно, тоже относится къ пневмоніямъ катарральнымъ.

Со стороны припадковъ однако дѣло стоитъ совсѣмъ иначе. Главнѣйшія отличія катарральной пневмоніи отъ крупозной основываются на томъ, что первая всегда сопровождается явленіями катарра мелкихъ бронховъ; катарръ этотъ, распространяясь до легочныхъ пузырьковъ, вызываетъ образованіе небольшихъ воспалительныхъ фокусовъ, соответствующихъ развѣтвленіямъ бронхиальныхъ вѣточекъ; отсюда названіе — бронхопневмонія или лобулярная пневмонія. Въ дальнѣйшемъ теченіи отдѣльные мелкіе островки уплотненія могутъ сливаться между собой, образуя болѣе обширныя гепатизаціи — генерализованная лобулярная пневмонія. Клинически такой ходъ процесса выражается вначалѣ явленіями капиллярнаго бронхита, т.-е. присутствіемъ обильныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкихъ; по мѣрѣ перехода воспаленія на легочные пузырьки, хрипы дѣлаются все громче и громче (консонирующіе хрипы) и наконецъ появляется ясно-замѣтное притупленіе и иногда бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Непосл справедливо замѣчаетъ, что консонирующіе хрипы при диффузной бронхопневмоніи могутъ присутствовать въ теченіе долгаго времени безъ ясно-выраженнаго притупленія: перкуторный звукъ остается яснымъ, или онъ получаетъ тимпаническій оттѣнокъ, что

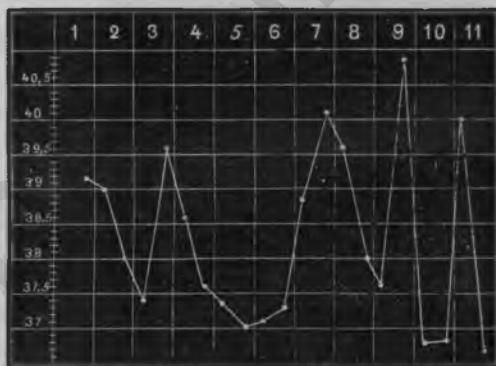


Рис. 3.

объясняется тѣмъ, что между уплотнѣлыми мѣстами и ухомъ наблюдателя остается еще достаточное количество нормальной легочной ткани, которая и заглушаетъ тупой звукъ; а потому можно сказать, что распознаваніе катарральной пневмоніи, особенно въ началѣ ея развитія, гораздо доступнѣе выслушиванію, нежели постукиванію. При крупозной пневмоніи, напротивъ, воспаленіе сразу занимаетъ легочную паренхиму, безъ предварительнаго пораженія бронховъ; фокусъ уплотнѣнія съ первыхъ же дней занимаетъ цѣлую долю легкаго, вслѣдствіе чего очень скоро появляется тупой звукъ на пространствѣ пораженной доли, а при выслушиваніи — бронхіальное дыханіе и бронхофонія; что касается до консонирующихъ хриповъ, то они являются лишь въ періодъ разрѣшенія воспаленія. Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что катарральная пневмонія въ большинствѣ случаевъ бываетъ двусторонней, любимымъ мѣстомъ локализациіи бывають заднія нижнія части легкихъ, по сторонамъ позвоночника. Крупозная пневмонія чаще занимаетъ одно легкое, притомъ не оказывая особаго предпочтенія нижней долѣ, такъ какъ приблизительно одинаково часто локализуется и въ верхнихъ доляхъ.

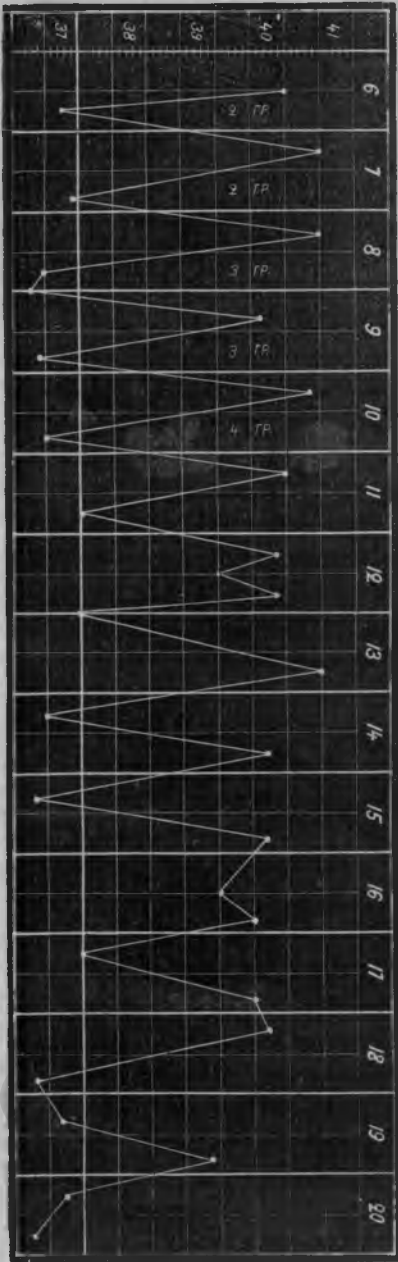


Рис. 4.

Если мы посмотримъ теперь, какъ развивается пневмонія при гриппѣ, то увидимъ, что *воспаленіе легкихъ при гриппѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ развивается по типу крупозной пневмоніи*, такъ какъ, во-1-хъ, появленію ея мелкопузырчатые хрипы и вообще симптомы капиллярнаго бронхита не предшествуютъ; во-2-хъ, уплотнѣніе и бронхіальное дыханіе является при ней сразу на пространствѣ цѣлой доли легкаго; въ-3-хъ, она локализуется одинаково часто какъ въ нижнихъ, такъ и верхнихъ доляхъ.

Ziemssen придаетъ большое значеніе въ дѣлѣ, насъ занимающемъ, ходу тем-

пературы (стр. 337): при крупозномъ воспаленіи легкихъ лихорадка отъ начала до конца постояннаго типа съ незначительными дневными колебаніями и кончается кризисомъ; при катарральной пневмоніи температура вообще не

достигаетъ такой высоты и отличается непостоянствомъ, сильными колебаніями въ теченіе сутокъ и кончается лизисомъ, въ теченіе 3—7 дней. Теченіе крупозной пневмоніи очень острое: она внезапно начинается, стоитъ нѣсколько дней на извѣстной высотѣ и черезъ 7—11 дней кончается такъ же быстро, какъ началась. Катарральная пневмонія развивается постепенно, долго остается на асте и кончается медленно, въ теченіе нѣсколькихъ дней.

При гриппозныхъ пневмоніяхъ мы встрѣчаемся съ образчиками того и другого типа, причемъ и тѣ и другія обыкновенно односторонни. Такъ при очень остромъ гриппѣ воспаленія легкаго текутъ тоже остро и совершенно соотвѣтствуютъ крупозной пневмоніи, къ категоріи которыхъ относятся авторами, считающими ихъ за центральныя воспаленія; разница лишь въ томъ, что пневмоніи при гриппѣ въ среднемъ выводѣ нѣсколько большей продолжительности и что часто онѣ оканчиваются не столь рѣзкимъ кризисомъ.

При затяжномъ гриппѣ, напротивъ, пневмонія по своей продолжительности нисколько не уступаетъ катарральной; она затягивается на нѣсколько недѣль и сопровождается лихорадкой не особенно высокой и совершенно неправильной, — словомъ, какъ будто все такъ, какъ при катарральной пневмоніи. Но дѣло въ томъ, что запутанное теченіе этихъ случаевъ можно объяснить совокупностью цѣлаго ряда отдѣльныхъ приступовъ крупозной пневмоніи, — другими словами, здѣсь повторяется то же самое, что бываетъ при такъ называемыхъ бродячихъ крупозныхъ пневмоніяхъ.

Итакъ, гриппозныя пневмоніи по этиологіи должны быть отнесены къ пневмоніямъ катарральнымъ, по развитію физикальныхъ симптомовъ и по мѣсту — къ крупознымъ, а по лихорадкѣ — то къ тѣмъ, то къ другимъ.

Про нихъ можно сказать буквально то же самое, что говоритъ Ziemssen по поводу пневмоніи коревой на стр. 315 своего сочиненія, уже много разъ нами цитированнаго, а именно, что при коревыхъ пневмоніяхъ намъ нерѣдко встрѣчаются случаи, не допускающіе опредѣленнаго заключенія о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ распространенной (генерализированной) бронхо-пневмоніей или съ крупознымъ воспаленіемъ легкаго, если только не слѣдить за лихорадкой термометромъ. (При гриппѣ, какъ мы видѣли, и термометръ не рѣшаетъ дѣла.) Физикальныя явленія совершенно тѣ же, что при крупозной. Распространенное уплотнѣніе, ~~далеко не~~ всегда занимающее нижнія доли, но иногда начинающееся съ средней или ~~верхнихъ~~ долей, появляется при сильныхъ общихъ явленіяхъ въ теченіе 36—48 часовъ. Со стороны физикальныхъ признаковъ уплотнѣніе представляется компактнымъ и равномернымъ съ нормальнымъ или усиленнымъ голосовымъ сотрясеніемъ, бронхофоніей, бронхиальнымъ дыханіемъ и большею частью съ громкими, мелкопузырчатыми хрипами. Но и эти мелкопузырчатые хрипы, вообще говоря весьма характерныя для катарральной пневмоніи, отсутствуютъ такъ же часто, какъ и нѣкоторые другіе отличительные моменты, каковы, напр., начало съ нижнихъ долей, двусторонность появленія, первоначальная неравномѣрность и неопредѣленность физикальныхъ явленій. Вначалѣ и лихорадка при коревой пневмоніи показываетъ большое сходство съ пневмоніей крупозной: она много интенсивнѣе, чѣмъ при большинствѣ катарральныхъ пневмоній, развивающихся изъ бронхита и коклюша; температура колеблется между

39 и 41° и показывает очень незначительныя утрення ремисси. Рѣзкую разницу Z. видитъ въ дальнѣйшемъ ходѣ лихорадки: „въ то время, какъ при крупозной пневмоніи въ большинствѣ случаевъ мы замѣчаемъ внезапное паденіе температуры, при критическихъ явленіяхъ, при кори мы почти постоянно встрѣчаемся съ медленнымъ окончаніемъ лихорадки, именно такъ, что нормальная температура наступаетъ не ранѣе 3—4 дней отъ начала дефервесценціи. Намеки на внезапное, критическое паденіе температуры встрѣчаются лишь въ немногихъ случаяхъ, но тогда или дефервесценція оказывалась преходящей, временной, или же быстрое паденіе прерывалось на короткое время интеркуррентными повышеніями.

„Однимъ словомъ, заканчиваетъ Z., мы не находили при коревыхъ пневмоніяхъ правильнаго теченія лихорадки, столь свойственнаго пневмоніямъ крупознымъ, и въ особенности не могли доказать какого-либо значенія въ этихъ случаяхъ критическихъ дней“.

Конечный выводъ будетъ тотъ, что *при гриппѣ мы имѣемъ переходныя формы пневмоніи, которыя съ одинаковымъ правомъ могутъ быть отнесены какъ къ катарральнымъ, такъ и къ крупознымъ, но къ послѣднимъ онѣ подходятъ ближе.*

По поводу другихъ осложненій гриппа можно сказать, что любой катарръ, служащій выраженіемъ гриппа, можетъ при случаѣ усилиться до такой степени, что выступаетъ на первый планъ и является какъ будто осложненіемъ; это относится, напр., къ ангинѣ, ларингиту, иносу и въ особенности къ катарру средняго уха. Послѣдній дѣлается иногда гнойнымъ и ведетъ къ прободенію барабанной перепонки. Для полнаго прекращенія течи въ такомъ случаѣ требуется недѣли три и даже больше. Слухъ восстанавливается обыкновенно вполне.

У дѣтей, наклонныхъ къ туберкулезу, гриппъ легко можетъ послужить толчкомъ къ развитію туберкулеза легкихъ или мозговыхъ оболочекъ.

Припадки и теченіе эпидемическаго гриппа (инфлуэнцы).

Подъ именемъ инфлуэнцы (пандемическій или настоящій гриппъ) мы понимаемъ общую инфекціонную и заразительную болѣзнь, весьма быстро распространяющуюся среди населенія и характеризующуюся сильнымъ, но не продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и разнообразіемъ локализаций въ особенности на слизистыхъ оболочкахъ и въ нервной системѣ. Инфлуэнца характеризуется чрезвычайнымъ разнообразіемъ припадковъ, такъ что, смотря по обладанію тѣхъ или иныхъ симптомовъ, нѣкоторые авторы различаютъ разные формы этой болѣзни, каковы напр. *influenza cephalica* (спячка, сильный бредъ, безсознательное состояніе) *abdominalis s. gastrica* (потеря аппетита, рвота, боль живота, поносъ), *neuralgica* (боли по направленію периферическихъ нервовъ, а также въ спинѣ и въ конечностяхъ), *catarrhalis s. thoracica* (катарры и воспаленія дыхательныхъ органовъ). Общими признаками всѣхъ этихъ формъ являются, кромѣ быстрого и обширнаго распространенія эпидеміи и повальнаго заболѣванія людей всѣхъ возрастовъ, внезапное начало болѣзни въ видѣ бы-

страго поднятія температуры съ сильной головою болью и съ значительной общою слабостью при короткой продолжительности: неосложненные случаи кончаются въ 2—4 дня большею частью при критическомъ паденіи температуры и обильномъ потѣ.

Въ эпидемію 1889—90 г. у взрослыхъ субъектовъ на первый планъ выступали нервные (болевые) симптомы, тогда какъ катарры дыхательныхъ органовъ (составляющіе обыкновенно существенную принадлежность инфлуэнцы) или вовсе отсутствовали, или являлись поздно, лишь по окончаніи лихорадки. Болѣзнь почти всегда начиналась внезапно (рѣдко послѣ 1—2-дневнаго недомоганія) знобомъ и сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (39—40,5° на первый вечеръ), одновременно съ которымъ появлялись различныя боли: головная боль преимущественно во лбу, боль въ глазныхъ мышцахъ (усиливалась при движеніи глазъ), въ поясницѣ и ногахъ, особенно въ икрахъ; сравнительно рѣже появлялись боли и въ другихъ мѣстахъ, напр. въ видѣ общей гиперестезіи кожи, межреберныхъ невралгій, мигреней, а также и артралгій.

Къ числу постоянныхъ симптомовъ принадлежали также потеря аппетита, большая слабость, головокруженіе при попыткахъ встать, бессонница, рѣже бредъ или сонливость. Всѣ поименованныя боли, гдѣ бы онѣ ни появлялись, характеризовались внезапностью своего появленія или быстротой развитія и тѣмъ, что не сопровождались какими-либо симптомами воспаленія (не было ни красноты, ни припухлости, ни повышенія мѣстной температуры въ болѣзненныхъ частяхъ), и, наконецъ, тѣмъ, что онѣ были непродолжительны и быстро исчезали вслѣдъ за превращеніемъ лихорадочнаго состоянія, и только въ видѣ исключенія оставались иногда невралгіи на болѣе или менѣе продолжительное время въ періодѣ выздоровленія; напротивъ того, потеря аппетита и общая слабость почти у всѣхъ больныхъ оставались недѣли на 2—3, что совершенно не соотвѣтствовало ни продолжительности, ни силѣ лихорадочнаго состоянія.

Какъ уже сказано, въ послѣднюю эпидемію инфлуэнцы во многихъ случаяхъ все дѣло ограничивалось только одними этими нервными припадками, да лихорадочнымъ состояніемъ, при полномъ отсутствіи какихъ-либо катарровъ, что и было причиной того, что въ началѣ эпидеміи многіе врачи не желали признавать ее за инфлуэнцу, а считали или за денги (въ особенности французскіе врачи), или за какую-то недостаточно обособленную инфекціонную форму, а существованіе значительнаго числа abortивныхъ случаевъ, протекавшихъ съ однодневнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, безъ катарровъ, при очень умѣренныхъ боляхъ и безъ упадка силъ, подавало поводъ нѣкоторымъ врачамъ считать эту болѣзнь за febris ephemera. Но такъ какъ, съ одной стороны, подобныя безкатарральныя формы инфлуэнцы описывались и въ прежнія эпидеміи, а съ другой стороны и во время прошлогодней эпидеміи къ нервнымъ симптомамъ нерѣдко присоединялись и характерные катарры, то насчетъ дѣйствительнаго существованія инфлуэнцы въ концѣ концовъ не осталось ни малѣйшаго сомнѣнія.

Катаррами всего чаще поражались дыхательные органы и выражались они насморкомъ, слезотеченіемъ, краснотой зѣва, хрипотой и кашлемъ; рѣже наблюдались желудочныя явленія въ видѣ рвоты, а иногда и поноса (но запоры встрѣчались значительно чаще). У большинства больныхъ кашель появлялся поздно,

т.-е. уже по прекращеніи лихорадки и исчезаніи болей; но что придавало особую окраску этимъ катаррамъ, такъ это то, что они отличались какъ бы нервнымъ характеромъ, такъ, напр., насморкъ сопровождался очень сильною болью во лбу надъ переносею; ларинготрахеитъ — спазмическимъ, сухимъ, сильнымъ кашлемъ, кончавшимся иногда рвотой и напоминавшимъ коклюшъ; трахеобронхитъ — сильною болью вдоль sternum и стѣсненіемъ дыханія (одышкой), несмотря на отсутствіе объективныхъ симптомовъ бронхита, могшихъ бы объяснить одышку и сильный кашель; въ случаѣ рвоты больные жаловались нерѣдко на боль подъ ложечкой, а при поносѣ — на боль живота.

Изъ числа симптомовъ, встрѣчавшихся хотя бы и въ меньшинствѣ случаевъ, но до нѣкоторой степени затруднявшихъ діагностику и подававшихъ поводъ къ смѣшенію инфлуэнцы съ денги, заслуживаютъ упоминанія боли въ сочлененіяхъ, особенно въ колѣняхъ (безъ воспалительныхъ явленій) и различныя сыпи, то въ видѣ уртикари, то напоминающія корь или скарлатину.

Продолжительность инфлуэнцы у взрослыхъ въ легкихъ случаяхъ равнялась 1—2 днямъ, въ среднихъ и тяжелыхъ отъ 3 до 6, рѣже до 20 дней, а при осложненіяхъ значительно больше. Изъ этихъ послѣднихъ самыми важными (въ смыслѣ частоты и опасности) были различныя формы воспаления легкихъ, протекавшія то въ видѣ катарральной пневмоніи, то какъ крупозная, иногда въ сопровожденіи плеврита. Подобнаго рода осложненія всего чаще встрѣчались у субъектовъ, слишкомъ рано оставившихъ комнату; у таковыхъ же всего чаще наблюдались и рецидивы инфлуэнцы или повторныя заболѣванія ею. Впрочемъ, ранній выходъ на воздухъ отнюдь нельзя считать за необходимое условіе для развитія пневмоніи или рецидивовъ, такъ какъ и то и другое наблюдалось и у вполне осторожныхъ людей. Нѣкоторые переносили 2 и даже 3 рецидива, отдѣленныхъ другъ отъ друга промежуткомъ времени въ 1—2—5 дней. Характеръ и сила рецидивныхъ приступовъ мало чѣмъ отличались отъ перваго.

Что касается симптомовъ инфлуэнцы *въ детскомъ возрастѣ*, то несомнѣнно, что въ эпидемію 1889 года, какъ и во многихъ предыдущихъ, дѣти захварывали не такъ сильно, какъ взрослые; *у дѣтей очень часто отсутствовали не только катарры, но даже и боли въ поясницѣ и въ икрахъ*; сплошь и рядомъ дѣти 8—10 лѣтъ не жаловались на эти боли даже и при вопросахъ о нихъ, такъ что вся болѣзнь выражалась у дѣтей внезапнымъ наступленіемъ лихорадочнаго состоянія (39—40°), головою болью и общею слабостью; черезъ 2—3 дня всѣ припадки исчезали, и діагностика инфлуэнцы могла быть установлена только на основаніи характера эпидеміи и поголовнаго заболѣванія въ короткое время всѣхъ членовъ семьи. Кашель не появлялся ни во время лихорадочнаго приступа, ни по окончаніи лихорадки не только у здоровыхъ до тѣхъ поръ дѣтей, но даже и у такихъ, которыя были расположены къ бронхитамъ; изъ 218 случаевъ Comby кашель отмѣченъ только у 1/2; да и то большею частью отъ фарингита, а бронхитъ составлялъ исключеніе; мало того, онъ приводитъ 5 случаевъ хроническаго бронхита, изъ которыхъ въ трехъ кашель не усилился подъ влияніемъ инфлуэнцы, а въ другихъ случаяхъ подостраго бронхита, оставшагося послѣ кори и бронхоневмоніи, наступило даже замѣтное улучшеніе, какъ только дѣти заболѣли инфлуэнцей. Но зато въ дѣт-

скомъ возрастѣ значительно чаще появлялась *тошнота*, повторная *рвота* въ началѣ заболѣванія (у Comby изъ 218 случаевъ — 135 разъ) и носовыя кровотечения; поносы, напротивъ, встрѣчались такъ же рѣдко, какъ и у взрослыхъ (около 8% — Comby). Сравнительная легкость заболѣванія дѣтей выражалась, между прочимъ, короткостью періода выздоровленія (у нихъ раньше возвращался аппетитъ и восстанавливались силы) и рѣдкостью развитія осложненія вообще и пневмоній въ особенности. (На сколько тутъ имѣло значеніе предохранительное выдерживаніе въ комнатѣ въ теченіе первыхъ дней послѣ прекращенія лихорадки, — сказать, конечно, трудно; но во всякомъ случаѣ вѣрно то, что пневмонія встрѣчалась несравненно рѣже, чѣмъ при нашемъ эндемическомъ гриппѣ, который, кстати сказать, во время господства инфлуэнцы почти совсѣмъ исчезъ.)

Различныя сыпи изрѣдка встрѣчались и у дѣтей; онѣ ничѣмъ не отличались отъ сыпей у взрослыхъ; въ одномъ изъ случаевъ, встрѣтившихся мнѣ въ частной практикѣ, дѣвочка 7 лѣтъ, страдавшая лихорадочнымъ состояніемъ, сухимъ кашлемъ и насморгомъ, представила мнѣ образчикъ папулезно-пятнистой гриппозной сыпи, до такой степени похожей на корь, что въ другое (не эпидемическое) время я безъ колебаній высказался бы за корь, но теперь, въ виду инфлуэнцы у ея младшей сестры и у матери, а также въ виду того, что сыпь пощадилла лицо и слизистую оболочку мягкаго нѣба, а на туловищѣ была слишкомъ скудно разбросана, я отложилъ рѣшеніе вопроса до слѣдующаго дня и въ концѣ концовъ высказался за гриппозную сыпь на томъ основаніи, что у нашей больной сыпи не прибавилось, а у ея сестры не появилось вовсе.

Изъ другихъ симптомовъ, могущихъ быть причиной неправильной діагностики, слѣдуетъ упомянуть, во-первыхъ, объ общихъ судорогахъ и, во-вторыхъ, объ отежной припухлости вѣкъ и лица.

Несмотря на быстрое повышеніе температуры въ началѣ инфлуэнцы, общія судороги при ней встрѣчались рѣдко. Изъ 218 случаевъ Comby эклампсія отмѣчена только 4 раза; въ моей частной практикѣ я видѣлъ всего два случая судорогъ въ началѣ заболѣванія, да и то это были дѣти, уже и прежде не разъ имѣвшія судороги при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. У мальчика 4 лѣтъ температура доходила до 40°, а у дѣвочки 8 лѣтъ до 41,6; приступъ эклампсін у послѣдней продолжался почти безъ перемежекъ въ теченіе часа слишкомъ, при чемъ судороги были почти исключительно въ лѣвой половинѣ тѣла и въ лицѣ. Оба эти случая кончились скорымъ выздоровленіемъ, такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи инфлуэнца оказалась у нихъ въ легкой формѣ.

Небольшой отекъ лица въ немногихъ случаяхъ, встрѣтившихся мнѣ, появлялся у больныхъ въ періодъ выздоровленія и не сопровождался альбуминурией.

Печень и селезенка при инфлуэнцѣ у дѣтей обыкновенно не увеличиваются замѣтнымъ образомъ (Раухфусъ, Comby). Въ общемъ можно сказать, что инфлуэнца у дѣтей въ эпидемію 1889 года, а также и въ слѣдующіе годы почти никогда не вела за собой тяжелыхъ осложненій и, вообще, отличалась замѣчательною доброкачественностью даже и у слабыхъ дѣтей.

Въ теченіе 1897—98 годовъ намъ встрѣтилось нѣсколько случаевъ, которые мы считали себя въ правѣ отнести къ категоріи *затяжной формы инфлуэнцы*. Подобные случаи попадались намъ не только въ одиночку, но и въ видѣ семейныхъ эпидемій, на основаніи которыхъ мы и пришли, наконецъ, къ заключенію, что имѣли дѣло съ затяжной или хронической инфлуэнцей. Въ типическихъ случаяхъ бываетъ такъ: въ извѣстной семьѣ появляется лихорадочная болѣзнь, по всѣмъ признакамъ — инфлуэнца; заболѣваютъ взрослые и дѣти; у кого болѣзнь выражается только общимъ недомоганіемъ, у кого, кромѣ того, еще насморкомъ и кашлемъ, и черезъ короткое время всѣ выздоравливаютъ кромѣ одного или двухъ членовъ семьи, у которыхъ кашель хотя и прекратился, но полного выздоровленія не наступаетъ — остаются потеря аппетита и общая слабость, усиливающаяся въ извѣстное время дня, большею частью отъ 12 до 3—4 час.; въ это время появляется иногда легкое познабливаніе и головная боль, а слабость увеличивается до того, что больной охотно ложится въ постель; чрезъ 2—4 часа періодъ ухудшенія заканчивается нерѣдко потомъ или замѣтною испариной, послѣ чего больной очень скоро приходитъ въ прежнее состояніе небольшого недомоганія; ¹⁰ во время ухудшенія доходитъ до 38—38,5 но не падаетъ до нормы и во время улучшенія (37,3—5). Въ общемъ болѣзнь напоминаетъ нерѣзко выраженную малярію, но, несмотря на *многочетельное* теченіе лихорадки, селезенка остается нормальной величины, плагмодій Laveran'a въ крови не оказывается, хининъ, мышьякъ (даже и при подкожныхъ впрыскиваніяхъ) и др. противомаларійныя средства замѣтнаго вліянія на теченіе болѣзни не оказываютъ. По отношенію къ другимъ симптомамъ изслѣдованіе даетъ отрицательные результаты: языкъ чистъ, аппетитъ до нѣкоторой степени сохраненъ, отрыжекъ и тошноты нѣтъ, на низѣ нормально или склонность къ запору, боли живота нѣтъ, моча безъ бѣлка; *насморка* и *кашля* обыкновенно не бываетъ, поты встрѣчаются не у всѣхъ больныхъ, но иногда они очень обильны; субъективныя жалобы только на общее недомоганіе, которое усиливается въ извѣстное время дня; головная боль тоже не у всѣхъ; печень и селезенка обыкновенно не увеличиваются. Въ общемъ можно сказать, что самымъ характернымъ симптомомъ является лихорадочное состояніе, для объясненія котораго нельзя открыть никакой мѣстной причины. Этой лихорадкѣ свойственны два главныхъ качества: во-1-хъ, она *очень продолжительна* (тянется отъ 6 недѣль до 3 мѣсяцевъ и больше) и, во-2-хъ, выражается лишь *незначительнымъ повышеніемъ* температуры. У насъ записано нѣсколько случаевъ (см. Медіц. Обозр. 1899 г. № 1), въ которыхъ ¹⁰ колебалась даже въ предѣлахъ нормы, но тѣмъ не менѣе больные видимо лихорадили; это замѣтно было по ихъ вялости и слабости, увеличивавшейся въ извѣстное время дня; у нѣкоторыхъ наблюдалось ежедневное познабливаніе и обильные поты.

На возможность безлихорадочнаго теченія инфлуэнцы даже и въ острыхъ случаяхъ указываютъ многіе авторы (Leichtenstern, Eichorst и др). Диагностика всѣхъ этихъ случаевъ и имъ подобныхъ основывалась главнымъ образомъ на этиологіи, т.-е. на характерѣ семейной эпидеміи, но также и на возможности исключить малярію и какія бы то ни было другія причины лихорадки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроничность инфлуэнцы (пробываніе инфекціи въ организмѣ) выражалась упорнымъ повтореніемъ отдѣльныхъ, короткихъ (1—3-дневныхъ) приступовъ инфлуэнцы черезъ различные промежутки времени въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Эти приступы ничѣмъ существеннымъ отъ обыкновенной, кратковременной инфлуэнцы не отличаются; въ однихъ случаяхъ ^{то} быстро поднимается градусъ до 40 и больше, въ другихъ она остается почти нормальной; катарры дыхательныхъ органовъ часто отсутствуютъ; знобы съ началѣ пароксизма и поты въ концѣ бывають не всегда; приступъ продолжается 1—3 дня.

Изъ *осложненій* инфлуэнцы самыми важными мы считаемъ воспаленіе легкихъ и менингитъ.

Что касается до характера инфлуэнчныхъ пневмоній, то какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей онѣ протекали различно, то очень остро, напоминая рп. сцирроза, то подостро — какъ типическая рп. catarrhalis, и въ общемъ про нихъ можно сказать то же самое, что сказано нами про гриппозныя воспаленія легкаго, т.-е. что какъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, такъ и со стороны клинической онѣ относятся большею частью къ категоріи переходныхъ формъ пневмоніи: позднее выясненіе, неправильный ходъ лихорадки, не критическое окончаніе, склонность къ затяжному теченію, часто вслѣдствіе бродячаго характера воспаленія — все это признаки общіе какъ для пневмоніи дѣтскаго гриппа, такъ и для госпаленій легкаго при настоящей инфлуэнцѣ.

Картина *воспаленія мозговыхъ оболочекъ* встрѣчалась нами у дѣтей въ двухъ формахъ: въ однихъ случаяхъ она очень напоминала картину остраго цереброспинальнаго менингита, въ другихъ — менингита туберкулезнаго. Въ обоихъ случаяхъ болѣзнь начиналась съ лихорадочнаго состоянія, повторной рвоты и запора, съ тою лишь разницей, что при острой формѣ очень рано появлялось сведеніе затылка, тогда какъ при второй вслѣдъ за рвотой развивалась апатія и сонливость вмѣстѣ съ нѣкоторымъ замедленіемъ пульса и даже неправильностью его. Черезъ нѣсколько дней наступало полное выздоровленіе, чѣмъ и выяснялась истинная натура этихъ *ложныхъ менингитовъ*, патогенезъ которыхъ можетъ быть сведенъ или на вліяніе инфлуэнчныхъ токсиновъ, или на гиперемію мозговыхъ оболочекъ; въ пользу послѣдняго предположенія можно привести то, что по описанію французскихъ авторовъ оказывается, что pseudomeningitis grippalis („forme pseudo-meningitique de la grippe“) кромѣ рвоты, головной боли и сведенія затылка сопровождается иногда и другими очень недвусмысленными мозговыми симптомами, каковы косоглазіе, неравенство зрачковъ, скрежетъ зубовъ, общая гиперестезія и неправильность дыханія и пульса. Подобные случаи, кончающіеся быстрымъ выздоровленіемъ составляютъ переходъ къ случаямъ настоящаго менингита, который тоже встрѣчается иногда при инфлуэнцѣ и который доказанъ вскрытіемъ. Анатомически такіе случаи характеризуются или какъ meningitis purulenta поверхности полушарій съ присутствіемъ въ экссудатѣ обыкновенныхъ гноеродныхъ кокковъ однихъ или вмѣстѣ съ бактеріями Pf., или до гноенія дѣло не доходитъ, а при вскрытіи находятъ только гиперемію мозговыхъ оболочекъ и самаго мозга и серозное пропитываніе послѣдняго съ скопленіемъ прозрачной жидкости въ мозговыхъ желудочкахъ (meningitis serosa).

Предсказаніе.

Теченіе гриппа какъ нашего, такъ и эпидемическаго крайне неопредѣленное и неправильное, а потому и предсказаніе при немъ относительно продолжительности не можетъ быть точнымъ, но *quo ad vitam* предсказаніе весьма хорошо, такъ какъ гриппъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ кончается выздоровленіемъ, даже и при осложненіи пневмоніей. Чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ слабѣе организмъ, тѣмъ *ceteris paribus* хуже предсказаніе; хроническое теченіе, располагая къ развитію хронической пневмоніи и даже туберкулеза, всегда серьезно, особенно для субъектовъ, перенесшихъ прежде воспаленіе легкихъ и плевры или имѣющихъ наследственное расположеніе къ чахоткѣ. Возможность переѣзда больного въ теплый климатъ во всѣхъ случаяхъ улучшаетъ предсказаніе.

Абортивные случаи, какъ уже упомянуто, кончаются въ 1—2 дня, но обыкновенно лихорадка держится 4—7—10 дней; въ тяжелыхъ случаяхъ гриппа, въ особенности при пневмоніяхъ, продолжительность зависитъ отъ характера гриппа; если слизистыя оболочки поражаются быстро другъ за другомъ, то и теченіе гриппа въ такихъ случаяхъ очень остро, такъ что до кривиса проходитъ 1, много 2¹/₂ недѣли; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, гриппозная пневмонія течетъ вяло, затягиваясь на нѣсколько недѣль и даже на цѣлые мѣсяцы. Въ такихъ, чрезвычайно неблагоприятныхъ случаяхъ гектическая форма лихорадки, съ вечерними ожесточеніями и утренними ремиссіями, до крайности истощаетъ безъ того уже ослабѣвшій подъ вліяніемъ постоянного кашля и поноса организмъ; лимфатическія шейныя и паховыя железы припухаютъ, и больной, наконецъ, можетъ умереть отъ истощенія, нерѣдко съ діагнозомъ „чахотки“.

Дифференціальная діагностика.

I. Эндемическій гриппъ. Объ отличіи эндемическаго гриппа отъ инфлюэнцы было уже сказано, здѣсь же прибавимъ только, что легкія катарральныя формы инфлюэнцы по припадкамъ нисколько не отличаются отъ обыкновенныхъ случаевъ мѣстнаго гриппа; болѣе тяжелыя формы катарральной инфлюэнцы могутъ быть узнаны по сопутствующимъ болямъ въ поясницѣ и въ ногахъ, отъ которыхъ не совсѣмъ избавлены и дѣти.

1. Отъ *остраго катарра бронховъ*, съ которымъ всего чаще смѣшивается гриппъ, послѣдній отличается, во-первыхъ, эпидемическимъ распространеніемъ и заразительностью; во-вторыхъ, тѣмъ, что кромѣ бронховъ поражаются и другія слизистыя оболочки; въ-3-хъ, что высота температуры, продолжительность лихорадки и сила или частота кашля не соотвѣтствуютъ объективнымъ признакамъ катарра; въ-4-хъ, что катарры при гриппѣ долго не разрѣшаются, несмотря на постельное содержаніе больного, и, наконецъ, въ-5-хъ, что при гриппѣ часто поражается и нервная система, особенно при инфлюэнцѣ.

2. Въ теченіе первыхъ сутокъ діагностика можетъ колебаться между гриппомъ и періодомъ *предвестниковъ кори*; характеръ красноты слизистой оболочки

зѣва, вѣкъ и рта всего лучше рѣшаетъ дѣло: при кори краснота этихъ слизистыхъ оболочекъ, въ особенности мягкаго и твердаго нѣба, всегда бываетъ пятнистая; при гриппѣ же, какъ въ обыкновенныхъ катаррахъ — сплошная. Признакъ этотъ оспаривается *Tigri* (Ziemssen's Handbch. d. Infectionskrank. T. II, S. 540), по наблюденіямъ котораго коревидныя пятна на слизистой оболочкѣ нѣба постоянно встрѣчаются и при гриппѣ. При вскрытіи умершихъ отъ гриппа *Tigri* находилъ подобную высыпь также на слизистой оболочкѣ гортани и трахеи. Это наблюденіе *Tigri* при нашихъ эпидеміяхъ, равно какъ и въ эпидемію инфлуэнцы 1889 года, рѣшительно не подтверждается, а потому упомянутое нами отличіе гриппа отъ періода предвѣстниковъ кори остается во всей своей силѣ, несмотря на протестъ *Tigri*.

Вторымъ критеріемъ можетъ служить характеръ эпидеміи; понятно, что если въ извѣстной семьѣ, въ которой есть уже коревой больной, кто-либо изъ дѣтей заболѣваетъ насморкомъ и слезотеченіемъ, то мы скорѣе предположимъ у него корь, а не гриппъ, хотя бы въ зѣвѣ и не было пятнистой красноты, такъ какъ при кори она бываетъ далеко не всегда.

Наконецъ, третій, хотя и менѣе важный, признакъ мы имѣемъ въ *чиханіи*, которое въ періодъ предвѣстниковъ кори встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при гриппѣ, что зависитъ, можетъ-быть, отъ того, что при кори и свѣтлобоязнь бываетъ сильнѣе, а извѣстно, что подъ вліяніемъ сильнаго свѣта чиханіе является даже и у здоровыхъ людей, не имѣющихъ насморка.

3. Въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи гриппъ, протекая съ постоянной лихорадкой и, можетъ-быть, съ поносомъ, симулируетъ *тифъ*.

Диагностика основывается на томъ, что при отсутствіи симптомовъ, специально указывающихъ на тифъ, каковы тифозныя розеолы и опухоль селезенки, есть симптомы, совсѣмъ несвойственные тифу, но характерные для гриппа; самое важное значеніе въ этомъ смыслѣ принадлежитъ насморку и чрезмѣрной раздражительности. Относительно насморка слѣдуетъ отмѣнить тотъ важный для диагностики фактъ, что онъ продолжается иногда въ теченіе всей болѣзни, такъ что можетъ быть констатированъ врачомъ даже на 2-й или 3-й недѣлѣ болѣзни. Въ другихъ случаяхъ, впрочемъ, насморкъ кончается съ первыхъ дней.

Если насморкъ уже исчезъ, то весьма существенныя данныя получаютъ отъ анамнеза; хотя окружающіе больного и не могутъ иногда подробно разсказать развитія болѣзни, но они всегда въ состояніи отвѣтить на вопросъ, что явились прежде: кашель или поносъ? — а ужъ это одно очень важно. При гриппѣ, какъ правило, кашель съ самаго начала выступаетъ на первый планъ, а поносъ присоединяется гораздо позднѣе, обыкновенно въ концѣ 2-й или 3-й недѣли; при тифѣ же, наоборотъ, поносъ нерѣдко является раньше кашля. Второй критерій даетъ намъ методическое (по крайней мѣрѣ 3 раза въ день) измѣреніе температуры. Оно показываетъ, что при гриппѣ лихорадка неправильнаго, сильно ремиттирующаго типа (хотя и не во всѣхъ случаяхъ), при тифѣ же болѣе постояннаго. При всемъ томъ ошибка въ нѣкоторыхъ случаяхъ все-таки возможна, особенно если врачъ не имѣетъ въ виду гриппа. Далѣе слѣдуетъ помнить, что если, съ одной стороны, отсутствіе сыпи не исключаетъ еще тифа, то, съ другой стороны, и опухоль селезенки, по частотѣ ея появленія

у дѣтей (особенно въ хроническомъ видѣ, напр., при рахитизмѣ), не служить для него несомнѣннымъ доказательствомъ.

Важное діагностическое значеніе имѣетъ и возрастъ: до 2 лѣтъ тифъ встрѣчается рѣдко, тогда какъ гриппъ очень часто.

4. Если больной попадаетъ на руки врача съ признаками *лобарной пневмоніи*, то рѣшить вопросъ о томъ, произошла ли она изъ гриппа, или самостоятельно (*рпечт. sicurosa*), можно лишь при помощи анамнеза, такъ какъ въ періодъ появленія пневмоніи насморкъ можетъ уже исчезнуть. При этомъ слѣдуетъ обратить вниманіе: во-1-хъ, на начало болѣзни, т.-е. справиться о томъ, началась ли она сразу знобомъ и сильнымъ жаромъ, какъ это свойственно обыкновенной крупозной пневмоніи, или за нѣсколько дней до бурнаго проявленія болѣзни были уже предвѣстники въ видѣ насморка и, можетъ-быть, кашля; во-2-хъ, нѣтъ ли въ данной семьѣ другихъ случаевъ гриппа и, въ-3-хъ, когда появились физикальные признаки уплотнѣнія легкаго: при обыкновенной крупозной пневмоніи тупой звукъ появляется въ случаѣ пораженія нижнихъ долей на 2—3-й день, или на 5—6-й день при заболѣваніи верхнихъ; при гриппѣ воспаленіе легко выясняется очень нерѣдко еще позднѣе; въ-4-хъ, нѣкоторое діагностическое значеніе имѣетъ и возрастъ, — такъ какъ лобарныя пневмоніи у грудныхъ и у дѣтей до 2 лѣтъ въ большинствѣ случаевъ являются вслѣдствіе гриппа, между тѣмъ какъ у болѣе взрослыхъ дѣтей чаще встрѣчаются первичныя пневмоніи; въ-5-хъ, наконецъ, въ пользу гриппа говоритъ затяжное неправильное теченіе пневмоніи (припомнимъ, что бродячія воспаленія легкаго — гриппозныя — чаще встрѣчаются у грудныхъ) и, можетъ быть, эпидемичность случаевъ, а также и не очень критическое окончаніе лихорадки.

5. Очень затянувшійся гриппъ съ истощеніемъ организма при недостаткѣ анамнеза иногда не можетъ быть признанъ, такъ какъ картина болѣзни слишкомъ похожа на *бугорчатку*.

Истощеніе, упорная, неправильнаго типа лихорадка, сильный кашель, иногда при незначительныхъ явленіяхъ со стороны легкихъ, или съ симптомами затянувшейся пневмоніи, нерѣдко даже въ верхней долѣ, поносы — все это признаки, свойственные и гриппу, и бугорчаткѣ.

Для правильной оцѣнки случая важно знать начало болѣзни (насморкъ) и отсутствіе наследственнаго расположенія къ бугорчаткѣ; далѣе въ пользу гриппа можетъ говорить существованіе эпидеміи, время года и отсутствіе *бациллъ въ мокротѣ* (если есть мокрота). Изъ симптомовъ, говорящихъ въ пользу остраго милиарнаго туберкулеза, особенно цѣны два: чрезмѣрная частота дыханія, не соответствующая незначительности физикальныхъ признаковъ со стороны легкихъ, и, во-2-хъ, присутствіе бугорковъ на *chorioides*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вопросъ рѣшается благоприятнымъ исходомъ, такъ, напр., блистательные результаты климатическаго лѣченія въ такихъ случаяхъ говорятъ, конечно, въ пользу гриппа. Несомнѣнно, что при известномъ расположеніи затянувшійся гриппъ можетъ дать поводъ къ развитію бугорчатки, и узнать такой исходъ возможно лишь при изслѣдованіи мокроты на присутствіе Кош'овскихъ бациллъ. Въ одномъ случаѣ, относившемся къ 6-лѣтней дѣвчкѣ, затянувшійся гриппъ закончился ясно выраженной картиной туберкулезнаго менин-

гита, причѣмъ недѣли за двѣ до летальнаго исхода кашель и вообще легочныя явленія совершенно исчезли, но насморкъ оставался почти до конца, послѣдовавшаго на 7-й недѣлѣ болѣзни. Правильная оцѣнка подобныхъ случаевъ возможна лишь при наблюденіи больного съ самаго начала заболѣванія.

II. Инфлуэнца. Мы уже говорили о томъ, что инфлуэнца отличается гораздо бблшимъ разнообразіемъ припадковъ, чѣмъ нашъ эндемическій гриппъ, а потому говоря о дифференціальной діагностикѣ, пришлось бы затрогивать очень много болѣзней, смотря по преобладанію того или иного симптома. Такъ напр., очень сильная головная боль съ самаго начала болѣзни, заставляющая ребенка метаться и стонать, обусловливаетъ сходство инфлуэнцы съ менингитомъ, особенно если кромѣ головной боли появляется еще повторная рвота и сведеніе затылка.

Въ другихъ случаяхъ сильная боль въ ногахъ, особенно въ сочлененіяхъ наводитъ врача на мысль о ревматизмѣ; повторная рвота съ лихорадочнымъ состояніемъ — на катарръ желудка (т. н. febris gastrica); боль въ поясницѣ — на оспу; катарральныя явленія со стороны носа, глазъ и гортани — на корь, особенно при наличности пятнистой сыпи на кожѣ; разлитыя эритемы — на скарлатину; отекая припухлость лица — на нефритъ. Мы зашли бы слишкомъ далеко, если бы вздумали подробно останавливаться въ діагностикѣ всѣхъ подобныхъ случаевъ; достаточно отмѣтить, что распознаваніе значительно облегчается характеромъ эпидеміи, т.-е. повальнымъ заболѣваніемъ и взрослыхъ, и дѣтей различными формами инфлуэнцы и нестойкостью припадковъ послѣдней; колебанія врача не могутъ продолжаться долѣе 2—3 дней, такъ какъ послѣ этого срока симптомы инфлуэнцы начинаютъ уже стихать.

Въ спорадическихъ случаяхъ инфлуэнцы, напр. въ началѣ эпидеміи или послѣ превращенія ея, діагностика можетъ быть установлена только при вполне выраженныхъ случаяхъ и главнымъ образомъ при наличности симптомовъ со стороны нервной системы въ видѣ упадка силъ, не соответствующаго ни силѣ, ни продолжительности лихорадочнаго состоянія и различнаго рода болей, о которыхъ уже не разъ было говорено. При существованіи катарровъ діагностика можетъ быть установлена путемъ бактериологическаго изслѣдованія носовой слизи или мокроты на бациллы Pf., такъ какъ они встрѣчаются также и въ случаяхъ спорадической инфлуэнцы.

Спорадическіе случаи *дѣтской* инфлуэнцы, отличающейся отсутствіемъ характерныхъ болей, а нерѣдко и катарровъ, не поддаются точной діагностикѣ, такъ какъ въ неэпидемическое время врачи относятъ подобныя неясно выраженыя формы, смотря по симптомамъ, то къ f. gastrica, то къ простудной и герпетической лихорадкѣ, то называютъ ихъ f. ephemera.

Инфлуэнца 1889 года, несмотря на пандемическое свое распространеніе, многими врачами особенно французскими принималась за денги (Dengue); вопросъ этотъ обсуждался, напр., въ медицинскомъ факультетѣ въ Beugouth'ѣ, и всѣ члены факультета пришли къ единогласному заключенію, что эпидемія конца 1889 г. была ничѣмъ инымъ какъ Dengue, но нѣсколько измѣненной, такъ какъ подѣ влияніемъ климатическихъ условій часто появлялись осложненія со стороны легкихъ. (Dengue — болѣзнь тропическихъ странъ, гдѣ она свирѣп-

ствуется въ видѣ такихъ же повальныхъ эпидемій, какъ у насъ инфлуэнца, но она протекаетъ всегда безъ катарровъ.)

За тождество нашей эпидеміи съ Dengue высказывается и Villard (l. c. p. 93). Интересующіеся этимъ вопросомъ найдутъ подробные доводы сторонниковъ Dengue въ *Semaine medicale* за 1890 г., №№ 1—10.

Сходство между Dengue и той эпидеміей инфлуэнцы, что господствовала въ Европѣ въ концѣ 1889 г., дѣйствительно очень большое; обѣ эти болѣзни поражаютъ громадное число жителей, обѣ онѣ относятся къ числу мiasmатически-контагіозныхъ болѣзней, обѣ наступаютъ внезапно среди полного здоровья, рѣдко послѣ 1—2-дневнаго періода предвѣстниковъ, въ видѣ общаго недомоганія съ головною болью и неопредѣленными болями въ спинѣ, и начинаются быстрымъ поднятіемъ температуры и болью головы, поясницы и въ конечностяхъ; обѣ кончаются критически чрезъ 2—3 или 5—7 дней, нерѣдко при обильномъ потѣ; въ обѣихъ болѣзняхъ наблюдаются рецидивы чрезъ 1—3 дня послѣ окончанія перваго приступа, или повторныя заболѣванія; наконецъ въ обѣихъ встрѣчаются и разнообразныя сыпи на кожѣ, въ видѣ пятнистыхъ или разлитыхъ эритемъ или кропивницы; сходство усиливается еще и тѣмъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ и при Dengue появляются катарры слизистыхъ оболочекъ носа, рта и зѣва, или диспнеа безъ катарра бронховъ. Со стороны органовъ пищеваренія въ обоихъ случаяхъ наблюдаются какъ постоянные симптомы, потеря аппетита, обложенный языкъ и склонность къ запору, а иногда также тошнота и рвота; далѣе обѣимъ свойственна бессонница, головная боль, носовыя кровотеченія, упадокъ силъ, медленное выздоровленіе. Предсказаніе въ обѣихъ болѣзняхъ благоприятное.

Отличія состоятъ въ томъ, что Dengue есть болѣзнь тропическихъ странъ, но и тамъ она держится главнымъ образомъ береговъ морей и большихъ рѣкъ, а внутрь материка почти не заходитъ; далѣе при Dengue боль въ конечностяхъ локализуется не столько въ мышцахъ, сколько въ сочлененіяхъ, причемъ послѣднія иногда припухаютъ, какъ при остромъ ревматизмѣ, чего при инфлуэнцѣ не бываетъ; рецидивы при Dengue являются почти что правиломъ, подобно какъ при рекуррентѣ, а также и сыпи на кожѣ почти никогда не отсутствуютъ, между тѣмъ какъ при инфлуэнцѣ и то и другое встрѣчается лишь въ меньшинствѣ случаевъ; главное же отличіе состоитъ въ томъ, что при Dengue почти никогда не бываетъ катарровъ дыхательныхъ органовъ. Итакъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ сходство между инфлуэнцей и Dengue можетъ быть полнымъ до степени тождества, но если по поводу послѣдней эпидеміи вопросъ о натурѣ болѣзни былъ безапелляціонно рѣшенъ въ пользу инфлуэнцы, то только на основаніи катаррального характера эпидеміи, по крайней мѣрѣ въ большомъ числѣ случаевъ.

Диагностика *хронической инфлуэнцы*, если она появляется въ видѣ семейной эпидеміи, — не трудна; распознаваніе же отдѣльныхъ случаевъ основывается на характерѣ лихорадочнаго состоянія (очень умѣренное и ежедневно одинаковое (безъ скачковъ) повышеніе t° или явно пароксизмообразное теченіе), его продолжительности и на возможности исключить какую-либо другую причину лихорадки; вначалѣ приходится имѣть въ виду главнымъ образомъ тифъ и малярію, а позднѣе миліарный туберкулезъ. По отношенію къ тифу важ-

ное значеніе имѣють отрицательные результаты изслѣдованія крови по Vidal'ю и мочи по Ehrlich'у (диазоуреакція); для исключенія интермиттента — ненахождение въ крови плазмодій, отсутствіе опухоли селезенки и безрезультатность лѣченія хининомъ. Въ случаяхъ хронической инфлуэнцы, выражающейся повтореніемъ отдѣльныхъ, короткихъ приступовъ сильнаго жара, противъ маляріи говорить отсутствіе опухоли селезенки и малярійной кахекии и еще то обстоятельство, что приступъ кончается одинаково скоро, независимо отъ того, принималъ ли больной хининъ или нѣтъ. Если приступъ продолжается 2—3 дня, то ^{то} все время стоитъ высоко, слѣдовательно интермиссій, характерныхъ для маляріи, не бываетъ.

При нѣкоторыхъ условіяхъ очень трудно исключить милиарный туберкулезъ; такъ напр., когда хроническая инфлуэнца поражаетъ ребенка изъ туберкулезной семьи, и когда кромѣ лихорадки наблюдается еще и кашель. Если бы даже вначалѣ и была хронич. инфлуэнца, но въ дальнѣйшемъ теченіи она осложнилась бы туберкулезомъ, и ребенокъ умеръ, напр., отъ менингита, то въ такомъ случаѣ врачъ признаетъ заднимъ умомъ не инфлуэнцу, а туберкулезъ. Если, съ другой стороны, больной не имѣетъ расположенія къ туберкулезу, инфлуэнца протекаетъ у него безъ катарровъ, ^{то} все время держится очень умѣренной высоты и течетъ, не дѣлая скачковъ ни кверху, ни внизу (что такъ не свойственно туберкулезной лихорадкѣ), и особенно еще если подобная лихорадка наблюдается и у другихъ членовъ семьи, то исключить острый милиарный туберкулезъ не трудно.

Л ѣ ч е н і е .

I. Эндемическій гриппъ. Предохрнительное лѣченіе требуетъ переѣзда въ страну, гдѣ нѣтъ эпидеміи, но удовлетворить этому требованію не всегда возможно, да притомъ гриппъ не такая опасная болѣзнь, отъ которой во что бы то ни стало нужно бы было бѣжать. Тому, кто не обязанъ по своимъ занятіямъ жить въ большомъ городѣ и кто имѣетъ хворыхъ и слабогрудыхъ дѣтей, расположенныхъ къ хроническимъ бронхитамъ, для которыхъ, слѣдовательно гриппъ можетъ считаться болѣе серьезною болѣзью, — всего лучше жить круглый годъ въ деревнѣ, такъ какъ не подлежитъ сомнѣнію, что *въ деревнѣ дѣти заболѣваютъ гриппомъ несравненно рѣже, чѣмъ въ столицахъ.* Для столичныхъ жителей можно рекомендовать какъ можно старательнѣе оберегать дѣтей отъ простуды посредствомъ, напр., теплаго обуванія ногъ на время прогулокъ; далѣе слѣдуетъ не выпускать маленькихъ дѣтей во время господства холоднаго сѣверо-восточнаго вѣтра, не сажать вспотѣвшихъ дѣтей на извозчика и проч. Противъ послѣдняго правила грѣшать очень часто тѣмъ, что отпускаютъ дѣтей въ отдаленную прогулку, а когда они устанутъ, то берутъ имъ извозчика; рациональнѣе было бы поступать наоборотъ: ѣхать отъ дому, а домой возвращаться пѣшкомъ. Грудныя дѣти, не выходящія на воздухъ, часто простужаются или отъ холодныхъ половъ, или отъ оконъ, хотя бы и хорошо замазанныхъ. Зимой стекло охлаждается значительно сильнѣе стѣнъ, и потому около оконъ всегда происходитъ токъ воздуха: холодный отходитъ отъ нихъ по низу въ комнату, а теплый сверху занимаетъ его мѣсто; понятно, что при существо-

ваніи щелей въ рамкахъ отъ оконъ дуетъ еще сильнѣе. Чтобы дѣти не простужались, всего лучше „закалить“ ихъ, приучивши къ холодной водѣ. Начинать это надо съ пеленокъ: новорожденнаго купаютъ обыкновенно въ водѣ 27—28° R.; въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ такъ и нужно, но мѣсяцевъ съ 4, или лѣтомъ даже и раньше, надо постепенно понижать т° ванны и дойти до 24 и даже до 23, и въ такой водѣ купать постоянно и лѣто и зиму до 2 лѣтъ; послѣ каждой ванны ребенка обливаютъ водой еще болѣе прохладной (20°). Послѣ двухъ лѣтъ ванны можно прекратить и остаться при однихъ обливаніяхъ въ 18—20°.

Если приходится приучать къ водѣ ребенка 3—4 лѣтъ и старше, то слѣдуетъ начинать это дѣло съ лѣта. Въ жаркое время года дѣти очень хорошо переносятъ обливанія, отъ которыхъ никогда не простужаются, если только не оставляютъ ихъ съ мокрыми волосами (короче остричь). Такія обливанія можно прямо начинать съ 22° и продолжать ихъ всю осень и зиму по утрамъ. Обливанія не только закалываютъ ребенка по отношенію къ простудѣ, но и вообще способствуютъ правильному развитію организма. Хорошо также приучать дѣтей съ мѣта бѣгать босикомъ по полу, съ цѣлью уменьшить чувствительность ногъ къ перемѣнамъ температуры: тогда и зимой не придется ихъ кутать и не надо будетъ бояться промачиванія ногъ, этой столь обыкновенной причины насморка и кашля.

Вѣрныхъ средствъ, купирующихъ болѣзнь, мы пока не знаемъ; салициловый натръ въ этомъ отношеніи, повидимому, совсѣмъ бесполезенъ; болѣе пользы можно ждать отъ хинина. Во многихъ случаяхъ (но не всегда) хининъ, данный въ большой дозѣ, въ самомъ началѣ заболѣванія, напр. на 1-й или на 2-й день, купируетъ болѣзнь; а потому мы всегда начинаемъ лѣченіе гриппа съ хинина, который прописываемъ въ порошокъ или въ растворѣ, разсчитывая по одному или по два дециграмма на годъ pro die, въ одинъ или два приема, напр. Rr. Chinini sulphurici 0,12—0,20 (gr. jj—jjj). D. t. dos. № 4. S. По 1 порошку утромъ и вечеромъ (для ребенка 2—3 лѣтъ) или Rr. Chin. muriatici 0,8—1,0 (gr. xjj—xvj), Aq. destill., Syr. rubi idaei aa 25,0 (звѣ.) MDS. По десертной ложкѣ утромъ и вечеромъ (для ребенка 3—4 лѣтъ). Успѣхъ при лѣченіи хининомъ долженъ наступать быстро, а потому если по истеченіи 2 сутокъ температура продолжаетъ стоять на прежней высотѣ или понижается незначительно, то дальнѣйшіе приемы хинина можно считать бесполезными, и чтобы не причинять ребенку непріятности горькимъ лѣкарствомъ, лучше совсѣмъ отказаться отъ него и перейти въ симптоматическому лѣченію. По поводу хинина слѣдуетъ еще замѣтить, что первый приемъ его, особенно у дѣтей до 4—5 лѣтъ, весьма часто извергается рвотой; этимъ обстоятельствомъ не слѣдуетъ смущаться, такъ какъ второй приемъ, данный минутъ черезъ 5—10 послѣ перваго, обыкновенно остается въ желудкѣ. Въмѣсто хинина можно взять почти безвкусный эйхининъ, который назначается въ дозахъ раза въ полтора или два болѣе чѣмъ хининъ, напр. Rr. Euchinini 0,3, Sacch. 0,2. D. t. dos. № 4. Два порошка въ день (ребенку 3—4 лѣтъ).

Что при лихорадочномъ состояніи больной долженъ оставаться въ равномерной температурѣ, всего лучше въ постели, это понятно само собой. Діета должна быть питательная, но не обременительная для желудка: супъ, молоко,

айца всмятку, при хорошемъ аппетитѣ одинъ разъ въ день какое-нибудь нежирное мясо; для питья — простая или зельтерская вода комнатной температуры, а если не противно ребенку, то зельтерская вода съ молокомъ.

При симптоматическомъ лѣченіи всего чаще приходится бороться съ кашлемъ, а у грудныхъ дѣтей и съ насморкомъ. Если насморкъ у грудного ребенка дѣлаетъ для него невозможнымъ сосаніе, то приходится давать ему молоко съ ложечки и способствовать скорѣйшему разрѣшенію насморка при помощи смазыванія слизистой оболочки носа мазью изъ желтой осадочной ртути: Rр. Hydr. oxud. flavi 0,05, Vaselini albi opt. 5,0. DS. Мазать въ носу кисточкой утромъ.

Лѣченіе кашля при гриппѣ ведется по тѣмъ же правиламъ, какъ и при обыкновенномъ бронхитѣ. Въ теченіе нѣсколькихъ дней приходится имѣть дѣло съ несноснымъ сухимъ кашлемъ, который вынуждаетъ прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ, изъ которыхъ всего чаще употребляются опій въ видѣ Доверова порошка и морфій. Назначая внутрь опій слѣдуетъ помнить, что для грудныхъ дѣтей, особенно новорожденныхъ, онъ принадлежитъ къ числу весьма сильно дѣйствующихъ средствъ, такъ что дѣтямъ очень слабымъ, недоношеннымъ, анемичнымъ, а также при обильномъ скопленіи отдѣляемаго въ бронхахъ, лучше вовсе не назначать опіатовъ. При дозировкѣ Доверова порошка я придерживаюсь правила: — не назначать его въ теченіе сутокъ болѣе числа лѣтъ ребенка, такъ напр., ребенку 6 мѣсяцевъ ($\frac{1}{2}$ года) я даю $\frac{1}{2}$ грана pro die (0,03) (въ 2 приема) годовому — гранъ и потомъ прибавляю по $\frac{1}{4}$ грана на годъ, напр., ребенку 3 лѣтъ — $1\frac{1}{2}$ (0,1) gr., для ребенка 7 лѣтъ $2\frac{1}{2}$ gr. (0,15) и т. д. Большіе приемы можно назначать только дѣтямъ, которыя уже принимали опій и доказали, что не обладаютъ къ нему чрезмѣрной восприимчивостью. Вообще слѣдуетъ предупреждать окружающихъ, чтобъ они давали лѣкарство только до наступленія сна. Морфій можно выписать въ растворѣ изъ 1 грана на унцію (Rр. Morphii muriatici gr. 0,05, Aq. destill. ꝑj. (25,0). MDS. какъ сказано) и давать по 2 капли на годъ, раза 2 въ день. Когда давать Доверовъ порошокъ и когда морфій — зависитъ отъ состоянія кишекъ, именно при запорахъ — лучше послѣдній, при наклонности къ поносу — опій.

Для маленькихъ, грудныхъ дѣтей вмѣсто опіатовъ лучше aq. laurocerasi съ водой. Rр. Aq. Laurocerasi gtt. v—vjjj, Natri bicarb. 0,2—4 (gr. j—vj), Aq. destill. 50,0 (ꝑjj). MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложечкѣ.

Кромѣ наркотическихъ при сухомъ кашлѣ показаны средства, способствующія разрѣшенію катарра или разжиженію слизи, каковы сода, нашатырь, бертолетова соль, апоморфинъ. Сода всего чаще примѣняется въ видѣ минеральной воды: Силезская, Оберзальцбрунъ, Эмская, Кренхенъ, Виши Грандъ-гриль и др. черезъ часъ по столовой ложкѣ per se, или пополамъ съ молокомъ. Нашатырь прописывается въ 1% микстурѣ (изъ 5 gr. на унцію) съ сиропомъ, напр. Rр. Ammon. muriatici 1,0 (gr. — xv), Inf. rad. ipescacuanh. e. 0,2—90 (gr. j—ꝑjjj), Syr. rubi idaei 10,0 (ꝑjj). MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (ребенку 3—5 лѣтъ). Такъ же прописывается и kali oxumuriat. Но я лично предпочитаю при сухомъ кашлѣ апоморфинъ. Средство это при подкожномъ употребленіи дѣйствуетъ какъ сильное рвотное ($\frac{1}{30}$ gr.), а черезъ желудокъ можетъ быть назначаемо въ сравнительно большихъ дозахъ, какъ

разрѣшающее; его смѣло можно прописывать въ растворѣ изъ 0,02 на 100 и давать отъ $\frac{1}{2}$ чайной до дес. ложки, смотря по возрасту. Апоморфинъ очень легко разлагается въ нейтральныхъ растворахъ, а потому къ микстурѣ слѣдуетъ прибавлять нѣсколько капель соляной кислоты и избѣгать всякихъ другихъ примѣсей, кромѣ развѣ чистаго сиропа; ягодные сиропы разлагаютъ апоморфинъ. Вотъ обыкновенная формула:

Rp, Apomorphini muriat. cryst. 0,02 (gr. $\frac{1}{3}$).
 Aq. destillatae 90 (ꝯjjj).
 Ac. muriatici dil. gtt. vj.
 Syr. simpl. 10,0 (ꝯjj).

MDS. Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ (для ребенка 6 лѣтъ).

Если указанные приемы вслѣдствіе индивидуальной воспримчивости ребенка вызываютъ рвоту, то нужно или уменьшить дозу, или рѣже давать. Въ періодъ разрѣшенія катарра при влажныхъ хрипахъ показаны отхаркивающія, каковы, напр., ипеакауана, сенег, liq. ammon. anisat. и др. Последній вмѣстѣ съ сенегой обыкновенно назначается при капиллярномъ бронхитѣ, протекающемъ съ большимъ количествомъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, съ одышкой и, вообще, съ признаками затрудненнаго дыханія и кровообращенія; ипеакауана, напротивъ, въ болѣе легкихъ случаяхъ. Какъ сенег, такъ и ипеакауана, выписываются въ настояхъ, но только въ совершенно разныхъ концентраціяхъ: ipecasuanha 0,2 на 100, senega 2,0 на 100, напр.:

Rp. Inf. rad. ipecasuanha e 0,2—90,0 (gr. j—ꝯjjj).
 Natri bicarbon. 0,3—5 gr. v—vjij.
 Syr. simpl. 10,0 (ꝯj).

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (3—5 лѣтъ).

Rp. Inf. polig. Senegae e 2,0—90,0 (ꝯj—ꝯjjj).
 Liq. ammon. anisati gtt. xx.
 Syr. rubi idaei 10,0 (ꝯj).

MDS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

При осложненіи пневмоніей или при капиллярномъ бронхитѣ тѣ же средства и кромѣ того вино и согрѣвающей компрессъ на грудь.

Какое вино давать ребенку, это почти безразлично, разница лишь въ количествахъ: слабыя, бѣлыя и красныя вина назначаются чайными (1—2 лѣтъ) или десертными (4—6 лѣтъ) ложками; крѣпкія вина (мадера, портвейнъ) — вдвое меньшими приемами, коньякъ — калями.

Для компрессовъ берется тряпка изъ мягкаго полотна, сложенная въ 5—6 разъ такъ, чтобы получился 4-угольный компрессъ приблизительно въ ладонь шириной и такой длины, чтобы можно было опоясать всю грудную клетку (при односторонней пневмоніи можно класть компрессъ на одну сторону груди). Компрессъ намачивается комнатною водой (въ 16° R., но можно брать и ледяную воду), выжимается, кладется на обнаженную грудь, покрывается восчанкой или американской клеенкой и потомъ *вся грудная клетка и верхняя часть живота* забинтовываются широкимъ ($\frac{1}{4}$ арш.) фланелевымъ бинтомъ

такой длины, чтобы онъ легъ по крайней мѣрѣ въ два слоя. Компрессъ мѣняется черезъ 3—4 часа или даже рѣже, особенно если ребенокъ рѣдко кашляетъ и хорошо спитъ.

Изъ наружныхъ средствъ при сухомъ кашлѣ (отъ бронхита или пневмоніи) рекомендуются нѣкоторыми повторные горчичники на грудь и спину утромъ и вечеромъ. Я лично не принадлежу къ числу поклонниковъ этого неприятнаго для дѣтей средства.

При поносахъ самымъ дѣйствительнымъ средствомъ является опять-таки опій, въ формѣ ли тинктуры, или Доверова порошка *per se*, или вмѣстѣ съ танниномъ (1—2—3 гр. въ день). Въ хроническихъ случаяхъ, симулирующихъ туберкулезъ или чахотку и протекающихъ въ формѣ затянувшейся катарральной пневмоніи, показано климатическое лѣченіе, результаты котораго превышаютъ иногда всякое ожиданіе; въ тепломъ климатѣ кашель и поносъ исчезаютъ въ нѣсколько дней, и сочтенный, можетъ-быть, за чахоточнаго быстро поправляется. Гдѣ климатическое лѣченіе невозможно, тамъ приходится ограничиться общимъ укрѣпляющимъ лѣченіемъ; въ теплое время года переѣздъ въ деревню или въ сухую дачную мѣстность съ хвойнымъ лѣсомъ, питье кумыса или кефира и питательная діета изъ молока, яицъ всмятку, мясного сока. Изъ лѣкарствъ рекомендуются препараты креолота, въ особенности гвайяколь карбонатъ по 0,5—1,0 *pro die* или тіоколь въ вдвое большихъ приемахъ.

II. Инфлуэнца. Такъ какъ мы не знаемъ средствъ, купирующихъ болѣзнь, то поневолѣ ограничиваемся гигиѣническимъ и симптоматическимъ лѣченіемъ. Противъ кашля назначаются *narcotica*, апоморфинъ и щелочи (см. выше), но если мучительный сухой кашель зависитъ отъ фарингита, то всего лучше успокаивается онъ смазываніемъ зѣва 3—4% растворомъ кокаина (*Rp. Solut. cocaini muriat. 4%—10,0. DS*). Это же средство можно употреблять и противъ насморка. Для успокоенія болѣе рекомендуются бромистые препараты въ количествѣ 0,3 на годъ *pro die*, напр. *Rp. Natri bromati 3,0, Aq. dest. 100,0. DS*. По десертной ложкѣ 4 раза въ день (для ребенка 3—4 лѣтъ), или фенацетинъ и антипиринъ 3 раза въ день по 0,03 на приемъ на годъ, напр. *Rp. Phenacet. 0,2, Sacch. 0,3. D. t. dos. № 10. S. По 1 пер. 3 раза въ день (ребенку 6—7 лѣтъ).*

Обративъ вниманіе на указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на родство инфлуэнцы съ маляріей (*Villard l. c. p. 42; Жаку — Ручов. къ внутр. патологіи 1879, т. IV, стр. 53*) и на то, что иногда дихорадка при инфлуэнцѣ переходитъ въ правильную *intermittens* (*Carsten l. c.*), я въ концѣ эпидеміи сталъ назначать дѣтямъ при инфлуэнцѣ тинктуру подсолнечника (*Rp. T-rae helianthi annui 30,0. DS. По 1/2—1 чайной ложкѣ черезъ 2—3 часа, смотря по возрасту; взрослымъ по десертной)* и замѣтилъ очень благотворное вліяніе этого средства на температуру и на боли.

Для предохраненія отъ осложненій пневмоніей я не могу указать болѣе дѣйствительной мѣры, какъ не торопиться съ выходомъ на воздухъ, а ждать не только полнаго окончанія кашля, но и возстановленія силъ и аппетита

Брюшной тифъ — Typhus abdominalis.

Въ настоящее время никто, конечно, не сомнѣвается въ томъ, что брюшной тифъ въ дѣтскомъ возрастѣ, считавшійся прежде за рѣдкость, встрѣчается значительно чаще сыпного и возвратнаго тифовъ и, вообще, принадлежитъ къ самымъ обыкновеннымъ болѣзнямъ дѣтей; онъ встрѣчается почти одинаково часто какъ у людей состоятельныхъ, т.-е. живущихъ въ удовлетворительной обстановкѣ, такъ и среди бѣднаго класса населенія.

Въ Московской Дѣтской больницѣ въ теченіе 1881 и 1882 годовъ было всего 2310 больныхъ и изъ нихъ на долю брюшного тифа приходится 106 случаевъ, т.-е. $4\frac{1}{2}\%$ изъ числа всѣхъ стационарныхъ больныхъ, считая въ томъ числѣ и хирургическихъ.

Этіологія.

Подробно распространяться объ этиологіи брюшного тифа я считаю излишнимъ, такъ какъ всѣ причины, вызывающія появленіе отдѣльныхъ заболѣваній или цѣлыхъ эпидемій тифа у взрослыхъ имѣютъ полное значеніе и для дѣтей. По современнымъ воззрѣніямъ брюшной тифъ относится къ числу контагиозно-міазматическихъ болѣзней, т.-е. къ такимъ, которыя хотя и не передаются прямо отъ больного къ здоровому черезъ воздухъ, какъ, напр., корь и скарлатина, но при которыхъ заболѣвшій организмъ отдѣляетъ съ испраженіями специфическаго микроба-бацилла Ebert'a, который, попадая съ водой или какъ-нибудь иначе въ желудокъ здороваго человѣка, вызываетъ заболѣваніе его тифомъ.

Тифозный бациллъ Ebert'a имѣетъ видъ короткой, довольно толстой, съ закругленными концами палочки, снабженной рѣсничками, вслѣдствіе чего бациллъ, находясь въ жидкой средѣ, проявляетъ очень живую подвижность. Онъ можетъ долго жить какъ въ водѣ, такъ и въ сухой почвѣ, и потому человѣкъ можетъ заразиться какъ питьевой водой, такъ и попаданіемъ въ ротъ зараженной пыли. Въ настоящее время авторы сомнѣваются въ возможности зараженія черезъ легкія, считая необходимымъ попаданіе бацилла въ кишечникъ съ пищей, или съ питьемъ, или какъ-нибудь случайно, напр., при полосканіи

рта зараженной водой. Прежде предполагалось, что для развитія эпидемій требуется размноженіе яда въ почвѣ и вдыханіе его, теперь же думаютъ, что домовыя эпидеміи, равно какъ и эпидеміи городовъ и проч. происходятъ отъ массоваго употребленія зараженныхъ пищевыхъ продуктовъ, особенно воды, если въ нее такъ или иначе попадаютъ зараженныея человеческія испражненія, напр. при сообщеніи колодца съ выгребными ямами, при спускѣ зараженныхъ нечистотъ въ рѣку и проч. Однимъ словомъ, по современной теоріи заболѣть тифомъ можно только отъ зараженія бациллою Ebert'a, который находится въ испражненіяхъ тифознаго больного. Но эта теорія не можетъ считаться строго доказанной, такъ какъ бацилла со всѣми признаками Ebert'ской палочки была найдена и въ чистой почвѣ, и въ ключевой водѣ, и въ испражненіяхъ здоровыхъ людей (Remlinger и Schneider).

Палочка Ebert'a, какъ извѣстно, очень похожа какъ по своему наружному виду, такъ и по культурамъ на кишечную палочку (*bac. coli commune*), и потому уже давно было высказано предположеніе насчетъ возможности заболѣть тифомъ вслѣдствіе того, что при нѣкоторыхъ условіяхъ *bac. coli com.* можетъ получить патогенныя свойства. Этимъ интереснымъ вопросомъ въ послѣднее время занимался, между прочимъ, д-ръ Заусайловъ („Врачъ“ 1898, стр. 670) и нашелъ, что разводки брюшно-тифозной палочки на различныхъ питательныхъ средахъ, оставленныя въ термостатѣ при 37,5, утрачивали всѣ свойства, которыми онѣ отличались отъ обыкновенной кишечной палочки*) и не давали реакціи Widal'я, т.-е. превращались какъ бы въ *bac. coli com.*, и, наоборотъ, самымъ типическимъ разводкамъ обыкновенной кишечной палочки ему удавалось, путемъ пересѣвовъ, придавать всѣ признаки тифознаго бацилла въ томъ числѣ и свойство реагировать на сыворотку крови тифозныхъ больныхъ (реакція Widal'я).

Случаи заболѣванія другъ за другомъ дѣтей и взрослыхъ, живущихъ подъ одною кровлей съ тифознымъ больнымъ, вовсе не рѣдки и легко объясняются тѣмъ предположеніемъ, что всѣ они подвергаются одинаковымъ вреднымъ вліяніямъ, всѣ, напр., пьютъ одну и ту же зараженную воду, а потому приводятъ подобные случаи заболѣванія въ доказательство прямой контагіозности брюшного тифа, какъ дѣлаетъ это напр. Gerhardt (Handbuch., стр. 368), не совсемъ основательно и не убѣдительно.

Если бы брюшной тифъ былъ контагіозенъ, то, конечно, заразительность его легко бы было замѣтить въ дѣтскихъ больницахъ, гдѣ тифозные больные лежатъ въ общихъ палатахъ. Но въ этомъ отношеніи, по общему отзыву педиатровъ, даже тѣхъ, что признаютъ контагіозность брюшного тифа хотя бы

*) Микроскопическій видъ и культуры на агарѣ и желатинѣ тифознаго бацилла и кишечной палочки тождественны, но культуры на картофелѣ различны (хотя и не всегда): *b. coli* даетъ возвышенныя, рѣзко-ограниченныя буроватыя колоніи, а тифозный бацилла — разлитую, совсемъ незамѣтную пленку; дальнѣйшія отличія состоятъ въ томъ, что 1) *b. coli* свертываетъ молоко, а *b. typh.* — нѣтъ; 2) *b. coli* разлагаетъ сахарные растворы съ образованіемъ газовъ, а *b. typh.* не даетъ газовъ; 3) *b. coli* не даетъ реакціи Widal'я, а *b. typhos.* къ ней очень чувствителенъ. Этотъ признакъ считается самымъ надежнымъ, но въ опытахъ Заусайлова и онъ оказался непостояннымъ и не абсолютно вѣрнымъ.

и въ слабой степени (Hensch, Hüttenbrenner), оказывается, что зараженіе дѣтей брюшнымъ тифомъ въ дѣтскихъ больницахъ принадлежитъ къ очень большимъ рѣдкостямъ.

По наблюденіямъ Hensch'a, въ его клиникѣ заболѣвали тифомъ почти исключительно лишь сосѣди очень маленькихъ дѣтей, которыя постоянно испражняются подъ себя. Barthez и Rilliet не видали ни одного случая заболѣванія тифомъ больныхъ, лежавшихъ въ одной палатѣ съ тифозными; то же свидѣтельствуютъ Espine и Picot (Man. prat. des maladies de l'enfance. 4 édition 1889, p. 137).

У насъ за два послѣднихъ года было 8 случаевъ зараженія тифомъ дѣтей, лежавшихъ въ больницѣ по причинѣ разныхъ хроническихъ и острыхъ болѣзней, но всѣ эти случаи безъ исключенія принадлежали, какъ увидимъ ниже, къ сыпному тифу, въ заразительности котораго никто, конечно, не сомнѣвается. Однимъ словомъ, я лично до сихъ поръ не могъ убѣдиться въ контагіозности брюшного тифа и потому согласно съ воззрѣніемъ Liebermeister'a отношу его къ группѣ не заразительныхъ, но контагіозно-миазматическихъ болѣзней, хотя и признаю вопросъ этотъ еще открытымъ, такъ какъ за заразительность тифа, хотя бы и въ слабой степени, высказываются многіе авторы, каковы, напр., Hensch, Gerhardt, Rilliet и Barthez, Baginsky и нѣкоторые другіе.

Дальше я постараюсь доказать, что сыпной тифъ у дѣтей встрѣчается далеко не рѣдко и что онъ протекаетъ иногда безъ рѣзко выраженной сыпи, подъ видомъ abortивнаго тифа, который при отсутствіи этиологическихъ данныхъ очень трудно отличить отъ abortивнаго брюшного тифа; возможно, что подобные-то случаи и затрудняютъ рѣшеніе вопроса о контагіозности дѣтскаго брюшного тифа.

Итакъ, чтобы заболѣть тифомъ, надо заразиться специфическимъ тифознымъ ядомъ, который сохраняется или въ водѣ, или въ почвѣ, или въ отхожихъ мѣстахъ и т. п., но зародышъ котораго находится въ испраженіяхъ больныхъ.

Живя въ Москвѣ мы всѣ, конечно, имѣемъ случаи воспринимать въ себя тифозную заразу, однако, заболѣваютъ тифомъ, къ счастью, немногіе, потому что для этого надо имѣть извѣстное *индивидуальное расположеніе*, которое временами, подъ вліяніемъ различныхъ условій, можетъ усиливаться или ослабляться.

Изъ этихъ условій, вліяющихъ на степень индивидуальной воспримчивости, намъ извѣстны лишь нѣкоторые. Такъ мы знаемъ, напр., что воспримчивость къ тифозной заразѣ обыкновенно уничтожается у субъектовъ уже перенесшихъ тифъ; далѣе замѣтное вліяніе оказываетъ возрастъ: *дѣти до 2-хъ лѣтъ заболѣваютъ тифомъ очень рѣдко*, а до году почти никогда; самый юный больной, представлявшій несомнѣнные признаки тифа (прогрессировавшую опухоль селезенки, обильную roseolam, поносъ и двухнедѣльную лихорадку), былъ 3 недѣль отъ роду (наблюденіе Gerhardt'a); въ сомнительныхъ случаяхъ возрастъ можетъ имѣть важное діагностическое значеніе; отъ 2 до 5 лѣтъ брюшной тифъ встрѣчается уже не рѣдко, но все еще значительно рѣже, чѣмъ послѣ 5 лѣтъ, и въ особенности отъ 8 до 12.

Наши 106 случаевъ распредѣляются по возрасту такъ:

отъ 0 — 2 = 0	отъ 7 — 8 = 15
„ 2 — 3 = 2	„ 8 — 9 = 14
„ 3 — 4 = 3	„ 9 — 10 = 12
„ 4 — 5 = 2	„ 10 — 11 = 18
„ 5 — 6 = 8	„ 11 — 12 = 14
„ 6 — 7 = 8	„ 12 — 13 = 10

Итакъ, 0 — 4 = 5 (2 мальч. и 3 дѣвочки), отъ 4 — 7 = 18 (9 мальч. и 9 дѣвочекъ) отъ 7 — 10 = 41 (24 мальч. и 17 дѣв.) и отъ 10 — 13 = 42 (22 мальч. и 20 дѣв.). Всего чаще, слѣдовательно, отъ 7 до 12 лѣтъ (отъ 0 — 7 = 23; отъ 7 до 12 = 83). То же самое свидѣтельствуютъ и другіе: такъ у Неносч'а изъ 137 случ.: до 2 лѣтъ = 5 случ., отъ 3 — 5 = 28, отъ 5 — 9 = 63 и отъ 6 — 14 = 41. У Cadet de Gassicourt изъ 276 случ.: до 2 л. = 3, до 3 = 7, до 4 = 8, до 5 = 13, до 8 л. = 65. (Traité clin. de mal. de l'enf. T. II).

Вліяніе пола выступаетъ не рѣзко; по общепринятому мнѣнію, мальчики заболѣваютъ чаще дѣвочекъ; у насъ было 57 мальчиковъ и 49 дѣвочекъ (у Неносч'а 73 мальч. и 64 дѣв.). Несомнѣнно, что роль располагающей причины могутъ играть простуда, расстройство пищеваренія и другія ослабляющія условія. Не безъ вліянія на частоту заболѣванія брюшнымъ тифомъ и время года; по общему отзыву осенью и зимой тифъ встрѣчается чаще, чѣмъ весной и лѣтомъ. У насъ наибольшее число брюшныхъ тифовъ падаетъ на осень, а именно: зимой (декабрь — февраль) было 21 случай, весной (мартъ — май) — 22 случ., лѣтомъ (іюнь — августъ) — 20 случ. и осенью (сентябрь — ноябрь) — 43 случая.

Вопросъ о томъ, можетъ ли тифозный ядъ передаваться утробному плоду, подобно, напр., оспенному яду, черезъ кровь матери, въ настоящее время рѣшается въ положительномъ смыслѣ, такъ какъ въ органахъ (печень, селезенка и др.) дѣтей, выкинутыхъ тифозными матерями, найдены несомнѣнные тифозные бациллы (въ диссертациі Corbin — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le foetus. Paris 1890 — собрано много такихъ наблюденій французскихъ и нѣмецкихъ авторовъ), но такіа дѣти или рождаются мертвыми, или умираютъ въ первые дни жизни, такъ что констатировать характерный врожденный тифъ до сихъ поръ еще никому не удалось. Въ трупахъ дѣтей, умершихъ въ утробѣ тифозной матери, обыкновенно не находятъ характерныхъ для тифа измѣненій ни въ кишечникѣ, ни въ селезенкѣ, ни въ другихъ органахъ, что даетъ право предполагать, что зародышъ умираетъ прямо отъ отравленія тифозными токсинами. Впрочемъ смерть плода при заболѣваніи матери тифомъ не обязательна; выкидышъ происходитъ приблизительно въ $\frac{2}{3}$ случаевъ, а въ $\frac{1}{3}$ ребенокъ можетъ родиться не только живымъ, но и здоровымъ.

Вопросъ о возможности передачи тифозной заразы черезъ молоко больной матери или кормилицы принадлежитъ къ числу спорныхъ. Намъ встрѣтился только одинъ случай, когда мать кормила грудью въ теченіе всей первой недѣли тифа; зараженія ребенка въ этотъ разъ не было. Въ случаѣ Schädler'a 7-мѣсячный ребенокъ кормился грудью матери въ теченіе первыхъ 16 дней

тифа, черезъ 8 дней послѣ отнятія отъ груди заболѣлъ, а на 11-й день умеръ. При вскрытіи: изъязвленіе и инфильтрація многихъ Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ фолликулъ тонкихъ кишекъ, значительная припухлость брыжеечныхъ железъ и селезенки. Negard тоже наблюдалъ тифъ у 7-мѣсячнаго ребенка, сосавшаго грудь тифозной женщины и умершаго на 6-й день болѣзни. При аутопсіи тифозныя изъязвленія и припухлость бляшекъ и фолликулъ; опухоль селезенки и брыжеечныхъ железъ. На который день отъ начала болѣзни матери заболѣлъ ребенокъ, — не сказано. Старшій братъ ребенка тоже хворалъ тифомъ, слѣдовательно въ данномъ домѣ можно было заразиться тифомъ и помимо молока. Gerhardt наблюдалъ 5 случаевъ, когда дѣти, оставаясь при груди матерей, заболѣвшихъ тифомъ, не заражались имъ. Но въ виду того, что онъ не измѣрялъ температуры этихъ дѣтей, то свои случаи онъ не считаетъ доказательными, такъ какъ изъ 6-го случая убѣдился, что тифъ и у грудныхъ дѣтей можетъ протекать въ abortивной формѣ, такъ что безъ термометра его легко просмотрѣть. Ребенокъ въ этомъ 6-мъ случаѣ родился отъ тифозной матери 25 февраля и черезъ 3½ недѣли заболѣлъ жаромъ, поносомъ и рвотой; t° въ теченіе 7 дней держалась отъ 38 до 39,5, потомъ еще недѣлю отъ 37 до 38°. Въ концѣ 1-й недѣли появилась опухоль селезенки и легкая roseola.

Что тифозная зараза можетъ распространиться *посредствомъ коровьяго молока*, — это несомнѣнно, но не отъ заболѣванія коровъ, а если молоко доставляется съ фермы, гдѣ есть тифозные больные, или оно разбавляется зараженной водой. Въ этомъ отношеніи очень интересно наблюденіе Bollord'a, изслѣдовавшаго причины тифозной эндеміи въ Ислингтонѣ. Оказалось, что первый заболѣвшій тифомъ былъ мальчикъ на молочной фермѣ, вторымъ заболѣлъ его хозяинъ. Ферма доставляла молоко въ 142 семейства, изъ числа которыхъ тифъ появился въ 70 семьяхъ, въ которыхъ перохворало 175 человекъ и умерло 30 (Gerhardt's — Hadbuch, стр. 366).

Патолого-анатомическія измѣненія.

Дѣти умираютъ отъ брюшнаго тифа сравнительно рѣдко, такъ какъ онъ протекаетъ у нихъ большею частью въ легкой или въ abortивной формѣ, и эта-то abortивность дѣтскаго тифа выражается не только прижизненными симптомами, но также и въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ на трупѣ; эти послѣднія могутъ быть такъ ничтожны, что безъ наблюденія больного при жизни иной разъ нельзя бы даже было узнать причину смерти. Въ этомъ несоотвѣствіи прижизненныхъ симптомовъ съ результатами вскрытія состоитъ, между прочимъ, рѣзкое отличіе дѣтскаго тифа отъ тифа взрослыхъ, у которыхъ даже и въ случаяхъ легкаго, напр. амбулаторнаго, тифа встрѣчаются обыкновенно болѣе или менѣе обширныя изъязвленія кишекъ и значительное припуханіе брыжеечныхъ железъ.

При тифѣ у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, главнѣйшія измѣненія, по которымъ только и можетъ быть узнавъ тифъ, касаются кишекъ, брыжеечныхъ железъ и селезенки. Въ кишкахъ дѣло начинается съ катарра слизистой обо-

лочки кишечнаго канала, преимущественно нижняго отдѣла *ilii*, причемъ гиперемія и набухлость слизистой оболочки и припуханіе солитарныхъ фолликулъ и Пейеровыхъ бляшекъ всего больше выступаетъ близъ Баухиніевой заслонки; чѣмъ дальше кверху, тѣмъ слабѣе пораженіе. Въ толстыхъ кишкахъ, которыя страдаютъ меньше тонкихъ, катарръ и припухлость фолликулъ занимаютъ главнымъ образомъ соесит.

Въ дальнѣйшемъ теченіи измѣненія сконцентрировываются на лимфатическомъ аппаратѣ, отчего на поверхности слизистой оболочки рѣзко выступаютъ значительно увеличенныя одиночныя железы и Пейеровы бляшки, фолликулы которыхъ, такъ же какъ и разъединяющія ихъ перекладки изъ соединительной ткани, инфильтрованы круглыми клѣтками. У взрослыхъ инфильтрація нерѣдко распространяется за границу бляшки на сосѣдній участокъ слизистой оболочки и на подслизистую и даже мышечный слой кишечной стѣнки, чего въ дѣтскомъ тифѣ обыкновенно не бываетъ; но еще большая разница выступаетъ въ дальнѣйшей участи инфильтрованныхъ железъ.

У взрослыхъ тифозная инфильтрація бываетъ такъ густа, что сосуды сдавливаются новообразованными клѣтками, и первоначальная гиперемія фолликулярнаго аппарата уступаетъ мѣсто полной анеміи съ послѣдовательнымъ некрозомъ инфильтрованныхъ частей; образовавшійся такимъ образомъ струппъ отдѣляется впослѣдствіи путемъ нагноенія, оставляя на своемъ мѣстѣ болѣе или менѣе поверхностную или глубокую (смотря по тому, занимала ли инфильтрація только Пейерову бляшку или распространялась и на глубже лежащіяе слои, каковы межмышечная и подсерозная клѣтчатка) язву, заживающую потомъ гладкимъ рубцомъ. Отъ свойства и глубины подобныхъ язвъ зависитъ степень опасности, угрожающей больному со стороны кишечныхъ кровотеченій или прободенія кишекъ и перитонита. Вотъ отъ этихъ-то опасностей дѣти почти совершенно гарантированы, такъ какъ, во-первыхъ, какъ уже сказано, инфильтрація почти никогда не распространяется у нихъ за границы фолликулъ, а во-вторыхъ, она не достигаетъ обыкновенно такой степени, чтобы вызвать образованіе некротическаго струпа и язвы; напротивъ того, выздоровленіе совершается, такъ сказать, мирнымъ путемъ посредствомъ жирового перерожденія и всасыванія инфильтрата безъ нарушенія цѣлости слизистой оболочки. Вслѣдствіе того, что обратный метаморфозъ и всасываніе въ припухшихъ фолликулахъ идетъ быстро, нежели въ раздѣляющихъ ихъ перегородкахъ, послѣднія выстоятъ надъ славшимися фолликулами, отчего поверхность Пейеровой бляшки во 2-й половинѣ тифа получаетъ видъ вафли или сѣтки. Такой же сѣтчатый видъ бляшекъ можетъ быть результатомъ размягченія и распаденія фолликулъ безъ образованія настоящей язвенной поверхности; наконецъ въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ и у дѣтей дѣло доходитъ до некроза съ образованіемъ язвъ, съ тою, однако, особенностью, что некрозъ этотъ, а стало-быть и язвы распространяются лишь на небольшое число Пейеровыхъ бляшекъ и притомъ занимаютъ обыкновенно не всю бляшку, а только извѣстную часть ея, а въ глубину не распространяются далѣе подслизистой соединительной ткани. На сравнительно рѣдкое развитіе язвъ при дѣтскомъ тифѣ обращаетъ вниманіе и Неносн. Изъ 137 случаевъ тифа у него умерло 10 и изъ нихъ только у трехъ оказа-

лись язвы, а во всѣхъ остальныхъ встрѣтилась только мозговая припухлость железъ, что было и въ случаяхъ 3—4-недѣльной давности. Вообще, тутъ большое значеніе имѣеть возрастъ, — послѣ 10 лѣтъ язвы встрѣчаются часто, а до 7 лѣтъ рѣдко.

Итакъ, самымъ обыкновеннымъ явленіемъ со стороны кишекъ при дѣтскомъ тифѣ бываетъ *припуханіе фолликулярнаго аппарата*. Однако, признакъ этотъ самъ по себѣ для тифа не вполне характеристиченъ, такъ какъ точно такая же гиперплазія фолликулъ можетъ встрѣтиться и при простомъ катаррѣ кишекъ и при различныхъ общихъ заболѣваніяхъ. Въ подобныхъ случаяхъ даже и микроскопъ не рѣшаетъ дѣла, ибо тифозная гиперплазія никакими рѣзкими особенностями не отличается. Замѣчаніе это слѣдуетъ имѣть въ виду въ особенности при аутопсіи маленькихъ дѣтей. напр. 2 лѣтъ, у которыхъ тифъ встрѣчается крайне рѣдко, а катарръ кишекъ очень часто. По замѣчанію Непосн'а, въ этомъ возрастѣ иногда случается, что, несмотря на характерные симптомы тифа, при вскрытіи или не находятъ въ кишкахъ ничего особеннаго, или только воспалительныя измѣненія слизистой оболочки тонкихъ и толстыхъ кишекъ.

Для посмертной діагностики тифа гораздо важнѣе присутствіе язвъ, такъ какъ тифозныя язвенія кишекъ характеризуются нѣкоторыми особенностями, по которымъ легко отличаются отъ язвъ другого происхожденія, каковы, напр., фолликулярныя, туберкулезныя и дизентерическія. Не вдаваясь въ подробное описаніе этихъ язвъ, я отмѣчу лишь главнѣйшіе ихъ отличительные признаки. Отличить тифозную язву отъ туберкулезной всего легче, во-первыхъ, по отсутствію милиарныхъ бугорковъ, которые всего лучше видны на серозной оболочкѣ кишки непосредственно надъ туберкулезной язвой, и, во-вторыхъ, по свойству краевъ и дна язвы: края тифозной язвы ровные, дно чистое, гладкое, а у туберкулезной — края и дно неровные, покрытыя творожистою массой (остатокъ творожисто-перерожденнаго фолликула, изъ котораго произошла язва). Сходство туберкулезныхъ язвъ съ тифозными состоитъ въ ихъ локализаци, такъ какъ и тѣ и другія занимаютъ главнымъ образомъ нижнюю часть *ilii*.

Далѣе, туберкулезная язва распространяется по направленію сосудовъ кишки, и потому при своемъ ростѣ дѣлается поясовидной, а тифозная язва, занимающая Пейерову бляшку, располагается своимъ длиннымъ діаметромъ вдоль кишки. Фолликулярныя и дизентерическія (дифтеритическія) язвы занимаютъ, главнымъ образомъ, толстую кишку. Фолликулярныя, происходящія вслѣдствіе вскрытія нагноившагося фолликула, характеризуются своими подѣденными краями, а дифтеритическія тѣмъ, что занимаютъ преимущественно выступы или складки слизистой оболочки, а не фолликулы, и еще тѣмъ, что всего сильнѣе развиты въ *rectum* и на изгибахъ толстой кишки.

Второй характерный признакъ тифа мы имѣемъ въ *гиперплазіи брыжеечныхъ железъ*, въ особенности тѣхъ, что находятся по сосѣдству съ плеоцекальнымъ клапаномъ. Пораженныя железы являются значительно увеличенными, сочными, мягкими, въ разрѣзѣ въ началѣ болѣзни красными, позднѣе болѣе блѣдными или сѣроватыми (мозговидная инфильтрація). Причина припуханія этихъ железъ та же, что и для Пейеровыхъ бляшекъ, то-есть гиперплазія

клеточныхъ элементовъ, съ тою лишь разницей, что здѣсь (по крайней мѣрѣ у дѣтей) дѣло не доходитъ ни до анэмического некроза, ни до образованія абсцесса *).

Наконецъ, третій признакъ тифа мы имѣемъ въ *остромъ набуханіи селезенки*, которая, вслѣдствіе гипереміи и гиперплазіи клеточныхъ элементовъ, бываетъ значительно увеличена, сочна и дрябла. За весьма рѣдкими исключеніями свѣжая опухоль селезенки при вскрытіи дѣтскихъ тифозныхъ труповъ встрѣчается всегда, такъ что при отсутствіи этого признака посмертная діагностика тифа можетъ быть сдѣлана только при наличности несомнѣнныхъ тифозныхъ язвъ, но никакъ не на основаніи припухлыхъ Пейеровыхъ бляшекъ; этотъ послѣдній признакъ можетъ имѣть значеніе лишь въ совокупности съ клиническою картиною болѣзни.

Кромѣ только-что перечисленныхъ, существенныхъ и постоянныхъ спутниковъ брюшного тифа при вскрытіи находятъ обыкновенно паренхиматозныя измѣненія внутреннихъ органовъ; но измѣненія эти для тифа не характерны, такъ какъ они встрѣчаются и при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываютъ выражены даже рѣзче, чѣмъ при тифѣ.

Паренхиматозному измѣненію подвергаются, главнымъ образомъ, печень, почки и сердце. Измѣненія въ головномъ мозгу состоятъ въ отека мягкой мозговой оболочки и самаго вещества мозга, а иногда въ скопленіи серозной жидкости въ боковыхъ желудочкахъ (острая головная водянка). Hoffmann находилъ у взрослыхъ увеличеніе жидкости въ мозгу и его оболочкахъ въ $\frac{3}{8}$ всѣхъ случаевъ, а расширеніе мозговыхъ желудочковъ онъ отмѣтилъ 56 разъ изъ 166 вскрытій. Для дѣтскаго тифа подобныхъ данныхъ еще не собрано.

Въ случаяхъ сомнительныхъ можно выяснитъ посмертную діагностику тифа путемъ бактеріоскопическаго изслѣдованія селезеночнаго сока на присутствіе въ немъ тифозныхъ бациллъ Ebert'a.

С и м п т о м ы .

Самымъ важнымъ симптомомъ для діагностики брюшного тифа является *лихорадка*. Въ теченіи тифозной лихорадки у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, отличаются три періода: 1) періодъ усиленія лихорадки, 2) періодъ наибольшаго развитія — фастигумъ и 3) періодъ ослабленія лихорадки — дефервесценція. Въ общемъ всѣ эти періоды отличаются отъ тѣхъ же періодовъ при тифѣ у взрослыхъ своей меньшей продолжительностью.

Брюшной тифъ *начинается* обыкновенно очень *постепенно*, въ видѣ легкаго недомоганія, потери аппетита, головной боли, непокойнаго сна и т. п. припадками періода предвѣстниковъ, который въ большинствѣ случаевъ не обращаетъ на себя особаго вниманія родителей и незамѣтно переходитъ въ первый періодъ тифа, такъ что рѣдко удается прослѣдить ходъ лихорадки съ 1-го

*) Aesch изъ Страсбургской клиники описалъ случай тифа у 12-лѣтняго ребенка, умершаго отъ пилефлебита и абсцессовъ печени вслѣдствіе нагноившихся брыжеечныхъ железъ по сосѣдству ileo-coecum (Berlin. klin. Wochenschr. 1882, № 51). Случай этотъ ко нечно unicum.

дня заболѣванія. Во всякомъ случаѣ, однако, можно считать за правило, что брюшной тифъ никогда не начинается съ сильнаго зноба и сильнаго жара, а обыкновенно съ легкаго познабливанія, повторяющагося иногда довольно правильно въ одно и то же время въ теченіе трехъ, четырехъ дней. Исключеніемъ изъ этого правила являются нерѣдкіе abortивные случаи тифа, о дальнѣйшей характеристикѣ которыхъ скажемъ нѣсколько словъ позднѣе. Въ теченіе первыхъ 3—5 дней повышеніе температуры достигаетъ съ каждымъ днемъ все большей и большей высоты, причемъ повышеніе идетъ не непрерывно, а непремѣнно съ ремиссіями по утрамъ, — словомъ, такъ же, какъ и у взрослыхъ съ тою лишь разницей, что у дѣтей нѣтъ той правильности въ повышеніи температуры и что самое повышеніе идетъ болѣе быстрымъ темпомъ, такъ что аспе нерѣдко достигается уже на 3—4-й день, тогда какъ у взрослыхъ только къ концу недѣли, причемъ температура съ каждымъ днемъ довольно правильно прибавляется на $\frac{1}{2}^{\circ}$ (утромъ на $\frac{1}{2}^{\circ}$ ниже предыдущаго вечера, а вечеромъ на цѣлый градусъ выше, чѣмъ утромъ, Wunderlich).

При дѣтскомъ тифѣ утреннія ремиссіи иногда замѣняются полными интермиссіями; въ такихъ случаяхъ около 12—2 часовъ дня ребенка начинаетъ немного знобить, а къ вечеру или часамъ къ 4 съ нимъ дѣлается жаръ, и получается картина очень похожая на перемежающуюся лихорадку, въ особенности если притомъ припухаетъ и селезенка. Разница состоитъ, однако, въ томъ, во-1-хъ, что при тифѣ экзацербации падаютъ на вечеръ, тогда какъ при febris intermittens обыкновенно на утро или полдень; во-2-хъ, въ томъ, что въ первые дни тифа температура не поднимается выше 39,5, большею частью стоитъ между 38,5—39, а при пароксизмѣ интермиттента она обыкновенно выше 40°. Въ-3-хъ, наконецъ, въ томъ, что среднія дозы хинина, не оказывающія вліянія на тифозную лихорадку, прерываютъ intermittens.

Постепенное усиленіе лихорадки въ теченіе первыхъ дней заболѣванія составляетъ характерную особенность брюшного тифа, отличающую его въ этомъ періодѣ отъ многихъ острыхъ болѣзней и въ особенности отъ сходныхъ съ нимъ сыпного и возвратнаго тифовъ.

Если Hensch и нѣкоторые другіе авторы удостовѣряютъ, что при дѣтскомъ тифѣ температура уже на 1-й вечеръ достигаетъ иногда 40,3 или на 2-й день до 41,2 (Hensch l. с. стр. 654), то это относится къ сыпному или, по крайней мѣрѣ, къ abortивному тифу; у Hensch'a, напр., изъ 10 случаевъ 9 разъ продолжительность болѣзни колебалась отъ 8 до 14 дней.

На 4-й или не позднѣе 5-го дня температура достигаетъ своей аспе и стоитъ въ это время приблизительно около 40° (нѣсколько десятыхъ выше или ниже). По нашему мнѣнію, никоимъ образомъ нельзя согласиться съ Wunderlich'омъ (Eigenwärme in Krankheiten, стр. 306), который говоритъ, что у дѣтей въ теченіе 1-й недѣли тифа температура достигаетъ обыкновенно очень высокихъ степеней. Второй періодъ лихорадки, фастигумъ, представляетъ кривую постоянной лихорадки правильнаго послабляющаго типа — febris continua remittens. Правильность состоитъ въ томъ, во-1-хъ, что съ замѣчательнымъ постоянствомъ пониженія температуры падаютъ на утра, а повышенія на вечера (отъ 4 до 6 часовъ), причемъ разница между ними колеблется отъ $\frac{1}{2}^{\circ}$ до цѣ-

лаго и даже до $1\frac{1}{2}$ градуса. Вообще можно принять за правило, что тѣмъ сильнѣе тифъ, тѣмъ выше температура и тѣмъ меньше разница между утренними и вечерними температурами. Въ случаяхъ средней силы, которыхъ большинство, температура колеблется между 38,5—39 утромъ, 39,5—40° вечеромъ и только изрѣдка, да и то ненадолго, поднимается выше 40°, такъ что температура выше 40° въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ, въ особенности по утрамъ, говоритъ уже противъ брюшного тифа, такъ какъ подобная лихорадка чаще встрѣчается при сыпномъ и еще чаще при возвратномъ тифѣ и при милиарномъ туберкулезѣ.

Извращенный типъ лихорадки (*tipus inversus*), характеризующійся утренними повышениями и вечерними понижениями температуры, встрѣчается при тифѣ только какъ рѣдкое исключеніе, да и то большею частью подъ вліяніемъ какой-нибудь опредѣленной причины, напр. противолихорадочнаго лѣкарства, носового кровотечения, пота, обильнаго поноса и проч. Если та или другая изъ этихъ причинъ повторяется нѣсколько дней подрядъ, то и *tipus inversus* можетъ держаться нѣсколько дней; подобныя кривыя часто получаютъ, напр., при лѣченіи тифа салициловымъ натромъ, если онъ дается только въ теченіе дня, а ночью не назначается. Во-2-хъ, правильность лихорадки состоитъ въ томъ, что кривой температуры при тифѣ совсѣмъ несвойственны быстрыя и значительныя, ничѣмъ не мотивированныя колебанія въ ту или другую сторону, какъ это часто случается, напр., при гриппѣ и туберкулезѣ; но отсюда еще не слѣдуетъ, что температура идетъ совершенно равномерно, напротивъ, часто бываетъ, что одинъ, два, три дня температура повыше, потомъ 2—3 дня пониже, потомъ опять выше и т. д. Но колебанія эти не особенно рѣзки, такъ что не бросаются въ глаза.

Съ половины 2-й недѣли, приблизительно съ 12-го дня, замѣчается болѣе глубокое паденіе утреннихъ температуръ, какъ выраженіе начала улучшенія или наступленія 3-го періода — *дефервесценціи*.

Брюшной тифъ всегда кончается *лизисомъ*, который въ большинствѣ случаевъ тянется 5—7 дней, рѣдко меньше 5 или долѣе 10. Нѣкоторые авторы, напр. Непосн, утверждаютъ, что дѣтскій тифъ сравнительно нерѣдко кончается кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ; но это замѣчаніе справедливо опять-таки только для сыпного или для abortивнаго тифа.

Литическое паденіе температуры при брюшномъ тифѣ совершается по двумъ типамъ: 1-й типъ, когда съ каждымъ днемъ замѣчается почти равномерное паденіе какъ утреннихъ, такъ и вечернихъ температуръ; въ подобныхъ случаяхъ лизисъ рѣдко затягивается долѣе 4 дней; это наблюдается нерѣдко и въ abortивныхъ формахъ тифа: 2-й типъ, когда въ теченіе нѣсколькихъ дней утреннія температуры, постепенно понижаясь, доходятъ уже до нормы, между тѣмъ какъ вечернія продолжаютъ подыматься до 39° и даже больше и начинаютъ постепенно спадать лишь при субнормальныхъ утреннихъ температурахъ. Въ такихъ случаяхъ дефервесценція совершается, слѣдовательно, по типу интермиттирующей лихорадки и затягивается на недѣлю или дней на 10 и даже больше, что нерѣдко наблюдается даже и въ легкихъ, ничѣмъ не осложненныхъ тифахъ, а еще чаще при осложненіи тифа бронхитомъ.

Весь лихорадочный періодъ тифа, за исключеніемъ abortивныхъ формъ, тянется отъ 18 до 25 дней, рѣдко до 4 недѣль, а если еще дольше, то только при какихъ-нибудь осложненіяхъ. Замѣчу кстати, что въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ лихорадка затягивалась на много недѣль подѣ влияніемъ вторнаго образованія чирьевъ на различныхъ мѣстахъ тѣла (*furunculosis*). Замѣчательно, что чрезвычайною продолжительностью отличаются иногда въ видѣ исключенія самые легкіе и ничѣмъ не осложненные тифы (см. о легкыхъ тифахъ). Въ среднемъ выводѣ можно принять для 1-го періода 4—5 дней, для 2-го — 7—14 дней и для 3-го — 5—7.

Изъ всего сказаннаго о свойствахъ тифозной кривой можно извлечь слѣдующія діагностическія данныя: у больного, вѣроятно, не брюшной тифѣ:

1) Если на 1-й день болѣзни при какомъ-нибудь измѣреніи температуры получилось 40° (на 2-й день вечеромъ такая температура при abortивномъ тифѣ — явленіе обыкновенное, но при обыкновенномъ если и встрѣчается, то очень рѣдко).

2) Если между 3—6-мъ днемъ вечерняя температура ни разу не поднималась до $39,5$.

3) Если въ концѣ 1-й недѣли является значительное и прогрессивное паденіе вечернихъ и утреннихъ температуръ.

4) Если въ теченіе первыхъ 2 недѣль болѣзни разница между минимальной утренней и максимальной вечерней температурами меньше $0,5$ C. и еще болѣе, если утреннія температуры выше вечернихъ.

5) Если температура по утрамъ въ теченіе нѣсколькихъ дней стоитъ выше 40° C.

6) Если въ періодъ разгара болѣзни (до 12-го дня) появляются ничѣмъ не мотивированныя, быстрыя и значительныя паденія или повышенія температуры.

7) Если болѣзнь кончается кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ.

Въ заключеніе припомнимъ слова Wunderlich'a, сказанныя имъ по поводу тифа взрослыхъ, но которыя имъ относятся также и къ дѣтскому тифу: „даже при такой типической болѣзни, какъ брюшной тифѣ, нельзя установить ни одного правила, которое не допускало бы исключенія; но если въ данномъ случаѣ и встрѣтится какое-нибудь отклоненіе отъ существующаго правила, зато всѣ другіе или по крайней мѣрѣ большинство все-таки будутъ вполнѣ соответствовать типическому теченію“ (I. с. стр. 308).

Вторымъ весьма важнымъ для діагностики тифа симптомомъ я считаю *опухоль селезенки*. Нѣкоторые авторы, напр. Rilliet и Barthez, а изъ новыхъ Jules Simon (*Conférences sur les maladies des enfants*. Paris 1884, стр. 26) совершенно неосновательно не придаютъ опухоли селезенки особеннаго діагностическаго значенія, такъ какъ они часто не находили ее увеличенной. Хотя она встрѣчается далеко не при одномъ брюшномъ тифѣ, но, тѣмъ не менѣе, для распознаванія послѣдняго она имѣетъ громадное значеніе, такъ какъ во многихъ случаяхъ даетъ возможность отличить его съ первыхъ же дней заболѣванія отъ различныхъ простудныхъ и гастрическихъ лихорадокъ, а также отъ нѣкоторыхъ случаевъ менингита, которые по ходу температуры

и по нѣкоторымъ другимъ принадлежкамъ могутъ быть очень на него похожи. По моему мнѣнію, никоимъ образомъ нельзя согласиться съ Gerhardt'омъ, который утверждаетъ, что діагностическое значеніе опухоли селезенки не велико, такъ какъ она увеличивается не только при тифѣ, но и при многихъ другихъ острыхъ заболѣваніяхъ (Handb., стр. 378).

Присутствіе опухоли селезенки при разныхъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ не можетъ быть причиной уменьшенія цѣнности этого признака для діагностики тифа по двумъ причинамъ, во-1-хъ потому, что при тифѣ симптомъ этотъ можетъ быть констатированъ у постели больного почти во всѣхъ случаяхъ, тогда какъ при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (пневмонія, рожа, гриппъ, скарлатина, корь и др.) почти никогда (если только держаться того общепринятаго взгляда, что незначительное увеличеніе селезеночной тупости не можетъ считаться безспорнымъ доказательствомъ увеличенія этого органа), а во 2-хъ потому, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ всѣ эти болѣзни, при которыхъ можетъ встрѣтиться опухоль селезенки, имѣютъ такъ мало общаго съ тифомъ, что легко отличаются отъ него и помимо селезенки. Странно бы было, конечно, діагносцировать тифъ на основаніи опухоли селезенки, если тѣло больного покрыто скарлатинозной или оспенной сыпью, или если есть всѣ признаки крупозной пневмоніи. Что опухоль селезенки не можетъ служить для дифференціальной діагностики брюшного тифа отъ сыпного или возвратнаго, съ этимъ, конечно, нельзя не согласиться (хотя нѣкоторыя точки опоры, какъ увидимъ ниже, она все-таки даетъ), но, съ другой стороны, вѣрно и то, что въ опухоли селезенки мы имѣемъ все-таки симптомъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ рѣшающій вопросъ о существованіи тифозной формы заболѣванія вообще.

Какъ часто встрѣчается опухоль селезенки при брюшномъ тифѣ, — мнѣнія авторовъ расходятся; нѣкоторые не находили ея даже и при вскрытіи тифозныхъ дѣтскихъ труповъ. На основаніи собственныхъ наблюденій, я могу только сказать, что при жизни существованіе опухоли селезенки можетъ быть доказано не у каждаго больного, особенно на 1-й недѣлѣ болѣзни: въ періодъ фастигіума приблизительно въ 40% ее можно прощупать, въ 50% доказать увеличеніе селезеночной тупости и въ 10% получить въ этомъ отношеніи отрицательные результаты (у Hensch'a изъ 61 случая селезенка прощупывалась 23 раза (37½%), перкутировалась какъ увеличенная 31 разъ (51%) и казалась нормальной 7 разъ (11½%). Char.-Annal. V Jahrg.). Barthez и Sanné, напротивъ, встрѣчали опухоль селезенки сравнительно очень рѣдко, а именно: у 18 изъ 60 случаевъ тифа. (Tr. cl. et pratique d. maladies des enfants. T. III. 1891, p. 320).

Въ нашихъ 45 случаяхъ, въ которыхъ на этотъ симптомъ было обращено особое вниманіе, опухоль селезенки отмѣчена 39 разъ (87%) и въ томъ числѣ 25 разъ (50%) она прощупывалась и была нѣсколько болѣзненна.

Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче удается прощупать селезенку въ случаѣ ея увеличенія; у дѣтей до 6 мѣсяцевъ она нерѣдко ощупывается даже и въ нормальномъ состояніи. За исключеніемъ этихъ случаевъ можно принять за правило, что *если селезенка прощупывается, то стало-быть она уве-*

личена. Ошибка могла бы произойти лишь въ томъ случаѣ, если бы селезенка оказалась смѣщенной плевритическимъ эксудатомъ; но этотъ послѣдній долженъ быть для этого столь обильнымъ, что его трудно не замѣтить. Что касается до блуждающей селезенки, которая тоже можетъ быть опущена, не будучи увеличенной, то этого источника ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе на чрезвычайную подвижность селезенки, такъ что она очень легко можетъ быть отодвинута на свое мѣсто.

Если селезенка не прощупывается, то доказать ея увеличеніе можно только посредствомъ постукиванія, но въ такомъ случаѣ легко ошибиться и притомъ двоякимъ образомъ: во-1-хъ можно признать нормальную селезенку увеличенной именно въ томъ случаѣ, если сосѣднія петли кишекъ наполнены каломъ и тупой звукъ ихъ сливается съ тупымъ звукомъ селезенки; во-2-хъ, увеличенная селезенка можетъ быть прикрыта кишками, раздутыми газами, отчего тупой звукъ ея является на небольшомъ пространствѣ или даже совсѣмъ пропадаетъ, вслѣдствіе чего увеличенная селезенка можетъ быть принята за нормальную.

У здоровыхъ дѣтей верхняя граница тупого звука селезенки начинается по задней аксиллярной линіи (гдѣ селезенка выходитъ изъ-подъ легкаго) отъ 9-го ребра (при положеніи на правомъ боку края легкаго нѣсколько опускаются, а вмѣстѣ съ тѣмъ опускается и верхній край селезеночной тупости); передняя граница тупого звука селезенки, соответствующая переднему краю этого органа, лежитъ на средней аксиллярной линіи или нѣсколько заходитъ за нее, но никогда не достигаетъ линіи, соединяющей лѣвый сосокъ съ концомъ одиннадцатаго ребра; нижняя граница тупого звука, соответствующая нижнему краю селезенки, лежитъ по задней аксиллярной линіи, вблизи нижняго края реберъ и нѣсколько взади отъ конца 11-го ребра, который лежитъ обыкновенно по средней аксиллярной линіи (Sahli, Die topogr. Percus. im Kindesalter 1882, стр. 155). Итакъ, тупой звукъ селезенки можно считать увеличеннымъ въ томъ случаѣ, если *по задней аксиллярной линіи онъ начинается выше 9-го ребра и доходитъ до 11-го, и если передняя граница его достигаетъ или заходитъ за линію, соединяющую конецъ 11-го ребра съ соскомъ*; но, впрочемъ, лишь въ томъ случаѣ, если тотъ же результатъ получается въ теченіе 2—3 дней подрядъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что увеличеніе селезеночной тупости не зависитъ отъ скопленія испражнений въ сосѣднихъ петляхъ кишекъ.

Само собою разумѣется, что для діагностики тифа имѣть значеніе только *ствѣжая опухоль* селезенки, т.-е. если она появилась или увеличивается на нашихъ глазахъ, или если мы наблюдаемъ ее у субъекта, который прежде завѣдомо имѣлъ нормальную селезенку. Это замѣчаніе слѣдуетъ имѣть въ виду въ особенности при изслѣдованіи дѣтей въ возрастѣ до 2 лѣтъ, потому что у нихъ хроническая опухоль селезенки очень часто является результатомъ рахитизма или врожденнаго сифилиса. Такъ какъ всѣ болѣзни, оставляющія послѣ себя хроническую опухоль селезенки, ведутъ вмѣстѣ съ тѣмъ и къ упадку питанія и въ особенности къ анеміи, то можно принять за правило, что увеличенная селезенка у малокровнаго ребенка, въ особенности въ возрастѣ до 4 лѣтъ,

сама по себѣ не имѣетъ для діагностики тифа значенія; въ подобныхъ случаяхъ необходимо удостовѣриться въ ея прогрессированіи. У болѣе взрослыхъ дѣтей хроническая опухоль селезенки такой величины, чтобъ ее можно было прощупать, встрѣчается очень рѣдко и почти исключительно только послѣ длительного интермиттента, который тоже ведетъ къ апеміи. Слѣдовательно, говоря вообще, опухоль селезенки у ребенка хорошаго питанія скорѣе можетъ быть признана за свѣжую, чѣмъ у малокровнаго и вообще плохо упитаннаго, хвораго ребенка.

Время появленія опухоли селезенки при тифѣ подвержено большимъ колебаніямъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она замѣтно припухаетъ еще до лихорадочнаго періода болѣзни (*in stadio incubationis*) и тогда прощупывается уже съ первыхъ дней заболѣванія, но въ большинствѣ случаевъ опухоль селезенки при брюшномъ тифѣ является не ранѣе 4—6-го дня. Вообще, можно принять за правило, что чѣмъ быстрѣе температура достигаетъ своего аспе, тѣмъ скорѣе увеличивается и селезенка, а потому въ abortивномъ, сыпномъ и возвратномъ тифахъ селезенка прощупывается раньше, чѣмъ въ типическомъ брюшномъ. Другимъ отличительнымъ признакомъ увеличенія селезенки при брюшномъ тифѣ служитъ ея меньшая болѣзненность сравнительно съ сыпнымъ и въ особенности съ возвратнымъ тифомъ. Опухоль селезенки исчезаетъ спустя нѣсколько дней по окончаніи лихорадки (4—7 дней).

Припадки со стороны *нервной системы* при тифѣ имѣютъ тоже большое значеніе для діагностики. Всего сильнѣе они бываютъ въ концѣ 1-й и въ началѣ 2-й недѣли болѣзни, но съ 11-го и 12-го дня обыкновенно ослабѣваютъ, и притомъ во многихъ случаяхъ даже и тогда, когда лихорадка продолжается съ прежнею силой еще нѣсколько дней. Уже одно это обстоятельство довольно ясно указываетъ на то, что нервныя симптомы при тифѣ не стоятъ въ прямой зависимости отъ повышенія температуры. Въ пользу этой независимости говорить еще и то, что тяжелыя нервныя явленія встрѣчаются при тифѣ при сравнительно умѣренныхъ температурахъ (40°), тогда какъ, напр., при рекуррентѣ или при крупозной пневмоніи ихъ не бываетъ даже, и при температурахъ выше 41°. Въ настоящее время впрочемъ многіе авторы, не исключая и нѣмецкихъ, высказываются противъ прежде столь распространеннаго мнѣнія о зависимости нервныхъ явленій отъ высоты температуры и считаютъ ихъ за результатъ интоксикаціи тифознымъ ядомъ, вырабатываемымъ бактеріями.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что симптомы со стороны нервной системы не обязательны, т.-е. что они могутъ *вполнѣ отсутствовать въ случаяхъ несомнѣннаго брюшнаго тифа*. Это всего чаще встрѣчается именно у дѣтей до 5 лѣтъ, которыя, страдая тифомъ умѣренной силы, правильно протекающимъ при температурахъ 38,5—39,5°, не представляютъ никакихъ нервныхъ явленій, не исключая даже и головной боли; такія дѣти остаются въ кровати только потому, что ихъ не пускаютъ, но они могли бы бѣгать, они весело играютъ въ свои игрушки и сохраняютъ очень порядочный аппетитъ. Но такіе случаи составляютъ все-таки меньшинство; гораздо чаще бываетъ такъ, что ребенокъ чувствуетъ слабость, почему охотно лежитъ, жалуются на легкую головную боль и бредятъ по ночамъ; головная боль никогда

не бываетъ очень сильна, и черезъ нѣсколько дней обыкновенно исчезаетъ; лицо его выражаетъ снокойствіе и нѣкоторую апатію, доходящую до сонливости, изъ которой всегда легко вывести ребенка (наркотическое дѣйствіе тифознаго яда), и тогда сознание оказывается въ совершенно нормальномъ состояніи.

Бредъ по ночамъ встрѣчается не рѣдко и обыкновенно съ конца 1-й недѣли, но бредъ днемъ и ночью и въ особенности бредъ *при открытыхъ глазахъ* наблюдается рѣдко и служитъ вѣрнымъ признакомъ тяжелаго тифа; то же значеніе имѣетъ вскакиваніе съ постели и трудно пробуждаемая спячка.

У маленькихъ дѣтей, по наблюденіямъ Неносн'а, бредъ замѣняется громкимъ крикомъ по ночамъ. Судороги въ теченіе тифа принадлежатъ къ исключеніямъ. Я наблюдалъ ихъ только одинъ разъ, именно у 11-мѣсячнаго ребенка на 16-й день болѣзни; случай этотъ кончился выздоровленіемъ. Къ большимъ рѣдкостямъ принадлежитъ также сведеніе затылка или конечностей у дѣтей старше 6 лѣтъ. Припадки эти встрѣчаются только въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, которые, однако, не всегда кончаются смертью. Въ періодъ выздоровленія изрѣдка встрѣчается афазія и бредъ отъ истощенія.

Органы пищеваенія. Въ началѣ и въ легкихъ случаяхъ тифа *языкъ* не представляетъ никакихъ характерныхъ измѣненій; онъ бываетъ влаженъ и почти на всей своей поверхности покрытъ нетолстымъ бѣловатымъ слоемъ эпителия, только края и кончикъ его остаются красными. Въ большинствѣ случаевъ тифа средней силы, когда діагностика колеблется между тифомъ и возвратною горячкою, именно въ концѣ первой недѣли, свойство языка, по справедливому замѣчанію Unterberger'a (Jahrb. f. Kinderh. X. B.), можетъ оказать большую услугу для распознаванія. При рекуррентѣ языкъ все время остается влажнымъ, а при высовываніи широкимъ и плоскимъ, даже и при температурахъ выше 40°, между тѣмъ какъ при брюшномъ тифѣ онъ дѣлается или очень сухимъ, такъ что даже трескается, или, въ болѣе легкихъ случаяхъ, онъ оказывается при высовываніи узкимъ, остроконечнымъ, толстымъ и нѣсколько суховатымъ; характерно для тифа также и то, что очищеніе языка всегда начинается съ краевъ и кончика, такимъ образомъ, что на передней половинѣ языка получается красный треугольникъ, обращенный своей вершиной къ корню языка. Черно-бурый налетъ на зубахъ (засохшая слизь), такъ же какъ и на языкѣ, встрѣчается только въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, при высокихъ температурахъ и при рѣзко выраженномъ бредѣ, спячкѣ и другихъ тифозныхъ явленіяхъ.

Аппетитъ уменьшается, обыкновенно, уже въ періодъ предвѣстниковъ, но совсѣмъ пропадаетъ онъ рѣдко, такъ что въ теченіе многихъ дней ребенокъ не безъ удовольствія кормится жидкой пищей, напр., бульономъ и молокомъ. *Жажда* обыкновенно усилена; съ особенной охотой дѣти пьютъ висловатое питье. Въ періодъ выздоровленія, скоро по окончаніи лихорадки, у больныхъ появляется сильный голодъ, мѣшающій продолжать извѣстную діету, столь необходимую въ первое время.

Рвоты въ началѣ брюшнаго тифа въ большинствѣ случаевъ не бываетъ совсѣмъ, а если и бываетъ, то все-таки не на первый день, а чаще на 2—4-й при погрѣшностяхъ въ діетѣ или послѣ лѣкарства (хининъ, касторовое масло).

Отсутствие рвоты в начале болезни имеет важное диагностическое значение для отличия сомнительных случаев тифа от менингита.

Поносъ хотя и часто встрѣчается при тифѣ, но все-таки можетъ отсутствовать до самаго конца, а когда является, то рѣдко въ началѣ болѣзни, а обыкновенно въ концѣ первой или на второй недѣлѣ. Первымъ днямъ тифа болѣе свойствененъ запоръ. По статистикѣ Rilliet-Barthez'a запоръ встрѣчается приблизительно въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ, у Nenoch'a изъ 112 случаевъ нормальный стулъ отмѣченъ 20 разъ, запоръ въ 13 случаяхъ и поносъ въ 79. У меня изъ 55 случаевъ нормальный стулъ и запоръ встрѣтился 23 раза, а поносъ 32 и притомъ съ 1-го дня болѣзни только въ двухъ случаяхъ, со 2-го и 3-го дня — по 4 случая, съ 4-го по 7-й день — въ 8 случаяхъ, а остальные 14 случаевъ падаютъ на вторую недѣлю. Средняя продолжительность случаевъ тифа, протекавшихъ безъ поноса, была 21 день, а съ поносомъ — 24 дня.

Всего чаще, слѣдовательно, жидкія испражнения появляются въ концѣ 1-й или въ началѣ 2-й недѣли; онѣ имѣютъ тѣ же свойства, что и при тифѣ взрослыхъ, т.-е. представляются въ видѣ бурой болтушки, вродѣ горохового отвара, и появляются отъ 2 до 5 разъ въ сутки, рѣдко больше. Продолжительность тифознаго поноса крайне непостоянна; иногда онъ останавливается черезъ 2—3 дня, тогда какъ въ другихъ случаяхъ затягивается недѣли на двѣ и больше, т.-е. продолжается и по окончаніи лихорадочнаго состоянія; чаще, впрочемъ, бываетъ такъ, что одновременно затягивается и лихорадка.

Форма живота при брюшномъ тифѣ всѣми авторами придается довольно большое диагностическое значеніе въ смыслѣ распознаванія тифа отъ острой головной водянки; при первомъ животъ бываетъ обыкновенно умѣренно вздутъ, а при второй втянутъ. Для большинства случаевъ это, конечно, вѣрно, но диагностическое значеніе этого признака уменьшается тѣмъ, что и при тифѣ животъ не всегда бываетъ вздутъ, и даже не особенно рѣдко случается наблюдать мягкой, слегка ввалившійся животъ какъ разъ въ случаяхъ тифа съ тяжелыми мозговыми симптомами, т.-е. тогда именно, когда приходится рѣшать вопросъ: тифъ это или менингитъ? Ввалившійся животъ въ подобныхъ случаяхъ комбинируется, напр., съ запоромъ, замедленнымъ и неправильнымъ пульсомъ и проч. (см. діагностику тифа отъ менингита).

Очень значительный метеоризмъ (парезъ кишекъ) при тифѣ встрѣчается рѣдко.

Запоръ въ періодъ выздоровленія можетъ быть причиной не только метеоризма, но также сильныхъ колиевъ, рвоты и значительнаго, хотя и кратковременнаго, повышенія температуры.

Боль живота и урчаніе въ области соесум при давленіи появляются, обыкновенно, одновременно съ поносомъ. Схваткообразныя боли эти бываютъ не сильны и не продолжительны, а потому мало беспокоятъ больныхъ. Но кромѣ этихъ, такъ-сказать кишечныхъ, болей, при дѣтскомъ тифѣ часто встрѣчаются *боли живота при малѣйшемъ на него давленіи*. Нѣкоторые авторы, напр. Gerhardt, приписываютъ ихъ ненормальному участию брюшины въ тифозномъ процессѣ. Объясненіе это можетъ быть справедливо только для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ боль при давленіи сосредоточивается въ области слѣпой кишки или, по крайней мѣрѣ, всего сильнѣе въ этомъ мѣстѣ. Въ другихъ же слу-

чаяхъ, составляющихъ значительное большинство, подобная боль зависитъ только отъ *иперэстезіи кожи* и сама по себѣ не представляетъ ничего серьезнаго. Боль вслѣдствіе гиперэстезіи кожи отличается отъ воспалительной боли тѣмъ, что появляется не только при легкомъ давленіи на животъ, но и при собираніи кожи въ складку, а также тѣмъ, что гиперэстезія не ограничивается областью живота, а распространяется также на нижнюю часть грудной кѣтки и на *внутреннюю поверхность бедеръ*. На гиперэстезію кожи при тифѣ я желаю обратить ваше вниманіе не только потому, что симптомъ этотъ имѣетъ практической интересъ, но еще и по той причинѣ, что во многихъ руководствахъ о немъ совсѣмъ не упоминается.

Со стороны *органовъ дыханія* мы не имѣемъ симптомовъ, специально принадлежащихъ тифу. *Носовыя кровотечения* хотя иногда и встрѣчаются въ первые дни заболѣванія, но діагностическое значеніе ихъ не велико, во-первыхъ потому, что у дѣтей они, вообще, довольно обыкновенны, а во-вторыхъ потому, что при тифѣ они появляются не чаще, чѣмъ и при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Напротивъ, весьма важно отмѣтить постоянное *отсутствіе остраго насморка* въ началѣ брюшного тифа, такъ что, если этотъ симптомъ появляется вмѣстѣ съ лихорадочнымъ состояніемъ, то онъ съ очень большой вѣроятностью исключаетъ тифъ, — обстоятельство, на которое въ практикѣ обращается слишкомъ мало вниманія, вслѣдствіе чего за тифъ принимаются многіе случаи несомнѣннаго гриппа. Что свѣжій насморкъ говоритъ противъ тифа и у взрослыхъ, объ этомъ упоминаетъ, между прочимъ, и Liebermeister (Zims. Handbuch, стр. 139), который встрѣтился съ сильнымъ насморкомъ въ началѣ тифа только въ одномъ случаѣ; даже при лѣченіи тифа большими дозами іода (болѣе 200 случаевъ), по наблюденіямъ L., насморкъ является далеко не всегда, и то лишь по окончаніи лихорадочнаго періода.

Почти постояннымъ спутникомъ тифа можно считать умѣренной силы *кашель*, вслѣдствіе катарра слизистой оболочки бронховъ; въ нашихъ 42 случаяхъ онъ отмѣченъ 33 раза, т.-е. чаще даже, чѣмъ поносъ; въ діагностическомъ отношеніи важно именно то обстоятельство, что кашель появляется въ большинствѣ случаевъ не съ перваго дня болѣзни, а спустя нѣсколько дней или на 2-й недѣлѣ, такъ что при опредѣленіи причины лихорадки считается съ бронхитомъ не приходится. Какъ правило, катарръ ограничивается крупными или средними вѣтвями бронховъ и потому не вызываетъ ни одышки, ни мелкопузырчатыхъ хриповъ, ни значительнаго учащенія дыханія, ни раздуванія ноздрей. Перкуссия даетъ отрицательные результаты, а при выслушиваніи удается констатировать лишь сухіе или влажные крупные хрипы; кашель, не мучительный и не особенно частый, кончается выдѣленіемъ необильной, слизисто-гноной мокроты. Частый сухой кашель, при учащенномъ дыханіи (напр. болѣе 40 разъ въ минуту у ребенка старше 5 лѣтъ), но безъ объективныхъ признаковъ сильнаго катарра, совсѣмъ не свойствененъ тифу и потому долженъ возбуждать подозрѣніе на острый туберкулезъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тифа катарръ бронховъ, распространяясь книзу, развивается до степени капиллярнаго бронхита и тогда можетъ надолго поддерживать лихорадку въ періодъ выздоровленія; на основаніи своихъ наблю-

деній я вынесъ убѣжденіе, что самой частой причиной долго тянущагося періода дефервесценціи является именно бронхитъ. Лихорадка въ такихъ случаяхъ принимаетъ обыкновенно интермиттирующій характеръ, причѣмъ въ теченіе 10—14 дней температура падаетъ по утрамъ до нормы, а вечеромъ подымается до 39° и выше, не поддаваясь вліянію среднихъ дозъ (6—8 гр.) хинина.

Въ тяжелыхъ случаяхъ тифа бронхитъ даетъ поводъ къ развитію катаральной или, при слабой дѣятельности сердца, гипостатической пневмоніи. Она занимаетъ обыкновенно обѣ нижнія доли и характеризуется появленіемъ по бокамъ позвоночника, подъ лопатками, мелкопузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, особенно при глубокихъ вдохахъ, далѣе большею или меньшею степенью одышки и иногда притупленіемъ, которое, впрочемъ, бываетъ далеко не всегда рѣзко выражено. Подобныя пневмоніи хотя въ большинствѣ случаевъ и кончаются выздоровленіемъ, но болѣзнь затягивается надолго (недѣли на 4—6), и дѣти сильно истощаются, такъ какъ все время лихорадятъ. Лобарная пневмонія въ самомъ началѣ тифа (pneumono-typhus) принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ и въ числѣ нашихъ случаевъ не встрѣтилась ни разу.

Точно такъ же не приходилось намъ видѣть у дѣтей и тифознаго *пораженія гортани*.

Пульсъ при тифѣ хотя бываетъ и чаще нормальнаго, но сравнительно съ температурой въ большинствѣ случаевъ онъ оказывается нѣсколько замедленнымъ, такъ что, при 39°, напр., онъ держится около 90—100 ударовъ. Фактъ этотъ наблюдается и у взрослыхъ и объясняется онъ свойствомъ тифознаго токсина дѣйствовать раздражающимъ образомъ на задерживающіе аппараты сердца. Чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ рельефнѣе выступаетъ это вліяніе тифознаго яда на сердце; у дѣтей до 3—4 лѣтъ замедленія пульса обыкновенно не замѣчается. Часто мы не находили его и въ тяжелыхъ формахъ тифа, когда пульсъ бываетъ малъ, очень частъ и легко исчезаетъ подъ пальцемъ — признавъ ослабленной дѣятельности сердца. Въ періодъ выздоровленія съ окончаніемъ лихорадки пульсъ приходитъ къ нормѣ, но въ тяжелыхъ случаяхъ онъ остается учащеннымъ еще нѣсколько дней. Замедленный и неправильный пульсъ въ періодѣ выздоровленія встрѣчается иногда послѣ быстрого окончанія лихорадки, что чаще наблюдается при сынномъ тифѣ или въ абортивныхъ формахъ. Иногда случается, что замедленный и неправильный пульсъ является въ самый разгаръ болѣзни, т.-е. еще задолго до окончанія лихорадочнаго періода. Интересный образчикъ такого пульса приводитъ Cadet de Gassicourt: 14-лѣтній мальчикъ, захворавшій тифомъ умѣренной силы, съ 12-го дня болѣзни сталъ представлять замедленный и неправильный пульсъ; при t° выше 39° пульсъ былъ только 56. На 17-й день болѣзни t° была уже нормальна, а пульсъ оставался замедленнымъ (48 ударовъ) и неправильнымъ до 21-го дня болѣзни. На 24-й день послѣдовалъ рецидивъ тифа, на 6-й день котораго, при t° отъ 39 до 40°, пульсъ былъ только 72 съ 20 перебоями въ минуту. На слѣдующій день пульсъ — 60 и тоже около 20 перебоевъ; желая сѣсть въ кровати, ребенокъ упалъ въ обморокъ. Еще черезъ день лихорадка кончилась, но замедленный пульсъ остается еще дней 10. Въ данномъ случаѣ діагностика тифа была не трудна, потому что всѣ другіе симптомы тифа

были выражены рѣзко и сознание было сохранено, но, понятно, что при другихъ условіяхъ подобный пульсъ можетъ навести врача на мысль о туберкулезномъ менингитѣ.

Изъ сыпныхъ процессовъ для тифа характерна только такъ называемая тифозная *roseola*, являющаяся въ видѣ блѣдно-розовыхъ, слегка возвышенныхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, пятнышекъ, исчезающихъ отъ давленія пальцемъ; мелкія пятнышки — округлой формы и возвышаются какъ папула, болѣе крупныя — неправильно-овальной формы и плоски. Любимое ихъ мѣсто — туловище, именно животъ, нижняя часть грудной клѣтки и спина, а въ исключительныхъ случаяхъ онѣ появляются и на конечностяхъ, но не на лицѣ, что встрѣчается только при сыпномъ тифѣ. При брюшномъ тифѣ сыпь рѣдко бываетъ обильная и тогда высыпаетъ не сразу, а въ теченіе 2—4 дней отдѣльными высыпаниями; болшею же частью сыпь эта мало замѣтна, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается насчитать всего штукъ 5—10 пятнышекъ. Не особенно рѣдко встрѣчаются и такіе случаи брюшного тифа, въ которыхъ *roseola* совсѣмъ не высыпаетъ. Всего чаще появляется она въ началѣ 2-й недѣли (7—9—11-й день) и держится отъ одного до четырехъ дней, а при повторныхъ высыпанияхъ и дольше. Петехіи брюшному тифу не свойственны, а если иногда показываются, то только при осложненіи тифа кровоточивымъ діатезомъ, и тогда происходятъ обильныя кровотеченія подъ кожу и изъ слизистыхъ оболочекъ, какъ, напр. въ случаѣ Неносч'а (стр. 662 его руководства) и Снѣжкова („Мед. Обзор.“ т. XV, стр. 175).

Изъ другихъ сыпныхъ процессовъ слѣдуетъ упомянуть еще о *потовой сыти* — *sudamina*, изрѣдка встрѣчающейся въ періодѣ выздоровленія. Что касается до *herpes'a*, то появленіе его на лицѣ въ теченіе первыхъ дней какаго-либо лихорадочнаго состоянія говоритъ рѣшительно противъ тифа; я лично не встрѣчалъ его при этой болѣзни ни разу и думаю, что Gerhardt напрасно умаляетъ діагностическое значеніе этого симптома.

Вообще, кожа въ первую половину болѣзни отличается сухостью, такъ что потъ не легко вызвать даже и искусственными мѣрами. Въ періодѣ выздоровленія рядомъ съ выпаденіемъ волосъ происходитъ и слущиваніе эпидермиса, иногда очень обильное, напоминающее шелушеніе послѣ скарлатины, но съ тою лишь разницей, что на ладоняхъ и пальцахъ лущенія не бываетъ.

Моча при тифѣ обыкновенно интенсивно окрашена, прозрачна, высокаго удѣльнаго вѣса, богата мочевиной и бѣдна хлоридами, количество ея во время лихорадочнаго періода уменьшено; альбинурия встрѣчается рѣдко и не имѣетъ особаго значенія для предсказанія. Въ видахъ діагностики важно отмѣтить, что, начиная со 2-й недѣли и до конца лихорадочнаго періода, *моча тификовъ всегда даетъ діазореакцію, такъ что отсутствіе послѣдней въ разгарѣ болѣзни говоритъ противъ тифа.* Для производства этой реакціи нужны два реактива: 1) Rр. Ac. sulphanilin. 5,0, Ac. hydrochlor. puri 50, Aq. destill. 1000,0, и 2) Natri nitrosi 0,5, Aq. 100,0. 50 к. ц. перваго реактива смѣшиваютъ съ 1 к. ц. втораго, прибавляютъ къ этой смѣси равное количество мочи и $\frac{1}{8}$ ч. liq. ammon. и взбалтываютъ. Образующаяся пѣна должна быть краснаго цвѣта, иначе реакція не удалась.

Изъ органовъ чувствъ часто поражается слухъ; больные плохо слышатъ какъ въ разгарѣ болѣзни, такъ и въ первые дни по окончаніи лихорадки.

Для діагностики тифа имѣетъ значеніе также и habitus больного: покраснѣвшее, слегка одутловатое лицо, инъецированные глаза, сонливое или апатичное, безучастное выраженіе, суховатый, узкій, на кончикѣ красный, языкъ и положеніе на спинѣ — вотъ обычный видъ больного при средней силѣ тифа. Въ тяжелыхъ случаяхъ лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ большую слабость. Вообще говоря, по лицу и глазамъ можно хорошо судить о состояніи силъ больного.

Продолжительность и теченіе.

Брюшной тифъ принадлежитъ въ числу болѣзней, которыя не начинаются внезапно, и потому своимъ началомъ онъ не пугаетъ матерей, чѣмъ рѣзко отличается отъ сыпного тифа и въ особенности отъ возвратнаго.

Можно принять за правило, что брюшной тифъ всегда начинается съ *предвѣстниковъ*. Ребенокъ теряетъ веселость и живость, любитъ прилечь и не въ-время заснуть, между тѣмъ какъ ночью спитъ покойно, часто ворочается, просыпается; онъ теряетъ аппетитъ и блѣднѣетъ, почти всегда страдаетъ запоромъ, часто жалуется на легкую головную боль и т. д. Словомъ, ребенку нездоровится, но что именно съ нимъ — никто, конечно, сказать еще не можетъ. Этотъ періодъ неопредѣленнаго нездоровья тянется 5—7 и больше дней, пока не уступитъ мѣста постоянному лихорадочному состоянію съ утренними послабленіями и вечерними ожесточеніями. Что касается до хода температуры въ періодъ предвѣстниковъ, то на этотъ счетъ мы не имѣемъ достаточныхъ свѣдѣній, такъ какъ въ этотъ періодъ больные рѣдко попадаютъ на руки врача. Если судить на основаніи собственныхъ, хотя и скудныхъ, наблюденій, то температура въ этотъ періодъ почти никогда не бываетъ совсѣмъ нормальна, а колеблется приблизительно отъ 37,5 до 38,2° въ теченіе нѣсколькихъ дней. Вотъ, напр., ходъ t^0 съ перваго дня недомоганія: 1-й день 38,1, 2-й — 37,8, слабительное, 3-й — 37,5—38,2, 4-й — 37,6—37,8, хининъ 10 гр., 5-й — 37,6—38°. Селезенка уже прощупывается. По Jules Simon'у (l. c. т. II, стр. 8) температура въ періодъ предвѣстниковъ тифа подвергается большимъ и совершенно неправильнымъ колебаніемъ, такъ что, напр., въ 5 часовъ дня она подымается до 39,5° и выше, а часовъ въ 11 вечера падаетъ почти до нормы и т. п.

Въ діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ имѣть въ виду почти постоянное отсутствіе въ періодъ предвѣстниковъ какихъ бы то ни было мѣстныхъ признаковъ, особенно свѣжаго насморка и кашля. Странное исключеніе составляетъ только torticollis, которая, можетъ-быть, какъ чистая случайность, встрѣтилась мнѣ въ началѣ двухъ случаевъ тифа. Въ одномъ изъ нихъ, у дѣвочки 5 лѣтъ, torticollis исчезала по утрамъ и появлялась около 4 часовъ вмѣстѣ съ повышеніемъ температуры. Хининъ и салицил. натръ остались безъ вліянія на этотъ симптомъ, исчезнувшій къ концу недѣли.

Такъ какъ переходъ періода предвѣстниковъ въ періодъ постоянной лихорадки совершается постепенно, и такъ какъ притомъ родители не имѣютъ обыкновенія прибѣгать къ правильному измѣренію t^0 , то опредѣлить начало тифа

удается лишь приблизительно. Во всякомъ случаѣ, однако, для діагностики очень важно констатировать наличие періода предвѣстниковъ, т.-е. постепенное начало болѣзни, потому что разъ вы узнали, что ребенокъ, прежде чѣмъ слегъ въ постель, нѣсколько дней расхварывался, то вы можете ужъ исключить многія изъ болѣзней, характеризующихся внезапнымъ началомъ, каковы, напр., оспа, скарлатина, рекуррентъ и нѣкоторые другія, а слѣдовательно дифференціальная діагностика дѣлается легче.

По окончаніи періода предвѣстниковъ, лихорадочное состояніе дѣлается постояннымъ и, усиливаясь съ каждымъ днемъ, къ концу недѣли достигаетъ своего maximum'a (около 40°). Ребенокъ все время жалуется на головную боль, главнымъ образомъ во лбу, и на слабость, такъ что самъ просится въ постель; онъ сонливъ днемъ, но непокоенъ ночью; языкъ, вначалѣ покрытый бѣлымъ слоемъ, къ концу недѣли нѣсколько высыхаетъ и очищается съ краевъ; животъ немного вздувается, но еще мягокъ и сначала безболѣзненъ; къ концу 1-й недѣли появляется бредъ по ночамъ и тифозный habitus, а также легкій поносъ, опухоль селезенки и болѣзненность въ области ileo-coecum, roseola. На 11-й и 12-й день больному дѣлается лучше: лицо теряетъ апатичное выраженіе и дѣлается бодрѣе, языкъ въ одну ночь изъ сухого дѣлается влажнымъ; бредъ уменьшается, нерѣдко больной просится сидѣть, лихорадочное состояніе тоже нѣсколько понижается, но только пониженіе это обыкновенно не соответствуетъ улучшенію другихъ признаковъ, въ особенности со стороны нервной системы и общаго состоянія. Въ теченіе слѣдующихъ дней улучшеніе идетъ медленно, но прогрессивно, и къ концу 3-й недѣли температура лизисомъ спускается до нормы въ теченіе 5—7 дней. Выздоровленіе послѣ неосложненнаго тифа идетъ очень быстро, такъ что черезъ недѣлю послѣ окончанія лихорадки больного уже трудно удержать въ постели. Недѣли черезъ двѣ начинается шелушеніе кожицы и выпаденіе волосъ, которое не можетъ быть предотвращено ни стрижкой, ни бритьемъ, что, впрочемъ, вовсе не важно, такъ какъ новые волосы нерѣдко вырастаютъ гуще прежнихъ.

Тяжелый тифъ. Въ нѣмецкихъ руководствахъ очень распространено ученіе Liebermeister'a, по которому всѣ тяжелые симптомы тифа зависятъ отъ лихорадки и что опасность, грозящая тифику, прямо пропорціональна высотѣ температуры. Взглядъ этотъ, неосновательность котораго достаточно выяснена, между прочимъ, проф. Богвинымъ въ послѣднемъ выпускѣ его клиническихъ лекцій, по отношенію къ дѣтскому тифу рѣшительно оспаривается Hensch'омъ и въ особенности Cadet de Gassicourt'омъ въ его *Traité clin. des maladies de l'enfants*, t. II, p. 515 и слѣд. Дѣйствительно, каждому безпристрастному члену вѣку, наблюдавшему большое число лихорадочныхъ больныхъ, покажется страннымъ или даже совсѣмъ невѣроятнымъ, какимъ образомъ могло такъ прочно укорениться ученіе о зависимости тяжелыхъ тифозныхъ симптомовъ отъ высоты температуры, когда исключенія изъ этого правила встрѣчаются чуть не ежедневно. Сравните, напр., состояніе больныхъ въ концѣ 1-й недѣли при сыпномъ тифѣ и рекуррентѣ, когда у обоихъ температура за 40°. Первый будетъ имѣть видъ тяжело-больного, у него фулигинозный языкъ, сильный бредъ, спячка и пр., между тѣмъ какъ рекуррентикъ при такой температурѣ будетъ

бодръ и можетъ-быть не потеряетъ даже аппетита. Еще рѣзче будетъ разница въ первые дни между рекуррентомъ и крупозной пневмоніей, съ одной стороны, и между оспой и скарлатиной — съ другой. Первые двое отлично перенесутъ 41 и даже 42°, тогда какъ оспа и скарлатина могутъ убить ребенка въ 2—3 дня. Что касается дѣтскаго тифа, то и здѣсь мы видимъ многочисленныя примѣры, опровергающіе ученіе Liebermeister'a. Очень часто случается видѣть легкое теченіе тифа, несмотря на высокія температуры, и наоборотъ, тяжелое теченіе при температурахъ умѣренныхъ. Дѣло въ томъ, что токсинъ каждой изъ инфекціонныхъ болѣзней обладаетъ тѣмъ общимъ свойствомъ, что онъ влѣяетъ какимъ-то образомъ на температурный центръ и вызываетъ лихорадеу; но, помимо того, у každаго яда есть еще и другія свойства: ядъ оспы, напр., вызываетъ пустулезную сыпь на кожѣ, и въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что чѣмъ опаснѣе болѣзнь, тѣмъ обильнѣе сыпь и выше лихорадеа, — и тѣмъ не менѣе никто же не станетъ утверждать, что сыпь и лихорадеа стоятъ между собой въ причинной зависимости; то же мы видимъ и въ кори, и въ скарлатинѣ, и въ тифѣ. Тифозный ядъ вызываетъ не одну лишь лихорадеу, но также паренхиматозныя измѣненія внутреннихъ органовъ, опухоль брыжеечныхъ и Пейеровыхъ железъ, нарушаетъ дѣятельность нервной системы и сердца и т. д., и притомъ наблюденіе показываетъ, что иногда всѣ эти свойства тифознаго яда оказываются пропорціональными другъ другу, и тогда тяжелые припадки со стороны нервной системы появляются при очень высокіхъ температурахъ, при слабомъ пульсѣ, при обильномъ поносѣ и пр.; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, сильнѣе выражается то или другое свойство яда, такъ что если преобладаетъ, напр., вліяніе на температурный центръ, а дѣйствіе на общее чувствилище слабо, то у больного будетъ высокая лихорадеа при ничтожномъ бредѣ и при хорошемъ пульсѣ (какъ это обыкновенно встрѣчается въ рекуррентѣ); если же сильнѣе выражено свойство яда дѣйствовать на кору мозга, то появятся тяжелые нервные симптомы при умѣренной лихорадеѣ и т. п. Аналогичное явленіе мы видимъ и въ оспѣ и во всѣхъ другихъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ: количество сыпи, напр., въ сыпныхъ горячкахъ далеко не всегда соотвѣтствуетъ силѣ лихорадки и опасности болѣзни.

Выводъ изъ всего сказаннаго будетъ тотъ, что хотя тяжелый тифъ и часто протекаетъ при сравнительно высокіхъ температурахъ, но подобная лихорадеа, во-1-хъ, необязательна; во-2-хъ, такая же высокая лихорадеа встрѣчается и при легкомъ тифѣ. Скорѣе ужъ можно считать за характерный признакъ (но все-таки не за причину) тяжелаго тифа *постоянство* высокіхъ температуръ въ теченіе цѣлыхъ сутокъ. Изъ другихъ симптомовъ тяжелаго тифа я укажу на слѣдующіе: 1) очень сухой или даже фулигинозный языкъ и зубы; 2) блѣдное лицо; 3) непроизвольное или безсознательное испражненіе кала и мочи; 4) очень частый, слабый пульсъ и другія явленія, указывающія на упадокъ дѣятельности сердца, каковы, напр., похолоданіе конечностей и носа, легкій ціанозъ, гипостазъ въ легкихъ; 5) различныя осложненія со стороны груди, живота и нервной системы. Къ числу послѣднихъ относится, между прочимъ, интересное явленіе, наступающее иногда на высотѣ болѣзни и которое Lieber-

meister обозначаетъ названіемъ „раздраженіе мозга съ подавленіемъ (depression) температуры“. Онъ описываетъ это явленіе такъ: приблизительно въ срединѣ 2-й недѣли у больного, который до тѣхъ поръ сильно лихорадилъ и представлялъ обычныя для тифа разстройства мозговой функціи, нервныя явленія внезапно принимаютъ необыкновенный характеръ и выступаютъ симптомы, напоминающіе meningitis: сильная головная боль, сведеніе затылка, сонливость, полуоткрытые глаза, которые иногда косятъ и представляютъ неравномѣрное расширение зрачковъ, быстрая переменна цвѣта лица, которое то блѣднѣетъ, то покрывается красными пятнами, или, взаимѣнъ этихъ припадковъ, развивается душевное разстройство маниакальнаго или меланхолическаго характера.

Въ довершеніе сходства съ менингитомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже и температура, страннымъ образомъ, во все время существованія этихъ необычныхъ симптомовъ падаетъ, какъ и при туберкулезномъ менингитѣ, и колеблется между 37—38° или даже между 36—39°. Въ благопріятныхъ случаяхъ черезъ нѣсколько дней или недѣль мозговья явленія исчезаютъ, t° опять подымается и болѣзнь принимаетъ нормальное теченіе; при неблагопріятномъ исходѣ больной впадаетъ въ коматозное состояніе, изъ котораго не выходитъ до самой смерти. L. наблюдалъ около 10 подобныхъ случаевъ (у взрослыхъ). Это были все тяжелые случаи, и онъ объясняетъ ихъ раздраженіемъ мозговыхъ центровъ высокой температурой (Ziemssen's — Handbuch. II, стр. 185). Въ дѣтской практикѣ мнѣ встрѣтился только одинъ подобный случай, діагноцированный при жизни какъ брюшной тифъ, осложненный острой головной водянкой (см. объ осложненіяхъ). Объясненіе L. къ нашему случаю не подходитъ, такъ какъ t° все время была очень умѣренная.

Что касается до теченія тяжелаго тифа, то онъ развивается или постепенно изъ тифа средней силы, или является тяжелымъ ужь съ самаго начала, и въ такомъ случаѣ послѣ короткаго періода предвѣстниковъ температура довольно скоро подымается до 40° и больше при сильной головной боли и рвотѣ, и къ концу недѣли ребенокъ теряетъ сознаніе и лежитъ почти въ постоянномъ бреду, иногда съ открытыми глазами и со сведеннымъ затылкомъ. На вопросы ребенокъ не отвѣчаетъ совсѣмъ, но, вслѣдствіе чрезмѣрной гиперэстезіи кожи, сильно вскрикиваетъ при щипаніи кожи и громко стонетъ во время изслѣдованія. Бредъ носитъ иногда буйный характеръ: ребенокъ вскакиваетъ съ постели и хочетъ бѣжать (атакическая форма), или очень скоро впадаетъ въ состояніе полного упадка силъ (адиамическая форма). Языкъ съ первыхъ же дней дѣлается сухимъ, а къ концу недѣли покрывается, какъ и зубы, черной, засохшей слизью. Смерть наступаетъ обыкновенно въ состояніи полвой простраціи на 8—13-й день. При нерѣдкомъ псходѣ въ выздоровленіе спена мѣняется быстро; обыкновенно въ срединѣ или въ концѣ 2-й недѣли, послѣ порядочно проведенной ночи, ребенокъ просыпается какъ бы перерожденнымъ: сознаніе возвращается, языкъ дѣлается влажнымъ, пульсъ подымается и т. д., но это не кризисъ, такъ какъ температура остается почти на прежней высотѣ. Выздоровленіе послѣ тяжелаго тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ задерживается какими-нибудь осложненіями (всего чаще поносомъ, капиллярнымъ бронхитомъ съ пневмоніей или безъ нея, пролежнями и чирьями), такъ что

въ концѣ концовъ ребенокъ впадаетъ въ сильное истощеніе и худѣетъ, какъ говорится, до скелета. Характерна также долго остающаяся глухота и вялая умственная дѣятельность, не покидающая больного, подобно мышечной слабости, недѣль 5 или 6.

Смертельный исходъ можетъ наступить или ужь въ концѣ 1-й недѣли, и въ такомъ случаѣ ^{то} упорно держится выше 40° даже и утромъ, и періодъ возбужденія, бреда и подергиванія сухожилій скоро смѣняется комой, или въ періодъ ослабленія болѣзни — отъ осложненийъ, всего чаще именно со стороны легкихъ и очень рѣдко, только въ исключительныхъ случаяхъ, отъ прободенія кишекъ, перитонита или кишечнаго кровотечения.

Средняя продолжительность брюшного тифа у дѣтей считается въ 3 недѣли. Въ моихъ 54 случаяхъ тифа безъ тяжелыхъ осложненийъ, въ которыхъ продолжительность болѣзни можно было опредѣлить съ большей или меньшей вѣроятностью, тифъ тянулся 13—14 дней 24 раза; отъ 14 до 21 дня — 17 разъ; отъ 3 до 4 недѣль — 10 разъ и дольше 4 недѣль — 3 раза. Для случаевъ тифа, затягивающихся, несмотря на отсутствіе какихъ-либо осложненийъ, долѣе 50-го дня, Cadet de Gassicourt ввелъ названіе typhus à forme prolongée. Самымъ длиннымъ срокомъ для неосложненнаго тифа онъ считаетъ 61 день, причемъ теченіе всегда бываетъ волнообразное (см. тифъ съ рецидивомъ). Замѣчу кстати, что въ одномъ изъ послѣднихъ случаевъ интермиттирующій типъ лихорадки въ теченіе 13 дней, а въ другомъ въ теченіе 18 (утромъ 37,5 и ниже, а вечеромъ 39 до 40°), поддерживался, повидимому, только незначительнымъ (во всякомъ случаѣ не капиллярнымъ) бронхитомъ; хининъ до 10 гр. pro die не оказывалъ замѣтнаго дѣйствія на такую лихорадку. Вообще можно сказать, что продолжительность тифа до нѣкоторой степени прямо пропорціональна возрасту, т.-е. чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ и тифъ короче. Весьма интересна въ этомъ отношеніи таблица, составленная Curschmann'омъ для 443 случаевъ дѣтскаго тифа.

	2—5 л.	6—10 л.	10—14 л.
Лихорадка продолжалась менѣе 21 д.	92 ⁰ / ₁₀₀	71,8 ⁰ / ₁₀₀	60,8 ⁰ / ₁₀₀
” ” отъ 22 до 33 ”	4	18,6	25,7
” ” болѣе 33 ”	2	7,7	11,8

Смотри по продолжительности лихорадочнаго періода и по степени развитія припадковъ, въ особенности со стороны нервной системы, принято различать нѣсколько формъ тифа, именно легкой, средней и тяжелой. Тифъ можетъ протекать при рѣзко выраженныхъ нервныхъ явленіяхъ и все-таки оказаться легкимъ, если, напр., онъ ованчивается раньше средней нормы, которую можно считать отъ 2¹/₂ до 3¹/₂ недѣль; такія формы извѣстны подъ именемъ abortивнаго тифа — *t. abortivus*; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, хотя тифъ тянется, можетъ-быть, и дольше трехъ недѣль, но онъ все-таки относится къ легкимъ, такъ какъ сопровождается незначительною лихорадкой и слабо выраженными другими симптомами: это — *t. laevis*, легкой тифъ; наконецъ не мало встрѣчается и такихъ случаевъ, которые и кончаются раньше нормальнаго срока, и протекаютъ легко: это — *t. laevis abortivus*.

Абортивные и легкіе тифы.

Абортивный тифъ встрѣчается въ двухъ формахъ. Случаи первой группы отличаются отъ нормальнаго тифа легкой или средней силы только своимъ болѣе короткимъ теченіемъ, такъ какъ вмѣсто 3 недѣль кончаются въ 12—16 дней. Эта сравнительная короткость теченія зависитъ отъ укорачиванія всѣхъ трехъ періодовъ лихорадки, такъ что, напр., лизисъ совершается въ 3, много въ 4 сутокъ. Подобнаго рода абортивные тифы обыкновенно бываютъ въ то же время и легкими тифами, такъ какъ при нихъ часто не бываетъ патологическихъ явленій со стороны нервной системы, хотя лихорадка можетъ достигать высокихъ цифръ; въ другихъ случаяхъ, впрочемъ, и повышеніе t° оказывается незначительнымъ. Какъ примѣръ подобной формы абортивно-легкаго тифа, я приведу слѣдующій случай, особенно типичный въ виду того, что мальчикъ, о которомъ идетъ рѣчь, за нѣсколько дней до своей болѣзни потерялъ отъ тяжелаго тифа двухъ своихъ братьевъ и потому еще задолго до заболѣванія находился подъ постояннымъ контролемъ термометра, чтобы можно было, по выраженію матери, „захватить болѣзнь въ самомъ началѣ“.

Мальчикъ 6 лѣтъ заболѣлъ головою болью 9 ноября къ вечеру; дня 3 передъ тѣмъ онъ былъ скученъ и мало ѣлъ, хотя не лихорадилъ; t° 38,7. 10-го (2-й день) его разъ вырвало; слабость; потеря аппетита; 38,7—39,5; запоръ. 3-й день: 39,3—40; селезенка уже прощупывается; было одно твердое испражненіе; языкъ *влаженъ*, животъ мягокъ, не вздутъ; печень прощупывается; кашля и бреда нѣтъ; сознание вполне сохранено. Пульсъ — 120. 4-й д.: общее состояніе хорошо, спать безъ бреда; одинъ стулъ; 38,8—40. 5-й д.: безъ перемежнъ; 39,1—39,4. Вечеромъ легкая испарина. 6-й д.: 38,7—39,5. *Больной сидитъ въ кровати въ веселомъ настроеніи духа*, каковое и оставалось у него до конца болѣзни. 7-й д.: 38,2—38,7. На животѣ и нижней части груди разбросанныя пятнышки roseolae. Дальше температура очень постепенно стала падать и на 17-й день сдѣлалась нормальной. 8-й д.: 37,8—39; 9-й д.: 37,7—39; 10-й д.: 38—38,4; 11-й д.: 37,6—38,3; 12-й д.: 37,6—38,5; 13-й д.: 37,5—38,4; 14-й д.: 37,3—38,3; 15-й д.: 36,8—38,3; 16-й д.: 37,—38,2; 17-й д.: 37—37,3.

Что въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло дѣйствительно съ брюшнымъ тифомъ, въ томъ не можетъ быть сомнѣнія, такъ какъ помимо того, что больной жилъ въ тифозномъ домѣ, онъ представлялъ всѣ кардинальные симптомы тифа, какъ, напр., характерную кривую лихорадки съ трехдневнымъ періодомъ *incrementi* и съ 8-дневнымъ лизисомъ, большую, свѣжую опухоль селезенки и тифозную *roseolam*; здѣсь не было только поноса, но онъ необязателенъ даже и для тяжелаго тифа.

Опредѣлить наименьшую продолжительность абортивно-легкаго тифа крайне трудно, такъ какъ если при діагностикѣ тифа вообще руководствоваться не симптомами только, но, главнымъ образомъ, и этиологическими условіями, подъ влияніемъ которыхъ заболѣлъ данный субъектъ, то придется согласиться съ проф. Боткинскимъ, что неопредѣленные заболѣванія, служація выраженіемъ тифозной инфекции, могутъ продолжаться иногда всего лишь 3—5 дней.

Ко 2-й группѣ абортивныхъ тифовъ относятся случаи, характеризующіеся болѣе или менѣе бурнымъ теченіемъ, причѣмъ короткая продолжительность обуславливается главнымъ образомъ укорачиваніемъ 1-го и 3-го періодовъ лихо-

радки, т.-е. въ началѣ температура быстрѣе достигаетъ своего аспе, напр., уже на второй день она выше 40° , а въ концѣ гораздо круче падаетъ до нормы, большею частью въ 60—72 часа, а иногда лихорадка кончается даже настоящимъ кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ. Такое теченіе лихорадки, какъ увидимъ ниже, свойственно сыпному тифу, и сходство въ этомъ отношеніи между abortивнымъ и сыпнымъ тифами такъ велико, что я лично склоненъ предполагать, что большинство подобнаго рода abortивныхъ формъ относится не къ брюшному, а къ сыпному тифу, тѣмъ болѣе, что сходство не ограничивается однимъ лишь окончаніемъ лихорадки, но замѣчается и въ другихъ направленіяхъ, напр. въ частомъ отсутствіи періода предвѣстниковъ и поноса (изъ 49 относящихся сюда случаевъ съ поносомъ протекали только 14, а безъ него 35), въ сильно-выраженныхъ нервныхъ симптомахъ и въ средней продолжительности болѣзни, равнявшейся въ нашихъ 49 случаяхъ $12\frac{1}{2}$ суткамъ. Правда, во всѣхъ этихъ случаяхъ не было обильной тифозной розеолы, нерѣдко она даже совсѣмъ не появлялась, но это обстоятельство ничего не доказываетъ, такъ какъ извѣстно, что и несомнѣнные случаи сыпного тифа (несомнѣнные по своей этиологіи) могутъ тоже протекать безъ сыпи (смотри сыпной тифъ). Между случаями abortивнаго тифа первой группы и случаями второй группы существуютъ, конечно, всевозможныя переходныя формы, изъ которыхъ однѣ больше похожи на брюшной тифъ, а другія на сыпной или на тотъ и другой вмѣстѣ; такъ, напр., у больного при раннемъ появленіи сыпи и при короткости лихорадочнаго періода (признаки, говорящіе за сыпной тифъ) сыпь можетъ оказаться слишкомъ ничтожной, появляется поносъ и дефервесценція идетъ медленно (какъ въ брюшномъ); въ другомъ случаѣ наоборотъ: сыпь хотя и обильна, но поздно является, у больного притомъ поносъ, — словомъ, можно бы думать о брюшномъ тифѣ, а между тѣмъ на 11—13-й день болѣзнь вдругъ кончается кризисомъ въ теченіе 24—36 часовъ. У третьихъ нѣтъ ни поноса, ни сыпи, болѣзнь затягивается до 18-го дня, а между тѣмъ все-таки кончается несомнѣннымъ кризисомъ и т. п., — однимъ словомъ, abortивный тифъ вообще не допускаетъ точной діагностики, такъ какъ къ нему относятся какъ случаи сыпного, такъ и брюшного тифа, но только въ недоразвитыхъ своихъ формахъ. Діагностика возможна



Рис. 5.

лишь при существованіи извѣстныхъ этиологическихъ моментовъ, когда, напр., въ данной семьѣ или домѣ уже были случаи заболѣванія несомнѣнными формами того и другого тифа. Практическій выводъ будетъ отсюда тотъ, что хотя заразительность брюшного тифа и не доказана, но abortивныя формы могутъ при случаѣ оказаться заразительными, такъ какъ сыпной тифъ заразителенъ во всѣхъ своихъ степеняхъ.

Легкій тифъ въ тѣсномъ смыслѣ слова, т.-е. тифъ, протекающій при ничтожныхъ нервныхъ явленіяхъ, можетъ сопровождаться или довольно высокими температурами, т.-е. такими, какъ и тифъ средней силы, или сравнительно низкими, напр., въ періодъ фастигіума не выше 38,5 по вечерамъ. Вопросъ о томъ, можетъ ли тифъ протекать совсѣмъ безъ лихорадки, нѣкоторыми авторами рѣшается въ утвердительномъ смыслѣ. По статистикѣ Liebermeister'a напр., въ Basel'ской клиникѣ въ 1869 году было 206 случаевъ болѣе или менѣе выраженного тифа, 29 случ. лихорадочнаго катарра и 139 случаевъ безлихорадочнаго катарра, и изъ числа послѣднихъ довольно значительная часть должна быть сведена на тифозную инфекцію, а въ 1870 г. на 161 случай тифа было 111 случаевъ безлихорадочнаго катарра. У многихъ изъ числа послѣднихъ была замѣтная опухоль селезенки или тифозная roseola при неправильномъ стулѣ: то былъ поносъ, то запоръ. Общимъ признакомъ относящихся сюда случаевъ было относительно тяжелое пораженіе общаго состоянія въ видѣ большой слабости, вялаго вида, головной боли, потери аппетита и обложеннаго языка; замѣчательна также долгая продолжительность нездоровья: многіе изъ больныхъ оставались въ постели недѣли 4 и больше. Нѣкоторые изъ случаевъ отличались еще тою особенностью, что представляли замедленный пульсъ, отъ 48 до 60 ударовъ.

Изъ числа своихъ наблюденій я могу привести только одинъ случай несомнѣннаго брюшного тифа протекавшаго почти безъ лихорадки, а также безъ поноса и безъ симптомовъ со стороны нервной системы, но съ незначительной опухолью селезенки. Діагностика здѣсь подтверждалась этиологіей: случай относится къ гимназисту 12 лѣтъ, у котораго почти одновременно съ нимъ хворали сестра и мать.

Измѣреніе температуры было начато здѣсь съ перваго дня недомоганія. Болѣзнь началась какъ бы съ періода предвѣстниковъ и въ такомъ видѣ осталась до конца, т.-е. въ теченіе 6 недѣль. Больной жаловался на слабость, легкую головную боль, не совсѣмъ покойно спалъ и совсѣмъ не могъ заниматься, во-1-хъ потому, что „ничего не остается въ головѣ“, какъ онъ говорилъ, а во-2-хъ потому, что при занятіяхъ сильнѣе разбалывалась голова. Аппетитъ пропалъ, появилась склонность къ запору, лицо поблѣднѣло; никакихъ другихъ субъективныхъ жалобъ не было во все время болѣзни. Что касается до хода температуры, то, за исключеніемъ 2-го дня болѣзни (когда она была 39°), во все время ни разу не было больше 38°, да и на этой незначительной высотѣ она держалась очень не долго, именно около 3—4 часовъ дня, а къ 7 часамъ вечера обыкновенно спадала ниже 37,5 (ф. 5).

Течение тифа у грудныхъ дѣтей.

Въ возрастѣ до двухъ лѣтъ тифъ встрѣчается очень рѣдко и, можетъ быть, еще рѣже узнается, такъ какъ несомнѣнно, что у маленькихъ дѣтей онъ можетъ принимать abortивную или легкую форму и сходитъ тогда или за лихорадку въ зубамъ, или за катарръ кишекъ, бронхитъ и т. п. Опухоль селезенки въ этомъ возрастѣ не имѣетъ большого діагностическаго значенія, такъ какъ она часто прощупывается, благодаря хронической опухоли, вслѣдствіе рахитизма. Тифозныхъ симптомовъ (сухой языкъ, потеря сознанія, спячка и проч.) въ этомъ возрастѣ при тифѣ обыкновенно не бываетъ, такъ что для діагностики остается только болѣе или менѣе продолжительная лихорадка съ утренними ремиссиями и вечерними ожесточеніями, — лихорадка, для которой нельзя найти никакого объясненія въ смыслѣ какой-либо мѣстной болѣзни. Постоянными спутниками такой лихорадки бываютъ иносъ и бронхитъ, а въ началѣ нерѣдко рвота.

Gerhardt (I. с., стр. 369) въ свое время нашелъ въ литературѣ только два случая тифа у грудныхъ дѣтей съ исходомъ въ выздоровленіе и прибавляетъ къ нимъ третій — собственный. Отсюда, однако, вовсе не слѣдуетъ, что тифъ въ этомъ возрастѣ очень опасенъ, — напротивъ, въ большинствѣ случаевъ онъ кончается выздоровленіемъ, но только не описывается; думаю такъ на томъ основаніи, что мнѣ лично встрѣтилось случая 4 несомнѣннаго брюшного тифа у дѣтей до года, и изъ нихъ не умеръ никто. Два изъ этихъ случаевъ я приведу вкратцѣ.

Одинъ мальчикъ 8 мѣсяцевъ, другой — 11. У обоихъ дѣтей былъ довольно упорный поносъ, слабило отъ 2—4 разъ въ сутки, совершенно жидкими, грязно-бураго цвѣта испражненіями, несмотря на то, что оба ребенка были при груди; у обоихъ былъ кашель вслѣдствіе бронхита; у 2-го ребенка кашель былъ такъ силенъ, что въ разгаръ болѣзни, именно отъ 12-го до 27-го дня, было подозрѣніе на острый туберкулезъ; у обоихъ прощупывалась селезенка, но нельзя было доказать, свѣжая ли это опухоль, или прежняя; оба ребенка были слегка сонливы днемъ и безпокойны ночью; слабость была не велика. Какъ на особенность 2-го случая, можно указать только на сильный эклампсическій припадокъ на 20-й день болѣзни, на 2-й день послѣ назначенія саліциловаго натра; несмотря на продолженіе пріемовъ этого лѣкарства, судороги больше не повторились.

Хотя довольно высокія температуры и держались въ 1-мъ случаѣ до 15-го дня, а во 2-мъ до 27-го, но общее состояніе было поражено незначительно, и, по окончаніи лихорадки, оба мальчика поправились очень скоро, такъ какъ никакихъ осложнений не послѣдовало. Въ обоихъ случаяхъ болѣзнь окончилась лизисомъ; продолжительность лихорадки была больше средняго, трехнедѣльнаго срока.

Что касается до лѣченія, то въ 1-мъ случаѣ не употреблялось никакихъ жаропонижающихъ средствъ, а назначались только различныя противопоносныя, напр., *mixture oleos. с. t-ra orii*, висмутъ одинъ и съ Доверовымъ порошкомъ, таннинъ и др., что, однако, не помѣшало продолжаться поносу отъ 1-го до

19-го дня. Во 2-мъ случаѣ отъ 12-го до 16-го дня давался хининъ (4—6 pro die), а 19-го, 20-го и 21-го салициловый натръ по 9—12 гр. pro die, отъ чего зависѣли, между прочимъ, вечернія интермиссіи на 21-й и 22-й дни.

Въ общемъ, теченіе тифа въ этихъ двухъ случаяхъ мало чѣмъ отличалось отъ обыкновеннаго средней силы тифа у дѣтей 6—8 лѣтъ. Они вовсе не подтверждаютъ мнѣнія Gerhardt'a (l. c., стр. 361), по которому водяное лѣченіе особенно показано при дѣтскомъ тифѣ, такъ какъ дѣти будто бы скорѣе истощаются подъ вліяніемъ лихорадки.

По Marfan'y („Tr. de maladies de l'enfance,“ I, p. 334.) тифъ у грудныхъ дѣтей обыкновенно сопровождается *мозговыми симптомами*, каковы сонливость, положеніе „легавой собаки“, оханье, сведеніе затылка, расширеніе зрачковъ, быстрая смѣна окраски лица; если при этихъ симптомахъ ребенокъ довольно сильно лихорадитъ, животикъ его вздутъ и есть небольшой поносъ, а между тѣмъ нѣтъ признаковъ, специальныхъ для туберкулезнаго менингита, напр. напряженной фонтанели, параличей лицевого или глазныхъ нервовъ, судорогъ, запора и проч., то діагностику слѣдуетъ ставить на тифъ.

Тифъ съ рецидивомъ.

Возвратъ тифа встрѣчается иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ и даже можетъ быть чаще, чѣмъ у взрослыхъ. Явленіе это состоитъ въ томъ, что ребенокъ, перенесшій тифъ и находящійся уже нѣсколько дней (большею частью 4—10, но иногда и гораздо дольше, даже до цѣлаго мѣсяца) въ безлихорадочномъ періодѣ, снова заболѣваетъ жаромъ и другими симптомами тифа, не исключая и тифозной roseolae. Hensch изъ 137 случаевъ тифа наблюдалъ рецидивъ 21 разъ, Cadet de Gassicourt изъ 276 случ. — 12 разъ. У насъ, въ дѣтской больницѣ, возвраты тифа наблюдались крайне рѣдко, но точнаго числа ихъ я сообщить не могу. Интенсивность перваго приступа не составляетъ никакой гарантіи противъ появленія рецидива, который иногда бываетъ даже сильнѣе перваго приступа, но большею частью слабѣе и короче. У Hensch'a 4 дня онъ продолжался 2 раза, отъ 6 до 9 дней — 10 разъ, отъ 11 до 14 дней — 7 разъ и 16—17 дней 2 раза. По замѣчанію Cadet de Gassicourt'a, продолжительность тифа съ рецидивомъ не превышаетъ продолжительности тяжелаго тифа безъ рецидива; въ среднемъ она равняется 48 днямъ (minimum — 31 день, а maximum — 61). Однако, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда бываетъ два или даже три рецидива, продолжительность тифа можетъ на много превысить указанную норму. Такъ, напр., въ случаѣ тифа съ тремя рецидивами, которые мнѣ удалось наблюдать вмѣстѣ съ докторомъ Ижболдинымъ, описавшимъ его въ отчетѣ дѣтской больницы св. Ольги за 1889 г., стр. 129, дѣвочка 4 л. заболѣла 15 декабря, а послѣдній рецидивъ кончился 4 апрѣля, т.-е. вся болѣзнь тянулась 110 дней; на долю перваго лихорадочнаго періода пришлось 44 дня (больше двухъ недѣль продолжался періодъ интермиттирующихъ температуръ, сопровождавшихъ течъ изъ ушей и образованіе многочисленныхъ чирьевъ); первая апирексія равнялась 10 днямъ, первый рецидивъ — 12 днямъ; вторая апирексія — тремъ днямъ, второй рецидивъ — 18 днямъ.

Этотъ второй рецидивъ былъ не только продолжительнѣе перваго, но и сильнѣе; максимальная t° перваго была только 39,5, а во второмъ 40,3 $^{\circ}$, при чемъ отмѣчено, что „селезенка на много вышла изъ подъ реберь, животъ очень болѣзненъ, сильная гиперестезія кожи, сознание затемнено, сонливость, кой-гдѣ замѣчаются розеола“. Третья апирексія продолжалась 11 дней, а послѣдній рецидивъ — 12 дней; за это время t° опять доходила до 40,3 и кончилась лизисомъ; селезенка снова увеличилась и опять отмѣчено затемненіе сознания и гиперестезія кожи. Три рецидива, какъ было въ этомъ случаѣ, принадлежать къ очень большимъ рѣдкостямъ, но это еще не максимальное число, такъ напр. Comby („Tr. de mal. de l'enf.“ 1899, p. 108) упоминаетъ про дѣвочку 13 лѣтъ, которая перенесла 6 рецидивовъ и оставалась въ постели 4 мѣсяца. Рецидивъ не есть новое заболѣваніе тифомъ, вслѣдствіе новаго зараженія, а только вспышка стараго, вслѣдствіе неизвѣстныхъ причинъ, подъ влияніемъ которыхъ не весь ядъ успѣлъ переработаться и выдѣлиться изъ организма.

Предсказать наступленіе рецидива, конечно, нельзя, но предполагать его можно въ томъ случаѣ, если по окончаніи лихорадки температура и пульсъ продолжаютъ дѣлать значительныя колебанія и проявляютъ вообще большую неустойчивость, особенно если притомъ и селезенка не оказываетъ явной наклонности къ уменьшенію, и аппетитъ плохо восстанавливается. Продолжительность рецидива бываетъ обыкновенно короче перваго приступа (1—2 недѣли), но опухоль селезенки и roseola появляются раньше (большеею частью на 4—6-й день рецидива), чѣмъ значительно облегчается діагностика. Въ числѣ причинъ, располагающихъ къ рецидиву, значатся погрѣшности въ діетѣ, преждевременное вставаніе съ постели, умственные занятія и вообще всякаго рода утомленіе.

Между нормальнымъ, но продолжительнымъ тифомъ, и тифомъ съ рецидивомъ существуютъ всевозможныя переходныя формы, такъ какъ затянувшійся тифъ никогда не идетъ равномерно, а напротивъ того представляетъ, по выраженію Боткина, волнообразное теченіе, всего лучше замѣтное въ ходѣ температуры; послѣ нѣсколькихъ дней улучшенія, во время котораго температура падаетъ иногда до нормы, слѣдуетъ новое ухудшеніе всѣхъ припадковъ тифа, а въ томъ числѣ и лихорадки, чему соответствуютъ также и анатомическія измѣненія въ кишечномъ каналѣ, которыя при вскрытіяхъ субъектовъ, умершихъ въ позднія стадіи тифа, оказываются не вездѣ одинаковой давности: рядомъ съ обрисовавшимися уже язвами встрѣчаются Пейеровы бляшки въ состояніи начальнаго періода инфильтраціи или только гиперемизированными и т. п. Словомъ, какъ клиническіе симптомы, такъ и патолого-анатомическія измѣненія указываютъ на то, что организмъ какъ бы борется съ зарозой, которая то ослабѣваетъ въ своемъ вліаніи, то снова беретъ перевѣсъ. Рецидивъ и есть не что иное, какъ новая и сильная вспышка заразы, подобно тому, какъ вспышкиваетъ она и въ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, съ особенной ясностью, напр., въ рекуррентѣ, интермиттентѣ и розѣ. Рецидивъ тифа не всегда появляется черезъ нѣсколько дней по окончаніи лихорадки; начало его можетъ падать на любое время лизиса (Nachschub нѣмецкихъ авторовъ), или, если лихорадка успѣла уже окончиться, то все же очень часто антрактъ не бываетъ

совсѣмъ чистымъ, такъ какъ больной представляетъ еще тѣ или другіе болѣзненные симптомы, въ видѣ, напр., поноса, вздутія живота и проч.

На волнообразное теченіе тифа можно смотрѣть, слѣдовательно, какъ на результатъ повторныхъ, но неясно выраженныхъ рецидивовъ.

О с л о ж н е н і я.

Въ большинствѣ случаевъ дѣтскій тифъ протекаетъ безъ всякихъ осложненій. Вслѣдствіе незначительнаго пораженія кишекъ и рѣдкости образованія глубокихъ изъязвленій, дѣти почти никогда не умираютъ отъ кишечныхъ кровотеченій и перфоратіоннаго перитонита. Въ этихъ двухъ обстоятельствахъ и состоитъ существенное отличіе дѣтскаго тифа отъ тифа взрослыхъ.

Острый гнойный перитонитъ иногда встрѣчается при дѣтскомъ тифѣ и безъ прободенія. Описаніе подобныхъ случаевъ можно найти, напр., у Trouseau („Клин. лекціи“ т. II, стр. 262) и Cadet de Gassicourt'a (l. c. 595); Trouseau считалъ подобные перитониты способными кончиться выздоровленіемъ. Хотя и несомнѣнно, что острый перитонитъ можетъ развиваться, несмотря на соблюденіе всѣхъ діетическихъ условій, но гораздо чаще онъ является вслѣдствіе погрѣшностей въ діетѣ, когда, напр., больному даютъ твердую или трудноваримую пищу еще до окончанія лихорадочнаго періода. По симптомамъ подобнаго рода перитониты ничѣмъ не отличаются отъ остраго перитонита вообще, а по быстротѣ наступленія смертельнаго исхода при случаѣ не уступаютъ даже и перфоратіонному. Для примѣра я приведу случай Cadet de Gas.:

Мальчикъ, 12 лѣтъ, заболѣлъ тифомъ средней силы, протекавшимъ съ замѣчательною правильностью до 26-го дня, когда вдругъ ребенокъ сталъ жаловаться въ ночь на 27-й день на сильнѣйшую боль живота, преимущественно въ правой подвздошной области. На слѣдующій день съ утра появились рвота и ознобъ; больной постоянно стоналъ отъ боли живота и головы; лицо осунулось и сдѣлалось слегка цианотичнымъ, пульсъ малъ и частъ; животъ былъ напряженъ, крайне болѣзненъ, но не вздутъ; на слѣдующій день всѣ симптомы остались въ прежнемъ видѣ, но только еще усилились, t⁰ поднялась до 40,8, пульсъ — 160; несмотря на глотаніе кусочковъ льда, рвота желчью повторялась непрерывно и, наконецъ, на 29-й день послѣдовала смерть. Болѣзнь тянулась, слѣдовательно, только двое сутокъ съ небольшимъ. Противъ прободенія кишекъ говорило лишь отсутствіе метеоризма, и аутопсія подтвердила это. Въ полости живота оказалось около 350 grm. серозно-гнойной жидкости; брюшина сильно инъецирована, особенно по сосѣдству съ задними частями тонкой кишки. Въ тонкихъ кишкахъ измѣненія начинаются съ нижней трети ilei и усиливаются по мѣрѣ приближенія къ coecum; Пейеровы бляшки и солитарныя фолликулы увеличены и во многихъ мѣстахъ изъязвлены: нѣкоторыя изъ язвъ такъ глубоки, что достигаютъ вплоть до серознаго покрова, но прободенія брюшины не было нигдѣ. С. de G. убѣжденъ, что иногда ему удавалось остановить развитіе перитонита или локализовать его, назначая больному абсолютный покой, мушку и подкожныя инъекціи морфія утромъ и вечеромъ при первомъ появленіи сильной боли живота.

Въ моей практикѣ мнѣ встрѣтилось только два случая перитонита, оба у дѣвочекъ 9 и 11 лѣтъ. Первая заболѣла бурными симптомами остраго, вѣроятно перфоративнаго, воспаленія брюшины, въ концѣ 3-й недѣли, когда лихорадка почти уже кончилась и когда больная продолжала оставаться въ постели при жидкой діетѣ. Она умерла черезъ двое сутокъ; вскрытіе въ частной практикѣ

не могло быть сдѣлано. Другая дѣвочка умерла у насъ въ больницѣ; она представляла картину хроническаго адгезивнаго перитонита, развившагося непосредственно послѣ тифа, и умерла на 7-й недѣлѣ отъ начала болѣзни внезапно ночью. Причиной смерти оказалось обильное кишечное кровотеченіе, но кровь не успѣла выйти наружу. Несмотря на сравнительно короткое теченіе болѣзни, брюшина оказалась сросшеюся съ кишками довольно плотными сращеніями. Это былъ единственный случай кишечнаго кровотечения послѣ тифа изъ болѣе чѣмъ ста случаевъ брюшнаго тифа, бывшихъ у насъ въ больницѣ.

Кромѣ остраго перитонита, при тифѣ встрѣчаются иногда гнойныя воспаления и другихъ серозныхъ оболочекъ, напр. перикардія, плевры, а также и мозговыхъ оболочекъ. Узнать при жизни meningitis purulenta не всегда легко, такъ какъ сведеніе затылка, полная потеря сознанія, неправильное расширеніе зрачковъ, гиперестезія покрововъ и т. д. — все это можетъ встрѣтиться и при тяжелыхъ формахъ тифа, кончающихся смертью въ теченіе первой или въ началѣ второй недѣли. Какъ примѣръ этого рѣдкаго осложненія, мы приведемъ здѣсь случай того же Cadet de Gassicourt'a (I. с. 584).

Мальчикъ, 5 лѣтъ, поступилъ въ больницу на 8-й день болѣзни; по словамъ родителей, уже 5 дней онъ находился въ томъ состояніи, въ какомъ привезенъ въ госпиталь: ребенокъ очень слабъ и блѣденъ, лежитъ неподвижно на спинѣ съ полуоткрытыми глазами и съ фулигинозными носдрями. Языкъ красенъ и блестящъ, губы сухи, животъ немного напряженъ и тимпаниченъ, въ области fos. il. болѣзненъ при давленіи; roseolae, кашля и замѣтной опухоли селезенки нѣтъ, но есть поносъ, причѣмъ испражняется больной подъ себя; ночью больной не бредилъ, хотя онъ постоянно сонливъ и пробуждается только, чтобъ попросить пить. Темпер. 39,8°, пульсъ правильный, 124, дыханіе 36. На основаніи этихъ симптомовъ былъ діагностированъ тифъ, а когда оказалось, что у больного былъ сведенъ затылокъ, что у него легкій тризмъ, что правое верхнее вѣко и правая рука слегка парализованы, а зрачки очень расширены, что ребенокъ совсѣмъ потерялъ сознаніе и, несмотря на то, постоянно издаетъ жалобный крикъ, то по общему впечатлѣнію авторъ допустилъ въ этомъ случаѣ осложненіе тифа острымъ гнойнымъ менингитомъ и не ошибся, такъ какъ при аутопсии (больной умеръ на другое утро) кромѣ тифознаго пораженія Пейеровыхъ бляшекъ оказался рѣзко выраженный гнойный менингитъ поверхности полушарій, болѣе распространенный на правой сторонѣ.

Что острый менингитъ при тифѣ можетъ развиться (подъ вліяніемъ самого тифознаго bacilla безъ участія какихъ-либо другихъ гноеродныхъ микробовъ, доказываетъ между прочимъ случай Морно („Дѣтск. медиц.“ № 3, 1899). Мозговые симптомы начались на 20-й день тифа, летальный исходъ черезъ 4 дня. Изъ гноя получены чистыя культуры несомнѣннаго тифознаго bacilla, натура котораго была выяснена между прочимъ и реакціей Widal'я.

Въ діагностическомъ отношеніи весьма интересна возможность осложненія тифа *острой мозговой водянкой*, на что впервые указалъ проф. Löschner (Beobacht. aus d. Franz-Jos. Kindersp. zu Prag. V. I.), который привелъ 4 такихъ случая, доказывающихъ, какъ трудно иногда отличить тифъ отъ туберкулезнаго менингита. Въ главѣ о діагностикѣ тифа мы еще вернемся къ этому вопросу, а здѣсь я приведу только исторію болѣзни относящагося сюда случая изъ нашей больницы.

Мальчикъ, 3 л. 9 мѣс., происходитъ отъ здоровыхъ родителей, живущихъ въ удовлетворительной гигиенической обстановкѣ; двое изъ его братьевъ здоровы, а третій въ данное

время лежалъ въ нашей больницѣ въ тифѣ; самъ больной до настоящей своей болѣзни былъ всегда здоровъ и былъ хорошаго питанія; признаковъ золотухи нѣтъ ни у кого изъ дѣтей. Мальчикъ заболѣлъ 2 октября 1881 г. жаромъ и головою болью, почему и былъ уложенъ въ постель. Мать измѣряла t^0 два раза въ день и находила ее около $39,5^0$. На 4-й день болѣзни больной поступилъ въ больницу. Status praesens: ребенокъ средняго сложенія, порядочно упитанный, лежитъ на спинѣ въ нѣсколько апатичномъ состояніи, но въ полномъ сознаніи; на кожѣ никакой сыпи нѣтъ; животъ умѣренно вздутъ, болѣзненъ; языкъ суховатъ, покрытъ довольно толстымъ сѣровато-буроватымъ слоемъ, на краяхъ и кончикѣ красенъ; аппетита нѣтъ, жажда увеличена, глотаніе свободно, на низъ не было 3 сутокъ, мочеиспусканіе въ порядкѣ, кашля нѣтъ, *селезенка прощупывается* на палецъ ниже края грудной кѣтки: пульсъ 132, t^0 $39,5$; силы больного настолько хороши, что онъ свободно можетъ сидѣть въ кровати; сонъ довольно хорошъ, съ небольшимъ бредомъ; жалобы на головную боль только при вопросѣ объ этомъ. Диагностика — тифъ. Дальнѣйшій ходъ температуры былъ слѣдующій: 5-й д.: $39,2—39,5$; 6-й д.: $38,0—39,0$; 7-й д.: $38,2—39,7$; 8-й д.: $39,0—39,3$; 9-й д.: $38,7—38,2$; 10-й д.: $38,0—37,0$; 11-й д.: $37,3—38,0$; 12-й д.: $37,0—37,3$; 13-й д.: $37,0—37,8$; 14-й д.: $36,8—37,8$; 15-й д.: $37,0$. 5-й день. Общее состояніе безъ перемѣнъ. Послѣ кастороваго масла прослабило 2 раза. 6-й д. Ночью былъ безпокоенъ: часто просыпался, много плакалъ отъ головной боли и бредилъ. Днемъ замѣтно сонливѣе, чѣмъ прежде. Не слабило. 7-й д. Послѣ безпокойной ночи днемъ очень сонливъ и вмѣстѣ съ тѣмъ раздражителенъ, такъ что при изслѣдованіи плачетъ: брюшныя стѣнки расслаблены, черезъ нихъ обрисовываются контуры нѣкоторыхъ петель кишокъ, которыя, если провести по животу ногтемъ, исчезаютъ въ одномъ мѣстѣ и появляются въ другомъ (перистальтика); запоръ; пульсъ при $39,7^0$ только 108. На роговыхъ оболочкахъ замѣтны комки слизи; дыханіе поверхностное, не учащенное и не совсѣмъ ровное: за болѣе глубокими вздохами слѣдуютъ довольно продолжительныя паузы. 8-й день. Безъ перемѣнъ. 9-й д. На кожѣ живота и нижней части груди появилось нѣсколько пятенъ *roseolae*; животъ ввалился, лѣвый зрачокъ нѣсколько шире праваго; ихъ реакція на свѣтъ вялая, вслѣдъ за суженіемъ слѣдуетъ сейчасъ же расширеніе, несмотря на продолжающееся дѣйствіе свѣта. Селезенка за послѣдніе дни увеличилась настолько, что прощупывается изъ-подъ реберъ на 3 пальца; сонливость продолжается въ довольно значительной степени. Въ этотъ день больной былъ демонстрированъ студентамъ, причемъ было высказано, какъ самое вѣроятное предположеніе, что у ребенка тифъ, осложненный острой головной водянкой, что и подтвердилось потомъ какъ дальнѣйшимъ теченіемъ, такъ и аутопсией. 10-й день. Мигательныя, судорожныя движенія вѣкъ, глубокіе вздохи, спячка, лѣвая рука почти постоянно у половыхъ органовъ, запоръ продолжается, но, несмотря на то, животъ еще болѣе ввалился. 11-й д. Безъ перемѣнъ. 12-й д. Селезенка замѣтно уменьшилась, спячка; постоянныя автоматическія движенія правою рукою отъ подбородка къ подложечкѣ, вслѣдствіе чего образовались экскориации на передней поверхности груди; лѣвая рука попрежнему у половыхъ органовъ. 13-й д.: полная спячка при едва опутимомъ пульсѣ. Смерть въ 11 час. утра на 15-й день въ глубокомъ сонорѣ.

Вскрытіе, произведенное черезъ 24 часа, между прочимъ, показало слѣдующее: dura mater напряжена, пахіоны грануляціи развиты довольно сильно; мягкая мозговая оболочка на поверхности полушарій блѣдна, мозговья извилина нѣсколько сглажены, вещество мозга *плотно*, не отечно, въ разрѣзѣ кой-гдѣ замѣтны кровяныя точки; на основаніи мозга, особенно въ области перекреста, значительное скопленіе прозрачной серозной жидкости, боковыя желудочки мозга растянуты и содержатъ около 4 чайныхъ ложекъ такой же прозрачной *serum*. Селезенка значительно увеличена, дрябля, капсула ея нѣсколько сморщена; въ нижней части тонкихъ кишокъ нѣкоторыя изъ Пейеровыхъ бляшекъ припухли, имѣютъ сѣтчатыи видъ, но не изъязвлены: соотвѣтствующія брыжеечныя железы нѣсколько увеличены, въ разрѣзѣ мозговидны. Бугорковъ не было нигдѣ.

Диагностика въ этомъ случаѣ была не трудна, потому что *ствѣжая* опухоль селезенки, *roseola*, теченіе лихорадки въ первую недѣлю болѣзни, наконецъ этиологія (тифъ у брата) не оставляли никакого сомнѣнія насчетъ существованія тифа, а раннее появленіе тяжелыхъ мозговыхъ симптомовъ въ теченіе

легкого тифа, протекавшего при очень умеренных температурах и при хорошем общем питании больного, исключало мысль об отеке мозга вследствие истощения, чему соответствовало также состояние легких (отсутствие гипостатических явлений) и сердца — умеренная частота пульса во время лихорадки.

Но не всегда дело стоит так ясно; если симптомы, специально указывающие на тиф, именно опухоль селезенки и roseola, отсутствуют, то вопрос о том, имеем ли дело с тифом, осложненным острой головной водянкой, или с так называемой тифозной формой туберкулезного менингита, может быть решен только аутопсией, особенно если притом и анамнез не полный, как было, напр., в следующем случае.

Мальчик, 9 лет, лежал в больнице в марте 1881 года, куда он поступил на 8-й день болезни, начавшейся жаром и головною болью, но без рвоты. Не слабило несколько дней. При поступлении больной был слаб, но не настолько, чтобы не стоять на ногах; сознание сохранено вполне, язык обложен, узок, на краях и кончике красен, но не сух; живот не впалый и не вздут, селезенка не прощупывается, но тупой звук ее кажется увеличенным (по l. axil. от 8-го до 11-го ребра); кашля и сыпи нет, ночью немного бредит; пульс несколько замедлен (98) сравнительно с температурой (39), как это часто бывает при тифе. Ход лихорадки: 39,4—39, 38,6; 38,5—38,7; 38,5—36,5; 37,5—38,2; 36,6—37; 36,8—37; 37,5—37,8; 36,8—38,4; 37—37; 36,7—35,8. Как и в предыдущем случае, мозговые симптомы начались с того, что в ночь на 11-й день больной сделался очень беспокойным и много бредил. 12-й день ночью опять беспокойство, днем сонливость; живот несколько ввалился, хотя запор продолжается. 13-й день ночью много кричал от головной боли, днем почти в бессознательном состоянии; сведение затылка, скрежет зубов, вялая реакция расширенных зрачков. 14-й день ночью провел покойнее, но зато днем в спячку, которая продолжалась до конца. Пульс, упавший на 13-й день до 60 ударов, перед смертью был 141, при полном сопорозном состоянии больного. Вскрытия, к сожалению, не могло быть сделано.

Из числа других более редких осложнений детского тифа я упомяну еще о *водянке*, на которую обратили внимание главным образом французские авторы, именно Trousseau, Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt и др. Подкожная водянка при тифе развивается или при альбуминурии или без нее; последний случай встречается несравненно чаще, так что можно сказать, что альбуминурия при тифе редко сопровождается водянкой, а эта последняя в свою очередь редко сопровождается альбуминурией. Происхождение водянки без белка в моче некоторые приписывают разжижению крови вследствие общего истощения организма, но это объяснение подходит только к отеку ступней, часто появляющемуся после тяжелых и продолжительных тифов, но при тифе встречается еще водянка совсем другого рода, которая развивается еще в лихорадочном периоде, и даже довольно скоро после начала болезни. R. и B., напр., видели 2 раза такую водянку уже на 5-й день болезни; водянка в этих двух случаях была общая, очень значительная и продолжалась 8—10 дней; белка в моче не было. После исчезания водянки течение тифа шло нормально, и болезнь в обоих случаях кончилась выздоровлением (l. c. т. I, стр. 826). Cadet de Gassicourt (l. c., стр. 587) наблюдал 14 случаев тифозной водянки; самый ранний срок ее появления был 9-й день, а самый поздний — 40-й; продолжительность ее колебалась от 8 до 13 дней и только один раз она затянулась до 18-го дня. Водянка

рѣдко бывала общей, обыкновенно же она ограничивалась ногами, scroto или лицомъ. Какъ общая, такъ равно и мѣстная водянка при тифѣ никогда не бываетъ опасна и даже не задерживаетъ періода выздоровленія; она исчезаетъ или еще до окончанія лихорадочнаго періода, или вскорѣ послѣ него. Происхожденіе этихъ отековъ и водянокъ пока еще не выяснено, но во всякомъ случаѣ они происходятъ не отъ воспаления почекъ и не отъ истощенія. Къ болѣе частымъ осложненіямъ тифа относятся слѣдующія:

Stomacase — вонючее, язвенное воспаление десенъ — встрѣчается при тифѣ не рѣдко, если больному дано нѣсколько большихъ приѣмовъ каломеля. Оставленное безъ лѣченія, язвенное разрушеніе распространяется на слизистую оболочку щеки и можетъ повести къ гангренѣ рта — пома. Но если противники каломеля, какъ, напр., Hüttenbrenner, утверждаютъ, что назначеніе каломеля при тифѣ располагаетъ къ упорному поносу, то съ этимъ рѣшительно нельзя согласиться. *Упорный поносъ*, какъ осложненіе тифа, встрѣчается въ тяжелыхъ случаяхъ довольно часто, но только каломель не играетъ въ этиологій осложненія никакой роли.

Умѣренной силы *бронхитъ* нельзя считать за осложненіе тифа, потому что онъ является почти постояннымъ его спутникомъ; другое дѣло, если онъ дѣлается капиллярнымъ или если къ нему присоединяются явленія гипостаза въ заднихъ частяхъ легкихъ. Въ подобныхъ случаяхъ бронхитъ даетъ поводъ къ развитію довольно опаснаго осложненія въ видѣ *бронхопневмоніи*. Она развивается обыкновенно въ концѣ болѣзни, примѣрно на 3-й недѣль и позднѣе.

Изъ нервныхъ болѣзней при тифѣ не особенно рѣдко появляется *афазія* и притомъ никогда въ разгарѣ болѣзни, а всегда въ періодѣ выздоровленія. Ребенокъ уже безъ лихорадки, онъ сидитъ въ кровати, все понимаетъ, исполняетъ приказанія, напр. высовываетъ языкъ, но ничего не говоритъ. Потеря способности рѣчи наступаетъ большею частью вдругъ и недѣли черезъ 2—3 почти такъ же скоро возвращается, а потому слѣдуетъ думать, что афазія зависитъ не отъ какихъ-либо матеріальныхъ измѣненій мозга, а просто отъ истощенія его или анеміи. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ афазія у дѣвочки 8 лѣтъ продолжалась всего лишь нѣсколько дней и быстро исчезла, какъ только появилось новое лихорадочное состояніе подъ вліяніемъ аденита. Афазія аналогична внезапно наступающая и потомъ опять скоро исчезающая *слѣпоты*, которую наблюдали у выздоравливающихъ тификовъ Hensch и Cadet de Gassicourt.

Изъ болѣзней кожи сравнительно часто являются, особенно въ больничной практикѣ, *пролежни* въ области trochanteres и рѣдко на крестцѣ. Обыкновенно они не распространяются глубоко и при соответственномъ лѣченіи скоро заживаютъ.

Гораздо большимъ упорствомъ отличаются *чирьи*, которые развиваются у истощенныхъ дѣтей на различныхъ мѣстахъ тѣла одинъ за другимъ и такимъ образомъ надолго поддерживаютъ лихорадку. Особенно неприятны большимъ чирьи на волосистой части головы, гдѣ они чрезвычайно болѣзненны.

Въ единичныхъ случаяхъ при тяжелыхъ тифахъ у дѣтей попадались намъ воспаленіе слюнныхъ железъ и нарывы въ печени.

Воспаленіе слюннхъ железъ ограничивается обыкновенно окологлазными железами на одной или обѣихъ сторонахъ и въ громадномъ большинствѣ случаевъ кончается нагноеніемъ — *parotitis suppurativa*. Осложненіе это появляется не ранѣ третьей недѣли болѣзни и свойственно только тяжелымъ случаямъ, которые въ большинствѣ кончаются летально.

Нарывы въ печени могутъ имѣть различное происхожденіе, въ однихъ случаяхъ, напр., они являются результатомъ общаго сепсиса, осложняющаго тифъ, въ другихъ, какъ въ случаѣ Asch'a (см. стр. 92) нарывы печени являются вслѣдствіе занесенія въ печень гнилостныхъ веществъ изъ кишечныхъ язвъ и нагноенія брыжеечныхъ железъ; въ третьемъ ряду случаевъ дѣло идетъ о гнойномъ воспаленіи желчнаго пузыря. Единственный случай, относящійся къ послѣдней категоріи, мнѣ случилось видѣть въ частной практикѣ вмѣстѣ съ Л. И. Александровымъ и Н. Н. Алексѣевымъ. Случай этотъ, кончившійся выздоровленіемъ благодаря операциі (вскрытія желчнаго пузыря), описанъ Н. Н. Алексѣевымъ въ журналѣ „Дѣтская Медицина“. Въ виду изслѣдованій Chiari, показавшихъ, что присутствіе тифознаго бацилла въ желчномъ пузырьѣ, принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ находокъ при вскрытіи тифозныхъ, и въ виду всѣми признанныхъ гноеродныхъ свойствъ Ebert'ской палочки можно удивляться, что нагноеніе желчнаго пузыря при тифѣ встрѣчается такъ рѣдко.

Предсказаніе.

Предсказаніе въ дѣтскомъ тифѣ гораздо лучше, чѣмъ при тифѣ у взрослыхъ. Смертность колеблется отъ 3 до 10%, причемъ интересно то обстоятельство, что во французскихъ клиникахъ, въ которыхъ лѣченіе водой почти совсѣмъ не примѣняется, смертность нисколько не больше, чѣмъ въ нѣмецкихъ, гдѣ водяное лѣченіе, какъ, напр., у Steffen'a, въ большемъ ходу. Какъ на особенность легкихъ и среднихъ формъ дѣтскаго тифа можно указать на то, что онѣ никогда не кончаются внезапнымъ перфоративнымъ перитонитомъ. Дурное прогностическое значеніе имѣютъ слѣдующіе симптомы: фулигинозный языкъ и зубы, обильный и упорный поносъ, бредъ съ открытыми глазами, сведеніе затылка и въ особенности сведеніе спинныхъ мышцъ, ловленіе мухъ, иттевидный пульсъ при другихъ признакахъ упадка дѣятельности сердца (ціанозъ, похолоданіе конечностей и носа) и полная потеря сознанія. По Rilliet и Barthez'у значительное вздутіе живота симптомъ очень опасный, а постоянно ввалившійся животъ при сильной лихорадкѣ еще опаснѣе.

Распознаваніе.

Въ началѣ своемъ тифъ не характеризуется никакими особенными, одному ему лишь свойственными, симптомами, и потому діагностика тифа на 1-й недѣлѣ въ большинствѣ случаевъ бываетъ не легка и часто не выходитъ за предѣлы болѣе или менѣе вѣроятнаго предположенія. Въ это время приходится идти путемъ исключенія и прежде всего рѣшить вопросъ: не зависитъ ли лихорадка отъ какаго-либо мѣстнаго процесса, какъ объ этомъ было уже говорено

въ первой главѣ — о діагностикѣ начальнаго періода лихорадочныхъ болѣзней. Если этотъ вопросъ получить отрицательный отвѣтъ, то останется разобрать, съ какой же изъ общихъ лихорадочныхъ болѣзней имѣется дѣло? Что касается до острыхъ инфекціонныхъ экзантемъ, каковы: оспа, корь и скарлатина, то исключить ихъ бываетъ не трудно, такъ какъ имъ не свойственно медленное начало съ періодомъ предвѣстниковъ, что бываетъ при брюшномъ тифѣ. При скарлатинѣ и кори, кромѣ того, рано поражаются слизистыя оболочки; только начало оспы давало мнѣ иногда поводъ предполагать начало абортивнаго или сыпного тифа или рекуррента, пока на 3-й или 4-й день папулезная сыпь на лицѣ не выясняла дѣла.

Въ первые дни гораздо легче принять за тифъ различныя легкія формы лихорадочнаго состоянія, продолжающіяся всего нѣсколько дней и зависящія отъ разнообразныхъ причинъ; сюда относятся, напр., гастрическая, герпетическая и простудная лихорадки, о діагностикѣ которыхъ говорилъ уже въ первой главѣ. Затрудненія увеличиваются еще и тѣмъ, что брюшной тифъ въ своихъ самыхъ легкіхъ формахъ какъ бы не идетъ далѣе періода предвѣстниковъ (безлихорадочныя формы тифа и очень короткіе абортивные тифы), правильная оцѣнка которыхъ возможна только при существованіи извѣстныхъ этиологическихъ моментовъ. Но такъ какъ и другіе инфекціонные процессы, напр. сыпной тифъ и возвратная горячка, могутъ протекать въ видѣ такихъ же неопредѣленныхъ лихорадокъ или общаго недомоганія, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ діагностика часто не можетъ идти далѣе предположенія какой-то инфекціи.

На 2-й недѣлѣ діагностика тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ легка, особенно если больной находился подъ наблюденіемъ врача уже нѣсколько дней; характерная кривая температуры, свѣжая опухоль селезенки, roseola и характерный habitus прямо указываютъ врачу, съ какой болѣзью онъ имѣетъ дѣло. Но кромѣ этихъ, такъ сказать, спеціальныхъ тифозныхъ симптомовъ есть еще и второстепенные, которые, однако, значительно способствуютъ выясненію діагностики тифа. Такъ, со стороны органовъ пищеваренія могутъ имѣть значеніе: измѣненія языка (треугольникъ Vogel'я; сухость и фулигинозность языка), урчаніе и нѣкоторая болѣзненность при давленіи въ области слѣпой кишки (съ конца первой недѣли), умѣренный поносъ и небольшой метеоризмъ. Со стороны органовъ дыханія важно отмѣтить отсутствіе насморка и наличность умѣреннаго бронхита, появившагося не съ самаго начала болѣзни. Со стороны мочи — діазореакція Ehrlich'a; со стороны кровообращенія — относительное замедленіе пульса и со стороны нервной системы — бредъ по ночамъ, гиперѣстезія кожи живота и очень легкая головная боль. Съ другой стороны слѣдуетъ отмѣтить также нѣкоторые симптомы, которые съ большой вѣроятностью говорятъ противъ тифа; къ числу таковыхъ симптомовъ относятся — насморкъ, конъюнктивитъ, желтуха, поты, утренняя рвота. Такъ какъ на 2-й недѣлѣ уже легко исключить острую сыпную лихорадку, а также и всѣ мѣстныя болѣзни (онѣ успѣли бы выразиться), то для діагностики бываетъ совершенно достаточно кривой температуры и свѣжей опухоли селезенки. Если эти два симптома на лицо, то діагностика легка даже и при отсутствіи всѣхъ

другихъ тифозныхъ припадковъ. Дѣйствительно, при такомъ условіи рѣчь можетъ идти только о трехъ процессахъ: брюшной тифъ, сыпной тифъ или возвратная горячка; но послѣдняя легко исключается, такъ какъ первый приступъ ея кончается обыкновенно на 5—7-й день, а до 2-й недѣли она затягивается только въ исключительныхъ случаяхъ. Объ отличіи брюшного тифа отъ сыпного см. въ гл. о сыпномъ тифѣ.

Объ отличіи тифа отъ дѣтскаго гриппа было сказано въ предыдущей гл., а что касается до инфлуэнцы, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ внезапное начало ея и скорое (черезъ 3—5 дней) окончаніе устраняютъ всякія сомнѣнія въ діагностикѣ; большіе трудности напротивъ представляютъ иногда случаи затяжной инфлуэнцы, когда лихорадочное состояніе затягивается долѣе двухъ недѣль. Опухоль селезенки, roseola и медленное начало говорятъ въ пользу тифа, а отсутствіе этихъ симптомовъ и большая потливость, въ пользу инфлуэнцы. Часто дѣло выясняется этиологіей (заболѣваніе другихъ членовъ семьи). Въ нѣкоторыхъ сомнительныхъ случаяхъ намъ приходилось прибѣгать для выясненія распознаванія къ реакціи Widal'a, которой принадлежитъ рѣшающее слово во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ (о способѣ производства ея см. ниже).

Такъ стоитъ дѣло при правильномъ теченіи тифа, но нѣкоторыя изъ осложненій или неправильности, въ смыслѣ чрезмѣрнаго развитія однихъ симптомовъ въ ущербъ другимъ, или появленіе какихъ-либо новыхъ, несвойственныхъ тифу симптомовъ, могутъ такъ запутать дѣло, что врачъ въ теченіе многихъ дней будетъ въ самомъ несприятномъ состояніи полной нерѣшительности. При подобныхъ случаяхъ мнѣ не разъ приходилось ошибаться и смѣшивать тифъ съ острымъ милиарнымъ туберкулезомъ или съ туберкулезнымъ менингитомъ, или даже съ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ, при чемъ ошибка оказывалась либо въ ту, либо въ другую сторону, т.-е. въ однихъ случаяхъ тифъ діагносцировался тамъ, гдѣ его не было, а въ другихъ — наоборотъ.

Діагностика тифа отъ острого милиарнаго туберкулеза, по общему отзыву авторовъ, а также и по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, представляетъ наибольшія затрудненія. По замѣчанію Rilliet и Barthez'a, эта трудность объясняется тѣмъ, что не только отдѣльные симптомы, каковы: слабость, головная боль, носовое кровотеченіе, боль и вздутіе живота, поносъ, сухость языка, сильный жаръ, безпокойство, бредъ и кашель встрѣчаются при обѣихъ болѣзняхъ, но и группировка этихъ симптомовъ въ обоихъ случаяхъ даетъ одинакія картины. Неувѣренность діагностики можетъ продолжаться нѣсколько недѣль, пока дѣло не выяснится наконецъ или появленіемъ нѣкоторыхъ мѣстныхъ симптомовъ, свойственныхъ туберкулезу (напр. meningitis), или исходомъ въ выздоровленіе, доказывающимъ тифъ.

Хотя при общемъ туберкулезѣ и встрѣчается иногда опухоль селезенки и даже сыпь, въ родѣ тифозной розеолы, но все-таки эти два симптома могутъ считаться самыми надежными, и если они на лицо, то можно съ громадною вѣроятностью исключить туберкулезъ и діагносцировать тифъ, особенно въ томъ случаѣ, если селезенка прощупывается и опухоль ея свѣжаго происхожденія,

а сыпь болѣе или менѣе обильна. Чѣмъ тяжелѣе тифъ (а острыя формы миліарнаго туберкулеза симулируютъ обыкновенно тяжелый тифъ), тѣмъ большею частью и селезенка сильнѣе припухаетъ, а потому, въ случаѣ отсутствія замѣтной опухоли селезенки при высокой лихорадкѣ, сильномъ бредѣ и кашлѣ и при рѣзко выраженныхъ другихъ тифозныхъ явленіяхъ, слѣдуетъ ставить діагностику тифа съ крайней осторожностью и имѣть въ виду острый туберкулезъ.

Существованіе послѣдняго можно подозревать съ еще большимъ прагомъ въ томъ случаѣ если при отсутствіи симптомовъ, специально указывающихъ на тифъ (именно опухоли селезенки и розеола), есть анамнестическія и клиническія данныя, говорящія противъ тифа и за туберкулезъ.

Данныя эти могутъ состоять въ слѣдующемъ:

1. *Наслѣдственное* расположеніе къ туберкулезу.

2. *Періодъ предвѣстниковъ* при туберкулезѣ тянется значительно дольше, чѣмъ при тифѣ, и характеръ припадковъ его другой. Изъ числа припадковъ періода предвѣстниковъ остраго туберкулеза первое мѣсто принадлежитъ похуданію, блѣдности и апатіи или скучному настроенію духа ребенка; вообще говоря, это тѣ же симптомы, что характеризуютъ періодъ предвѣстниковъ туберкулезнаго менингита, описаніе котораго можно найти въ любомъ учебникѣ, и потому останавливаться на этомъ я не буду, а скажу только, что симптомы предвѣстниковъ развиваются постепенно за нѣсколько недѣль до начала лихорадки и притомъ безъ всякой замѣтной причины, что главнымъ образомъ и имѣетъ особое значеніе для діагностики.

3. *Характеръ лихорадки.* При остромъ миліарномъ туберкулезѣ лихорадка можетъ быть всякаго типа, въ томъ числѣ и довольно правильная *contínua remittens*, какъ и при тифѣ, и это бываетъ именно въ случаяхъ самыхъ трудныхъ для діагностики. Здѣсь можетъ имѣть нѣкоторое значеніе только абсолютная высота температуры: если въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ утреннія температуры стоятъ выше 40°, то это одно уже говоритъ противъ тифа, а скорѣе за туберкулезъ. Болѣе характерны для туберкулеза сильныя колебанія t° (напр., утромъ 38, а вечеромъ 41° съ десятиями) или извращенный типъ лихорадки (утромъ t° выше чѣмъ вечеромъ).

4. *Явленія со стороны органовъ дыханія.* Въ типическихъ случаяхъ остраго миліарнаго туберкулеза, когда дѣло ограничивается высыпаніемъ безчисленнаго множества бугорковъ въ легкихъ, но безъ образованія воспалительныхъ уплотнѣній легочной ткани, постукиваніе даетъ отрицательные результаты, а выслушиваніе — кой-гдѣ катарральные хрипы и рѣзкое везикулярное дыханіе, — словомъ, признаки незначительнаго бронхіальнаго катарра. Для діагностики важно именно то, что, *несмотря на отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, больной страдаетъ одышкой*, выражающейся значительно учащеннымъ дыханіемъ (50—60 дыханій въ минуту), движеніемъ крыльевъ носа и мучительнымъ сухимъ кашлемъ, какъ при *bronchitis capillarıs*. По наблюденіямъ Curschmann'a („Der unterleibstypus 1898. 1. 392) одышка при остромъ миліарномъ туберкулезѣ сопровождается *острымъ растяженіемъ легкихъ*, которое можетъ имѣть рѣшающее значеніе въ пользу діагно-

стики милиарнаго туберкулеза, такъ какъ при тифозномъ бронхитѣ острая эмфизема никогда не встрѣчается.

По Gerhardt'у, въ пользу туберкулеза говорятъ: большая частота пульса, раннее появленіе [потовъ и блѣдность съ фіолетовымъ оттѣнкомъ лица, а по Bouch'у — гиперестезія кожи грудной влѣтки.

5. *Продолжительность болѣзни.* На 3-й недѣлѣ тифъ оказываетъ обыкновенно склонность къ улучшенію, между тѣмъ какъ при туберкулезѣ принадлежности или продолжаютъ усиливаться или, по крайней мѣрѣ, остаются in statu quo.

6. *Этіологія болѣзни.* Одна и та же картина болѣзни можетъ имѣть совершенно различное значеніе, смотря по тому, развилась ли она у ребенка, до тѣхъ поръ совершенно здороваго и жившаго, можетъ-быть, въ домѣ, въ которомъ уже были случаи тифа; или она явилась послѣ кори или коклюша и тянется 10—15 дней безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ, которыми можно бы было объяснить лихорадочное состояніе.

По справедливому замѣчанію Barthez'a и Sanné („Traité clin. et pratique des maladies des enf.“ t. III, p. 374), тифъ, напротивъ, есть болѣзнь по преимуществу первичная, такъ какъ даже въ больницахъ очень рѣдко случается, чтобъ онъ начался у ребенка, истощеннаго какою-либо другою болѣзнью. По ихъ наблюденіямъ, случаи заболѣванія брюшнымъ тифомъ въ больницахъ принадлежать, вообще говоря, къ рѣдкостямъ, а если иногда это и встрѣчается, то только у дѣтей, поступившихъ въ больницу по поводу какаго-нибудь мѣстнаго или вообще легкаго заболѣванія.

7. Рѣшающее значеніе въ пользу милиарнаго туберкулеза имѣютъ только два симптома; а) присутствіе *милиарныхъ бугорковъ на днѣ глаза* и б) *нахожденіе туберкулезныхъ бациллъ въ крови*, но, къ сожалѣнію, эти два симптома встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ. Относительно бугорковъ choroideae мы знаемъ только, что клиницисты находятъ ихъ рѣже, чѣмъ патолого-анатомы, и что время ихъ появленія крайне неопредѣленно; иногда они появляются очень рано, напр., въ случаѣ Fränkel'я за 8 недѣль до летальнаго исхода, а въ другихъ случаяхъ очень поздно, какъ напр. въ случаѣ Steffen'a, за 2 дня до смерти („Klinik d. Kinderkr.“ 1869 г. II B.). По описанію Steffen'a, дѣло начинается съ гипереміи ретины, а черезъ 1—2 дня послѣ того офтальмоскопъ ужъ открываетъ желтовато-бѣлыя, величиной съ маковое зерно пятнышки, которыя въ теченіе слѣдующихъ дней увеличиваются до булавочной головки, нѣсколько выдаются въ видѣ возвышенія и желтѣютъ, при чемъ границы ихъ нѣсколько ступеневываются. Большею частью они сидятъ около сосочка зрительнаго нерва, но иногда и вблизи экватора, числомъ отъ 1 до 12. Черезъ сляніе отдѣльныхъ бугорковъ образуются болѣе крупныя бугорки. Если поражается одинъ глазъ, то большею частью лѣвый (изъ 4 случаевъ Steffen'a 3 раза былъ пораженъ лѣвый глазъ, и 1 разъ оба глаза). Острота зрѣнія при бугоркахъ хороидеи не страдаетъ, а также не бываетъ и субъективныхъ жалобъ.

Относительно присутствія бугорковыхъ бациллъ въ крови опубликовано мало изслѣдованій, да и тѣ относятся главнымъ образомъ къ крови, взятой

отъ трупa Weichselbaum'у („Wien. med. Wochenschr.“ 1884. №№ 12, 13), напр., удалось открыть бугорковыя бациллы въ кровяныхъ сгусткахъ праваго сердца въ трехъ случаяхъ. Meisels (idem, №№ 39, 40) находилъ бациллъ въ крови 8 труповъ подъ рядъ, но въ крови живого человѣка доказать присутствіе бациллъ оказалось труднѣе. М. изслѣдовалъ только двухъ субъектовъ: въ одномъ случаѣ изъ 12 препаратовъ бациллы оказались въ 5, а въ другомъ поиски совсѣмъ не увѣнчались успѣхомъ.

Гораздо легче, конечно, найти бациллъ въ мокротѣ, но, во-1-хъ, у дѣтей иногда очень трудно добыть мокроту, а во-2-хъ, при остромъ туберкулезѣ мокрота часто бываетъ въ очень скудномъ количествѣ, и бациллъ совсѣмъ не содержитъ.

Итакъ, резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ, главнымъ образомъ, слѣдующія данныя: этиологія (наслѣдственность, корь, коклюшъ, продолжительныя нагноенія и пр.), отсутствіе опухоли селезенки, поноса и тифозной розеолы при значительной, но неправильной лихорадкѣ и при сильномъ кашлѣ съ одышкой, несмотря на почти отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди. Если можно открыть бугорки на choroidea, то сомнѣній въ діагностикѣ быть уже не можетъ.

При діагностикѣ сомнительныхъ случаевъ тифа отъ туберкулеза надо имѣть въ виду еще и то, что послѣдній нерѣдко протекаетъ скрытно, что можетъ отсутствовать не только одышка, но и кашель. Если бугорчатка локализируется въ неважныхъ для жизни органахъ, напр. въ бронхиальныхъ железахъ, или если бугорковъ не особенно много, то кромѣ лихорадки можетъ не быть никакихъ другихъ симптомовъ. Врачъ, не находя для объясненія никакихъ мѣстныхъ болѣзней, останавливается на предположеніи легкаго тифа, но наперекоръ его предсказанію лихорадка затягивается дольше 4 недѣль и, наконецъ, все дѣло разрѣшается появленіемъ туберкулезной пневмоніи или острой головной водянки. Подобныя ошибки я переживалъ, къ сожалѣнію, не одинъ разъ и, быть можетъ, это послужитъ нѣкоторымъ утѣшеніемъ начинающимъ врачамъ, если и имъ случится ошибиться.

Въ такомъ безпомощномъ положеніи находился врачъ до тѣхъ поръ, пока на помощь ему не явилась бактериологія, давшая два способа для вѣрнаго опредѣленія тифа вообще и [для отличія отъ тифа семициальныхъ случаевъ мильарнаго туберкулеза въ частности.

Первый способъ состоитъ въ разыскиваніи тифознаго бацилла въ испражненіяхъ по методу *Elsner'a*. Питательной средой служитъ картофельная желатина съ 1% примѣсью іодистаго калия. *Vac. coli comm.* развивается на этой средѣ гораздо лучше, чѣмъ палочка *Ebert'a*; черезъ 48 часовъ первая даетъ темно-бурыя колоніи, а вторая небольшія прозрачныя капли. Способъ этотъ, однако, рѣдко примѣняется въ клиникѣ и именно потому во-1-хъ, что онъ не считается за абсолютно вѣрный, а во-2-хъ потому, что онъ кропотливъ и слишкомъ медленно ведетъ къ цѣли. Гораздо практичнѣе и вѣрнѣе другой способъ, именно *серодиагностика по Widal'ю*. Реакція *Widal'я* основана на наблюденіи *Gruber'a*, показавшаго, что кровяная сыворотка животныхъ, имму-

низированных против холеры, тифа и других болѣзней, прибавленная въ ничтожномъ количествѣ къ бульонной разводкѣ соотвѣтственнаго микроба, оказываетъ на него своеобразное вліяніе: бактеріи теряютъ свою подвижность, собираются въ кучки и осаждаются на дно въ видѣ хлопьевиднаго осадка, и бульонъ такимъ образомъ просвѣтляется. Эту реакцію Gruber назвалъ — агглютинаціей; различаютъ два способа производства ея — макроскопическій и микроскопическій. При первомъ способѣ къ суточной бульонной разводкѣ тифознаго бацилла прибавляютъ нѣкоторое количество кровяной сыворотки иммунизированнаго животнаго и смѣсь помѣщаютъ въ термостатъ на 2—8 часовъ; мутный бульонъ просвѣтляется, а на днѣ сосуда получается хлопьевидный осадокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи прежде всего убѣждаются на контрольномъ препаратѣ бульонной разводки, что бактеріи вполне подвижны, потомъ смѣшиваютъ въ нѣсколькихъ чашечкахъ Petri различныя количества бульонной разводки — 10, 20, 50, 100 капель съ одной каплей на каждую чашечку испытуемой сыворотки и изъ каждой пробы готовятъ микроскопическій препаратъ. Если сыворотка обладаетъ агглютинирующей способностью, то тотчасъ же на полѣ зрѣнія микроскопа появляются *кучки* изъ совершенно *неподвижныхъ* бактерій; въ первое время въ промежуткахъ между бучками можно встрѣтить еще большее или меньшее число живыхъ бактерій, но потомъ и онѣ умираютъ. Въ виду того, что Gruber'овская реакція получается и при обыкновенной сывороткѣ животныхъ (не иммунизированныхъ) и человѣка, если только брать ее въ большихъ количествахъ (приблизительно 1 ч. сывор. на 10 чч. бульона) необходимо при производствѣ этой реакціи съ диагностическими цѣлями, брать точно опредѣленные количества сыворотки; всего лучше дѣлать за разъ нѣсколько пробъ въ пропорціи 1:10, 1:20, 1:100 и т. д. Реакція Gruber'a очень хорошо удается также съ серозной жидкостью изъ пузырей отъ приставленной мушки, много слабѣе съ молокомъ, и еще слабѣе съ мочей, слезами и др. выдѣленіями. Заслуга Widal'я состояла въ томъ, что онъ доказалъ, что у человѣка агглютинація появляется уже въ періодѣ инфекции, именно при тифѣ въ концѣ первой или въ началѣ 2-й недѣли. Чтобы получить сыворотку отъ тифознаго больного, добываютъ его кровь уколомъ въ палецъ, собираютъ ее въ узкую реактивную трубочку, въ которой она свертывается, при чемъ получается нѣкоторое количество сыворотки; реакцію можно считать вполне доказательною для тифа, если агглютинирующая способность сыворотки проявляется въ пропорціи 1:50. По наблюденіямъ Courmont'a (40 случаевъ), ясно выраженная реакція Widal'я появляется на 6—7-й день, но въ теченіе слѣдующихъ дней прогрессивно усиливается (въ нормальныхъ случаяхъ на 10-й день 1:100) до начала періода паденія температуры, а потомъ агглютинирующее свойство сыворотки начинаетъ падать и во многихъ случаяхъ черезъ нѣсколько недѣль совсѣмъ исчезаетъ, но, какъ доказано многими авторами, не всегда; оказалось именно, что не особенно рѣдко реакція удается даже по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ выздоровленія, а потому вполне доказательное значеніе реакціи Widal'я можетъ имѣть лишь при условіи обстоятельнаго анамнеза, доказывающаго, что больной раньше не хворалъ тифомъ. Степень агглютинирующихъ свойствъ сыворотки въ различныхъ слу-

чае́хъ тифа колеблется въ большихъ размѣрахъ отъ 1:100 до 1:2000. По общему отзыву авторовъ, реакція Widal'я имѣетъ огромное діагностическое значеніе; случаи неудачи на второй недѣлѣ тифа принадлежать къ рѣдкимъ исключеніямъ (у самого Widal'я одинъ отрицательный результатъ на 163 положительныхъ).

Для діагностики тифа имѣетъ значеніе не только количественное отношеніе между сывороткой и культурой, но также и быстрота дѣйствія; вообще говоря, напр. если количество сыворотки въ отношеніи 1:20 считается для діагностики недостаточнымъ, то при томъ же отношеніи діагностическу тифа можно ставить съ полной увѣренностью, если реакція наступаетъ моментально. Если берутъ сыворотку въ количествѣ 1:50 или 1:100, то реакція должна наступить въ теченіе 15 или не болѣе какъ 30 минутъ, при большихъ разведеніяхъ приходится ждать дольше.

Діагностика тифа отъ туберкулезнаго менингита въ типическихъ случаяхъ послѣдняго не представляетъ никакихъ затрудненій, потому что meningitis tuberculosa s. hydrocephalus acutus протекаетъ почти безъ *мигровки и всегда начинается рвотой*, упорно продолжающейся нѣсколько дней подъ рядъ, чего при тифѣ никогда не бываетъ. Далѣе характерна *головная боль*, очень сильная уже съ перваго дня и продолжающаяся до періода потемнѣнія сознанія. Если эти два симптома, т.-е. головная боль и рвота, выражены рѣзко, если напр. головная боль такъ сильна, что заставляетъ больного по временамъ вскрикивать, а рвота повторяется послѣ каждаго питья въ теченіе 3—4 дней подъ рядъ, то діагностическу менингита можно ставить, не опасаясь ошибки.

Къ концу первой недѣли діагностика дѣлается совсѣмъ уже легкой, потому что ребенокъ становится апатичнымъ, пульсъ его замедленъ и неправиленъ, животъ вваливается или, по крайней мѣрѣ, уплощается (тогда какъ при тифѣ онъ начинаетъ вздуваться уже на 3—4-й день), дыханіе прерывается глубокими вздохами, взглядъ дѣлается неподвижнымъ и т. д.

Но кромѣ этихъ случаевъ, такъ сказать, типическаго менингита встрѣчаются еще и другіе, въ которыхъ діагностика между тифомъ и острой головной водяной колеблется въ теченіи многихъ дней. Болѣе частая ошибка состоитъ въ томъ, что туберкулезный менингитъ принимается за тифъ, но намъ приходилось дѣлать и обратную ошибку — принимать тифъ за менингитъ. Возможность подобной ошибки объясняется тѣмъ, что въ началѣ менингита рвота не всегда бываетъ упорная, а иногда вырветъ только одинъ, два раза, а подобная рвота иногда случается и въ началѣ тифа. Далѣе при тифѣ нерѣдко замѣчаются апатія и сонливость (наркотическое дѣйствіе тифознаго яда), относительно замедленный и неправильный пульсъ (см. симптоматологию — случай Cadet de Gassicourt'a), невздутый и мягкій животъ и запоръ.

Въ случаѣ комбинаціи всѣхъ этихъ симптомовъ, конечно, можетъ явиться мысль о туберкулезномъ менингитѣ, по крайней мѣрѣ при первомъ носѣщеніи больного. Но въ такихъ, сравнительно простыхъ, случаяхъ сомнѣніе въ діагностикѣ продолжается недолго, да и то лишь въ томъ случаѣ, если нѣтъ опухоли селезенки и розеолы. Въ скоромъ времени, дня черезъ 2, много черезъ 3,

діагностика выясняется, такъ какъ при тифѣ эти симптомы не развиваются далѣе, т.-е. къ нимъ не присоединяются новые мозговые симптомы, между тѣмъ какъ туберкулезный менингитъ съ каждымъ днемъ прогрессируетъ все болѣе и болѣе.

Гораздо болѣе затрудненій для діагностики представляютъ случаи туберкулезнаго менингита, которые начинаются и въ продолженіе нѣсколькихъ дней протекаютъ какъ тифъ, но на 2-й недѣлѣ мало-по-малу появляются подозрительные мозговые симптомы, которые съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выясняютъ развитіе острой головной водянки. Подобные случаи Rilliet и Barthez описали подъ именемъ *тифозной формы туберкулезнаго менингита*. Вначалѣ здѣсь не бываетъ никакихъ мозговыхъ симптомовъ: ни сильной головной боли, ни рвоты. По мнѣнію Rilliet и Barthez, здѣсь дѣло начинается съ общаго остраго милиарнаго туберкулеза, къ которому скоро присоединяется поражение мозговыхъ оболочекъ, какъ одна изъ локализаций общаго туберкулеза.

По моему мнѣнію, къ такъ называемой тифозной формѣ менингита относятся двѣ разновидности острой головной водянки; одна изъ нихъ есть ни что иное, какъ общій милиарный туберкулезъ съ послѣдовательнымъ поражениемъ мозговыхъ оболочекъ, а потому въ началѣ или въ періодъ предвѣстниковъ онъ и протекаетъ какъ общій туберкулезъ, т.-е. съ высокою лихорадкой, но безъ мозговыхъ симптомовъ, и все сказанное по поводу діагностики тифа отъ милиарнаго туберкулеза относится и къ подобнымъ случаямъ менингита.

Другая разновидность тифозной формы головной водянки есть настоящій тифъ, осложненный въ дальнѣйшемъ теченіи простымъ (нетуберкулезнымъ) серознымъ менингитомъ (см. осложненія). Въ обѣихъ разновидностяхъ мозговые симптомы появляются сравнительно поздно, большею частью на второй недѣлѣ отъ начала лихорадки, но разница состоитъ въ томъ, что при первой разновидности во все время лихорадочнаго періода нельзя замѣтить ни опухоли селезенки, ни тифозной розеолы, тогда какъ при второй формѣ оба эти симптома бывають на лицо, въ чемъ и состоитъ существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ.

! *Діагностика тифа отъ ulcerознаго эндокардита* иногда тоже очень трудна, но это обстоятельство въ практическомъ отношеніи потому не имѣетъ большаго значенія, что ulcerозный эндокардитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается чрезвычайно рѣдко, такъ что я, напр., въ теченіе своей 30-лѣтней больничной практики наблюдалъ его только разъ, а въ литературѣ, по словамъ Dusch'a (Gerhardt's Handb. V. IV, стр. 359) описано всего три случая, а потому достаточно указать на возможность ошибки въ этомъ направленіи и отмѣтить, что ulcerозный эндокардитъ въ своей тифозной формѣ всегда симулируетъ *тяжелый* тифъ и что подозрѣвать его можно въ томъ случаѣ, если явленія тяжелаго тифа развиваются у ребенка, страдающаго порокомъ сердца, и въ теченіе болѣзни появляются симптомы эмболии, напр. внезапная гемиплегія, кровохарканіе, петехіи на кожѣ и др. Опухоль селезенки наблюдается и при эндокардитѣ; при немъ можетъ появиться также и сыпь въ родѣ тифозной розеолы.

Діагностику между тифомъ и острымъ гнойнымъ менингитомъ приходится ставить въ случаяхъ самаго тяжелаго тифа (большей частію сыпного),

начинающагося безъ предвѣстниковъ и протекающаго съ самаго начала при высокихъ температурахъ и съ значительнымъ поражениемъ общаго чувствительнаго аппарата. Къ концу 1-й недѣли появляется уже сведеніе затылка, а иногда и спины, сознание исчезаетъ, и вообще картина болѣзни напоминаетъ острый менингитъ. Въ пользу тифа въ такихъ случаяхъ всего больше говоритъ свѣжая *опухоль селезенки* (если только она есть), *отсутствіе упорной рвоты* въ началѣ болѣзни, отсутствіе судорогъ или позднее ихъ появленіе и сравнительно *длительная продолжительность*. Смерть при тифѣ обыкновенно наступаетъ между 7-мъ и 9 или 11 днемъ, тогда какъ при гнойномъ менингитѣ—на 3—5-й день. На послѣднее страданіе указываютъ также упорная рвота въ первые дни заболѣванія, сильнѣйшая головная боль, раннее появленіе (уже на 3-й день) судорогъ и потери сознания и наличность той или другой причины для менингита (ушибъ, инсоляція, течъ изъ уха и пр.).

Само собою разумѣется, что реакція Widal'я годится для всѣхъ перечисленныхъ случаевъ.

Лѣченіе.

Въ видахъ *профилактики* весьма интереснымъ является вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли запрещать матери или кормилицѣ, заболѣвшей тифомъ, продолжать кормленіе грудью ребенка. Хотя въ главѣ объ этиологіи тифа и было уже сказано, что вопросъ о возможности зараженія ребенка тифомъ черезъ грудное молоко принадлежитъ къ числу нерѣшенныхъ, по, тѣмъ не менѣе, при ясно выраженномъ тифѣ, всякій врачъ, конечно, запретитъ кормленіе, такъ какъ этого требуютъ интересы и ребенка, и самой матери. Дѣло въ томъ, что подъ вліяніемъ продолжительной лихорадки количество молока замѣтно убываетъ и самое качество его измѣняется, такъ что ребенка все равно придется привармливать, да, кромѣ того, матери и такъ предстоитъ значительное истощеніе отъ болѣзни, и было бы неблагоприятно подвергать ее истощенію кормленіемъ ребенка.

Такъ какъ тифозный ядъ можетъ содержаться и въ коровьемъ молокѣ (не вслѣдствіе того, что корова была больна тифомъ, а отъ примѣси къ молоку зараженной воды), то всегда слѣдуетъ его давать дѣтямъ только въ кипяченомъ видѣ.

Что касается до того, *отдѣлять ли больного отъ здоровыхъ*, то, въ виду незаразительности брюшного тифа, изоляція больного можетъ считаться мѣрой излишней; гораздо важнѣе позаботиться о *дезинфекціи его испражнений и белья*, а также отхожаго мѣста и помойныхъ ямъ. Прежде чѣмъ выкидывать испраженія тифика, слѣдуетъ облить ихъ растворомъ сулемы 1:1000 или сырой корболовой кислотой; бѣлье, запачканное тифозными испраженіями, до отдачи его въ стирку, слѣдуетъ тоже предварительно смачивать тѣмъ или другимъ дезинфицирующимъ растворомъ, напр. бросать въ кадуюшку, въ которую налить 3% растворъ литола.

Лѣченіе развившагося тифа. Прежде всего мы остановимся на содержаніи больного, такъ какъ при лѣченіи тифа надлежащая *гигіено-діететическая обстановка важнѣе всякаго другаго лѣченія*.

Воздухъ. При тифѣ, какъ и при всякой другой остро-лихорадочной заразной болѣзни, организмъ страдаетъ не отъ однихъ только токсиновъ, вырабатываемыхъ микробами, но также и отъ продуктовъ собственной дѣятельности, т.-е. различныхъ недоокисленныхъ продуктовъ метаморфоза, изъ коихъ многіе, извѣстные подъ именемъ лейкомаиновъ, отличаются ядовитыми свойствами. Вещества эти плохо растворяются въ водѣ и потому трудно вымываются изъ тканей, и организмъ гораздо легче освобождается отъ нихъ, если ему удастся ихъ окислить и такимъ путемъ превратить ихъ въ безвредныя, легко растворимыя и болѣе простыя соединенія (мочевина, уголекислота и проч.); словомъ, во время остро-лихорадочной болѣзни вообще и въ частности тифа организмъ еще болѣе нуждается въ чистомъ воздухѣ, чѣмъ обыкновенно, а между тѣмъ не только родители больного, но даже и многіе изъ молодыхъ врачей совершенно забываютъ о необходимости чистаго воздуха или, по крайней мѣрѣ, недостаточно энергично стремятся добиться его. Если возможно, то слѣдуетъ дать больному двѣ комнаты, чтобы безпрепятственно вентилировать помещеніе утромъ и вечеромъ посредствомъ отворенія форточекъ или оконъ, даже и зимой. Если въ распоряженіи больного только одна комната, то въ холодное время года приходится во время открыванія форточки защищать больного ширмами, закутывать его въ одѣяло вплоть до шеи; для избѣжанія сквозняка двери во время вентиляціи должны быть закрыты. Топка камина хотя и способствуетъ очищенію воздуха, но не можетъ замѣнить форточекъ.

Температура комнаты должна быть отъ 12 до 14° R.; въ свѣжемъ воздухѣ не только легче дышится, но и лучше спится, если только больной хорошо укрытъ. Всѣмъ извѣстно, что въ прохладной комнатѣ, подъ теплымъ одѣяломъ, здоровые люди спятъ гораздо лучше, чѣмъ въ духотѣ; то же самое и даже, можетъ быть, въ большей степени относится и къ больнымъ.

Нѣсколько болѣе высокую температуру комнаты, напр. до 16° R., можно допустить только для больныхъ, которымъ приходится дѣлать въ той же комнатѣ прохладныя ванны, или при осложненіи тифа острымъ бронхитомъ (частый, сухой кашель).

Въ тяжелыхъ случаяхъ тифа, когда больной лежитъ въ забытіи и часто бредитъ, не мѣшаетъ нѣсколько затемнить комнату и позаботиться о соблюденіи около него полнѣйшей тишины, такъ какъ всякій шумъ можетъ дать лишній поводъ къ возбужденію больного и послужить темой для бредовыхъ идей. Развлеченіе больного чтеніемъ (въ легкихъ случаяхъ) и разговорами можетъ быть причиной утомленія головного мозга, а слѣдовательно головной боли и бессонницы. Въ случаѣ легкаго тифа мы позволяемъ больному сидѣть въ постели и играть въ свои игрушки, но не читать.

Діета. Въ настоящее время всѣ согласны, что тифика необходимо не только поить но и кормить, причѣмъ не слѣдуетъ лишать его и бѣлковой пищи, такъ какъ этимъ предотвращается до нѣкоторой степени истощеніе и укорачивается періодъ выздоровленія, но по вопросу о томъ, чѣмъ именно кормить тификовъ, мнѣнія авторовъ расходятся; едва ли не всѣ нѣмецкіе и французскіе авторитетные врачи высказываются за то, что пища при тифѣ должна быть исключительно жидкая и что такого рода больнымъ нельзя давать ни хлѣба, ни мяса,

но противъ такого взгляда за послѣдніе годы энергично высказывались нѣкоторые изъ русскихъ врачей (Монассейнъ, Чудновскій, Пуриць, Кисель, Черновъ, Бушуевъ), рекомендовавшіе кормить тификовъ по возможности больше, давая имъ между прочимъ и мясо и щи (даже и при поносѣ, какъ, напр., практиковалъ это проф. Чудновскій, см. „Врачъ“ 1893 г., стр. 735). Читая отчетъ этихъ врачей, видишь, что многіе тифики дѣйствительно могутъ безнаказанно переносить мясную діету, но изъ этого еще не слѣдуетъ, что мясо безвредно во всѣхъ случаяхъ; вѣдь если ежедневныя наблюденія показываютъ, что мясо плохо переносится при обыкновенномъ катаррѣ кишекъ, то трудно повѣрить, чтобъ оно шло въ прокъ больному, имѣющему тифозныя язвы въ кишкахъ, да притомъ еще такому, который лежитъ въ жару съ сухимъ языкомъ и у котораго мы имѣемъ право предполагать рядомъ съ недостаточнымъ отдѣленіемъ слюны также недостатокъ и другихъ пищеварительныхъ соковъ. По нашему мнѣнію, если и можно, на основаніи наблюденій вышепоименованныхъ авторовъ, давать тификамъ мясную пищу, то лишь въ томъ случаѣ, если больной находится подъ постояннымъ наблюденіемъ врача, когда, слѣдов., мясо можетъ быть отмѣнено немедленно, какъ только появятся какіе-либо признаки его неваренія (поносъ, остатки въ калѣ переваренныхъ волоконъ мяса, сильная вонь и проч.), и если дѣло идетъ о легкомъ тифѣ, т.-е. когда языкъ не сухъ, аппетитъ не утраченъ (больной проситъ ѣсть) и когда нѣтъ поноса.

Чѣмъ суше языкъ, тѣмъ строже запрещаемъ мы употребленіе пищи, требующей полной дѣятельности пищеварительныхъ соковъ (мясо) и особенно пищи сухой, какъ напр. хлѣбъ, картофель и проч. Самая идеальная пища для тифика, это молоко, содержащее въ себѣ все необходимое для питанія организма, какъ-то: воду, бѣлки, жиръ, сахаръ и соли; менѣе подходящей пищей считаемъ бульонъ, такъ какъ онъ богатъ только солями и экстрактивными веществами, но бѣденъ бѣлкомъ (0,50%). Если больной чувствуетъ къ молоку отвращеніе или не переноситъ его, такъ что поневолѣ приходится кормить его бульономъ, то слѣдуетъ прибавлять къ послѣднему или свѣже выжатый мясной сокъ или равное количество т. н. бутылочнаго бульона, или различные питательные препараты. Мясной сокъ получается въ Москвѣ изъ специальныхъ лабораторій, а въ провинціи его приготовить всякій аптекарь. Способъ приготовленія очень простъ: фунтъ изрубленной говядины безъ жира кладется подъ ручной прессъ, который и выдавливаетъ сокъ; послѣ фильтраціи черезъ двойной бумажный фильтръ получается препаратъ въ видѣ кровяно-красной, прозрачной жидкости, имѣющей вкусъ сырого мяса. Изъ фунта хорошаго мяса получается около $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ф. сока. Его даютъ или въ чистомъ видѣ, или прибавляя къ супу, въ день, смотря по возрасту, отъ двухъ (ребенку 4—5 лѣтъ) до четырехъ столовыхъ ложекъ.

Паровой или бутылочный бульонъ готовятъ такъ: 1 ф. хорошей, но не жирной, говядины или телятины разрѣзаютъ на мелкіе куски и помѣщаютъ въ чистую бутылку изъ крѣпкаго стекла, которую закупориваютъ и кладутъ въ кастрюлю съ теплой водой. Постепеннымъ подогреваніемъ въ теченіе 30 минутъ вода доводится до кипѣнія и послѣ 20-минутнаго кипяченія бульонъ готовъ; онъ имѣетъ видъ мутной жидкости отъ плавающихъ клочьевъ свер-

нущагося бѣлка; не процѣженный бульонъ содержитъ около 1,5%—2% бѣлка, тогда какъ въ мясномъ сокѣ бѣлка около 6%.

Что касается до искусственныхъ питательныхъ препаратовъ, то еще не такъ давно думали, да и до сихъ поръ нѣкоторые думаютъ, что если у лихорадящаго больного выдѣленіе желудочнаго сока уменьшено, то ему слѣдуетъ давать бѣлки, подвергнутые искусственному перевариванію, т.-е. пептоны, почему и предложены были различные препараты какъ въ жидкомъ видѣ, напр. пептонъ-бульонъ, такъ и въ видѣ порошковъ (напр. пептонъ Witte), но такъ какъ оказалось, что чистые пептоны оказываютъ на слизистую оболочку желудка сильное раздражающее дѣйствіе, вызывая въ сравнительно небольшихъ приемахъ рвоту и поносъ, да притомъ и вкусъ пептоновъ горекъ, то фабрики стали готовить такіе бѣлковые препараты, которые представляютъ продукты неполнаго превращенія бѣлка въ пептоны, т. н. альбумозы, которыя легко растворяются въ водѣ и легко всасываются. Различные современные препараты, каковы, напр., пептонъ Liebig'a, Koch'a, альбумоза Antweiler'a и больше всѣхъ рекламированная соматоза, представляютъ изъ себя смѣсь пептона съ альбумозой, причемъ соматоза отличается отъ другихъ препаратовъ меньшимъ содержаніемъ пептона (всего 2%, тогда какъ въ другихъ препаратахъ его отъ 15 до 30%) и тѣмъ, что не содержитъ экстрактивныхъ веществъ и по этимъ двумъ причинамъ безвкусна. Но такъ какъ и альбумозные препараты тоже раздражаютъ желудокъ и переносятся только въ малыхъ дозахъ, примѣрно 1—2 чайныхъ ложки въ день (10—15 грм.), въ которыхъ содержится всего около 8—12 грм. бѣлка, что равняется всего 1½—2 яйцамъ, то на особую питательность этихъ препаратовъ разсчитывать нельзя; гораздо проще и дешевле прибѣгать въ случаѣ надобности къ сухому мясному порошку, который легко переносится желудкомъ и долго не портится.

Давать ли больному бульонъ или молоко и сколько давать — зависитъ главнымъ образомъ отъ желанія самого больного, а если онъ пьетъ одинаково охотно и то и другое, то выгоднѣе давать побольше молока, какъ жидкость гораздо болѣе питательную, чѣмъ бульонъ. То или другое дается маленькими порціями, но почаще, напр. черезъ 2 часа по двѣ или по три столовыхъ ложки до ½ стакана за разъ, смотря по аппетиту и по состоянію желудочно-кишечнаго канала, до 3—4 стакановъ въ сутки. Чѣмъ больше метеоризмъ и чѣмъ больше склонность къ поносу, тѣмъ меньше должны быть разовыя порціи.

Minimum, который слѣдуетъ требовать въ случаѣ отказа больного какъ отъ молока, такъ и отъ бульона — по столовой ложкѣ молока черезъ часъ днемъ и раза три ночью, т.-е., примѣрно, стаканъ въ сутки (ребенку 5—6 лѣтъ). Наоборотъ, если больной не довольствуется тремя стаканами молока или бульона, или эти вещи уже надобѣли, и онъ требуетъ иной пищи, то позволяемъ крахмалистыя вещества, напр. засыпаемъ бульонъ какими-нибудь крупами, или даемъ молочную кашку, кисель и даже мякишъ бѣлаго хлѣба, размоченный въ чаю или въ молоко. Недостатокъ аппетита, сухой языкъ, а также значительный метеоризмъ составляютъ противопоказаніе для назначенія крахмалистой пищи; напротивъ того, поносъ не противопоказуетъ употребленія ни молока, ни крахмала, но можетъ потребовать уменьшенія употреблявшагося до сихъ

поръ количества. Если въ испражненіяхъ мы находимъ значительное количество бѣлыхъ комковъ, какъ остатковъ неперевареннаго молока, то или уменьшаемъ количество молока на половину, или по крайней мѣрѣ разбавляемъ его жидкимъ чаемъ или ячменнымъ кофе, или просто отварной водой и даемъ за разъ не больше двухъ столовыхъ ложекъ.

Въ виду того, что брюшной тифъ часто ведетъ къ образованію язвъ въ тонкихъ кишкахъ, воспрещается всякая пища, дающая много кала и такимъ образомъ механически растягивающая кишки; сюда относятся разныя растительныя вещества или постная пища, напр. черный хлѣбъ, капуста, огурцы и проч.

При наклонности къ запорамъ, — что при исключительно молочной діетѣ бываетъ не рѣдко, — слѣдуетъ уменьшить количество выпиваемаго молока и увеличить порцію супа. Молоко въ подобныхъ случаяхъ полезно разводить щелочной минеральной водой (напр. силезской 1:2), или прибавлять къ молоку кофе изъ винныхъ ягодъ (2 чайныхъ ложки верхомъ сухого кофе изъ винныхъ ягодъ на стаканъ воды сварить въ кофейникѣ и давать пополамъ съ молокомъ).

Особенно осторожнымъ нужно быть съ діетой въ періодѣ выздоровленія тифика, когда у него пробуждается волчій аппетитъ. До полного преобразенія лихорадки діета остается та же: молоко, супъ, молочная каша, кисель, мясной соевъ; по окончаніи лихорадки или въ случаѣ появленія живого аппетита въ періодѣ лизиса позволяемъ 1—2 яйца всмятку, а дня черезъ два начинаемъ и съ мясомъ, если только очистился языкъ, и больной проситъ мяса: даемъ сначала курицу изъ супа (мякоть отъ крыла) разъ въ день, и потомъ, если желудокъ перевариваетъ, на слѣдующій день даемъ уже два раза, потомъ переходимъ къ котлетамъ изъ говядины или телятины, но для избѣжанія жаренаго масла, совѣтуемъ варить ихъ въ супѣ въ видѣ кнели. Поносъ, по нашему мнѣнію составляетъ противопоказаніе для мясной діеты, и потому, какъ только появятся жидкія испражненія, такъ мы приостанавливаемся съ котлетами и даже съ курицей. Черезъ недѣлю по окончаніи лихорадки больной получаетъ мясо два раза въ день и кромѣ того до трехъ стакановъ молока, чай съ бѣлымъ хлѣбомъ, стакана два супа и какую-нибудь вареную зелень въ родѣ моркови, рѣпы, картофельнаго пюре. Въ это время запрещаются главнымъ образомъ, во-1-хъ, разовыя большія количества какой бы то ни было пищи и, во-2-хъ, очень тяжелая пища, напр. сдобные пироги, грибы, капуста и т. п. Небольшіе ломтики ржаного хлѣба въ видахъ разнообразія пищи мы охотно разрѣшаемъ больному, если только онъ проситъ его. Да и вообще въ періодѣ выздоровленія при назначеніи діеты можно руководствоваться инстинктомъ больного, т.-е. давать ему то, чего онъ требуетъ, соблюдая притомъ только одно главное условіе: не давать ему много пищи за разъ. Обложенный языкъ и вздутіе живота требуютъ осторожности въ пищѣ.

Мы до сихъ поръ еще не говорили о питьѣ, а между тѣмъ тифику оно еще необходимѣе, чѣмъ пища: *питье*, разжижая кровь, облегчаетъ осмосъ, вслѣдствіе чего въ потокъ кровообращенія легче поступаютъ вредныя продукты сѣмяна, которые, благодаря повышенному давленію въ влудочкахъ и завися-

щему отъ того увеличенному мочеотдѣленію, свободно выводятся изъ организма. Если больной въ сознаніи и самъ просить пить, то мы дозволяемъ ему пить, сколько онъ хочетъ; если же мы находимъ у больного сухость языка, а мочи выдѣляется мало и она густа, то заключаемъ, что больной пьетъ недостаточно, и въ такомъ случаѣ предлагаемъ ему пить, не дожидаясь его требованія. Въ тяжелыхъ случаяхъ, при очень сухомъ языкѣ приходится больному давать пить каждыя 20—30 минутъ по 1—2 столовой ложкѣ (ребенку 6—8 лѣтъ стакана 3 въ сутки); что именно пить—это опять-таки слѣдуетъ предоставить самому больному; многие предпочитаютъ свѣжую воду, другіе охотнѣе пьютъ воду съ сиропомъ или съ виномъ, третьи — лимонадъ или миндальное молоко и проч. разнообразія ради приходится, обыкновенно, мѣнять напитки; газовыя минеральныя воды, равно какъ и квасъ, относятся къ числу пучащихъ, и потому при метеоризмѣ ихъ слѣдуетъ избѣгать.

Вино многими назначается при всякомъ тифѣ уже съ самаго начала болѣзни просто какъ вещество, которое, сгорая въ крови, дѣйствуетъ сохраняющимъ образомъ на бѣлки организма, но употребленіе вина имѣетъ и дурную сторону: оно возбуждаетъ ложный аппетитъ и вмѣстѣ съ тѣмъ мѣшаетъ дѣйствію желудочнаго сока (алкоголь осаждаетъ пепсинъ), а потому вино можно давать въ разбавленномъ видѣ и лишь въ малыхъ количествахъ; при такомъ условіи питательное значеніе вина будетъ слишкомъ ничтожно, и намъ кажется гораздо болѣе рациональнымъ замѣнять въ подобныхъ случаяхъ вино чистымъ винограднымъ сокомъ, который готовится теперь стерилизованнымъ (пастеризованнымъ) и развозится по всей Россіи. Дѣти охотно пьютъ этотъ сладкій напитокъ и хорошо переносятъ его, пока нѣтъ поноса; мы давали его при тифѣ по двѣ столовыхъ ложки за разъ каждые два часа. На вино же мы смотримъ, какъ на лѣкарство, возбуждающее дѣятельность сердца и отчасти нервной системы; показаніемъ для вина служитъ слабость пульса и апатія. Какое вино давать въ подобныхъ случаяхъ—это довольно безразлично, и потому можно руководствоваться вкусомъ больного; одинъ охотнѣе пьетъ крѣпкія вина, напр. коньякъ съ водой, мадеру, портвейнъ; другой предпочитаетъ икемъ или красное. Мы не смотримъ на бѣлыя вина какъ на послабляющія, а на красныя какъ на запирающія,—это пустяки. Ужъ если кто желаетъ оказать благотворное дѣйствіе на кишку въ случаѣ поноса и метеоризма, то пусть назначитъ красное вино въ горячемъ видѣ, напр. въ формѣ глинтвейна. Что касается до дозировки вина, то, смотря по показаніямъ и по возрасту больного, даютъ отъ чайной до столовой ложки портвейна каждые 2—3 часа.

Вставать съ постели мы позволяемъ больному, какъ только окажется онъ для этого достаточно сильнымъ; въ легкихъ случаяхъ пройдетъ дня три послѣ окончанія лихорадочнаго состоянія, а въ тяжелыхъ больной встанетъ лишь черезъ мѣсяць. Въ руководствахъ совѣтуютъ держать тифика въ постели подольше, напр. недѣли двѣ даже и въ легкихъ случаяхъ, ставя на видъ возможность обморока подъ вліяніемъ слабости сердца. По нашимъ наблюденіямъ, въ дѣтскомъ возрастѣ препятствіемъ для вставанія служитъ скорѣе слабость ногъ, а когда онѣ окрѣпли, то и дѣятельность сердца оказывается уже достаточною, чтобъ поддержать кровообращеніе даже и въ вертикальномъ положеніи.

Очень часто родители задаютъ врачу вопросъ о томъ, когда больной можетъ выходить на воздухъ и когда можетъ онъ начать умственные занятія.

Въ теплое время года больному можно позволить быть на воздухѣ даже и во время лихорадочнаго періода болѣзни; онъ можетъ, напр., оставаться на балконѣ въ постели хоть цѣлый день, начиная съ утра, когда солнце нѣсколько обогрѣетъ землю (исчезнетъ роса), и до появленія вечерней росы. Значитъ лѣтомъ вопросъ о выходѣ на воздухъ рѣшается самъ собою или, лучше сказать, онъ даже и не подымается, но въ холодное время года въ этомъ отношеніи требуется нѣкоторая осторожность. На выздоравливающаго тифика мы смотримъ, какъ на человѣка съ ослабленной нервной системой, который не въ состояніи такъ хорошо справляться съ разными вредными вліяніями, какъ организмъ здоровый; онъ находится, такъ сказать, въ состояніи неустойчиваго равновѣсія, и потому онъ легче заболѣетъ и отъ погрѣшностей въ діетѣ и отъ простуды. По этой причинѣ зимой мы позволяемъ больному, перенесшему тифъ, выходить на воздухъ не раньше, чѣмъ онъ совсѣмъ окрѣпнетъ (большую часть дня онъ проводитъ на ногахъ не утомляясь и замѣтно пополнѣлъ), на что требуется въ легкихъ случаяхъ недѣли двѣ. Если во время тифа было какое-либо страданіе органовъ дыханія, то необходимо дождаться полного прекращенія кашля. Для первыхъ прогулокъ, мы совѣтуемъ надѣвать легкую шерстяную фуфайку, особенно во время вѣтренныхъ дней, и во всякомъ случаѣ слѣдуетъ держаться мѣстъ, защищенныхъ отъ вѣтра. По отношенію къ умственнымъ занятіямъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ общемъ истощеніи тѣла принимаетъ участіе и головной мозгъ, который, по сложности своего строенія и по деликатности своихъ функцій, не можетъ восстанавливаться такъ скоро, какъ мышцы, и потому полное восстановление силъ еще не доказываетъ, что и мозгъ пришелъ уже въ нормальное состояніе. Въ легкихъ случаяхъ мы позволяемъ приниматься за ученіе не раньше какъ черезъ мѣсяцъ послѣ того, какъ больной началъ ходить, а послѣ тяжелаго тифа ждемъ мѣсяца два. Несвоевременное начало умственныхъ занятій очень часто бываетъ причиной бессонницы и упорныхъ головныхъ болей, которыя, разъ появившись, могутъ потребовать еще болѣе продолжительнаго отдыха.

Абортивное лѣченіе тифа. Попытки лѣчить тифъ инъекціями сыворотки, взятой отъ выздорѣвшихъ тификовъ (Левашовъ) или впрыскиваніями подъ кожу убитыхъ бульонныхъ культуръ Эбертскаго бацилла или синегнойной палочки не привели еще къ достаточно надежнымъ результатамъ, и въ настоящее время мы пока еще не знаемъ средствъ, купирующихъ тифъ. Изъ различныхъ предложенныхъ съ этой цѣлью лѣкарствъ мы упомянемъ только о каломелѣ, о которомъ даютъ отличные отзывы вполне авторитетные люди, какъ, напр., изъ русскихъ Боткинъ и Захарьинъ, а изъ иностранцевъ Wunderlich, Niemeyer, Liebermeister и въ новѣйшее время Ziemssen, въ руководствѣ Penzolt'a и Stintzing'a (В. 1. S. 394). На основаніи собственныхъ наблюденій, мы, подобно только что упомянутымъ авторамъ, не можемъ признать каломель за средство, купирующее тифъ, но думаемъ, что во многихъ случаяхъ каломель, назначенный въ теченіе первой недѣли болѣзни, способствуетъ болѣе легкому теченію болѣзни. Каломель показанъ въ свѣжихъ случаяхъ болѣзни, протекающихъ

съ запорами или при нормальномъ стулѣ; нѣкоторые авторы не стѣсняются давать его даже и при жидковатыхъ испражненіяхъ, до появленія характерныхъ для колемели зеленыхъ испражнений. Что касается до дозировки этого средства, то нѣмецкіе авторы назначали его въ большихъ дозахъ (взрослому по 0,5 три раза въ день — Ziemssen), тогда какъ въ Россіи, сколько мнѣ извѣстно, придерживаются не столь крупныхъ приѣмовъ. Мы даемъ его дѣтямъ въ возрастѣ 6—12 лѣтъ всего по 0,06 на приѣмъ черезъ часъ по порошокъ, 4—6 приѣмовъ до дѣйствія, а въ случаѣ отрицательнаго результата черезъ часъ послѣ послѣдняго приѣма — назначаемъ десертную или столовую ложку ol. ricini. Такъ какъ не можетъ подлежать сомнѣнію, что и послѣ слабительныхъ дозъ каломели можетъ развиться язвенное воспаленіе десенъ, то необходимо для предотвращенія подобной случайности назначать полосканіе рта 1% растворомъ бертолетовой соли. Мы не можемъ согласиться съ указаніемъ противниковъ каломельнаго лѣченія тифа, будто средство это обусловливаетъ появленіе въ дальнѣйшемъ теченіи тифа упорныхъ и сильныхъ поносовъ; послѣднихъ мы не видали даже и въ тѣхъ случаяхъ тифа, когда давали каломель при наличности жидкаго стула.

О лѣченіи тифа іодоми, за недостаткомъ собственныхъ наблюденій, не можемъ ничего сказать.

Симптоматическое лѣченіе тифа. Въ семидесятыхъ годахъ было въ большомъ ходу ученіе Liebermeister'a, по которому самымъ опаснымъ симптомомъ тифа считалась лихорадка. Высокая температура считалась причиной не только различныхъ нервныхъ явленій въ родѣ спячки, бреда, головной боли, бессонницы и проч., но ей приписывалось также перерожденіе внутреннихъ органовъ, а, стало-быть, и возможность смертельнаго исхода отъ паралича сердца. На этомъ основаніи главныя усилія врача направлялись на лѣченіе лихорадки, для чего рекомендовалась повторныя ванны и громадныя дозы (до 3 grm. за разъ) хинина. Съ открытіемъ новѣйшихъ жаропонижающихъ, каковы patr. salicyl., антипиринъ, фенацетинъ и множество другихъ, надежды врачей на болѣе успѣшное лѣченіе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней оживились, такъ какъ средства эти не только вѣрно и значительно понижаютъ температуру, но они дѣйствуютъ еще и какъ perçina, обладая притомъ антисептическимъ дѣйствіемъ, словомъ — ожидалось вліяніе на всѣ элементы болѣзни. Къ сожалѣнію, дѣйствительность безжалостно разбила всѣ мечты и доказала, что лѣкарственное пониженіе температуры на 2—3° особой пользы больному не приноситъ, очень мало облегчаетъ его, и въ итогѣ новыя antipyretica не только не укорачиваютъ теченія процесса, но даже нерѣдко вредятъ организму, угнетая дѣятельность сердца и производя коляпсъ. Открытіе вѣрныхъ жаропонижающихъ въ концѣ концовъ привело къ тому, что увлеченіе противолихорадочнымъ методомъ лѣченія значительно ослабѣло, и на сцену появилось новое ученіе, по которому на лихорадку слѣдовало смотрѣть, какъ на спасительную реакцію со стороны организма, помогающую ему справиться съ инфекціей, тогда какъ антипиринъ, фенацетинъ и имъ подобныя средства, понижая температуру, ограничиваютъ процессъ окисленія въ организмѣ и тѣмъ способствуютъ самоотравленію его. До какой степени сильно разочаровались нѣкоторые врачи, видно, напр., изъ словъ проф.

Drasche, который прямо говоритъ, что „лѣкарственное жаропонижающее лѣчение тифа составляетъ тяжелое заблужденіе современной терапіи“. („Библ. медицинскъ“, гл. о тифѣ). Надо думать, что подъ этимъ заявленіемъ подписалось бы не мало врачей. Мы уже издавна придерживаемся взгляда, что лихорадка сама по себѣ не представляетъ для больного ни малѣйшей опасности, какъ бы высокая она ни была, и собственно отъ лихорадки никто не умираетъ.

Все, что мы встрѣчаемъ у тифика, напр. изъязвленіе кишекъ, сухость языка, бредъ и другія явленія со стороны нервной системы, жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ и проч. — вызывается не лихорадкой, а инфекціей, отъ которой зависитъ и сама лихорадка. Что высокая температура въ произведеніи тяжелыхъ формъ инфекціонныхъ болѣзней вообще и въ частности тифа не при чемъ, видно изъ того, что высота температуры при разныхъ инфекціяхъ не идетъ параллельно съ тяжестью болѣзни, такъ, напр., скарлатинозный больной нерѣдко умираетъ въ 2—3 дня при температурѣ въ 40—40,5°, тогда какъ при рекуррентѣ или при крупозной пневмоніи больной отлично переноситъ и болѣе высокие градусы въ теченіе дѣлой педѣли и больше; да и при тифѣ инфекція не всегда одинакова: въ однихъ случаяхъ тяжелые тифозные припадки замѣчаются при сравнительно невысокихъ температурахъ, тогда какъ въ другихъ больной лежитъ въ сильнѣйшемъ жару и тѣмъ не менѣе ни на что не жалуется, не бредитъ и недурно спитъ.

Въ силу всего сказаннаго мы придерживаемся того мнѣнія, что показаніемъ для примѣненія жаропонижающаго метода служить не абсолютная высота температуры, а симптомы со стороны нервной системы, каковы: головная боль, бессонница, бредъ, сонливость днемъ, большая слабость, сухой языкъ. При существованіи подобныхъ симптомовъ мы назначаемъ больному ванну, хотя бы t° была и ниже 39,5, и, наоборотъ, мы не станемъ вмѣшиваться даже и при 40,5, если больной хорошо спитъ и ни на что не жалуется. Ванну мы рѣшительно предпочтемъ какимъ бы то ни было *antipyretica*, такъ какъ вода оказываетъ благоприятное вліяніе не на температуру только, но и на кожу, и на органы кровообращенія и дыханія, а главное на нервную систему, между тѣмъ какъ *antipyretica*, понижая температуру, угнетаютъ дѣятельность сердца и могутъ вызвать коллапсъ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ холодныхъ ваннъ никто не употребляетъ, потому что въ холодной водѣ дѣти слишкомъ скоро забнутъ и послѣ ванны не скоро согрѣваются, да притомъ подъ вліяніемъ холодной ванны наступаетъ иногда упадокъ дѣятельности сердца. По этой причинѣ въ дѣтской практикѣ рекомендуются обыкновенно постепенно охлаждаемыя ванны: больного сажаютъ въ воду, температура которой градусовъ на 5 ниже температуры тѣла (приблизительно 27—28 R.), и потомъ подливаніемъ холодной воды въ теченіе пяти — десяти минутъ спускаютъ температуру воды до 24 и не ниже 20° R.; продолжительность ванны 15—20 минутъ, если только больной не озябнетъ раньше; въ тяжелыхъ случаяхъ приходится сдѣлать 2—3 ванны въ день, въ болѣе легкихъ ограничиваемся одной ванной вечеромъ. Послѣ ванны ребенку даютъ обыкновенно ложку вина и оставляютъ его въ покоѣ, причемъ ребенокъ въ большинствѣ случаевъ засыпаетъ покойнымъ сномъ. Послѣ такой ванны

т° падает не сильно, примѣрно на 1—2°, но тѣмъ не менѣе общее состояніе больного замѣтно улучшается. Если обстоятельства не позволяютъ дѣлать ванны, то до нѣкоторой степени можно замѣнить ихъ завертываніемъ въ мокрую простыни. На кровать кладутъ шерстяное одѣяло и на него простыню, сложенную въ 2—3 раза, смоченную водой въ 20° R. На эту простыню кладутъ раздѣтаго ребенка и завертываютъ его такимъ образомъ, чтобы открытыми остались только ноги до колѣнъ и голова. Послѣ минутнаго растиранія (пока простыня хорошенько согрѣется) ребенка завертываютъ еще въ одѣяло и въ такомъ согрѣвающемъ компрессѣ оставляютъ его на 1/2 ч. Въ легкихъ случаяхъ тифа можно ограничиться еще болѣе слабымъ средствомъ — обтираніемъ всего тѣла губкой, смоченной водой въ 22—20° R. Подобныя обтиранія дѣлаются черезъ 2—3 часа; они освѣжаютъ больного, но на температуру не оказываютъ вліянія.

Противопоказаніемъ для ваннъ служатъ только кишечныя кровотеченія, перитонитъ и значительный упадокъ дѣятельности сердца (ціанозъ, похолоданіе конечностей). Воспаленіе легкихъ (гипостазы и гипостатическая пневмонія), равно какъ и бронхитъ, составляющіе противопоказаніе для прохладныхъ и холодныхъ ваннъ, не только не мѣшаютъ назначенію тепловатыхъ (28° R.), но даже требуютъ ихъ.

Что касается вопроса, когда слѣдуетъ начинать ванны, то на этотъ счетъ мнѣнія врачей расходятся. Brand и его послѣдователи (Liebermeister, Ziemssen, Jurgensen) требуютъ приступать къ ваннамъ съ первыхъ дней болѣзни, какъ только выяснится діагностика, или даже и ранѣе (какъ только т° будетъ выше 39°); другіе прибѣгаютъ къ ваннамъ, когда окажется въ нихъ надобность, т.-е. при появленіи извѣстныхъ симптомовъ со стороны нервной системы. Для насъ показаніемъ къ ваннамъ служитъ главнымъ образомъ безпокойный сонъ ночью и сонливость днемъ, бредъ и общая слабость; если дѣло дошло до сухого и тѣмъ болѣе еще до фулигинознаго языка, то всегда найдутся какіе-нибудь и другіе изъ только что упомянутыхъ симптомовъ. Поносъ нисколько не препятствуетъ употребленію ваннъ.

Что касается до внутреннихъ жаропонижающихъ, то мы прибѣгаемъ къ нимъ рѣдко и никогда не даемъ ихъ настойчиво въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ. Показаніемъ къ ихъ употребленію служатъ главнымъ образомъ явленія возбужденія нервной системы и болевья ощущенія при очень высокихъ температурахъ (выше 40°). Изъ новѣйшихъ antipyretica самымъ сильнымъ мы считаемъ антифебринъ, къ которому, однако, никогда не прибѣгаемъ, съ тѣхъ поръ какъ убѣдились въ его способности вызывать даже и малыми дозами упадокъ дѣятельности сердца съ посинѣніемъ конечностей; антипиринъ обладаетъ неприятнымъ вкусомъ и нерѣдко вызываетъ рвоту, и потому мы предпочитаемъ ему безвкусный фенацетинъ, но дѣйствію нисколько ему не уступающій и въ умѣренныхъ дозахъ не вызывающій коллапса, или лактофеинъ. Мы всегда начинаемъ съ малыхъ дозъ, повторяя ихъ черезъ 2 часа до дѣйствія, т.-е. до пониженія температуры до 39° или до улучшенія самочувствія. Мы выписываемъ столько дециграммъ, сколько больному лѣтъ, и дѣлимъ это на три приема, напр.: Rp. Phenacetini 0,6, Sacchari 1,0. M. f. pulv. Div. in № 3 p. aeq.

S. черезъ 2 часа по порошоку до дѣйствія (ребенку 6 лѣтъ). Въ тѣхъ же дозахъ прописывается и лактофеинъ.

Изъ другихъ симптомовъ тифа, требующихъ внимательства, укажемъ на слѣдующіе:

Сухой языкъ служитъ прямымъ и вѣрнымъ указателемъ потребности организма въ водѣ; при сухомъ языкѣ слѣдуетъ больному давать пить какъ можно чаще, напр. по столовой ложкѣ каждыя 20 и даже 15 минутъ (ребенку 10 лѣтъ до 4 стакановъ въ сутки, не считая молока и бульона). Что именно давать — простую ли воду, или воду съ сиропомъ, или лимонадъ, миндальное молоко или сельтерскую воду — зависитъ отчасти отъ вкуса больного, отчасти отъ состоянія его кишечника. Если нѣтъ поноса, то больной можетъ пить, что ему угодно, хотя бы даже и квасъ; если ребенокъ предпочитаетъ чистую воду, то робкой матери можно позволить ее вскипятить, но во всякомъ случаѣ питье должно быть прохладное; при поносѣ умѣстно миндальное молоко, но не слѣдуетъ давать ни кислаго питья, ни пучашихъ газовыхъ напитковъ, и отдѣльныя порціи питья должны быть поменьше (не болѣе столовой ложки); газовые напитки не годятся также и при метеоризмѣ, хотя бы поноса и не было.

При фулпгинозномъ языкѣ, кромѣ частаго питья, мы рекомендуемъ смазывать верхнюю поверхность языка нѣсколько разъ въ день (хоть каждыя 2—3 часа) чистымъ миндальнымъ или провапскимъ масломъ.

Поносъ требуетъ прежде всего нѣкотораго измѣненія въ діетѣ: молоко назначаемъ въ небольшихъ порціяхъ (ложками), если въ испражненіяхъ замѣчается много бѣлыхъ комковъ, то разбавляемъ молоко $\frac{1}{3}$ воды или прибавляемъ на стаканъ молока столовую ложку аq. calcis. Кислое питье запрещается. Изъ лѣкарствъ всего чаще назначаемъ висмутъ per se или, въ случаѣ очень жидкихъ испражненій, вмѣстѣ съ таннальбиномъ, напр.: Rr. Magisterii bismuti 0,25, Tannalbinum 0,5. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 4 раза въ день (ребенку 6—10 лѣтъ). Tannalbinum или альбуминатъ таннина приготовленъ такимъ образомъ, что онъ проходитъ черезъ желудокъ безъ измѣненія, а въ кишкахъ, подъ вліяніемъ щелочного содержимаго ихъ, разлагается, освобождая таннинъ, который и проявляетъ здѣсь въ полной силѣ свое вяжущее дѣйствіе. Такъ какъ на слизистую оболочку желудка это средство не дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ, то легко переносится въ большихъ порціяхъ даже и маленькими дѣтьми; его даютъ дѣтямъ отъ 1—5 лѣтъ по 1,0 pro die, а послѣ 5 лѣтъ — 2—3,0; для взрослого средняя доза считается 1,0 три, четыре раза въ день. При частыхъ испражненіяхъ (до 5 разъ въ сутки и больше) даемъ еще опій: Rr. T-гае opii sim. 10,0. DS. По 2—5 капель на приемъ 1—2 раза въ день (дѣтямъ отъ 4—10 лѣтъ). Бредъ и другіе припадки возбужденія нервной системы не только не противопоказуютъ опія, но даже облегчаются подъ его вліяніемъ. При боляхъ живота, зависящихъ отъ спазма кишекъ (схватки), слѣдуетъ дать кастороваго масла, а потомъ опій и согрѣвающій компрессъ; если же боли живота обусловливаются гиперестезіей кожи живота (что встрѣчается при тифѣ гораздо чаще, чѣмъ спазмъ кишекъ), то достаточно намазать животъ теплымъ масломъ въ смѣси съ опіемъ (1 ч. t-гае opii на 9 чч.

ol. provinc.) и завязать его ватой. При значительномъ метеоризмѣ мы видѣли пользу отъ infus. valerian. 1 : 50. Въ случаѣ запора въ началѣ болѣзни даемъ каломель (см. выше), позднѣе прибѣгаемъ къ клизмамъ изъ прохладной воды (20° R.). Со стороны *нервной системы* всего чаще выступаютъ на первый планъ головная боль или, напротивъ, спячка и общая слабость. Противъ головной боли — холодный компрессъ или, лучше, пузырь со льдомъ на голову, а противъ другихъ симптомовъ — постепенно охлаждаемая ванны, а такъ какъ при этомъ наблюдается обыкновенно слабый пульсъ, то назначаемъ еще и вино (черезъ два часа по чайной, десертной или столовой ложкѣ портвейна, смотря по возрасту) или другія возбуждающія, напр.: Rp. Coffeini citrici, flor. benz. aa 0,05, Sacch. 0,20. D. t. dos. № 12. Черезъ 2—3 часа по порошокъ (реб. 8—10 лѣтъ). Если припадки возбужденія сопровождаются очень высокой т°, пульсъ хорошъ, а ванны не оказываютъ надлежащаго дѣйствія, то даемъ фенацетинъ или лактофеинъ. При глубокой спячкѣ — холодное обливаніе головы въ теплой ваннѣ.

Сильное возбужденіе, наблюдающееся иногда въ періодѣ выздоровленія послѣ тяжелаго тифа, требуетъ прежде всего питательной діеты, а изъ лѣкарствъ здѣсь всего лучше дѣйствуетъ морфій и хлоралъ: Rp. Morphii acetici 0,1, Aq. destill. 25,0. DS. Столько капель, сколько больному лѣтъ, 2—3 раза въ день; въ случаѣ слабого дѣйствія можно усилить пріемъ въ 1½—2 раза: Rp. Chloralhydrati, 2,0, Aq. dest. 100. DS. Черезъ 2 ч. по чайной, десертной, столовой ложкѣ, смотря по возрасту.

Бронхитъ. Въ большинствѣ случаевъ дѣтскаго тифа кашель бываетъ такъ незначителенъ, что лѣченія не требуетъ, но въ случаѣ сильнаго кашля показаны или успокоивающія (Доверовъ порошокъ по столько гранъ въ день, сколько больному лѣтъ, въ 2—3 приема) и разрѣшающія (ароморфинумъ тугіат. crust. 0,02 на 100 чч. воды по чайной или дес. ложкѣ, смотря по возрасту) или при обиліи мокроты и особенно при наклонности къ гипостазамъ въ задне-нижнихъ частяхъ легкихъ — отхаркивающія и возбуждающія, напр.: Rp. Inf. rad. polig. senegae ex 2,0 ad 100,0, Liq. ammon. anis. gtt. xxx, syr. 10,0. DS. По чайной или дес. ложкѣ черезъ 2 часа, или: Rp. Flor. benzoë 0,3—05, Camphor. trit. 0,02—0,03, Sacch. 0,20. D. t. dos. № 12. S. По порошокъ черезъ 3 часа. Снаружи — горчичники на спину или сухія банки съ обѣихъ сторонъ позвоночника.

Пролежни успѣшно лѣчатся подкладываніемъ подъ больное мѣсто круглой воздушной подушки и старинной мазью съ дубильнокислымъ свинцомъ — ung. plumbotannicum.

Кровотеченія изъ кишекъ — абсолютный покой, холодные компрессы на животъ и внутрь secale cornutum (inf. 1%) или ferrum sesquichloratum по 2 капли на пріемъ 4—6 разъ въ день. Если потери крови такъ велики, что больной сильно поблѣднѣлъ и выказываетъ большую слабость (наклонность къ обмороку), то большую пользу можетъ оказать подкожное впрыскиваніе физиологическаго раствора поваренной соли (6 на 1000) въ количествѣ 50—100 грм.

СЫПНОЙ ТИФЪ, TYPHUS EXANTHEMATICUS.

Во многихъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ сыпной тифъ вовсе не описывается подъ тѣмъ предлогомъ, что онъ не представляетъ у дѣтей никакихъ особенностей сравнительно съ тифомъ у людей взрослыхъ (Neposh), а отчасти потому, что онъ считается въ юномъ возрастѣ за большую рѣдкость. Но какъ то, такъ и другое не совсѣмъ справедливо. Что касается до особенностей дѣтскаго сыпного тифа, то онъ тѣ же, что и при брюшномъ, такъ какъ и *сыпной тифъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ носитъ абортивный характеръ* и потому смертельный исходъ при немъ встрѣчается рѣдко. Во время эпидемій сыпного тифа дѣти заболѣваютъ имъ нѣсколько не рѣже взрослыхъ (см. Wyss въ Gerhardt's Handbch. V. II. s. 405). Въ теченіе 1881 и 1882 годовъ въ Московской Дѣтской больницѣ было 53 случая сыпного тифа (34 мальч. и 19 дѣв.), которые по возрасту распредѣлялись такъ: 0—3=0; отъ 3 до 6 лѣтъ = 6 (3 мальч. и 3 дѣв.), отъ 6 до 9 = 9 (7 мальч. и 2 дѣв.), отъ 9 до 12 = 38 (24 мальч. и 14 дѣв.).

Сыпной тифъ у дѣтей по своимъ принадлежкамъ и теченію имѣетъ большое сходство съ брюшнымъ тифомъ и въ особенности съ абортивнымъ, а потому я не стану описывать его подробно, а укажу только на его отличительныя особенности.

Этіологія.

Въ этиологическомъ отношеніи сыпной тифъ отличается отъ брюшнаго главнымъ образомъ своей несомнѣнной контагіозностью. Въ Московской Дѣтской больницѣ за два года было 8 случаевъ заболѣванія сыпнымъ тифомъ въ больницѣ. Періодъ инкубаціи въ точности неизвѣстенъ; какъ кажется, онъ короче, чѣмъ при брюшномъ и колеблется отъ 3 до 20 дней. Считается вѣроятнымъ, что въ началѣ болѣзни заразительность слаба, а подъ конецъ сильнѣе, особенно въ періодѣ выздоровленія (Wyss, l. c., стр. 404). Зараза находится въ атмосферѣ больного и потому зараженіе возможно не только безъ прикосновенія къ больному, но даже черезъ посредство третьяго лица, остающагося здоровымъ, или черезъ вещи, бывшія при больномъ. Что контагія находится въ крови больного можно считать доказаннымъ опытомъ проф. Мачутковскаго, который привилъ себѣ кровь, взятую у больной сыпнымъ тифомъ на 10-й день

болѣзни, и самъ заболѣлъ послѣ того тяжелой формой сыпного тифа. Скрытый періодъ продолжался 18 дней. Въ виду этого эксперимента можно думать, что передатчиками заразы сыпного тифа могутъ быть и насѣкомыя, питающіяся кровью человѣка, особенно блохи и клопы.

Другое отличіе его состоитъ въ томъ, что къ заболѣванію сыпнымъ тифомъ особенно располагаютъ всякія лишенія касательно пищи и жилья, а потому вліяніе бѣдности въ этомъ случаѣ гораздо замѣтнѣе, чѣмъ при брюшномъ. Сыпной тифъ есть болѣзнь, преимущественно, рабочаго класса, тогда какъ въ частной практикѣ сравнительно съ брюшнымъ онъ встрѣчается рѣдко.

Производитель сыпного тифа пока еще неизвѣстенъ; проф. Левашовъ („Врачъ“ 1894, стр. 35 и 73) во всѣхъ 118 изслѣдованныхъ имъ случаяхъ находилъ въ крови и слезахъ больныхъ сыпнымъ тифомъ очень мелкихъ и чрезвычайно подвижныхъ кокковъ, располагавшихся то одиночно, то въ видѣ цѣпочекъ или группъ — *micrococcus exanthematicus*; у нѣкоторыхъ кокковъ замѣчается нѣжная нить, отходящая отъ одного изъ полюсовъ и придающая вокругу сходство съ сѣменнымъ живчикомъ — *soccospirillum exanthematicum*. Аванасьевъ („Врачъ“ 1895, № 36), однако, не находилъ ничего подобнаго, а въ культурахъ получалъ палочку совершенно такую же какъ при брюшномъ тифѣ.

Патологическая анатомія.

При сыпномъ тифѣ мы не встрѣчаемъ при вскрытіи никакихъ рѣзкихъ измѣненій внутреннихъ органовъ, которыя были бы для него такъ же характерны, какъ, напр., поврежденіе Пейеровыхъ бляшекъ для брюшного. Паренхиматозные органы, каковы печень, почки и сердце, а также и мышцы, представляютъ явленія мутнаго набуханія съ склонностью къ зернистому и жировому перерожденію, какъ и при другихъ острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ; селезенка болѣе или менѣе увеличена и дрябла; въ кишечномъ каналѣ и бронхахъ — явленія катарра. Кровь жидка и темна; на кожѣ нерѣдко встрѣчаются петехіи, а на серозныхъ оболочкахъ экхимозы.

Припадки и теченіе.

Въ общемъ картина болѣзни сыпного тифа очень похожа на брюшной тифъ, но въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ симптомахъ замѣчается существенная разница, которую, главнымъ образомъ, я и желаю отмѣтить.

Сыпной тифъ начинается обыкновенно внезапно, т.-е. безъ предвѣстниковъ, а если этотъ періодъ и замѣчается въ нѣкоторыхъ случаяхъ, то онъ очень коротокъ, не больше 1—3 дней.

Лихорадка при сыпномъ тифѣ, въ отличіе отъ брюшного, характеризуется быстрымъ началомъ, вслѣдствіе чего болѣзнь часто начинается съ болѣе или менѣе выраженнаго *зноба*, за которымъ слѣдуетъ значительный жаръ, такъ что ужъ на 1-й вечеръ, много на 2-й, температура достигаетъ 40° и больше. Maximum температуры часто падаетъ на 2-й или на 3-й вечеръ. Въ періодъ фастигіума t° въ большинствѣ случаевъ стоитъ выше, чѣмъ при брюшномъ,

и колеблется съ утренними ремиссіями въ тяжелыхъ случаяхъ отъ 40 до 41°, а въ случаяхъ средней силы отъ 39,5 до 40,5°. Окончаніе лихорадочнаго періода совершается *кризисомъ*, хотя далеко не столь быстрымъ, какъ при крупозной пневмоніи или при рекуррентѣ. Замѣтное ослабленіе лихорадки начинается обыкновенно дня за 3 или за 4 до критическаго паденія температуры, которое совершается большею частью въ 36 часовъ, рѣже въ 24 или въ 48 час.

Иногда кризическое паденіе температуры прерывается одинъ или два раза вечерними повышеніями и тогда дефервесценція затягивается на 60—72 часа. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти повышенія наступаютъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ того, какъ температура достигла уже нормы, и тогда получается, слѣдовательно, *ложный кризисъ*. Такое окончаніе лихорадки сыпного тифа очень характерно для него, такъ какъ и въ другихъ случаяхъ температура, упавши до нормы, почти никогда не остается нормальной, но представляетъ одно или два вечернихъ, хотя и незначительныхъ, повышенія, большею частью до 37,8 или до 38,2, такъ что можно сказать, что сыпной тифъ почти никогда не оканчивается сразу, какъ это свойственно, напротивъ, рекурренту. Изъ 50 случаевъ кризисъ въ теченіе сутокъ встрѣтился намъ 3 раза въ 36 часовъ — 27 разъ отъ 48 до 60 часовъ — 14 разъ и дольше 2½ сутокъ 6 разъ. Продолжительность сыпного тифа въ большинствѣ случаевъ равняется 11—14 днямъ, рѣдко онъ затягивается до 16 дня, а еще дольше, напр., до 18 дня, только при осложненіяхъ.

Опухоль селезенки при сыпномъ тифѣ встрѣчается такъ же часто, какъ и при брюшномъ, т.-е. постоянно, но увеличеніе ея идетъ, какъ кажется, быстрее, такъ какъ она раньше прощупывается. Мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, по которымъ селезенка при сыпномъ тифѣ увеличивается лишь немного, для дѣтскаго возраста надо считать несправедливымъ, такъ какъ въ этомъ отношеніи между сыпнымъ и брюшнымъ тифомъ намъ не удалось [подмѣтить никакой разницы.

Сыпь. Отдѣльные пятнышки roseolae сыпного тифа не отличаются ничѣмъ существеннымъ отъ roseolae брюшного тифа; но разница состоитъ въ слѣдующемъ: 1) *время появленія сыпи*: при сыпномъ она высыпаетъ уже на 3-й или 4-й день, рѣже на 5—6-й, тогда какъ при брюшномъ всего чаще въ началѣ второй недѣли до 11-го дня; 2) *быстрота высыпанія*: при сыпномъ roseola высыпаетъ сразу въ большомъ количествѣ, а при брюшномъ она высыпаетъ постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ дней и въ концѣ концовъ остается все-таки скудной; 3) *обиліе сыпи и ея распространенность*: при сыпномъ тифѣ сыпь въ большинствѣ случаевъ очень обильна и занимаетъ не только туловище, но и конечности, а иногда даже и лицо (какъ при кори), и щадитъ только ладони и подошвы; при брюшномъ — сыпь обыкновенно замѣчается только на туловищѣ, особенно на нижней части груди и животѣ и нерѣдко въ ничтожномъ количествѣ; 4) кромѣ розеолозныхъ пятенъ при сыпномъ тифѣ, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, встрѣчаются на туловищѣ еще и петехіи, въ видѣ синеватыхъ, не исчезающихъ подъ пальцемъ пятнышекъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы.

Roseola держится дня 2, а потомъ исчезаетъ, не оставляя пигментныхъ пятнышекъ (какъ это бываетъ, напр., при кори). На обиліе или скудость сыпи много влияетъ характеръ эпидеміи: въ однихъ эпидеміяхъ почти всѣ случаи протекаютъ съ обильною сыпью, тогда какъ въ другое время сыпи бываетъ мало. Что въ некоторыхъ случаяхъ сыпной тифъ протекаетъ совсѣмъ безъ сыпи, это не можетъ подлежать сомнѣнію (см. аномальные случаи).

Некоторые авторы упоминаютъ еще о *продромальной эритемѣ* при сыпномъ тифѣ, напоминающей таковую же и при оспѣ. Такая эритема встрѣтилась намъ только одинъ разъ, именно у 6-лѣтняго мальчика, заразившагося тифомъ въ больницѣ. Болѣзнь началась у него знобомъ и къ вечеру t^0 была уже около 40^0 ; на 2-й день на груди, плечахъ и спинѣ появились крупныя, неправильнаго очертанія пятна, исчезнувшія на слѣдующій день. Дальнѣйшее теченіе тифа не представляло никакихъ отклоненій отъ нормы и кончилось выздоровленіемъ (см. стр. 129, случай 2-й).

Припадки со стороны *нервной системы* въ общемъ тѣ же, что и при брюшномъ тифѣ, чѣмъ и объясняется сходство картины этихъ двухъ болѣзней въ періодъ разгара. Разница состоитъ въ томъ, что тяжелые нервные симптомы, каковы: бредъ, прострація, сведеніе затылка, а также и фулигинозный языкъ въ случаяхъ сыпного тифа — развиваются раньше, чѣмъ при брюшномъ, напр. съ 3—5-го дня, причѣмъ температура можетъ быть очень умѣренной, а пульсъ сравнительно замедленнымъ, такъ что получается некоторое сходство съ менингитомъ, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Мальчикъ, 11 лѣтъ, поступилъ въ больницу на 4-й день послѣ зноба; языкъ очень сухъ, *запоръ* при слегка *свалившемся животѣ*, селезенка не прощупывается, но тупой звукъ ея нѣсколько увеличенъ; на спинѣ, груди и животѣ обильная *roseola* и мѣстами петехіи; пульсъ 96 при t^0 38,7 и 100 при 39,4⁰ вечеромъ, слѣдовательно *относительно замедленъ*; ночью былъ бредъ. На 5-й день — довольно рѣзко выраженная сонливость, на 6-й — *сведеніе затылка* и сильный бредъ днемъ и ночью; сознаніе помрачено; то же состояніе на 7-й и 8-й дни, но на 9-й быстрая переменна къ лучшему: сведеніе затылка исчезло, пульсъ сбѣдлался чаще (112 при 38,6), сознаніе полное, языкъ влажитѣ и чище, сыпь блѣднѣетъ, бреда почти нѣтъ даже и ночью, съ 11-го дня небольшой поносъ и критическое паденіе температуры; апатичное состояніе продолжалось до 20-го дня. Ходъ лихорадки былъ такой:

4-й день	— —	39,5 ⁰
5-й "	38,7—	39,4
6-й "	39,3—	39,1
7-й "	39,0—	39,2
8-й "	38,6—	39,2
9-й "	38,5—	39,5
10-й "	38,3—	39,9
11-й "	37,8—	38,2
12-й "	37 —	37,6

Итакъ, при умѣренной лихорадкѣ, у больного появились припадки, напоминавшіе менингитъ (*запоръ* при *свалившемся животѣ*, сонливость, сведеніе затылка и замедленный пульсъ), но тѣмъ не менѣе діагностика въ этомъ случаѣ была не трудна, такъ какъ увеличенная селезенка и обильная *roseola* слишкомъ ясно говорили за тифъ.

Органы пищева́ренія при сыпномъ тифѣ поражаются мало. Языкъ представляетъ тѣ же измѣненія, что и при брюшномъ: онъ суховатъ, узокъ, на кончикѣ и краяхъ красенъ, въ тяжелыхъ случаяхъ совсѣмъ сухъ и покрытъ бурой корой такъ же, какъ и зубы. Животъ обыкновенно мягкій и плоскій (невздутый), несмотря на *запоръ*; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ легкій поносъ, который никоимъ образомъ не можетъ считаться доказательствомъ противъ сыпного тифа. Въ нашихъ 53 случаяхъ *запоръ* или нормальный стулъ во все время болѣзни отмѣчены 44 раза, а поносъ 9 разъ и въ томъ числѣ: однодневный — въ двухъ случаяхъ, двухдневный — тоже въ двухъ, трехдневный — въ одномъ и четырехдневный — въ четырехъ. Средняя продолжительность случаевъ безъ поноса была 11 дней, съ поносомъ — 13.

Лицо большею частью бываетъ покрасѣвшимъ, соединительная оболочка глазъ — инъецированной. Подобные „красные глаза“ считаются нѣкоторыми характерными для сыпного тифа. *Бронхитъ* при сыпномъ тифѣ явленіе обычное. Выздоровленіе послѣ окончанія лихорадки идетъ быстро, такъ какъ оно рѣдко задерживается осложненіями.

Неправильныя формы сыпного тифа. Несомнѣнно, что и сыпной тифъ, подобно всѣмъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, можетъ протекать или въ видѣ очень тяжелыхъ формъ, или въ видѣ очень легкихъ, абортивныхъ. Последнія, отличаясь отъ случаевъ средней силы короткостью и легкостью теченія, характеризуются еще тѣмъ, что при нихъ нерѣдко отсутствуетъ сыпь, такъ что, безъ знанія этиологии, діагностика подобныхъ случаевъ отъ абортивныхъ случаевъ брюшного тифа была бы невозможна, но если причина болѣзни пзвѣстна, то распознаваніе конечно легко: такъ, напр., съ 10 марта по 14 мая 1882 года въ нашу дѣтскую больницу поступило 15 человекъ (въ одномъ апрѣлѣ — 12) изъ хора пѣвчихъ, жившихъ въ домѣ Кандинова, на Садовой. Въ числѣ этихъ 15 больныхъ были самые разнообразныя представители случаевъ сыпного тифа, начиная съ самыхъ типическихъ и тяжелыхъ и кончая самыми легкими. Вотъ, напр., случай абортивнаго тифа пятидневной продолжительности:

Пѣвчій, 10 лѣтъ, поступилъ въ больницу 18 апрѣля 1882 г. Наканунѣ онъ былъ совершенно здоровъ, такъ что пѣлъ за всенощной; заболѣлъ онъ послѣ службы знобомъ, а затѣмъ жаромъ и головной болью, причеъ его одинъ разъ вырвало. Въ день поступления (конецъ первыхъ сутокъ) вечеромъ $t^0 = 40,1$, 2-й день = 39,2 и 39,8°. Сухой языкъ, мягкій животъ, *запоръ*; тупой звукъ селезенки увеличенъ, но селезенка не прощупывается; пульсъ 120, общее состояніе хорошо; ночью небольшой бредъ. 3-й день: 39—39,5°. На туловищѣ кой-гдѣ разбросана roseola, *запоръ* продолжается, бреда и кашля нѣтъ. 4-й день: 38,6—38,5°. Селезенка прощупывается, новой сыпи нѣтъ, прежняя исчезаетъ. 5-й день: 37,4—37,7. 6-й день: 36,2—37,5°.

Въ слѣдующемъ случаѣ не было ни сыпи, ни опухоли селезенки: товарищъ предыдущаго, 11 лѣтъ, поступилъ 20 апрѣля, заболѣлъ 3-го дня знобомъ, жаромъ и однократной рвотой; въ день поступления вечеромъ $t^0 = 39,8^0$; 4-й день: 39,6—39; 5-й день: 38,7—38,6; 6-й день: 37,2—38,3; 7-й день: 36,7°.

Само собою разумѣется, что если бы мы не знали этиологии этихъ случаевъ, то мы отнюдь не имѣли бы права считать ихъ за случаи сыпного тифа, а отнесли бы первый изъ нихъ къ абортивному тифу неизвѣстнаго происхожденія, а послѣдній просто къ случаямъ неопредѣленной инфекціи. Изъ

числа нашихъ 15 человекъ первичныхъ обильная сыпь отмѣчена только 8 разъ, а поносъ былъ у двоихъ.

Случаи больничнаго тифа.

Я уже выше упоминалъ, что въ теченіе 1881 и 1882 годовъ у насъ въ больницѣ было 8 случаевъ зараженія тифомъ. Такъ какъ вопросъ о контагиозности тифовъ имѣетъ большое значеніе какъ въ научномъ отношеніи, такъ и въ чисто практическомъ, то я, въ подтвержденіе своего взгляда, что всѣ заразившіеся у насъ въ больницѣ имѣли сыпной тифъ, приведу въ главныхъ чертахъ всѣ эти случаи:

1. Дѣвочка, 6 лѣтъ, поступила по поводу eczema chron. 30 ноября 1880 года и заболѣла лихорадочнымъ состояніемъ 15 марта 1881 года. 1-й день: 38,9—39,5; 6 гр. хинина. 2-й день: 38,8—39,5⁰. 3-й день: 38,8—39,4; селезенка уже прощупывается. 4-й день: 38,5—39,8; довольно обильная roseola на туловищѣ. 5-й день: 39—39,2; 3 жидкихъ стула. 6-й день: 38,6—39,1; 3 жидкихъ стула. 7-й день: 39,8—38,6; не слабило. 8-й день: 37,7—38. 9-й день: 37⁰.

Въ пользу сыпного тифа говорить здѣсь: быстрое поднятіе температуры, опухоль селезенки на 3-й день, сыпь на 4-й, восьмидневная продолжительность и критическое паденіе t⁰ (съ 39,8 на 37,7⁰ въ 24 часа).

2. Мальчикъ, 6 лѣтъ, поступилъ въ больницу по поводу favus'a 19 августа 1881 г. и заболѣлъ лихорадочнымъ состояніемъ 27 сентября. 1-й день: 39,8⁰. 2-й день: 38,6—40,7; крупнопятнистая эритема на туловищѣ, плечахъ и на правой щекѣ. 3-й день: 38,5—40,5; запоръ 2 дня; эритема исчезаетъ. 4-й день: 39,5—39,8; на туловищѣ и конечностяхъ обильная roseola; селезенка не прощупывается, но тупой звукъ ея увеличенъ. 5-й день: 39,3—40,2. 6-й день: 39,2—39,9. 7-й день: 38,8—39,2. 8-й день: 39,3—39,3. 9-й день: 38,5—39. 10-й день: 37,6—39,2. 11-й день: 37,5—37,7. 12-й день: 37⁰.

За сыпной тифъ: maximum температуры на 2-й день (40,7⁰), обильная сыпь не только на туловищѣ, но и на конечностяхъ, продолжительность болѣзни и быстрая дефервесценція.

3. Дѣвочка, 7 лѣтъ, поступила по поводу катарральной жабы и бронхита 21 декабря 1880 года и заболѣла тифомъ 16 января 1881 года. 1-й день: 39,2⁰. 2-й день: 38,8—39,1. 3-й день: 38,6—39,6. 4-й день: 39,2—40. 5-й день: 39,4—40,3. 6-й день: 39,7—38,5. 7-й день: 39,6—40; слабило 2 раза жидко; обильная сыпь на туловищѣ, *конечностяхъ и на лицѣ*. 8-й день: 39,7—39,5. 9-й день: 39,5. 10-й день: 38,3. 11-й день: 38,3—39. 12-й день: 38,9—37,5; слабило 3 раза. 13-й день: 37,2⁰.

Хотя температура въ началѣ болѣзни поднималась въ теченіе 5 дней, т.-е. довольно медленно, но, тѣмъ не менѣе, обильная сыпь на конечностяхъ и лицѣ, а также быстрое окончаніе лихорадки говорятъ рѣшительно въ пользу сыпного тифа.

4. Мальчикъ, 8 лѣтъ, поступилъ 24 мая 1881 года съ стоматитомъ и черезъ 16 дней (10 июня) заболѣлъ жаромъ. 1-й день: 39,6—39,8⁰; ol. ricini. 2-й день: 37,6—40,5. 3-й день: 39,8—40,4; селезенка прощупывается. 4-й день: 39,6—40,3. 5-й день: 39,2—40,4. 6-й день: 39,7—40,3; roseola. 7-й день: 38,7—40. 8-й день: 39,6—38. 9-й день: 37,8—38,8. 10-й день: 36—36,4⁰.

5. Мальчикъ, 10 лѣтъ, поступилъ 13 апрѣля 1882 года во время перваго приступа рекуррента, который продолжался 11 дней; послѣ 8-дневной апирексии 2-й приступъ 4-дневный; послѣ того 15 дней былъ здоровъ и, наконецъ, заболѣлъ тифомъ. 1-й день: 38,3⁰. 2-й день: 39—39,5. 3-й день: 38,3—39,6. 4-й день: 38,7—39,8. 5-й день: 39,6—40. 6-й день: 38,5—40,2. 7-й день: 38,7—40,3. 8-й день: 39,4—39,7; roseola. 9-й день: 39—39,2. 10-й день: 38,5—39,6. 11-й день: 38,6—38,5. 12-й день: 36,8⁰.

Дѣвочка, 10 лѣтъ, выписалась изъ больницы и черезъ недѣлю послѣ того заболѣла жаромъ, почему снова поступила въ больницу на 4-й день болѣзни съ t⁰ = 39,6⁰ вечеромъ.

5-й день: обильная *roseola*, особенно на конечностяхъ, 39,1—39,5. 6-й день: 38,7—39,5. 7-й день: 39,8—39,8; слабо жидко 3 раза. 8-й день: 39,5—39,7; слабо 3 раза. 9-й день: 40—39,5. 10-й день: 39,5—40; нормальный стулъ. 11-й день: 38—38,6. 12-й день: 38—37,2^о.

7. Дѣвочка, 12 лѣтъ, поступила въ июнь 1881 года съ псоріазомъ и заболѣла тифомъ въ октябрѣ. 1-й день: 39,2. 2-й день: 39—38,5. 3-й день: 38,7—39,4. 4-й день: 39,7—40,1. 5-й день: 39,1—40. 6-й день: 39,7—40,1. 7-й день: 39,6—40. 8-й день: 39,7—39,3. 9-й день: 38,7—39,6. 10-й день: 39,3—39,4. 11-й день: 38,6—38. 12-й день: 37,3—37,6. 13-й день: 36,8^о. Сыпи не было совсѣмъ.

8. Дѣвочка, 12 лѣтъ, поступила съ экземой 8 декабря 1881 года и заболѣла жаромъ 28 декабря. 1-й день: 39,8^о. 2-й день: 39,1—39,9. 3-й день: 39,3—40; *roseola*. 4-й день: 39,6—39,7. 5-й день: 38,3—39,3. 6-й день: 39—39. 7-й день: 38,2—38,8. 8-й день: 37—37,5. 9-й день: 36,7.

Изъ этихъ восьми случаевъ сыпь на 3—6-й день отмѣчена въ семи, и въ томъ числѣ въ трехъ очень обильная. Этотъ симптомъ въ связи съ быстрымъ началомъ болѣзни и короткой продолжительностью, при отсутствіи въ большинствѣ случаевъ поноса, и заставляетъ насъ предположить, что это были случаи не abortивнаго брюшнаго тифа, а легкаго сыпнаго, такъ какъ въ противномъ случаѣ было бы очень трудно понять, почему никто изъ заболѣвшихъ въ больницѣ не представлялъ картины нормальнаго брюшнаго тифа съ трехнедѣльной продолжительностью, съ поносомъ и съ литическимъ окончаніемъ лихорадки.

Осложненія.

Объ осложненіяхъ сыпнаго тифа много говорить не приходится; за исключеніемъ перитонита они тѣ же, что и при брюшномъ тифѣ, но только при сыпномъ они встрѣчаются рѣже, и потому смертность отъ сыпнаго тифа въ дѣтскомъ возрастѣ еще меньше, чѣмъ при брюшномъ, а потому и

предсказаніе

при немъ вообще очень хорошее; смертность въ различныхъ вливіяхъ колеблется отъ 3 до 6^о/о.

Діагностика.

Отъ брюшнаго тифа онъ отличается, главнымъ образомъ, раннимъ появленіемъ и обиліемъ сыпи, короткостью теченія и быстрымъ окончаніемъ лихорадки. Если сыпи нѣтъ или она скудна, то отличить сыпной тифъ отъ abortивнаго брюшнаго можно только на основаніи этиологическихъ условій.

Объ отличіяхъ сыпнаго тифа отъ перваго приступа рекуррента см. главу о послѣднемъ.

При обильной сыпи, если она занимаетъ и лицо, сыпной тифъ легко принять за корь, особенно если не извѣстно начало болѣзни. Отличіе состоитъ въ томъ, что коревая сыпь интенсивнѣе окрашена, она не такъ блѣдна, какъ *roseola typhosa*, катарральныя явленія при кори выражены гораздо рѣзче, и, главное, что при кори въ началѣ высыпанія почти всегда бываетъ пятнистая сыпь на слизистой оболочкѣ мягкаго нѣба, чего при сыпномъ тифѣ не наблю-

дается *никогда*; наоборотъ, свѣжая и значительная опухоль селезенки бываетъ только при тифѣ. Если больной попалъ на руки врача съ 1-го дня болѣзни, то діагностика еще легче, такъ какъ при кори сыпь появляется прежде всего на лицѣ и потомъ въ теченіе двухъ сутокъ распространяется сверху внизъ и на 3-й день доходить до голеней и ступней, при сыпномъ же тифѣ лицо поражается не раньше туловища, а нерѣдко и совсѣмъ не поражается. Если обильная, блѣдно-розовая сыпь, имѣющая форму небольшихъ пятнышекъ, занимаетъ только туловище и конечности, *но щадитъ лицо, то корь можно исключить.*

Одинъ разъ намъ случилось видѣть, что за сыпной тифъ была принята оспа съ продромальными петехіями на кожѣ. Петехіи при оспѣ являются уже на 2-й день и сопровождаются не только сильнымъ жаромъ, но и весьма тяжелымъ пораженіемъ общаго состоянія. Эти два симптома при сыпномъ тифѣ никогда не наступаютъ такъ рано, по крайней мѣрѣ въ дѣтскомъ возрастѣ.

Лѣченіе.

Сыпной тифъ заразителенъ, а потому въ видахъ профилактики необходимо изолировать больного и какъ можно старательнѣе вентилировать его комнату. Повидимому, ничто такъ не ослабляетъ силу заразы, какъ разрѣженіе ея посредствомъ провѣтриванія.

Собственно о лѣченіи сыпного тифа говорить нечего, такъ какъ здѣсь примѣнимо то же самое abortивное лѣченіе каломелемъ и та же симптоматическая терапия, что и при брюшномъ тифѣ.



Возвратная горячка — FEBRIS RECURRENS.

Возвратная горячка у дѣтей протекаетъ такъ же, какъ у взрослыхъ, а потому долго останавливаться на описаніи этой болѣзни я не буду.

Этіологія.

Возвратная горячка принадлежитъ къ числу контагіозныхъ и эпидемическихъ болѣзней. Она поражаетъ главнымъ образомъ дѣтей, живущихъ въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ и потому въ частной практикѣ почти никогда не встрѣчается, тогда какъ въ больницахъ въ извѣстные годы она составляетъ главный контингентъ тифозныхъ палатъ. Въ теченіе 1881 и 1882 годовъ въ нашей дѣтской больницѣ было всего 90 случаевъ, изъ числа которыхъ на долю мальчиковъ приходилось — 52, а на долю дѣвочекъ — 38. По мѣсяцамъ наши больные распредѣлялись такъ:

	январ.	февр.	мар.	апр.	май	іюнь	іюль	авг.	сент.	окт.	нояб.	дек.	всего.
Въ 1881 г.	16	7	5	2	5	—	—	1	1	1	1	5	44
„ 1882 „	5	5	12	16	4	—	—	1	—	2	1	—	46

По возрасту эти больные раздѣлялись такъ:

отъ 4 до 5 лѣтъ	=	5 (всѣ мальчики)
„ 5 „ 6 „	=	7 (3 м. и 4 д.)
„ 6 „ 7 „	=	8 (4 м. и 4 д.)
„ 7 „ 8 „	=	5 (3 м. и 2 д.)
„ 8 „ 9 „	=	11 (4 м. и 7 д.)
„ 9 „ 10 „	=	7 (4 м. и 3 д.)
„ 10 „ 11 „	=	9 (7 м. и 2 д.)
„ 11 „ 12 „	=	19 (10 м. и 9 д.)
„ 12 „ 13 „	=	19 (12 м. и 7 д.)

Всего = 90 (52 м. и 38 д.).

Итакъ, до 4 лѣтъ у насъ не было ни одного случая, отъ 4 до 8 лѣтъ было 25 случаевъ, а отъ 8 до 13 лѣтъ — 65. Въ литературѣ есть указанія, что рекуррентомъ заболѣваютъ иногда и грудныя дѣти и даже утробные плоды (случай Epstein'a изъ Göttingen'ской клиники); чаще однако бываетъ такъ, что

мать, больная возвратной горячкой, не передает ее плоду; впрочем, на этот счет требуются еще новые наблюдения.

Возвратная горячка может быть привита здоровому человеку кровью, взятой от больного во время пароксизма, содержащую спириллы (Мочутковский, Минхъ). Периодъ инкубации въ такихъ случаяхъ равнялся 5—8 днямъ. Въ обыкновенныхъ случаяхъ зараза передается черезъ воздухъ, а можетъ быть посредствомъ укусовъ насекомыхъ (клопы, блохи). Однократное заболѣваніе рекуррентомъ не застраховываетъ субъекта отъ новаго зараженія.

Патологическая анатомія.

Дѣти рѣдко умираютъ отъ рекуррента, потому и результатовъ вскрытій описано мало. Въ общемъ можно сказать, что въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются тѣ же измѣненія, что и у взрослыхъ; они состоятъ, какъ и при сыпномъ тифѣ, въ зернистомъ или жировомъ перерожденіи внутреннихъ органовъ, именно сердца, печени, почекъ и, главнымъ образомъ, селезенки. Эта послѣдняя всегда оказывается очень увеличенной, дряблой и сочной, съ увеличенными фолликулами, переходящими иногда въ миллиарные абсцессы. Подобные абсцессы встрѣчаются иногда также въ печени и въ почкахъ. Жировому перерожденію подвергаются и мышцы произвольнаго движенія.

Симптомы и теченіе.

Возвратная горячка начинается обыкновенно безъ всякихъ предвѣстниковъ, прямо съ жара и головной боли, нерѣдко съ озноба и рвоты; послѣдняя встрѣчается въ этой болѣзни значительно чаще, нежели въ тифѣ. По словамъ Wyss'a („Gerh. Handbuch.“ II. B., S. 428) судорогъ вмѣсто озноба въ началѣ рекуррента не наблюдалъ никто, но это не справедливо. Изъ числа нашихъ больныхъ съ приступа общихъ судорогъ болѣзнь началась у двоихъ. Въ одномъ случаѣ это былъ 11-лѣтній эпилептикъ, а въ другомъ мальчикъ 4 лѣтъ, не страдавшій эпилепсией. Сравнительно съ крупозною пневмоніей и оспой, судороги при рекуррентѣ встрѣчаются, конечно, очень рѣдко, что зависитъ отчасти отъ того, что она рѣдко поражаетъ дѣтей до двухлѣтнаго возраста. Очень скоро появляется боль въ конечностяхъ, а иногда и въ области селезенки. Температура уже къ концу 1-го дня поднимается выше 40° и съ небольшими колебаніями стоитъ на этой высотѣ въ теченіе 5—7 дней и потомъ критически падаетъ до нормы въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, нерѣдко при обильномъ потѣ. Во время этого перваго пароксизма больной, несмотря на высокую температуру, остается въ большинствѣ случаевъ въ полномъ сознаніи и жалуется на сильную головную боль и боль въ конечностяхъ (особенно въ бедрахъ и голеняхъ), а также въ крестцѣ и затылкѣ.

Вмѣстѣ съ жаромъ исчезаютъ и другіе припадки; ребенокъ быстро поправляется и просится встать съ постели, но черезъ 6—8 дней начинается новый пароксизмъ, во всемъ похожій на первый, но только болѣе короткій, — вмѣсто 5—7 дней онъ тянется 3—4 дня. Лихорадка и на этотъ разъ кончается кри-

зисомъ, послѣ котораго въ большинствѣ случаевъ наступаетъ уже полное выздоровленіе, но иногда черезъ нѣсколько дней наступаетъ второй возвратъ, а въ исключительныхъ случаяхъ еще и третій. Случаи съ однимъ пароксизмомъ, т.-е. безъ рецидива, встрѣчаются чаще, чѣмъ съ двумя возвратами.

Для діагностики возвратной горячки самымъ существеннымъ симптомомъ является *характеръ микорадки*. Характерны именно чрезвычайно *быстрое поднятіе температуры въ самомъ началѣ болѣзни, абсолютная высота ея и критическое окончаніе*.

Первоначальный подъемъ температуры при рекуррентѣ идетъ гораздо быстрѣе, чѣмъ при сыпномъ тифѣ. Въ случаяхъ Pilz'a, напр., („Jahrb. f. Kinderh.“ VI. B., S. 68) въ теченіе 5 часовъ t° поднялась съ 37,6 на 40,9, а t° въ 38,7 черезъ 2½ часа была уже 40°; въ случаѣ Wyss'a — утромъ нормальная, въ 4 часа дня — 40,2, а въ 8 час. — 41,1°, и т. и. Подобные случаи вовсе не исключительные, — они встрѣчаются сплошь и рядомъ.

Что касается до абсолютной высоты температуры, то въ отличіе отъ сыпного тифа, съ которымъ рекуррентъ до наступленія перваго кризиса имѣетъ наибольшее сходство, въ этомъ отношеніи возвратная горячка характеризуется тѣмъ, что при ней t° стоитъ обыкновенно выше 40° или около 40° даже и по утрамъ, а по вечерамъ нерѣдко подымается до 41° и больше; такія t° при сыпномъ тифѣ встрѣчаются только въ очень тяжелыхъ случаяхъ, а въ большинствѣ она даже и вечеромъ не достигаетъ 40,5°.

Еще характернѣе для рекуррента его критическое окончаніе. Кризисъ при сыпномъ тифѣ совершается далеко не такъ быстро, и паденіе t° не такъ велико, потому что уже за нѣсколько дней до кризиса t° начинаетъ постепенно падать, такъ что если въ періодъ разгара болѣзни она и достигала, напр., 41°, то все же передъ кризисомъ она успѣваетъ спуститься, напр., до 39,5 и при паденіи до нормы разница будетъ лишь въ 2,5°. Разъ достигнуть нормальной границы, t° при сыпномъ тифѣ почти никогда не остается на ней окончательно, а, какъ уже сказано, вечеромъ снова болѣе или менѣе подымается. При рекуррентѣ t° передъ кризисомъ не только не опускается, а даже напротивъ того, въ значительномъ процентѣ случаевъ именно передъ кризисомъ замѣчается ухудшеніе всѣхъ признаковъ, въ томъ числѣ и температуры, и потомъ вдругъ она начинаетъ спускаться и черезъ нѣсколько часовъ дѣлается уже нормальной или даже ниже нормы, и паденіе это оказывается стойкимъ, т.-е. t° остается таковой и въ ближайшій вечеръ. Исключенія изъ этого правила составляютъ только случаи *ложнаго кризиса*, который при рекуррентѣ встрѣчается не особенно рѣдко (по Unterberger'у въ 14 случаяхъ изъ 40); новое повышеніе t° до прежней высоты наступаетъ въ такихъ случаяхъ черезъ 8—24 часа. Полная дефервесценція совершается въ большинствѣ случаевъ не долѣе какъ въ 12 часовъ, и за это время температура падаетъ среднимъ числомъ на 3,5°; изъ числа нашихъ 44 случаевъ первый кризисъ совершился менѣе чѣмъ въ 12 часовъ въ 26 случаяхъ (60%); отъ 12 до 24 часовъ въ 13 случаяхъ (30%) и въ 36 часовъ въ 5 случаяхъ. Максимальное паденіе t° отъ 4,5 до 5° въ теченіе 12 часовъ встрѣтилось въ трехъ случаяхъ. Pilz отмѣчаетъ еще болѣе значительныя паденія; такъ, напр., въ одномъ случаѣ

t° въ 2 часа дня была 41,5, а въ 9 часовъ вечера 35 (въ течение 7 часовъ t° пала на 6,5 $^{\circ}$); въ другомъ случаѣ въ 5 часовъ вечера 42,2, а въ 9 часовъ — 37,6 (больше чѣмъ на 1 $^{\circ}$ въ часъ); въ третьемъ случаѣ въ 3 $\frac{1}{2}$ часа $t^{\circ} = 41^{\circ}$, въ 4 $\frac{1}{2}$ часа 37,5, а въ 12 ч. 33,9 $^{\circ}$!

Продолжительность перваго приступа въ большинствѣ случаевъ колеблется отъ 5 до 8 дней, но иногда онъ затягивается до 10 дней или кончается раньше 4 сутокъ.

Изъ нашихъ 57 случаевъ, въ которыхъ можно было съ достаточною точностью опредѣлить начало и конецъ перваго приступа, продолжительность его оказалась слѣдующей:

отъ 2 $\frac{1}{2}$	до 3 $\frac{1}{2}$	суток	=	3	случая
" 4	" 4 $\frac{1}{2}$	"	=	13	"
" 5	" 5 $\frac{1}{2}$	"	=	16	"
" 6	" 6 $\frac{1}{2}$	"	=	17	"
" 7	" 7 $\frac{1}{2}$	"	=	5	"
" 8	" 10	"	=	3	"

слѣдовательно, отъ 4 до 6 $\frac{1}{2}$ сутокъ первый приступъ тянулся въ 46 случаяхъ изъ 57, т.-е. въ 80%.

Непосредственно послѣ кризиса ребенокъ обыкновенно засыпаетъ покойнымъ сномъ и просыпается какъ бы обновленнымъ, но все еще слабымъ; въ течение слѣдующихъ дней силы быстро возвращаются, а также и аппетитъ, и ребенокъ встаетъ съ постели, оставаясь здоровымъ до начала 2-го приступа. Продолжительность первой апирексии опредѣляется авторами въ 6—8 дней. Изъ числа нашихъ наблюдений первая апирексия въ среднемъ равнялась 8 днямъ, а именно:

отъ 5 $\frac{1}{2}$	до 6 $\frac{1}{2}$	суток	=	8	случаевъ
" 7	" 7 $\frac{1}{2}$	"	=	13	"
" 8	" 8 $\frac{1}{2}$	"	=	12	"
" 9	" 9 $\frac{1}{2}$	"	=	4	"
" 10	" 10 $\frac{1}{2}$	"	=	10	"
" 11	" 12 $\frac{1}{2}$	"	=	2	"
" 15	суток	=	1	"

Второй приступъ начинается и протекаетъ совершенно такъ же, какъ и первый, съ тою только разницей, что онъ всегда бываетъ короче; исключенія изъ этого правила очень рѣдки.

Продолжительность 2-го приступа въ среднемъ выводѣ изъ нашихъ 53 случаевъ равнялась только тремъ суткамъ. Короче двухъ сутокъ она была въ 7 случаяхъ, а дольше четырехъ — въ 9, но ни разу долѣе 6 $\frac{1}{2}$. Первый приступъ былъ короче второго изъ 47 нашихъ случаевъ только два раза.

Третій приступъ наблюдался нами только въ 17 случаяхъ; средняя его продолжительность всегда бываетъ меньше второго и въ среднемъ равняется всего двумъ суткамъ. Изъ 17 случаевъ короче 1 $\frac{1}{2}$ сутокъ онъ былъ въ 5 случаяхъ, отъ 3 $\frac{1}{2}$ до 4 сутокъ въ пяти. Вторая апирексия въ этихъ 17 случаяхъ равнялась въ среднемъ 9 днямъ.

Четвертый приступъ наблюдался нами только въ одномъ случаѣ; продолжительность его была $3\frac{1}{2}$ сутокъ. Въ этомъ случаѣ первый приступъ былъ въ 4 дня, а второй и третій по $3\frac{1}{2}$ дня. Третья апирексія въ этомъ случаѣ была въ 4 дня.

Органы пищева́ренія при рекуррентѣ почти никогда не поражаются, если не считать начальной рвоты, встрѣчающейся приблизительно въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ случаевъ. Въ теченіе всего лихорадочнаго періода бываетъ обыкновенно запоръ, легко уступающій клистирамъ изъ простой воды. Характернымъ для рекуррента является языкъ: несмотря на высокія температуры, онъ остается обыкновенно влажнымъ, широкимъ и не представляетъ на концѣ краснаго треугольника, столь обыкновеннаго при тифѣ. Контрастъ между сильнымъ жаромъ и влажнымъ языкомъ можетъ значительно способствовать діагностикѣ рекуррента еще до конца перваго приступа.

Опухоль селезенки при рекуррентѣ представляетъ ту особенность сравнительно съ тифомъ, что она развивается чрезвычайно быстро и достигаетъ большой величины, такъ что не рѣдко прощупывается уже на второй день и оказывается при этомъ болѣзненной при давленіи. Мы не могли ее прощупать приблизительно только въ 10—15%. Во время апирексіи опухоль селезенки быстро уменьшается, но все-таки рѣдко достигаетъ нормальныхъ границъ. Во время 2-го приступа опухоль селезенки нерѣдко бываетъ еще больше, чѣмъ при первомъ.

Припадки со стороны нервной системы при рекуррентѣ отступаютъ на задній планъ, такъ какъ сознание обыкновенно почти вовсе не поражается и часто не бываетъ даже и бреда по ночамъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ рекуррента встрѣчаются, однако, не только бредъ, сухой языкъ и др. тифозные симптомы, но и сведеніе затылка. Въ такихъ случаяхъ бредъ можетъ продолжаться и послѣ кризиса (бредъ отъ истощенія) въ теченіе 2—3 дней.

Органы дыха́нія при рекуррентѣ не представляютъ никакихъ характерныхъ особенностей. Носовыя кровотоки въ началѣ 1-го или 2-го приступа встрѣчаются чаще, чѣмъ при тифѣ, а бронхіальный катарръ нѣсколько рѣже и всегда занимаетъ лишь крупныя бронхи.

Органы кровообра́щенія. Пульсъ учащается параллельно температурѣ и нерѣдко доходитъ до 150 и больше въ минуту, не угрожая больному никакой опасностью. Послѣ кризиса онъ остается нѣсколько времени (день — два) учащеннымъ, а потомъ постепенно возвращается къ нормѣ или дѣлается замедленнымъ и неправильнымъ. Шумъ въ первое время при верхушкѣ сердца встрѣчается не рѣдко, особенно во время 2-го приступа.

Въ *крови* во все время лихорадочнаго періода всегда можно найти Обермейеровскія спираллы, но только въ однихъ случаяхъ ихъ бываетъ очень много, а въ другихъ очень мало; во время апирексіи онѣ исчезаютъ. Эти спирально-извитыя нити, длиной въ 2—4 кровяныхъ шарика, при сравнительно небольшомъ увеличеніи (напр. объектвъ Гартнака № 8 или 9 иммерзіонный), кажутся въ видѣ весьма тонкой и потому трудно замѣтной, правильно волнообразной, темной линіи, представляющей различныя движенія: она или быстро двигается по полю зрѣнія, или, прицѣпившись однимъ концомъ къ кровяному

шарику, быстро извивается на одномъ мѣстѣ. Тотъ, кто никогда не видалъ этихъ спиралль, найдетъ ихъ не сразу, а потому я опишу тотъ способъ изслѣдованія крови, который, по моему мнѣнью, всего скорѣе ведетъ къ цѣли. Капля крови должна быть такъ мала, что, будучи придавлена покрывательнымъ стеклышкомъ, она не выходила бы изъ-подъ края послѣдняго. Добыть такую каплю не трудно, — для этого достаточно укола иглой въ конецъ пальца. Препаратъ можно разсматривать при № 8 системы Гартнака, а лучше при 9 съ иммерзіей. Всматриваясь въ поле зрѣнія, мы видимъ отдѣльные кровяные шарики, разбросанные по свѣтлому фону (если препаратъ крови недостаточно тонокъ, то все поле зрѣнія будетъ занято кровяными тѣльцами, и тогда замѣтите спираллы гораздо труднѣе). Если есть спираллы, то на свѣтломъ фонѣ препарата онѣ выступаютъ своими темными контурами довольно ясно, особенно если нѣкоторыя изъ нихъ прицѣпились однимъ концомъ къ кровяному шарикю. Вы увидите тогда, что одно изъ многихъ неподвижно стоящихъ кровяныхъ тѣлецъ начинаетъ слегка двигаться, поворачиваясь въ ту и другую сторону; фиксируйте тогда этотъ шарикъ внимательнѣе и вы непременно найдете около него спираллу. Черезъ нѣсколько минутъ кровь на препаратѣ начинаетъ свертываться, появляется сѣтъ изъ тонкихъ нитей фибрина, и тогда спиралль искать уже трудно; для избѣжанія этого неудобства и для того, чтобы можно было сохранить препаратъ на нѣкоторое время (до нѣсколькихъ недѣль), можно смѣшать свѣжую каплю крови съ равнымъ количествомъ Мюллеровской жидкости, накрыть покрывательнымъ стеклышкомъ и заклеить. Спираллы въ такомъ препаратѣ скоро умираютъ, но это нисколько не мѣшаетъ изслѣдованію.

На *кожѣ* при рекуррентѣ не бываетъ никакихъ специфическихъ сыпей. Herpes labialis и nasalis, который по Wyss'у (1. с., стр. 435) встрѣчается почти въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ рекуррента, въ нашихъ случаяхъ отмѣченъ только одинъ разъ, а потому я держусь того мнѣнія, что herpes, являясь въ первые дни остро-лихорадочнаго состоянія, говорить не только противъ тифа, но и противъ рекуррента. Гораздо чаще встрѣчается при послѣднемъ потовая сыпь (miliaria) на туловищѣ.

Отеки конечностей, а иногда и всего тѣла, встрѣчаются при рекуррентѣ какъ при альбуминуриі, такъ и безъ нея. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, у дѣвочки 11 лѣтъ, отекъ ступней и голеней появился на 8-й день апирексін, при нормальномъ стулѣ и безъ бѣлка въ мочѣ, которая выдѣлялась въ количествѣ 1000 грм. въ сутки; пульсъ въ это время былъ 54—64. Черезъ 2 сутокъ начался 3-й приступъ, который продолжался 3 дня; за это время отекъ исчезъ, но по окончаніи приступа, какъ только больная встала съ кровати, появился снова.

Альбуминурия встрѣчается при рекуррентѣ, какъ кажется, чаще, чѣмъ при тифѣ; она продолжается обыкновенно до конца приступа; бѣлка бываетъ не много.

О с л о ж н е н і я .

Возвратная горячка у дѣтей протекаетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ безъ всякихъ осложнений. Въ нашихъ случаяхъ наблюдались слѣдующія: обильное *носовое кровотеченіе* потребовало тампонаціи въ двухъ случаяхъ

у мальчиковъ 8 и 11 лѣтъ. У перваго оно явилось черезъ 2 дня послѣ перваго кризиса, у втораго во время каждаго изъ трехъ приступовъ и всякій разъ совпадало съ паденіемъ температуры; второе и третье кровотеченія были не обильны.

Тяжелые нервные симптомы, въ видѣ бреда днемъ и ночью, потери сознанія, сведенія затылка, повторной рвоты и общей гиперестезіи кожи, такъ что больной вскрикивалъ при щипаніи кожи, несмотря на потемнѣніе сознанія, наблюдались во второмъ приступѣ у мальчика 7 лѣтъ.

Острый нефритъ развился у 10-лѣтняго мальчика на 32-й день отъ начала болѣзни и на 15-й день послѣ конца 2-го приступа. Селезенка въ это время оставалась еще увеличенной и прещупывалась на 2 пальца. Воспаленіе почекъ началось съ жара (39,5), отека лица и кровавой мочи; въ ней было много бѣлка и цилиндровъ; хотя черезъ 3 дня t° и сдѣлалась нормальной, но количество мочи пало до 300 грм., появились рвота и поносъ, а еще черезъ нѣсколько дней присоединился дифтеритъ зѣва, отъ котораго больной и умеръ.

При рекуррентѣ поражаются иногда и серозныя оболочки; такъ у насъ было по одному случаю перикардита, гнойнаго плеврита и перитонита.

Перикардитъ развился у 12-лѣтняго мальчика во время втораго приступа и выразился шумомъ тренія при основаніи сердца, очень слабымъ пульсомъ и учащеннымъ дыханіемъ; тоны сердца были чисты, но очень слабы. Черезъ 3 недѣли больной выписался здоровымъ.

Плевритъ наблюдался у 6-лѣтней дѣвочки, благополучно перенесшей два приступа рекуррента. Лихорадочное состояніе, кашель и боль подъ ложечкой и въ области печени появились на 26-й день отъ начала болѣзни и черезъ 8 дней послѣ втораго кризиса. Черезъ 3 недѣли вся правая половина грудной клѣтки давала абсолютно-тупой звукъ, вслѣдствіе чего былъ сдѣланъ проколъ аппаратомъ Dieulafoy и извлечено 850 грм. серозно-гнойной жидкости. Черезъ недѣлю послѣ того дѣвочка умерла. При аутопсіи вся поверхность правой плевры оказалась выстланной толстыми слоями фибринозно-гнойныхъ клочьевъ, а въ полости плевры большое количество гноя.

Перитонитъ появился у 12-лѣтняго мальчика, поступившаго въ больницу на 8-й день болѣзни, выражавшейся сильнымъ жаромъ, головою болью и сильною болью въ области селезенки. При поступленіи больной былъ очень слабъ, съ холодными конечностями и съ очень сильнымъ кашлемъ, пароксизмы котораго напоминали коклюшъ; при выслушиваніи груди всюду много среднихъ и мелкихъ хриповъ, но притушенія не было; селезенка прощупывалась и была очень болѣзненна при давленіи; на низѣ не было два дня; t° веч. 38,2. Кровь не псвѣдовалась. Животъ нѣсколько вздутъ, въ лѣвой сторонѣ болѣзненъ при давленіи. 9-й день: t° 37,5—38,5 $^{\circ}$; прослабило разъ послѣ слабительнаго, остальное безъ переменъ. 10-й день: t° 39—38,5; пульсъ 136—136; дыханіе 64. Значительный метеоризмъ; вслѣдствіе высокаго стоянія діафрагмы селезенка не прощупывается; сильная боль въ области лѣваго подреберья при давленіи и постукиваніи; мокрота слизисто-гнойная въ количествѣ двухъ чашекъ въ сутки. 11-й день: t° 38,7—39; пульсъ 136; дыханіе 54—60. Весь животъ очень болѣзненъ, вздутъ и напряженъ, хотя слабило два раза; ночью два раза вырвало.

Въ теченіе слѣдующихъ дней картина общаго перитонита выразилась совсѣмъ ясно, и на 16-й день больной умеръ. Температура шла такъ: 12-й день: 38,7—39; 13-й день: 38,7—40; 14-й день: 37,5—40; 15-й день: 39—38,5; 16-й день: 39,9°.

Въ виду неправильнаго хода t^o , очень частаго дыханія, сильнаго кашля при явленіяхъ бронхита, при жизни подозрѣвался острый милиарный туберкулезъ, но аутопсія не подтвердила этого, а показала, что гнойный перитонитъ произошелъ отъ многочисленныхъ абсцессовъ въ селезенкѣ изъ которыхъ нѣкоторые, можетъ-быть, вскрылись въ полость брюшины; въ легкихъ оказались только явленія капилярнаго бронхита.

Другіе авторы упоминаютъ въ числѣ осложненій рекуррента: parotitis, otitis media suppur., параличъ мягкаго нѣба (черезъ мѣсяць послѣ тяжелаго рекуррента — Unterberger), хроническую опухоль селезенки, лобарную пневмонію и различныя болѣзни глазъ, въ особенности cycloclitis и др.

Возвратная горячка на первомъ году жизни.

Грудныя дѣти очень рѣдко заболѣваютъ возвратною горячкой, и за недостаткомъ литературныхъ данныхъ мы не знаемъ даже, протекаетъ ли она въ этомъ возрастѣ такъ же, какъ у взрослыхъ, или теченіе ея характеризуется какими-нибудь особенностями. Въ этомъ отношеніи не малый интересъ представляютъ наблюденія д-ра Кулепа (Самара) надъ дѣтьми пріюта для подкидышей губернской земской больницы. Сообщенія его напечатаны въ недоступныхъ для меня протоколахъ Общества самарскихъ врачей за 1884 годъ и реферированы въ № 9 „Русской Медицины“ 1885 года, откуда я и заимствую слѣдующія данныя. Въ сказанномъ пріютѣ съ декабря мѣсяца открылся цѣлый рядъ заболѣваний рекуррентомъ, происшедшимъ вслѣдствіе заноса однимъ 5-мѣсячнымъ ребенкомъ. Мать этого ребенка поступила одновременно съ нимъ въ больницу съ температурой нѣсколько повышенной и поносомъ и перенесла тамъ два приступа рекуррента; кромѣ того, до поступленія въ больницу у нея цѣлую недѣлю продолжался сильный жаръ. Ребенокъ при поступленіи въ пріютъ 28 ноября 1883 года былъ вполне здоровъ, но 2 декабря послѣдовалъ первый приступъ рекуррента и продолжался по 5-е включительно; онъ начался повторною рвотой и выразился упадкомъ силъ, сонливостью, мышечными болями, прогрессивно понижающейся температурой, которая и вначалѣ не была выше нормы (37,5), и къ концу чрезвычайно обильными испражненіями. Отъ 7-го по 11-е тянулась рѣзко выраженная апирексія съ быстрымъ улучшеніемъ общаго состоянія и всѣхъ отправленій; 12-го послѣдовалъ 2-й приступъ и продолжался по 15-е: онъ выразился значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ при быстромъ, вначалѣ, поднятіи температуры до 39,7° и внезапно, къ концу, паденіи съ 39,7 на 36,5°, сопровождавшимся обильными жидкими испражненіями. Съ 16-го по 22-е тянулась апирексія болѣзни, но не ясно выраженная, по крайней мѣрѣ по отношенію къ общему состоянію ребенка. 23-го послѣдовалъ третій приступъ, въ общемъ сходный съ предыдущимъ, но только съ менѣе высокою температурой; въ первый день поднятія t^o было незначительное носовое кровотеченіе, а въ теченіе при-

стуга наблюдалось развитіе лобулярной пневмоніи; кончился приступъ 26-го кризисомъ, но ребенокъ больше ужъ не поправлялся; у него появился сильный кашель, крайній упадокъ силъ, и 30-го послѣдовала смерть. За это время обращаетъ на себя вниманіе уплотнѣніе мышцъ сначала нижнихъ, а потомъ и верхнихъ конечностей. При вскрытіи найдено: полнокровіе внутреннихъ органовъ; въ легкихъ — уплотнѣніе нижнихъ долей; въ нижней доли лѣваго легкаго, кромѣ того, разсѣянные, твердые на ощупь фокusy величиной съ горошину до орѣха; въ кишкахъ экхимозы и увеличенныя Пейеровы, солитарныя и брыжеечныя железы; въ печени и селезенкѣ — жировое перерожденіе, причемъ печень значительно увеличена, селезенка же, повидимому, не увеличена, но капсула ея слабо натянута; въ почкахъ жировое перерожденіе и набуханіе коркового слоя.

Не представивъ подробнаго описанія остальныхъ случаевъ пріютскаго рекуррента, авторъ передалъ изъ нихъ наиболѣе выдающіяся осложненія, а именно: 1) *рвота* являлась безъ исключенія у всѣхъ и составляла въ громадномъ большинствѣ случаевъ самое первоначальное явленіе, и очень рѣдко появлялась уже по повышеніи температуры. 2) *Поносъ* былъ явленіемъ зауряднымъ во время апирексии и повидимому замѣняетъ собою критическіе поты взрослыхъ, за что говоритъ какъ отсутствіе у дѣтей обильныхъ потовъ, такъ и обиліе испражнений; въ началѣ болѣзни только въ иныхъ случаяхъ наблюдалось одно, два жидкихъ испраженія, существовавшіе же поносы до инфекціи обыкновенно во время приступовъ прекращались. 3) *Бронхиты* въ летальныхъ случаяхъ наблюдались у всѣхъ безъ исключенія въ послѣдніе 2—3 дня до смерти, у выздоравливающихъ же очень часто. 4) *Пневмонія лобулярная* наблюдалась въ трехъ случаяхъ, причемъ въ одномъ изъ нихъ былъ инфарктъ, въ двухъ же остальныхъ — гипостатическая пневмонія. 5) *Conjunctivitis catarrhalis* въ разныхъ степеняхъ наблюдалась во всѣхъ случаяхъ; въ 5 случаяхъ, кромѣ того, conjunct. purg. и въ двухъ iritis. 6) *Гнойный катарръ средняго уха* составляетъ явленіе очень частое. 7) *Желтуха* наблюдалась въ двухъ случаяхъ. 8) *Упадокъ силъ* — у всѣхъ. 9) *Эпилептическіе припадки* — въ одномъ. 10) *Мышечныя боли*, болѣею частью сильно выраженыя, — безъ исключенія у всѣхъ. 11) *Уплотнѣніе мышцъ*, обусловливающее собой болѣе значительное сопротивленіе разгибанію и сгибанію, наблюдалось во множествѣ случаевъ.

Итакъ, судя по этому описанію, надо думать, что рекуррентъ у новорожденныхъ и у дѣтей до года принадлежитъ къ числу весьма опасныхъ болѣзней и почти постоянно сопровождается какими-нибудь серьезными осложненіями.

Предсказаніе.

Возвратная горячка, ничѣмъ не осложненная, въ дѣтскомъ возрастѣ едва ли когда-нибудь кончается смертію (конечно, за исключеніемъ очень маленькихъ дѣтей), а потому предсказаніе при ней вообще лучше, чѣмъ въ тифѣ. Изъ нашихъ 90 случаевъ умерло трое, но всѣ отъ осложненій, именно: одинъ отъ гнойнаго плеврита, другой отъ перитонита и абсцессовъ въ селезенкѣ и третій отъ остраго нефрита, къ которому присоединился потомъ дифтеритъ зѣва.

У Unterberger'a (Петербургъ) изъ 40 случаевъ умеръ одинъ, въ Бреславской клиникѣ въ 1868 году изъ 86 случаевъ умеръ одинъ, а изъ 64 больныхъ въ 1872 году не было ни одного смертнаго случая.

Д і а г н о с т и к а.

Распознаваніе возвратной горячки представляетъ затрудненія только во время перваго приступа, такъ какъ въ это время ее легко смѣшать съ тифомъ. Въ пользу рекуррента говоритъ быстрое наступленіе сильнаго жара и осязаемой опухоли селезенки, боль въ конечностяхъ, широкій влажный языкъ и главное — несоотвѣтствіе высокихъ температуръ хорошему общему состоянію и отсутствію тифозныхъ явленій. Кризисъ при сыпномъ тифѣ никогда не бываетъ такъ значителенъ и быстръ. Въ сомнительныхъ случаяхъ легко выяснитъ діагностику посредствомъ изслѣдованія крови на спириллы.

Благодаря быстрому поднятію температуры и болямъ въ конечностяхъ при отсутствіи какихъ бы то ни было мѣстныхъ явленій первый приступъ можетъ быть принятъ за инфлуэнцу. Быстрое и значительное припуханіе селезенки даетъ врачу право предполагать возвратную горячку, каковое предположеніе можно подтвердить во время перваго же приступа посредствомъ изслѣдованія крови на спириллы.

Л ѣ ч е н і е.

Профилактическое лѣченіе состоитъ въ изолированіи больного и въ дезинфекціи жилища и вещей, съ которыми онъ соприкасался.

Лѣченіе развившейся болѣзни — выжидательно-симптоматическое. *Диета* не должна быть такъ строга, какъ при брюшномъ тифѣ; можно давать больному, сообразуясь съ его аппетитомъ, молоко, супъ, бѣлый хлѣбъ и даже котлету. Для питья — лимонадъ, воду съ виномъ и проч. Изъ симптоматическихъ средствъ мы употребляемъ только холодный компрессъ на голову противъ головной боли, а лихорадку оставляемъ безъ лѣченія, такъ какъ не считаемъ ее опасной.

При осложненіяхъ поступаемъ по общимъ правиламъ.



Дифтерія. DIPHTERIA.

Общія понятія о крупѣ и дифтеритѣ.

Слова „дифтеритъ“ и „крупъ“, или дифтеритическое и крупозное воспаленіе, имѣютъ различное значеніе, смотря по тому, употребляются ли они въ патолого-анатомическомъ или въ клиническомъ смыслѣ. Патолого-анатомы понимаютъ подъ этими именами не что иное, какъ только извѣстнаго рода воспаленіе слизистой оболочки, для нихъ, слѣдовательно, это не болѣзнь, а лишь *симптомъ*, который можетъ встрѣтиться при различныхъ болѣзняхъ. Термины эти означаютъ такъ же мало, или, пожалуй, такъ же много, какъ и названіе „катарръ“, съ тою лишь разницей, что подъ именемъ катарра понимаютъ поверхностное воспаленіе слизистой оболочки, характеризующееся гипереміей и усиленнымъ отдѣленіемъ слизи, а подъ именемъ дифтерита и крупа болѣе глубокое и болѣе сильное воспаленіе, сопровождающееся образованіемъ экссудата, богатаго фибриномъ и потому свертывающагося на поверхности слизистой оболочки (а иногда и въ веществѣ ея) въ желтоватую или сѣровато-бѣловатую плотную пленку. Выраженія въ родѣ того, что больной умеръ отъ катарра или дифтерита въ патолого-анатомическомъ смыслѣ будетъ такъ же неопредѣленно, какъ и выраженіе, что больной умеръ отъ кашля, такъ какъ мало ли отъ какихъ причинъ и при какихъ болѣзняхъ могутъ встрѣтиться такіе симптомы, какъ катарръ, кашель или дифтеритическое воспаленіе той или иной слизистой оболочки. Чтобы сказать, отъ чего именно умеръ больной, имѣвшій дифтеритъ, кака была у него болѣзнь, -- надо знать, какіе органы были у него поражены дифтеритическимъ воспаленіемъ, и главное — какою *причиной* было оно вызвано.

Клиническое значеніе „дифтерита и крупа“ будетъ ужъ совсѣмъ другое, такъ какъ практическіе врачи этими названіями — дифтеритъ и крупъ — окрестили извѣстныя болѣзни съ опредѣленною этиологіей и съ характернымъ теченіемъ. Понятно, что подобный анонимъ долженъ былъ произвести нѣкоторую путаницу въ медицинскихъ понятіяхъ и номенлатурѣ, каковую онъ дѣйствительно и произвелъ. Въ виду этого намъ необходимо условиться разъ навсегда въ томъ, что *дифтеритъ или дифтеритическое воспаленіе, такъ же какъ и крупъ, не есть болѣзнь, а только патолого-анатомическій симптомъ, который можетъ встрѣтиться при самыхъ разнохарактерныхъ болѣзняхъ и на самыхъ разнообразныхъ слизистыхъ оболочкахъ.* Что же касается

до той болѣзни, которая въ практикѣ извѣстна подъ именемъ дифтерита, то ее слѣдовало бы назвать какимъ-нибудь другимъ именемъ, какъ это и дѣлаютъ уже нѣкоторые авторы: Senator, напр., называетъ ее *Synanche maligna*, Trousseau — дифтеріей и т. п.

Посмотримъ теперь, чѣмъ же отличаются между собою крупъ и дифтеритъ въ смыслѣ *патолого-анатомическомъ*? Въ *микроскопическомъ* смыслѣ крупъ отличается отъ дифтерита тѣмъ, что при первомъ пленки отдираются отъ поверхности слизистой оболочки легко и безъ нарушенія ея цѣлости (безъ кровотеченія), тогда какъ при дифтеритѣ пленка сидитъ крѣпко, такъ что при насильственномъ ея отдѣленіи происходитъ кровотеченіе, вслѣдствіе разрыва капилляровъ слизистой оболочки. Съ точки зрѣнія *истологической* о крупѣ говорятъ въ томъ случаѣ, когда экссудатъ, свертывающійся въ фибринозную перепонку, отлагается на поверхности слизистой оболочки, а о дифтеритѣ, — когда свертывающійся экссудатъ отлагается не только на поверхности, но и въ самомъ веществѣ слизистой оболочки, пропитывая ее на извѣстную глубину, вслѣдствіе чего она подвергается особаго вида некрозу (коагуляціонный некрозъ).

Эти два воззрѣнія отнюдь не тождественны, такъ какъ они не всегда совпадаютъ другъ съ другомъ; дѣло въ томъ, что очень не рѣдко встрѣчаются случаи *макроскопическаго дифтерита* слизистой оболочки зѣва, т.-е. съ плотно-сидящими пленками, но которые при микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются крупомъ, такъ какъ фибринозный экссудатъ отлагается на поверхности слизистой оболочки, т.-е. не идетъ глубже эпителиальнаго слоя, слѣдовательно, совершенно такъ, какъ при крупѣ. Къ этой категоріи относится большинство случаевъ обыкновеннаго дифтерита зѣва, который при исходѣ въ выздоровленіе почти никогда не ведетъ къ образованію дифтеритическихъ язвъ и потому кончается выздоровленіемъ безъ образованія рубцовъ. Въ другихъ случаяхъ, напрогивъ, эти два воззрѣнія на дифтеритъ и крупъ совершенно совпадаютъ. Такъ, напр., макроскопическій крупъ гортани и трахеи оказывается крупомъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи, потому что, благодаря присутствію здѣсь основной перепонки, ложная оболочка (нижняя граница которой совпадаетъ съ нижней границей эпителія) снимается легко; точно такъ же макроскопическій дифтеритъ въ кишкахъ и маткѣ оказывается таковымъ и подъ микроскопомъ, потому что плотно сидящія пленки оказываются внѣдренными въ вещество слизистой оболочки.

Итакъ, макроскопическій дифтеритъ при микроскопическомъ изслѣдованіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще можетъ оказаться крупомъ, но не наоборотъ, такъ какъ макроскопическій крупъ никогда, конечно, не окажется дифтеритомъ. Подобные-то случаи фибринознаго воспаленія, которые макроскопически имѣютъ полное сходство съ дифтеритомъ, а на самомъ-то дѣлѣ должны быть причислены къ крупу, Weigert, предлагаетъ называть *ложнымъ дифтеритомъ* (*pseudo-diphtheritis*).

При настоящемъ дифтеритѣ, какъ уже сказано, фибринозный свертывающійся экссудатъ отлагается не только на поверхность слизистой оболочки, но и въ вещество ея, причемъ весь пораженный участокъ слизистой оболочки подвергается особаго вида некрозу, извѣстному подъ именемъ *коагуляціоннаго не-*

кроза (такъ какъ при этомъ свертывается и содержимое самихъ форменныхъ элементовъ ткани, вслѣдствіе прониканія въ нихъ лимфы, содержащей фибринородное вещество, которое и соединяется съ фибринопластическимъ веществомъ, заключеннымъ въ клѣткахъ).

Впрочемъ, этотъ взглядъ Weigert-Conheim'a еще не можетъ считаться доказаннымъ и рѣшительно оспаривается проф. Пашутинымъ („Курсъ общей и экспериментальной патологіи“, т. I, ч. I, 1885 г., стр. 107). Онъ думаетъ, что „образованіе фибрина какъ въ крови, такъ и въ другихъ тканяхъ, является результатомъ не синтеза простѣйшихъ тѣлъ, а результатомъ распадѣнія тѣлъ болѣе сложныхъ. Такія сложные тѣла, способныя дать при своемъ распаденіи бѣлокъ, всегда имѣются въ веществѣ живой клѣтки. Поэтому для образованія свертковъ въ клѣткѣ, въ видѣ коагуляціоннаго некроза, вовсе не требуется притока какого-то фибринороднаго вещества изъ лимфы, — клѣтка и сама по себѣ можетъ дать бѣлковые осадки. W. не приводитъ никакихъ фактовъ, доказывающихъ необходимость притока съ лимфою фибринороднаго вещества для образованія коагуляціи въ клѣткѣ, а между тѣмъ извѣстно, наоборотъ, что даже совершенно изолированное живое мышечное волокно, оставаясь внѣ лимфы, въ т.-н. индифферентной жидкости, можетъ дать картину коагуляціи, подвергаясь умиранію при соответственныхъ условіяхъ“. Далѣе проф. Пашутинъ не согласенъ съ W. и въ отношеніи того, что онъ ставитъ разсматриваемую нами бѣлковую дегенерацію въ отдѣлъ омертвѣнія тканей, какъ показываетъ и самое названіе „коагуляціонный некрозъ“. Приведя въ примѣръ типическій случай коагуляціоннаго некроза почечнаго эпителія послѣ временной остановки кровообращенія, П. приходитъ къ заключенію, что явленія, характерныя для коагуляціоннаго некроза, происходятъ только въ клѣткахъ, которыхъ застаесть возстановленное кровообращеніе въ томъ стадіи, когда клѣтки еще живы, но уже неспособны оправиться. Явленія коагуляціоннаго некроза имѣютъ, слѣдовательно, не трупный, а жизненный характеръ и представляютъ не некрозъ, а дегенерацію, а потому онъ совѣтуетъ замѣнить названіе „коагуляціонная дегенерація“. Но, какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ омертвѣвшая часть организма, отдѣляется вполнѣ послѣдствіи отъ живыхъ частей путемъ нагноенія — демаркаціонное нагноеніе; по окончаніи процесса отдѣленія получается на мѣстѣ бывшаго дифтерита углубленная гноящаяся поверхность, т.-е. дифтеритическая язва.

Настоящій дифтеритъ (въ смыслѣ патолого-анатомическомъ) при обыкновенномъ дифтеритѣ зѣва (дифтеріи) встрѣчается крайне рѣдко, а потому и дифтеритическія язвы въ зѣвѣ послѣ дифтеріи почти никогда не наблюдаются; по изслѣдованіямъ Weigert'a и Neubner'a, настоящее дифтеритическое воспаленіе гораздо чаще встрѣчается въ зѣвѣ при тяжелой скарлатинѣ, а также на слизистой оболочкѣ толстыхъ кишекъ при дизентеріи; далѣе онъ встрѣчается иногда въ тонкихъ кишкахъ при холерѣ, на слизистой оболочкѣ матки при послѣродовой горячкѣ и при нѣкоторыхъ другихъ острыхъ инфекціонныхъ процессахъ въ разныхъ органахъ.

Такимъ образомъ у патолого-анатомовъ, руководствующихся опредѣленнымъ гистологическимъ критеріемъ, понятіе о крупѣ и дифтеритѣ является довольно

простымъ и яснымъ. Называя на основаніи гистологическихъ данныхъ то или другое измѣненіе слизистой оболочки крупознымъ или дифтеритическимъ воспаленіемъ, они не заботятся о томъ, какой *причиной* вызвано это воспаленіе, такъ какъ они знаютъ, что *дифтеритъ или* — болѣе легкая степень — *крупозное воспаленіе можетъ быть вызвано всякимъ агентомъ, некротизирующимъ по крайней мѣрѣ эпителий и въ то же время вызывающимъ сильное воспаленіе слизистой оболочки* (Conheim).

Возьмемъ для примѣра гортань: отложеніе на поверхности слизистой оболочки фибринознаго экссудата, въ видѣ легко снимающихся пленокъ, можетъ произойти подъ вліяніемъ разнообразныхъ причинъ; у животныхъ, напр., его можно вызвать искусственно и термическими, и химическими, и механическими дѣятелями; у человѣка онъ является или въ видѣ спорадическаго крупа — отъ простуды, отъ вдыханія паровъ хлора, отъ ожога кислотой, или въ видѣ эпидемической болѣзни: зараженія дифтеритнымъ ядомъ и т. д., и во всѣхъ этихъ случаяхъ гистологическая картина будетъ совершенно одинакова и потому патолого-анатомъ съ полнымъ правомъ говорить, что и въ томъ и въ другомъ, и въ третьемъ случаяхъ онъ имѣетъ дѣло съ крупомъ или съ крупознымъ воспаленіемъ слизистой оболочки гортани. Наоборотъ, встрѣчая на той или другой слизистой оболочкѣ видѣренный въ нее фибринозный экссудатъ, онъ съ такимъ же правомъ говорить о дифтеритѣ, будетъ ли это дифтеритъ слизистой оболочки матки вслѣдствіе пуперальной горячки, или дифтеритъ кишекъ вслѣдствіе дизентеріи, или слизистой оболочки зѣва при скарлатинѣ и проч.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что дифтеритическій экссудатъ образуется подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, а потому *присутствіе его, гдѣ бы то ни было, вовсе не доказываетъ зараженія данного субъекта ядомъ дифтеріи.*

У клиницистовъ и практическихъ врачей дѣло стоитъ иначе и путаницы у нихъ гораздо больше, такъ какъ, употребляя названіе крупа или дифтеритъ, они руководствуются не однимъ какимъ-либо критеріемъ, а тремя, а именно: 1) этиологическимъ моментомъ, 2) мѣстомъ (солѣзни и 3) видомъ пораженной слизистой оболочки.

Самымъ важнымъ и, по моему мнѣнію, единственно-надежнымъ и вѣрнымъ нужно бы считать первый изъ трехъ приведенныхъ. Въ силу *этиологическаго момента* практическіе врачи называютъ дифтеритомъ всякое воспаленіе слизистой оболочки, если только доказано, что воспаленіе это произошло вслѣдствіе зараженія организма или данной слизистой оболочки ядомъ дифтеріи (бациллъ Löffler'a). Есть ли при этомъ ложныя оболочки или ихъ вовсе нѣтъ, крѣпко ли онѣ сидятъ или легко снимаются — все равно: при наличности даннаго этиологическаго момента [это воспаленіе называется дифтеритомъ, но для обозначенія его интенсивности употребляются соответственные эпитеты: такъ мы находимъ, напр., у Oertel'я катарральную форму дифтерита, крупозную форму дифтерита и гангренозныи дифтеритъ.

Понятно, что съ точки зрѣнія патолого-анатома подобныя названія являются абсурдными, потому что дифтеритъ есть некрозъ, а катарръ никогда къ некрозу не ведетъ, и потому нельзя допустить существованія катарральнаго не-

кроза, какъ и катаррального дифтерита. Но клиницистъ съ своей точки зрѣнія правъ, потому что для него дифтеритъ не есть синонимъ некроза, а только названіе извѣстной болѣзни, которая хотя въ большинствѣ случаевъ и проявляется, между прочимъ въ формѣ пленчатого воспаленія слизистой оболочки зѣва, но при случаѣ и въ видѣ лишь катарра, а потому названіе: катарральная форма дифтерита — имѣетъ такое же право на существованіе, какъ и аналогичное названіе — катарральная дизентерія. Вся бѣда и путаница только отъ того, что слово „дифтеритъ“ употребляется патолого-анатомомъ не въ томъ смыслѣ, какъ клиницистомъ. Для избѣжанія недоразумѣній, слѣдовало бы говорить: катарральная или крупозная форма *дифтеріи* (а не дифтерита).

Подобное названіе было бы вполне понятно, такъ какъ обозначало бы лишь то, что данный катарръ или крупъ развились вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки ядомъ дифтеріи.

Проф. Klebs, отождествляющій ядъ дифтеріи съ грибомъ, названнымъ имъ *mikrosporon diphtheriticum* и извѣстнымъ теперь подъ именемъ Klebs-Löffler'скаго бацилла, прямо говоритъ, что *дифтеритомъ* (дифтеріей) *надо называть лишь такое воспаленіе слизистой оболочки, при которомъ въ продуктахъ его (будь то слизь или перепонки) встрѣчается этотъ бацилла*. Гдѣ его нѣтъ, тамъ нѣтъ и дифтеріи, хотя бы въ гистологическихъ измѣненіяхъ ткани мы имѣли несомнѣнныя указанія на настоящій коагуляціонный некрозъ; для подобнаго случая онъ предлагаетъ названіе просто некрозъ съ обозначеніемъ производящей причины. Такой этиологической точки зрѣнія на дифтеритъ въ настоящее время держатся почти всѣ.

Второй критерій — *мѣсто*. Совершенно неосновательно многіе изъ практическихъ врачей называютъ одинъ и тотъ же процессъ то дифтеритомъ, то крупомъ, смотря по мѣсту, занимаемому пленчатымъ экссудатомъ: такъ, напр., пока при обыкновенной эпидемической дифтеріи экссудатъ занимаетъ только зѣвъ, говорятъ, что у больного дифтеритъ; но стоить только процессу распространиться на гортань, какъ говорятъ уже, что у больного крупъ. Тутъ этиологическій критерій, очевидно, не соблюдается, такъ какъ иначе надо бы было говорить только о дифтеріи гортани.

Третій критерій — *видъ пораженной слизистой оболочки*. Въ этомъ случаѣ клиницистъ становится какъ бы на точку зрѣнія патологической анатоміи и называетъ дифтеритомъ всякое воспаленіе, сопровождающееся образованіемъ на поверхности слизистой оболочки фибринознаго экссудата. Такимъ образомъ говорятъ, напримѣръ, что скарлатина осложняется дифтеритомъ, что дизентерія есть не что иное какъ дифтеритъ кишекъ и т. п., причѣмъ этиологическій моментъ упускается изъ виду и совершенно забывается, что отъ дифтеритическаго больного никто не заражается ни скарлатиной, ни дизентеріей, и наоборотъ.

Для избѣжанія подобной путаницы, слѣдовало бы держаться одного критерія, и именно въ клиническомъ отношеніи всего раціональнѣе было бы пользоваться этиологическимъ моментомъ и называть дифтеритомъ или дифтеріей только то, что происходитъ отъ зараженія дифтеритнымъ ядомъ (бациллою Löffler'a), хотя бы воспаленіе, вызванное этою причиною, и не достигло степени дифтеритическаго или даже крупознаго.

Такимъ образомъ названіе *дифтеритъ* должно быть оставлено лишь для обыкновенной эпидемической дифтеріи. Смотра по продуктамъ воспаленія и по его интенсивности, можно отличать различныя формы его, каковы: катарральная, крупозная и гангренозная формы дифтерита и прибавлять названіе пораженнаго органа, такъ, напр.: катарральная форма дифтерита зѣва, крупозная форма дифтерита гортани и проч.

Названіе „крупъ“ должно остаться собирательнымъ терминомъ для всѣхъ видовъ воспалительнаго суженія гортани съ образованіемъ плѣнокъ, отъ какой бы причины ни произошло это воспаленіе. Такъ, напр., можно бы было отличить экспериментальный крупъ (крупозное воспаленіе слизистой оболочки гортани у животныхъ, развившееся подъ вліяніемъ сильныхъ раздраженій амміакомъ, хлоромъ и проч.), простудный или спорадическій крупъ, дифтеритическій или эпидемическій крупъ (крупозное воспаленіе гортани, вызванное вліяніемъ заразы дифтеріи); для простаго катарральнаго воспаленія слизистой оболочки гортани, протекающаго съ припадками стеноза, могло бы остаться прежнее названіе — ложный крупъ, а ту форму дифтеритическаго воспаленія, которая сопровождаетъ тяжелые случаи скарлатины, мы будемъ называть просто злокачественной скарлатинозной жабой или ужъ если называть его дифтеритомъ, то непременно съ прибавленіемъ эпитета — *скарлатинозный*, что должно обозначать, что, несмотря на его кажущееся сходство съ обыкновеннымъ дифтеритомъ, онъ все-таки отличается отъ него какъ по сущности, такъ и по этиологіи (ниже мы еще вернемся къ вопросу о различіи скарлатинознаго дифтерита отъ обыкновеннаго). Для дифтерита кишекъ является совершенно подходящимъ старое названіе — дизентерія; для дифтерита матки можно бы употребить названіе *endometritis puerperalis necrotica* и т. д.

Условившись о томъ, что слѣдуетъ понимать подъ именемъ дифтерита и крупа, я перехожу теперь къ изложенію этиологіи и клинической картины дифтеріи, извѣстной въ публикѣ подъ именемъ дифтерита зѣва или простаго дифтерита.

Подъ именемъ дифтеріи мы понимаемъ острую инфекціонную, заразительную болѣзнь, вызываемую особымъ микробомъ, т.-н. бациллою Löffler'a, который, развиваясь на слизистой оболочкѣ, вызываетъ воспаленіе ея съ образованіемъ фибринознаго экссудата и въ то же время вырабатываетъ токсинъ, который, поступая въ кровь, вызываетъ симптомы общаго заболѣванія организма и своеобразныя послѣдовательныя болѣзни, въ особенности въ видѣ параличей и пораженія почекъ и сердца.

Э т и о л о г і я .

Въ опредѣленіи болѣзни я уже сказалъ, что дифтерія есть болѣзнь заразительная и инфекціонная; она происходитъ отъ зараженія организма специфическимъ ядомъ, истинная натура котораго, благодаря работамъ Klebs'a, Löffler'a, Roux и Yersin'a и многихъ другихъ, въ настоящее время выяснена настолько, что можно съ увѣренностью утверждать, что мѣстныя измѣненія слизистой оболочки зѣва и другихъ органовъ вызываются особаго рода налоч-

кой, съ булавовидно-утолщенными концами, известной подъ именемъ бацилла Klebs-Löffler'a или просто Löffler'скаго бацилла. Исслѣдованіями упомянутыхъ авторовъ, а также Zarniko, Poltaus'a Escherich'a, Bourges и Wurts'a и др. доказано, что палочку эту можно найти въ дифтеритическихъ пленкахъ всегда, если только дѣло идетъ о дѣйствительно первичной дифтеріи, а не о сходномъ лишь заболѣваніи; ихъ нѣтъ, напр., въ дифтеритическомъ эксудатѣ кишекъ при дизентеріи и скарлатинозномъ дифтеритѣ въ зѣвѣ и т. п. Прививка чистыхъ культуръ Löffler'скаго бацилла животнымъ (голубямъ, кроликамъ, собакамъ, морскимъ свинкамъ) вызываетъ у нихъ не только дифтеритъ на мѣстѣ прививки, но и общее зараженіе организма и даже послѣдовательные параличи. Такъ какъ бацилла этотъ не встрѣчается ни въ крови, ни въ тканяхъ, то ужь поэтому одному предполагали, что общіе симптомы при дифтеріи вызываются не самимъ бациллою, а ядовитыми продуктами ея дѣятельности, которые всасываются въ кровь изъ мѣстныхъ очаговъ. Предположеніе это блистательно подтвердилось исслѣдованіями Roux и Yersin'a въ лабораторіи Pasteur'a. Процѣживая бульонныя разводки бацилла черезъ пористый фарфоръ, они получили прозрачную жидкость, совершенно свободную отъ микроорганизмовъ, которую и вирыскивали свинкамъ и кроликамъ въ полость брюшины или вены, получая при этомъ отравленіе со всѣми тѣми же признаками и измѣненіями во внутреннихъ органахъ, которые наблюдаются и при прививкѣ самихъ палочекъ (самыя характерныя измѣненія въ трупѣ морскихъ свинокъ, отравленныхъ дифтерійнымъ токсиномъ, состоятъ въ обширномъ, гемморрагическомъ отека подожной клетчаткѣ на мѣстѣ прививки, сильной гипереміи и припухлости надпочечныхъ железъ и эксудата въ плевральныхъ полостяхъ), недоставало только ложной перепонки на мѣстѣ прививки; животные, оставшіяся въ живыхъ, нерѣдко представляли потомъ послѣдовательные дифтеритическіе параличи.

Такимъ образомъ ученіе о микотическомъ происхожденіи дифтеріи является совсѣмъ законченнымъ и рѣшеннымъ, и всѣ возраженія, которыя приводились нѣкоторыми противъ зависимости дифтеріи отъ Löffler'скаго бацилла, можно считать неосновательными. Говорили, напр., что паразитное происхожденіе какой-либо болѣзни отъ того или иного грибка принимается въ наукѣ за доказанное лишь въ томъ случаѣ, если: 1) данный видъ микропаразита встрѣчается во всѣхъ случаяхъ заболѣванія данною болѣзью; 2) если онъ не встрѣчается при другихъ болѣзняхъ или у людей здоровыхъ и 3) если можно передать болѣзнь животному посредствомъ прививки любой изъ генерацій чистой культуры микроорганизма, о которомъ идетъ рѣчь. Строго говоря, относительно дифтеріи пока не выполнено еще ни одно изъ этихъ условій, и всѣ они возбуждаютъ разныя сомнѣнія, а въ особенности первые два, такъ какъ Löffler'скій бацилла, во-1-хъ, встрѣчается не во всѣхъ случаяхъ дифтерита, а во-2-хъ, его нерѣдко находятъ въ ротовой слизи не только при различныхъ жабахъ, но и у здоровыхъ людей, а что касается 3-го пункта, то указывали на то, что плевральный эксудатъ и гиперемія надпочечныхъ железъ постоянно встрѣчаются только при экспериментальномъ дифтеритѣ, а не въ трупахъ людей, погибшихъ отъ дифтеріи.

Извѣстно, что Roux и Yersin, въ компетенціи которыхъ никто не сомнѣвается и работы которыхъ больше всего способствовали распространенію ученія о зависимости дифтеріи отъ Löffler'скаго бацилла, изслѣдуя пленки 80 дѣтей, больныхъ дифтеритомъ или сходными съ нимъ жабами, нашли дифтеритныя палочки только у 61, а у остальныхъ 19 бациллъ не было найдено, хотя въ числѣ этихъ 19 было нѣсколько такихъ случаевъ, въ которыхъ мѣстные явленія со стороны зѣва были такого рода, что не оставляли никакого сомнѣнія насчетъ дифтерита даже и у опытныхъ врачей. Подобный же результатъ получился у D'Espine и Marignac'a, которые изъ 15 случаевъ дифтерита не нашли Löffler'скаго бацилла у 4. Въ нашей клиникѣ отрицательный результатъ получился въ 26 случаяхъ изъ 112.

Однимъ словомъ, фактъ довольно частаго отсутствія Löffler'скаго бацилла при такъ называемыхъ „бѣлыхъ жабахъ“ не подлежитъ сомнѣнію; но такъ какъ всѣ подобныя жабы отличаются отъ дифтерита не только отсутствіемъ специфическаго бацилла, но также и легкостью и другими особенностями теченія и тѣмъ еще, что послѣ нихъ никогда не развиваются послѣдовательные параличи, то фактъ этотъ доказываетъ только, что кромѣ L. бацилла есть еще и другіе микробы, способные вызвать въ зѣвѣ бѣлыя пятна или ложныя перепонки; такъ при скарлатинѣ производителемъ тяжелой жабы съ образованіемъ дифтеритическаго экссудата въ зѣвѣ и въ носу является цѣпчатый коккъ, въ другихъ случаяхъ встрѣчаются другіе кокки, каковъ мелкій коккъ, стафилококкъ, пневмококкъ, bac. coli comm. и др. Всѣ подобнаго рода „бѣлыя жабы“ описываются въ настоящее время подъ именемъ *ложнаго дифтерита* или *дифтероидной жабы*, а *настоящимъ дифтеритомъ или дифтеріей* называются только такія воспаленія *слизистой оболочки*, при которыхъ въ слизи или въ самыхъ перепонкахъ *встрѣчается Löffler'скій бацилла*.

Далѣе слѣдуетъ остановиться на возраженіи Hoffman'a v. Wellenhof'a, сообщившаго о результатахъ своихъ изслѣдованій на Висбаденскомъ съѣздѣ врачей въ 1887 году. Онъ указалъ именно на то, что не только при различныхъ ангинахъ, но даже и у людей совершенно здоровыхъ въ зѣвѣ часто встрѣчается бацилла, который какъ по наружному [виду, такъ и по формѣ своихъ колоній совершенно походитъ на Löffler'скаго и отличается отъ него только тѣмъ, что не обладаетъ патогенными свойствами, да и то не всегда, такъ какъ Hoffman'у удавалось *культивировать изъ здоровой ватки бацилла въ рѣзкой степени ядовитаго*. Съ другой стороны и при несомнѣнномъ первичномъ дифтеритѣ онъ получалъ культуры Löffler'скаго бацилла то очень ядовитаго, то вовсе не патогеннаго. Присутствіе непатогеннаго бацилла во рту и въ зѣвѣ у здоровыхъ людей не оспаривается и самимъ Löffler'омъ; онъ описалъ его даже раньше Hoffman'a и назвалъ ложно-дифтеритнымъ бациллою. Въ существованіи его въ настоящее время едва ли кто сомнѣвается; по изслѣдованіямъ Roux и Yersin'a, онъ встрѣчается у здоровыхъ дѣтей очень часто; изъ 45 дѣтей, лежавшихъ въ Парижской дѣтской больницѣ съ разными болѣзнями, дифтеритная палочка найдена была у 15, а изъ 59 здоровыхъ дѣтей, учившихся въ школѣ приморской, здоровой деревни, въ которой ужь давно не было ни одного случая дифтерита, — у 26. Сопоставляя морфологи-

ческія особенности настоящей и ложной дифтеритныхъ палочекъ, авторы пришли къ заключенію, что обѣ палочки совершенно сходны между собой; колоніи ложной дифтеритной палочки ничѣмъ не разнятся отъ колоній настоящей; Roux и Yersin подтвердили и другое заявленіе Hoffman'a, а именно, что изъ одной и той же дифтеритной перопонки получаются иногда и ядовитыя и неядовитыя колоніи; далѣе изслѣдованіями Escherich'a (Hennoch Jubelband. 1890 г.) подтверждается и то, что въ слизи рта здоровыхъ людей встрѣчается иногда и болѣзнетворная палочка, которая, слѣдовательно уже ничѣмъ не отличается отъ Löffler'скаго дифтеритнаго бацилла; слѣдуетъ отмѣтить еще и тотъ фактъ, что между вполне патогенными бациллами, съ одной стороны, и совершенно неядовитыми, съ другой, встрѣчаются всевозможныя переходныя формы: такъ, напр., бациллъ, совершенно не болѣзнетворный для собаки, можетъ оказаться сильно ядовитымъ для морской свинки и т. п.

Въ силу вышеприведенныхъ данныхъ, многіе изслѣдователи, а въ томъ числѣ Roux, Yersin, Flügge, Klein, признаютъ ложную дифтеритную палочку тождественной съ настоящимъ дифтеритнымъ бацилломъ; по ихъ мнѣнію, она представляетъ только ослабленную форму его. Но мнѣніе это раздѣляется не всѣми: такъ, напр., проф. Escherich въ своей книгѣ „О патогенезѣ дифтеріи“ доказываетъ, что въ ротовой слизи у здоровыхъ дѣтей встрѣчается два сорта ложно-дифтеритической палочки, изъ которыхъ палочки одного сорта ничѣмъ не отличаются въ культурахъ отъ настоящаго L. бацилла, — онѣ только не патогенны, — тогда какъ другой сортъ палочекъ представляетъ нѣкоторыя особенности въ своихъ разводкахъ: такъ, напр., колоніи ложно-дифтеритнаго бацилла на кровяной сывороткѣ представляются чисто молочно-бѣлаго цвѣта (настоящій бациллъ даетъ сѣроватыя колоніи), влажнаго блеска, расплывающейся консистенціи; на глицериновомъ агарѣ ложно-дифтеритный бациллъ развивается гораздо быстрѣе и роскошнѣе, чѣмъ палочка L. Развиваясь на бульонѣ, ложно-дифтеритный бациллъ не дѣлаетъ его кислымъ, что обязательно бываетъ при настоящей палочкѣ L. По наблюденіямъ Martin'a подтвержденнымъ Escherich'омъ и др., непатогенная ложно-дифтеритная палочка во многихъ случаяхъ отличается подъ микроскопомъ отъ настоящей, во-1-хъ, своей меньшей величиной (короткія палочки) и, во-2-хъ, склонностью располагаться параллельно другъ другу по 2—6 въ рядъ, между тѣмъ какъ патогенный бациллъ L. располагается въ беспорядкѣ, образуя на препаратѣ пзъ слизи родъ войлока. Относительно „короткой“ палочки выяснено, что даже и въ томъ случаѣ, когда она нѣсколько патогенна, напр. при впрыскиваніи подъ кожу морской свинкѣ вызываетъ мѣстный отекъ, она все же не можетъ быть признана за палочку настоящей дифтеріи, такъ какъ антидифтерійная сыворотка, впрыснутая заранѣе, не можетъ предотвратить появленіе этого отека (Spronck), но, съ другой стороны, встрѣчаются „короткія“ палочки точно такого же вида и тоже мало-патогенныя, но которыя поддаются вліянію антидифтерійной сыворотки, какъ настоящія дифтеритныя палочки.

Но, будемъ ли признавать два сорта ложно-дифтеритной палочки или только одинъ, во всякомъ случаѣ несомнѣнно то, что въ ротовой слизи здоровыхъ людей встрѣчается иногда настоящій Löffler'скій бациллъ, не вызывающій

заболѣванія дифтеріей; фактъ этотъ, однако, не можетъ служить доказательствомъ того, что бацилла Löffler'a не есть производитель дифтерій; дѣло въ томъ, что существуетъ много аналогичныхъ фактовъ: такъ, напр., въ испражненіяхъ здоровыхъ людей не разъ находили холерную запятую, въ слюнкѣ нерѣдко встрѣчается диплококкъ пнеймоии и т. п. Подобные факты объясняются тѣмъ, что на микроба слѣдуетъ смотрѣть какъ на сѣмя, которое можетъ произрастать лишь въ томъ случаѣ, если попадетъ на удобную почву, а потому если данный субъектъ не воспримчивъ къ дифтеріи, то онъ можетъ сохранять въ ротовой слизи даже и вполнѣ болѣзнетворнаго бацилла и, несмотря на то, оставаться здоровымъ.

Возраженія противъ доказательности опытовъ надъ животными сводятся къ тому, что *экспериментальный дифтеритъ далеко не то же самое, что дифтеритъ самопроизвольный*: во-1-хъ, ни одно изъ животныхъ, даже и наиболѣе воспримчивыхъ къ экспериментальному дифтериту, никогда не заболѣваетъ имъ самостоятельно, въ какое бы близкое прикосновеніе оно ни приходило съ больнымъ ребенкомъ или съ привитымъ животнымъ; во-2-хъ, экспериментальный дифтеритъ всегда остается на мѣстѣ прививки, а не распространяется по поверхности, какъ это постоянно наблюдается при дифтеріи у ребенка; въ-3-хъ, расположеніе бациллъ въ пленкѣ при эксперимент. дифтеритѣ не то, что у человѣка: у послѣдняго бациллъ всегда встрѣчается рядомъ съ другими микробами, а у животныхъ обыкновенно въ чистомъ видѣ; въ-4-хъ, что патолого-анатомич. измѣненія въ трунахъ животныхъ иные, чѣмъ у человѣка (см. выше). Но всѣ эти возраженія не особенно сильны и во всякомъ случаѣ они уступаютъ въ убѣдительности доводамъ, приводимымъ въ пользу тождества экспериментального дифтерита съ дифтеріей человѣка. Доводы эти состоятъ въ слѣдующемъ: во-1-хъ, что въ этиологіи дифтеріи палочка Löffler'a играетъ несомнѣнную роль, видно изъ *постоянства появленія* ея при типическомъ дифтеритѣ; во-2-хъ, у животныхъ прививка чистой культуры бацилла вызываетъ образованіе дифтеритной перепонки; въ 3-хъ, въ періодѣ выздоровленія какъ у животныхъ, такъ и у человѣка появляются параличи, зависящіе главнымъ образомъ отъ паренхиматознаго неврита; въ 4-хъ, въ органахъ людей умершихъ отъ дифтеріи, а также въ мочѣ у больныхъ можно найти токсинъ, по дѣйствию своему тождественный съ токсиномъ, открытымъ въ разводкахъ палочки; въ 5-хъ, какъ у животныхъ, выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи, такъ и у человѣка вырабатывается невоспримчивость къ новому заболѣванію, причемъ сыворотка людей, выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи, оказываетъ цѣлебныя свойства по отношенію къ экспериментальной дифтеріи животныхъ (опыты Орловскаго и Климентовича въ лабораторіи Escherich'a), и, наоборотъ, сыворотка иммунизированныхъ животныхъ обладаетъ несомнѣнными цѣлебными свойствами относительно дифтеріи человѣка.

Въ свое время было также много споровъ по вопросу о *происхожденіи дифтеріи*. Современный взглядъ на патогенезъ дифтерита состоитъ въ томъ, что *вначалѣ онъ является въ видѣ чисто мѣстной болѣзни*, т.-е. Löffler'скай бацилла прививается къ слизистой оболочкѣ и, размножаясь на ней, начинаетъ вырабатывать токсинъ, причемъ, съ одной стороны, слизистая

оболочка раздражается, подвергаясь воспаленію съ образованіемъ фибринознаго экссудата, а съ другой стороны — ядъ всасывается въ кровь, обуславливая общее зараженіе организма, выражающееся лихорадочнымъ состояніемъ, альбуминурией, упадкомъ силъ и дѣятельности сердца, послѣдовательными параличами и проч. Доказательствомъ справедливости такого воззрѣнія служить, во-1-хъ, то, что бацилла Löffler'a встрѣчается только въ пленкахъ и въ слизи, а въ крови и во внутреннихъ органахъ его нѣтъ (за нѣкоторыми исключеніями); во-2-хъ, то, что подкожныя инъекціи живогнымъ токсинъ-бульона, освобожденнаго отъ бациллъ фильтрованіемъ, вызываютъ тѣ же общіе симптомы заболѣванія, какъ и прививка самого бацилла (Roux и Yersin). Возражая противъ воззрѣнія на дифтерію, какъ на болѣзнь первоначально мѣстную, указывали на тѣ не особенно рѣдкіе случаи, когда не только лихорадка, но даже и альбуминурия и параличи являются раньше мѣстныхъ явленій или послѣднихъ и вовсе не бываетъ (американскій врачъ Lewis Smith привелъ по этому поводу довольно богатую казуистику на международномъ съѣздѣ врачей въ Филадельфій въ 1877 г.). Откуда же въ такихъ случаяхъ берется тотъ ядъ, который вырабатывается бациллами на мѣстѣ ихъ первичной локализаціи? Подобные случаи объясняются тѣмъ, что ядовитость бациллъ въ различныхъ случаяхъ не одинакова: у однихъ больныхъ бациллы такого рода, что они, вызывая пленку въ зѣвѣ, не производятъ никакихъ общихъ явленій, и случай протекаетъ даже безъ всякаго повышенія температуры; въ другихъ случаяхъ, напротивъ, бациллы вырабатываютъ такъ много яда, что онъ успѣваетъ всосаться и вызвать общія явленія раньше мѣстныхъ. Исслѣдую слизь съ миндалинъ у дѣтей, живущихъ въ одной комнатѣ съ больными дифтеріей, мы не разъ находили у нихъ бациллъ и съ появленіемъ лихорадочнаго состоянія могли уже ставить діагностику дифтеріи, тогда какъ пленка появлялась на 24—48 часовъ позднеѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ и такъ, что мѣстные симптомы не идутъ далѣе самой легкой формы дифтерита, симулирующей простую катарральную или лагунарную жабу, а между тѣмъ въ слизи зѣва оказывается весьма ядовитый бацилла L., и больной представляетъ самые ясные признаки общей интоксикаціи организма въ видѣ, напр., альбуминурии, упадка дѣятельности сердца и послѣдовательныхъ параличей. Подобные случаи описываются подъ именемъ дифтеріи безъ дифтерита; они указываютъ какъ бы на то, что у человека слѣдуетъ различать мѣстную воспримчивость къ дифтеріи и общее расположеніе къ дифтерійному токсину; у однихъ субъектовъ сильнѣе развито одно, у другихъ другое; при помощи этого предположенія можно объяснить многіе клиническіе факты, напр. случаи распространеннаго дифтерита зѣва при полномъ отсутствіи явленій общаго отравленія организма, или, наоборотъ, тяжелую интоксикацію при самой легкой жабѣ. У животныхъ даже наиболѣе чувствительныхъ къ дифтерійному токсину, какъ напр. у морскихъ свиноевъ, мѣстной воспримчивости къ дифтеріи совсѣмъ нѣтъ, и! потому, чтобы заразить ихъ, необходимо нарушить сначала цѣлость эпителия. Весьма возможно, что и нѣкоторые люди не заражаются дифтеріей только потому, что обладаютъ малой мѣстной воспримчивостью, и стоитъ заболѣть имъ катарромъ зѣва, чтобы захватить тогда и дифтеритъ. У такихъ людей патогенный бацилла L. можетъ на-

ходиться на слизистой оболочкѣ зѣва, въ теченіе долгаго времени не проявляя ничѣмъ своего присутствія.

Въ пользу мнѣнія, что дифтерія уже съ самаго начала является въ видѣ общей болѣзни, а заболѣваніе зѣва и проч. служитъ только мѣстнымъ проявленіемъ дѣйствія яда (въ родѣ того, какъ сыпь при оспѣ), приводятъ также и то обстоятельство, что мѣстное лѣченіе болѣе или менѣе сильными антисептическими и даже прижигающими, предпринятое хотя бы въ первые часы заболѣванія горла, *не всегда* можетъ предотвратить дальнѣйшее развитіе болѣзни и смертельный исходъ, между тѣмъ какъ при лѣченіи сывороткой, безъ приложенія какихъ бы то ни было мѣстныхъ средствъ, это удается вѣрнѣе. Сравнительно малая дѣйствительность мѣстной антисептики объясняется тѣмъ, что дезинфицируемая слизистая оболочка зѣва постоянно заражается новыми бактеріями, которые, какъ теперь вполне выяснено, живутъ не въ однихъ только пленкахъ, но также въ слизи и въ слюнкѣ.

Дифтерія принадлежитъ къ числу несомнѣнно *контагиозныхъ* болѣзней, потому что очень легко передается отъ больныхъ здоровымъ во всѣхъ своихъ формахъ. Мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (Monti), будто заразительность при-суща только тяжелому или септическому дифтериту, по моему мнѣнію, рѣшительно несправедливо, такъ какъ ежегодно приходится наблюдать случаи послѣдовательнаго заболѣванія всѣхъ дѣтей известной семьи другъ за другомъ, независимо отъ того, какой формой дифтерії случилось заболѣть первому ребенку; возможно, однако, что септическій дифтеритъ обладаетъ большей заразительностью, чѣмъ дифтерія въ легкой или средней силѣ, по крайней мѣрѣ бактеріологическія изслѣдованія указываютъ на то, что, въ общемъ въ тяжелыхъ случаяхъ дифтерита бактерія отличается болѣе ядовитыми свойствами, чѣмъ въ случаяхъ доброкачественныхъ. По общему отзыву врачей, дифтерія хотя и можетъ передаваться черезъ воздухъ, но только на весьма небольшія разстоянія, напр. изъ одной комнаты въ другую; во всякомъ случаѣ онъ далеко не обладаетъ такою легучестью, какъ, напр., контагія кори; зато онъ очень стоекъ и долго остается въ стѣнахъ того помещенія, гдѣ помѣщались больные дифтеріей. Этими свойствами дифтерійнаго контагія объясняется, между прочимъ, медленное распространеніе эпидемій дифтерії, а также и тотъ фактъ, что дифтерія часто ограничивается небольшою территоріей, напр. известнымъ домомъ и даже известною кваргирой большого дома. По той же причинѣ, въ большой квартирѣ скорѣе удастся съ успѣхомъ изолировать больныхъ дѣтей отъ здоровыхъ, чѣмъ при кори. Въ этомъ отношеніи дифтерійный контагія ближе подходитъ къ контагію скарлатины. Въ началѣ болѣзни дифтерія не такъ заразительна какъ въ разгарѣ, а потому ранняя изоляція больного отъ здоровыхъ очень часто увѣнчивается успѣхомъ, чего нельзя сказать, напр., про корь, которая наиболѣе заразительна въ продромальномъ періодѣ; по этой причинѣ если корь появляется въ больничной палатѣ, то она всегда успѣваетъ заразить другихъ больныхъ, тогда какъ при появленіи въ больницѣ случая дифтерії дѣло сплошь и рядомъ ограничивается только однимъ этимъ случаемъ. Всего легче дифтеритъ передается черезъ непосредственное соприкосновеніе больныхъ съ здоровыми, въ особенности черезъ поцѣлуи. При та-

комъ способѣ передачи болѣзни очень важную роль играетъ то обстоятельство, что въ ротовой слизи или на слизистой оболочкѣ зѣва выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи въ теченіе многихъ дней и даже недѣль удается найти не только живыхъ, но и вполнѣ ядовитыхъ бациллъ. Какъ долго остаются во рту эти бациллы, зависитъ отъ разныхъ условій и между прочимъ отъ способа лѣченія; бактеріоскопическія изслѣдованія, предпринятія съ этою цѣлью Escherich'омъ (I. c. S. 47) показали, что при мѣстномъ употребленіи антисептическихъ средствъ, напр. сулемы, въ видѣ орошеній рта слабыми растворами или помазываній зѣва болѣе вѣрными, бациллы исчезаютъ гораздо быстрѣе, чѣмъ при индифферентномъ лѣченіи; во многихъ случаяхъ уже тотчасъ послѣ смазыванія не удается открыть на поверхности пленки или въ слизи зѣва живыхъ бациллъ, между тѣмъ какъ у выздоровѣвшихъ безъ употребленія антисептики они встрѣчаются въ теченіе 2—4 недѣль и дольше. Особенно долго сохраняются они въ носу: такъ напр. Moritz Wolff разсказываетъ про одну 7-лѣтнюю дѣвочку, у которой онъ нашелъ патогенныхъ бациллъ въ носовой слизи на 121-й день по выпискѣ ея изъ больницы („Zeitschr. f. Hyg.“ В. XIX, S. 253). Стойкость или живучесть дифтерійной заразы поразительна, а потому весьма трудно сказать, чрезъ сколько времени можно безопасно поселиться въ помѣщеніи, гдѣ были дифтеритные больные: по отношенію къ этому вопросу весьма поучителенъ грустный эпизодъ въ жизни нашей дѣтской больницы. Зимой 1881—1882 гг. эпидемія дифтерита въ Москвѣ приняла довольно обширные размѣры, такъ что все контагіозное отдѣленіе нашей больницы было отдано въ распоряженіе дифтеритныхъ больныхъ, а больные съ другими контагіозными болѣзнями (корь, оспа, скарлатина) не принимались вовсе. Весной 1882 г. число больныхъ дифтеритомъ уменьшилось на столько, что въ апрѣлѣ нашли возможнымъ выписать всѣхъ больныхъ. Палаты были прокурены хлоромъ, стѣны выкрашены заново, потолки выбѣлены и все помѣщеніе оставлено при открытыхъ окнахъ на все лѣто. Осенью, — слѣдовательно, мѣсяцевъ черезъ пять, шесть, послѣ дезинфекціи, — контагіозное отдѣленіе было снова открыто, но на этотъ разъ не для дифтерита, а для кори, оспы и скарлатины; и что же? — рѣдкій больной уходилъ изъ больницы, не перенесши въ ней болѣе или менѣе тяжелаго дифтерита: это осложненіе съ особою злокачественностью давало себя чувствовать коревымъ больнымъ, которые умирали въ этомъ году такъ сильно (до 50%), какъ никогда не умираютъ отъ кори, вслѣдствіе чего весной 1883 года контагіозное отдѣленіе было закрыто совсѣмъ и послѣ того не открывалось болѣе.

Въ одной изъ палатъ Дрезденской дѣтской больницы повторные случаи дифтеріи въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, несмотря на дезинфекцію, появлялись до тѣхъ поръ, пока Förster не заподозрилъ существованія гнѣзда заразы въ щеляхъ пола. Эпидемія прекратилась послѣ переборки половъ („Arch. f. Kinderh.“. 1881, стр. 146).

Проф. Демме свидѣтельствуетъ, что въ Бѣрнѣ въ 1882 г. не было эпидеміи дифтеріи, но попадались отдѣльные случаи этой болѣзни преимущественно изъ тѣхъ домовъ, въ которыхъ были случаи дифтеріи во время эпидеміи 1881 г., причѣмъ опрятное содержаніе домовъ съ чистыми дворами и съ проведенною водой нисколько не гарантировало отъ появленія новыхъ случаевъ

дифтерия черезъ годъ по окончаніи эпидеміи (XX Jahresbericht des Jen. Kindersp. zu Bern 1883, S 15). Въ виду подобныхъ фактовъ очень странными кажутся намъ результаты изслѣдованій д-ра Веревкина (Прот. Общ. дѣтск. врачей въ Москвѣ за 1898 годъ), который на основаніи изученія санитарныхъ карточекъ г. Москвы, пришелъ къ заключенію, что случаи повторнаго заболѣванія дифтеріей въ одномъ и томъ же домѣ встрѣчаются сравнительно рѣдко (около 30%), а отсюда онъ выводитъ, что заразительность дифтеріей не велика.

Понятно, что зараза можетъ передаваться не только черезъ стѣны, но и черезъ другіе предметы, особенно черезъ платье и игрушки, и притомъ въ теченіе весьма продолжительнаго времени, особенно, если вещи, запачканныя мокротой, сохраняются въ мѣстахъ, гдѣ воздухъ не возобновляется и гдѣ нѣтъ солнца (напр. въ комодѣ); Abel, напр., нашель живыхъ, ядовитыхъ бациллъ на игрушкѣ черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ того, какъ она была въ рукахъ у дифтеритнаго ребенка. Во влажномъ состояніи дифтеритная зараза уничтожается при t° въ 58° C. въ нѣсколько минутъ, слѣдовательно кипящая вода всегда достаточна для обеззараживанія белья и вещей, загрязненныхъ дифтеритными продуктами. Дифтерійный бациллъ довольно быстро (3—4 недѣли) погибаетъ подъ влияніемъ солнечныхъ лучей и вѣтра, откуда видна важность провѣтриванія комнаты больного и яркое освѣщеніе ея солнцемъ.

Общее правило для всѣхъ заразныхъ болѣзней, что чѣмъ концентрированнѣе зараза, тѣмъ она сильнѣе дѣйствуетъ, имѣетъ приложеніе и къ дифтеріи, а потому тѣсное жилище является обстоятельствомъ, располагающимъ къ зараженію, тогда какъ обширная вентиляция должна считаться однимъ изъ лучшихъ предохранительныхъ средствъ.

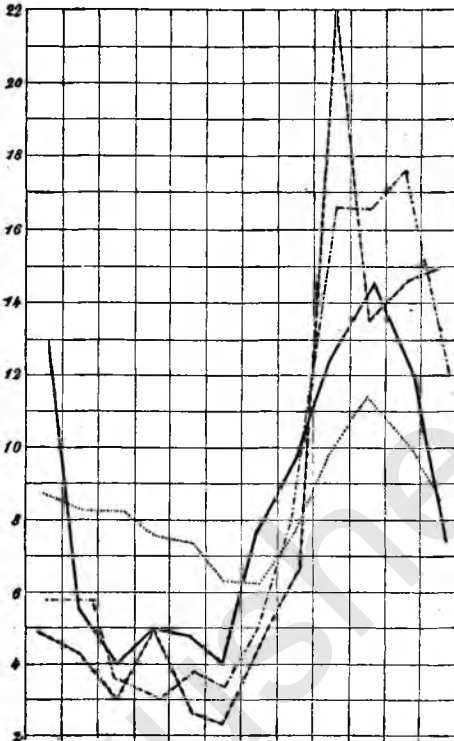
Вопросъ о томъ, распространяется ли дифтерія исключительно лишь путемъ прямой или посредственной передачи заразы, т.-е. достаточно ли для развитія эпидеміи одного только заноса контагія, долженъ быть рѣшенъ отрицательно, такъ какъ множество фактовъ указываютъ на зависимость развитія эпидеміи отъ времени и мѣста.

1. Если бы развитіе эпидеміи дифтерита зависѣло только отъ занесенія въ данную мѣстность контагія, то едва ли могъ бы наблюдаться фактъ, отмѣченный почти всѣми врачами, работавшими на югѣ Россіи, и состоящій въ томъ, что еще задолго до появленія эпидеміи, во многихъ мѣстахъ дифтеритъ встрѣчается только въ видѣ отдѣльныхъ случаевъ, и такой спорадическій дифтеритъ можетъ продолжаться годами, пока наконецъ отъ неизвѣстныхъ причинъ случаи начинаютъ учащаться и вспыхиваетъ эпидемія. Для поясненія этого мы приведемъ фактъ, сообщенный д-ромъ Рудовымъ изъ области войска Донского. Здѣсь съ 1876 по 1878 годъ не было отмѣчено ни одного случая дифтерита; въ 1878 сдѣлались извѣстными 13 спорадическихъ случаевъ въ 5 селахъ, отстоявшихъ другъ отъ друга не ближе 20 верстъ, и только въ концѣ октября 1879 года появилась небольшая эпидемія (10 случаевъ въ короткое время) въ одномъ изъ этихъ селъ, а настоящая эпидемія развилась лишь въ началѣ 1880 года.

Въ с. Рѣшетилловѣ, Полтавской губ., въ 1866 году умерло отъ дифтерита 307, въ 1869 — 250, въ 1871 г. дифтерита не было, въ 1873 опять 65; слѣдовательно, дифтеритъ былъ довольно сильный и отсюда онъ могъ бы распространиться на весь уѣздъ или на всю губернію, если бы для того были благоприятныя условія, но въ *то время* ихъ еще не было.

Однимъ словомъ, обыкновенно бываетъ такъ, что до поры до времени, несмотря на заносъ заразы, дифтеритъ остается въ видѣ спорадической болѣзни, а потомъ вдругъ, отъ неизвѣстной причины, онъ дѣлается эпидемическимъ и

Диаграмма I. Заболѣваемость дифтеритомъ.



Я. Ф. М. А. М. Ин. Гл. А. С. О. Н. Д.

- Херсон. г. 87 (7586 сл.).
 - - - Тойже вол., гдѣ жив. врачи.
 Села Херс. у., гдѣ жив. врачи 88 г. (282 сл.).
 - · - - Москва.

Рудова и пр. Далѣ мы видимъ, что въ началѣ года смертность стоитъ выше, чѣмъ заболѣваемость, т.-е. что зимнія эпидеміи губительнѣе осеннихъ, и что въ апрѣлѣ или маѣ, а иногда въ іюнѣ бываетъ незначительное поднятіе кривой болѣзненности, а иногда и смертности.

3. Вліяніе мѣста выражается въ томъ, что въ однихъ мѣстахъ дифтеритъ быстро вспыхиваетъ, но такъ же быстро и прекращается, тогда какъ въ другихъ мѣстахъ онъ держится упорно. Какъ на рѣзкій примѣръ подобной разницы, *Капустинъ* указываетъ на Путивльскій и Курскій уѣзды, съ одной сто-

притомъ во многихъ случаяхъ безъ опредѣленнаго источника зараженія и въ такихъ мѣстахъ, гдѣ прежде дифтерита не было.

2. Заболѣваемость и смертность отъ дифтерита имѣютъ совершенно правильное теченіе по временамъ года. Изъ прилагаемой диаграммы (диаграмма I) мы видимъ, что какъ въ одномъ какомъ-нибудь селѣ за много лѣтъ, такъ и въ уѣздѣ и въ цѣлой губерніи и наконецъ въ Москвѣ повторяются однѣ и тѣ же кривыя, доказывающія, что эпидеміи дифтерита достигаютъ своего maximum'a осенью (октябрь или ноябрь, рѣже сентябрь), а minimum ихъ приходится на лѣто (большую частью іюнь).

Такое теченіе дифтеритныхъ эпидемій подтверждается всѣми врачами: для Полтавской губ. мы имѣемъ свѣдѣнія отъ д-ра *Ксензенка*, для Воронежской отъ д-ра *Теличеева*, для Орловской — д-ра *Радуловича*, для Курской — д-ра *Унтита*, для Херсонской — *Зилберштейна*, *Уварова* и др., для Земли войска Донского — д-ра

роны, и на Суджанскій и Старооскольскій — съ другой. Въ двухъ первыхъ было очень много зараженныхъ селеній, но вездѣ эпидемія быстро прекратилась, и все дѣло ограничилось небольшимъ числомъ больныхъ; въ двухъ другихъ уѣздахъ, напротивъ, было много такихъ мѣстъ, гдѣ дифтеритъ, разъ появившись, держался очень упорно въ теченіе мѣсяцевъ.

Замѣчательно, что въ районѣ сплошнаго господства дифтерита встрѣчаются селенія, въ которыя эпидемія не заходитъ. Такъ, напр., въ наиболѣе пострадавшемъ Миргородскомъ уѣздѣ, гдѣ въ нѣкоторыхъ селахъ вымерла $\frac{1}{10}$ часть населенія (напр. мѣстечко Сорочинцы и Зуевцы), есть мѣстечко Богачка съ 7200 жит., въ которомъ въ теченіе 4 лѣтъ умерло только 68 человекъ, т.-е. 1 $\frac{0}{10}$; но особую извѣстность получило мѣстечко Слободка, въ которомъ изъ 1276 жит. за все время эпидеміи дифтерита, окружавшаго ее со всѣхъ сторонъ, заболѣло только 2 человекъ. Д-ръ *Завалевскій* указываетъ въ Хорольскомъ уѣздѣ Полтавской губ. на села: Ракиты, Холодная и Худалевка, въ которыхъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ не было случаевъ дифтерита, несмотря на то, что были заражены всѣ остальные 53 села въ уѣздѣ. Такъ какъ образъ жизни крестьянъ во всѣхъ этихъ селахъ, а также и экономическія условія одинаковы, то есть основаніе предполагать существованіе какихъ-нибудь мѣстныхъ, можетъ-быть, почвенныхъ условій, препятствующихъ развитію эпидеміи дифтерита. Д-ръ *Ахшарумовъ* склоненъ придавать особое значеніе тому обстоятельству, что Слободка стоитъ на солончаковой почвѣ, и, въ подкрѣпленіе своего взгляда, онъ указываетъ на Золотоношскій уѣздъ, гдѣ очень много солончаковъ и гдѣ смертность отъ дифтерита была незначительна. Правда, и въ этомъ уѣздѣ нѣкоторыя села пострадали отъ дифтерита сильно, но они находились въ особыхъ условіяхъ: такъ, напр., с. Бѣльки, гдѣ изъ 500 жит. въ 1878 году заболѣло 62 и умерло 47, лежитъ въ области разлива Днѣпра и потому въ теченіе цѣлаго лѣта и осени оно окружено болотами, такъ что при приближеніи къ этому селу въ осенній вечеръ уже издали чувствуется какой-то особый, сырой, пронизывающій воздухъ; въ такихъ же условіяхъ находится и Чеховка (изъ 850 жит. заб. 81, ум. 45). Противоположность имъ составляетъ село Буромка (3210 жит.), лежащее на крутомъ берегу р. Сулы, среди степи; здѣсь заболѣло только 15 человекъ. Упомянемъ еще про большое село Кривая Руда (изъ 3450 жит. въ 4 мѣсяца, съ 1 декабря 1877 г., по 6 апрѣля 1878 г., заб. 268 и ум. 134), въ срединѣ котораго находится большой, грязнѣйшій прудъ; первые случаи дифтерита появились въ избахъ, ближайшихъ къ пруду, въ то время, когда въ сосѣднихъ селахъ дифтерита еще не было. Чтобы оцѣнить по достоинству санитарное значеніе этого пруда, слѣдуетъ замѣтить, что жители совершенно не цѣняютъ чистоты воды и дѣлаютъ, какъ бы нарочно, все, чтобы испортить воду: плотины состоятъ почти исключительно изъ навоза и служатъ мѣстомъ свалки всякихъ нечистотъ, въ пруду моется бѣлье всѣми обывателями и тутъ же въ грязи, около самой воды, валяются свиньи, — словомъ, подобные пруды суть не что иное, какъ большія вонючія лужи.

Въ виду подобныхъ фактовъ, невольно напрашивается предположеніе, что болотистыя мѣстности расположены къ дифтериту больше, чѣмъ мѣстности

сухія, и многіе врачи, работавшіе въ эпидемическихъ фокусахъ, удостовѣряютъ, что въ малярійныхъ мѣстахъ дифтеритъ, разъ появившись, держится упорнѣе и увлекаетъ большее число жертвъ, чѣмъ въ мѣстахъ сухихъ.

4. Врачи, работавшіе во время эпидеміи въ Полтавской губ. въ 1880 году, смотрѣли на дифтеритъ какъ на болѣзнь исключительно и въ высшей степени контагіозную, и каждый изъ нихъ старался прослѣдить въ своемъ районѣ пути распространенія эпидеміи и источникъ заноса. Въ очень многихъ случаяхъ это имъ удавалось; обыкновенно оказывалось, что кто-нибудь изъ благополучнаго села ходилъ въ зараженное село и приносилъ оттуда какія-нибудь вещи и т. п. и потомъ заражалъ своихъ семейныхъ; но, тѣмъ не менѣе, едва ли не въ большинствѣ случаевъ было такъ, что дифтеритъ не распространялся по извѣстнымъ путямъ и не шелъ по порядку отъ села къ селу, а появлялся разбросанно, отдѣльными случаями въ разныхъ концахъ уѣзда, и часто первое заболѣваніе въ какомъ-нибудь селѣ не могло быть объяснено передачей или заносомъ заразы; есть указаніе, что въ благополучные годы нерѣдко не заражались даже дѣти, близко соприкасавшіяся съ больными, на что съ особеннымъ удареніемъ указываетъ д-ръ *Гуттобъ* (Харьк. губ.).

5. Эпидемія дифтерита прекращается сама собой, несмотря на продолжающіяся сношенія между жителями зараженныхъ и благополучныхъ домовъ и несмотря на то, принимаются ли противъ эпидеміи какія-нибудь мѣры, или нѣтъ. Во многихъ уѣздахъ Полтавской губерніи эпидемія значительно ослабѣла къ 1880 году, когда серьезныхъ мѣръ противъ нея еще не принималось, и ослабѣла не отъ недостатка матеріала, такъ какъ уменьшеніе эпидеміи наблюдалось и въ такихъ уѣздахъ (напр. Кобелякскомъ и Константиноградскомъ), въ которыхъ дифтеритъ былъ вообще не силенъ и умершихъ было мало.

Итакъ, продолжительное существованіе дифтерита въ видѣ спорадическихъ случаевъ, рѣзкая зависимость эпидемій отъ времени года, вліяніе мѣстности, колебаніе въ силѣ эпидемій въ разные годы въ одномъ и томъ же мѣстѣ, параллельность по времени хода развитія эпидемій въ разныхъ частяхъ огромной территоріи нѣсколькихъ губерній (maximum эпидемій въ 1878 и 1879 годахъ въ губ. Полтавской, Харьковской, Черниговской и др.), разбросанность появленія дифтерита одновременно въ отдаленныхъ другъ отъ друга пунктахъ и то, что въ большинствѣ случаевъ заносъ или непосредственная передача заразы отъ больного не доказана, а во многихъ случаяхъ даже и совсѣмъ невѣроятна, все это указываетъ на то, что развитіе дифтерійныхъ эпидемій находится подъ вліяніемъ климатическихъ и мѣстныхъ условій, а что касается до передачи или до заноса заразы, то это обстоятельство играетъ только извѣстную, хотя быть можетъ и существенную роль, а если такъ, то весьма вѣроятно, что однѣ карантинныя мѣры и дезинфекція, даже если бъ и было возможно провести ихъ какъ слѣдуетъ, могли бы только ослабить эпидемію, но не прекратить ея распространенія.

Вліяніе возраста. Всѣ авторы согласны въ томъ, что дифтеритъ поражаетъ главнымъ образомъ дѣтей, и притомъ опредѣленнаго возраста, какъ это видно изъ слѣдующихъ таблицъ.

Результатъ 1433 карточекъ, составленныхъ врачами Курской губ., былъ таковъ:

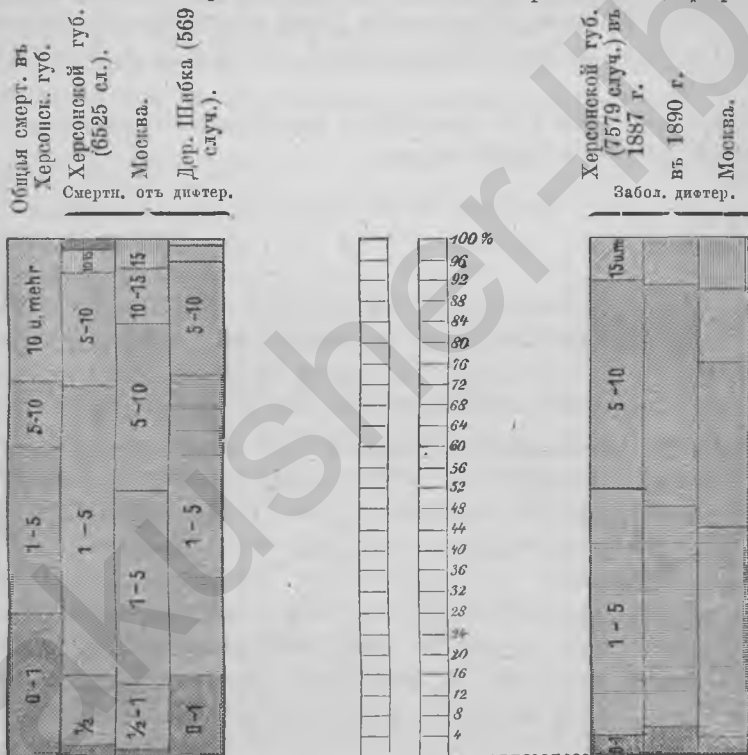
0— 2 лѣтъ	заболѣло	99	умерло	40,4%
2— 5 "	"	345	"	51,3 "
5—10 "	"	547	"	42,2 "
10—15 "	"	276	"	30,0 "
15 и старше	"	116	"	11,4 "

Д-ръ Ксензенко распредѣляетъ своихъ 1603 больныхъ въ мѣстечкѣ Сарачинцы въ слѣдующей таблицѣ:

	0—1	1—3	3—5	5—10	10—15	15 и выше
заболѣло	13	211	344	505	272	155
умерло	5	152	206	277	56	18
% смертн.	38	72	59,8	54,8	20,6	11,6

64,5

Диаграмма II. Вліяніе возраста на заболѣваемость и смертность отъ дифтерита.



Изъ всѣхъ этихъ таблицъ можно сдѣлать тотъ выводъ, что заболѣваемость и смертность отъ дифтерита всего больше у дѣтей въ возрастѣ отъ 1 до 5 лѣтъ, потомъ отъ 5 до 10; что касается до грудныхъ дѣтей, то они не только рѣже заболѣваютъ, но и умираютъ въ меньшемъ процентѣ, чѣмъ дѣти послѣдующихъ возрастовъ (см. диаграмму II). Этотъ выводъ стоитъ въ противорѣчій съ общераспространеннымъ мнѣніемъ, по которому дифтерія тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ.

Индивидуальное расположение и естественная невосприимчивость къ дифтериту. Что послѣ 15 лѣтъ восприимчивость къ дифтериту значительно уменьшается, это видно изъ вышеприведенныхъ таблицъ; но мы знаемъ очень мало насчетъ того, часто ли встрѣчается естественный иммунитетъ по отношенію къ дифтериту у дѣтей дифтеритнаго возраста, т.-е. до 15 лѣтъ. Для рѣшенія этого вопроса мы приведемъ статистику заболѣваемости дѣтей не въ цѣлыхъ селахъ, а по отдѣльнымъ избамъ, въ которыхъ были случаи дифтерита, причемъ больные не отдѣлялись отъ здоровыхъ, т.-е. всѣ дѣти данной семьи не только оставались въ одной комнатѣ, но даже нерѣдко и спали на одной кровати. Въ с. Быкъ, по даннымъ д-ра Ченыкаева, изъ 119 дѣтей въ зараженныхъ домахъ въ возрастѣ отъ 0 до 10 лѣтъ заболѣло 80, т.-е. 67,2%, отъ 10 до 15 лѣтъ — 35,5%; это значитъ, что до 10 лѣтъ невосприимчивость наблюдалась у одного изъ трехъ, а отъ 10 до 15 лѣтъ изъ трехъ у двоихъ. Послѣ 20 лѣтъ восприимчивость почти совсѣмъ исчезаетъ.

Въ Щигровскомъ уѣздѣ въ 139 дворахъ было 551 человекъ дѣтей, изъ нихъ заболѣло 274 (около 50%); почти такой же % заболѣваній въ зараженныхъ домахъ былъ, по изслѣдованіямъ проф. *Якобія*, и въ Харьковѣ, именно отъ 52 до 55.

Капустинъ составилъ по врачебнымъ карточкамъ изъ различныхъ мѣстностей Курской губ. слѣдующую таблицу:

	всего было дѣтей:	заболѣло:	умерло:
0— 2 л. . .	196	43 (41,9%)	13 (6,6%)
2— 5 „ . .	379	190 (50,1%)	87 (22,9%)
5—10 „ . .	589	283 (48%)	48 (17,6%)
10—15 „ . .	411	141 (34,4%)	39 (9,4%)
	1575	657 (41,7%)	243 (15,4%)

Для сравненія приведемъ еще таблицу д-ра *Унтита*, составленную на основаніи врачебныхъ карточекъ о 1066 зараженныхъ дворахъ. Въ этихъ домахъ было 3379 дѣтей до 15 лѣтъ возраста, изъ коихъ заболѣло 1344 (40,2) и умерло 546 (16,7%). Въ деталяхъ получилось:

	всего дѣтей:	заболѣло:	умерло:
0— 2 л. . .	532	110 (20,6)	48 (9%)
2— 5 „ . .	796	358 (44,8)	183 (23%)
5—10 „ . .	1213	570 (47,0)	235 (19,4%)
10—15 „ . .	838	306 (36,5)	80 (9,4%)
	3379	1313 (40,0%)	546 (16%)

Изъ двухъ послѣднихъ таблицъ мы опять видимъ, что дѣти до двухъ лѣтъ не только обладаютъ меньшей восприимчивостью къ дифтериту, чѣмъ дѣти отъ 2 до 10 лѣтъ, но и легче переносятъ его. Далѣе оказывается, что иммунитетъ у дѣтей отъ 10 до 15 лѣтъ встрѣчается у 64%, а отъ 2 до 10 лѣтъ около 52—55%. Отъ 2 до 5 лѣтъ и отъ 5 до 10 лѣтъ восприимчивость къ дифтериту почти одинакова: въ этихъ возрастахъ заболѣваетъ одинъ изъ двухъ

и умирает одинъ изъ пяти, а вообще до 15 лѣтъ заболѣваютъ 2 изъ 5 и умираетъ $\frac{1}{6}$ часть всѣхъ дѣтей, живущихъ въ зараженныхъ домахъ.

Этотъ общій выводъ допускаетъ, однако, для отдѣльныхъ сель рѣзвѣя исключенія: такъ, напр., въ Одесскомъ г-уздѣ, въ с. Курисовѣ, по свидѣтельству д-ра *Караманенко*, % заболѣвшихъ въ зараженныхъ домахъ равнялся 87, а д-ръ *Стельмаховичъ* приводитъ исторіи 14 домовъ, въ которыхъ было 68 чел. дѣтей до 15-лѣтняго возраста, изъ коихъ заболѣло 64, т.-е. 19,8%.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ можно бы придти къ заключенію, что естественный иммунитетъ въ дѣтскомъ возрастѣ въ различныхъ случаяхъ колеблется отъ 10 до 60%; такая разниця объясняется быть можетъ тѣмъ, что абсолютный иммунитетъ встрѣчается крайне рѣдко; а все дѣло зависитъ отъ свойствъ яда (т.-е. отъ ядовитости бациллъ). По этой же причинѣ, вѣроятно, значительно измѣняется заболѣваемость дѣтей въ зараженныхъ домахъ въ различные періоды эпидеміи: такъ, напр., въ с. Быкъ въ началѣ эпидеміи, въ декабрѣ, въ 6 зараженныхъ домахъ изъ 26 дѣтей заболѣло 11 и умерло 10, въ слѣдующіе 2 мѣсяца въ 34 дворахъ заболѣло изъ 114 дѣтей 64 и умерло 30; въ слѣдующіе 4 мѣсяца въ 14 дворахъ изъ 30 дѣтей заболѣло 25 и умерло 9; если всѣ эти данныя мы сопоставимъ въ таблицѣ, то окажется:

	дек.	январь.	февр.	март.	апр.
зараж. дворовъ въ %	11	63		26	
% заболѣвшихъ дѣтей	42,3	56,1		83,3	
% смерт. заболѣв.	90,9	47		36	

т.-е. заболѣваемость была всего слабѣе въ началѣ эпидеміи, а всего сильнѣе въ концѣ, между тѣмъ какъ смертность какъ разъ наоборотъ: всего сильнѣе въ декабрѣ и всего меньше съ марта по іюнь.

По отзывамъ многихъ врачей воспримчивость значительно увеличивается подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ болѣзней, каковы напр. корь, малярія и оспа.

Въ отчетахъ многихъ врачей встрѣчается нѣсколько данныхъ, указывающихъ на несомнѣнное существованіе семейнаго расположенія къ дифтериту. Проф. *Лашкевичъ*, напр., приводитъ такой случай: у одной женщины было трое своихъ дѣтей и двое чужихъ (сиротки); всѣ ея собственныя дѣти умерли, а сироты остались здоровыми, несмотря на то, что все время оставались вмѣстѣ съ больными; умерли также двое дѣтей ея сестры. Другіе врачи указывали на то, что въ однѣхъ семьяхъ умираютъ всѣ дѣти, тогда какъ въ другихъ хотя тоже всѣ переболѣютъ, но никто не умираетъ или заболѣваетъ одинъ и никого не заражаетъ.

До сихъ поръ наши понятія о причинахъ невоспримчивости къ заразнымъ болѣзнямъ были довольно смутныя, но въ послѣднее время вопросъ этотъ, по крайней мѣрѣ по отношенію къ дифтеріи, благодаря экспериментальнымъ работамъ *Escherich'a*, *Орловскаго*, *Abel'я* и *Wassermann'a*, начинаетъ немного выясняться. Изъ этихъ опытовъ оказывается, что не только у людей, перенесшихъ дифтерію, но во многихъ случаяхъ и у субъектовъ, никогда не хворавшихъ никакой жабою, *кровяная сыворотка обладаетъ по отношенію къ дифтеріи антитоксинными свойствами*; антитоксическая сыворотка въ дѣт-

скомъ возрастѣ встрѣчается не такъ часто, какъ у взрослыхъ, что согласуется съ статистическими данными, показывающими, что взрослые заболѣваютъ гораздо рѣже, чѣмъ дѣти. Въ опытахъ Wassermann'a изъ 17 дѣтей въ возрастѣ отъ 1½ до 11 лѣтъ антитоксическая сыворотка найдена у 11; въ 4 случаяхъ она вовсе не обладала антитоксиномъ, а въ 2 остальныхъ дѣйстви ея было очень слабо; изъ 34 взрослыхъ антитоксинная сыворотка встрѣтилась у 28.

Большую воспримчивостью къ дифтерии обладаютъ также дѣти, часто страдающія острыми катаррами слизистой оболочки зѣва и имѣющія гипертрофированныя тонзиллы (усиленная мѣстная воспримчивость).

Между врачами и въ публикѣ очень распространено мнѣнiе, что однократное заболѣванiе дифтерией не только не предохраняетъ отъ повторенiя этой болѣзни, но даже располагаетъ къ нему. По Baginsk'ому послѣдующiя заболѣванiя бывають слабѣе перваго, если только оно было тяжелымъ. Взглядъ этотъ, однако, не доказанъ достаточнымъ числомъ наблюденiй, и нѣкоторые опытные врачи возстають противъ него: такъ, напр., Monti въ теченiе своей 20-лѣтней практики видѣлъ только одинъ случай повторенiя дифтерии у дѣвочки, трахеотомированной по случаю дифтерита гортани годъ тому назадъ (Ueber Group u. Diphtheritis im Kindesalter 1884, стр. 139). Въ пользу того, что разъ перенесенная дифтерiя дѣлаетъ организмъ иммуннымъ по отношенiю къ этому яду, говорятъ и опыты надъ животными. Escherich, напр. (I. c.), постоянно находилъ при дифтеритѣ бацилла L. и съ успѣхомъ прививалъ его щенятамъ и морскимъ свинкамъ, но замѣтилъ при этомъ, что *животныя, уже разъ перенесшiя прививку, оказывались невоспримчивыми къ послѣдующимъ прививкамъ.* Исслѣдуя далѣе патогенныя свойства дифтерiйныхъ бациллъ у человѣка, онъ нашель, что ядовитость ихъ одинакова какъ въ началѣ заболѣванiя дифтерией, такъ и въ концѣ, т.-е. въ периодѣ выздоровленiя, откуда слѣдуетъ, что *выздоровленiе дѣтей заболѣвшихъ дифтеритомъ обусловливается развитiемъ у нихъ иммунности, а не отъ утраты бациллами ихъ патогенныхъ свойствъ.* Behring тоже замѣтилъ, что животныя, перенесшiя дифтеритъ, оказываются послѣ того невоспримчивыми къ нему. Если повторное зараженiе дифтерией взрѣдка и встрѣчается, то это ничего не доказываетъ, такъ какъ то же самое случается и съ оспой, и съ корью и др. инфекционными болѣзнями; впрочемъ возможно, что иммунитетъ послѣ перенесенной дифтерiи исчезаетъ скорѣе, чѣмъ послѣ сыпныхъ горячекъ. Несомнѣнно, что не мало встрѣчается дѣтей, каждую зиму или осень страдающихъ жабами, сопровождающимися образованiями на миндалинахъ желтоватыхъ островковъ; но этихъ послѣднихъ, конечно, не достаточно, чтобы признавать жабу за дифтерию.

Въ виду не особенно рѣдко встрѣчающихся случаевъ спорадическихъ заболѣванiй дифтеритомъ субъектовъ, повидимому не имѣвшихъ ни малѣйшаго повода заразиться, является вопросъ о томъ, откуда въ подобныхъ случаяхъ берется бацилла Löffler'a. По гипотезѣ Roux, виновникомъ зараженiя является т. н. ложно-дифтеритный бацилла, который при нѣкоторыхъ условiяхъ, напр. благодаря симбиозу съ какими-нибудь другими микробами, можетъ приобрести патогенныя свойства и такимъ образомъ быть причиной заболѣванiя. Это предположенiе основано на томъ, что въ опытахъ Roux удавалось значительно усилить

ядовитость бациллъ, которые почти уже утратили ее, и именно посредством прививки бацилла вмѣстѣ съ рожистымъ коккомъ. Но считать этотъ вопросъ рѣшеннымъ конечно еще нельзя, такъ какъ, во-1-хъ, еще не доказано тождество ложно-дифтеритнаго бацилла съ настоящимъ, а во-2-хъ, Roux хотя и усиливалъ ядовитость мало-ядовитаго бацилла, но ему не удалось превратить ложно-дифтеритнаго бацилла въ патогеннаго.

Не рѣшенъ также вопросъ о томъ, не можетъ ли дифтеритъ передаваться человѣку отъ животныхъ. Не имѣя претензій разрѣшить этотъ спорный вопросъ, я хочу только указать на то, что, по свидѣтельству нѣкоторыхъ врачей, работавшихъ во время эпидеміи на югѣ Россіи въ 80-хъ годахъ, развитію эпидеміи дифтерита въ нѣкоторыхъ селахъ предшествовали падежи свиней, телятъ и овецъ, болѣзнь которыхъ имѣла большое сходство съ злокачественной дифтеріей людей. Такъ д-ръ *Кулешовъ* рассказываетъ, что въ одномъ изъ селъ Фатежскаго уѣзда сначала болѣли свиньи, а потомъ переболѣли дифтеритомъ 32 дѣтей и изъ нихъ 20 умерло. Въ Щигровскомъ уѣздѣ, по свидѣтельству крестьянъ, за 1/2 года до начала эпидеміи въ различныхъ селахъ, гдѣ теперь дифтеритъ, пало отъ горловой болѣзни до 600 головъ овецъ и свиней; явленія были тѣ же, что у дѣтей. Д-ръ *Унтитцъ* рассказываетъ, что въ Старооскольскомъ уѣздѣ, въ 1882 году, въ селахъ, гдѣ былъ дифтеритъ, наблюдалась большая смертность между свиньями, курами и кошками. Весьма интересный фактъ отмѣчаетъ и д-ръ *Чуриловъ* (Протоколы засѣд. земск. врач. Курской губ. 1886, стр. 155), которому не разъ приходилось наблюдать заболѣваніе людей дифтеритомъ послѣ того, какъ въ селѣ былъ падежъ животныхъ, преимущественно свиней, по всѣмъ вѣроятностямъ — отъ дифтерита. Въ с. Винниковой, Курскаго уѣзда, въ мартѣ заболѣлъ дифтеритомъ ребенокъ, который ухаживалъ за поросенкомъ, больнымъ „подваломъ“ (опухоль шейныхъ железъ). Поросенокъ этотъ околѣлъ на 3-й день болѣзни, а на 2—3-й день послѣ смерти поросенка заболѣлъ дифтеритомъ ребенокъ, бывший его нянькой, и умеръ на 3-й день болѣзни. Послѣ этого больного на селѣ наблюдалось еще нѣсколько случаевъ дифтерита.

Подобныхъ фактовъ передачи дифтерита отъ животныхъ и въ особенности отъ птицъ (попугаевъ, куръ) описано довольно много, но дѣло въ томъ, что бактериоскопическое изслѣдованіе производилось рѣдко и кажется еще ни разу не доказало при дифтеритѣ птицъ и другихъ животныхъ присутствія *Löffler'sкаго* бацилла.

При дифтеріи, какъ и при другихъ контагиозныхъ болѣзняхъ, между моментомъ зараженія и началомъ заболѣванія проходитъ извѣстное время, въ теченіе котораго ребенокъ чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Продолжительность этого *инкубационнаго періода* не отличается постоянствомъ и потому точнаго опредѣленія не допускаетъ; въ среднемъ она равняется 2—5 днямъ; всего короче, повидимому, бываетъ онъ у оперированныхъ или у имущихъ какія-нибудь раны или ссадины; за крайнія границы считаютъ отъ 1 до 18 дней, но послѣдній срокъ мало вѣроятенъ.

Припадки и теченіе.

По развитію и интенсивности симптомовъ дифтерія встрѣчается въ весьма разнообразныхъ формахъ. Попытка классифицировать эти формы на основаніи результатовъ бактериоскопическаго изслѣдованія оказалась пока невозможной. Дѣло въ томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дифтеріи бациллъ *L.* встрѣчается почти въ видѣ чистыхъ культуръ, т.-е. безъ примѣси другихъ какихъ-либо микробовъ, а въ другихъ случаяхъ онъ встрѣчается рядомъ съ другими микроорганизмами, и потому можно бы отличать чистыя формы дифтеріи и дифтеріи отъ смѣшаннаго зараженія, но такъ какъ по клиническимъ симптомамъ различать эти формы нельзя, то такая классификація не годится для клиническихъ цѣлей. Мы обращаемъ вниманіе на тяжесть болѣзни и различаемъ три главныхъ формы, но при этомъ вполне признаемъ, что между ними существуютъ всевозможные переходы. Итакъ мы признаемъ 1) легкую или катарральную, 2) среднюю или перепончатую и 3) септическую или токсическую форму дифтеріи. Нѣкоторые признаютъ нужнымъ отличать еще и четвертую форму, подъ именемъ гангренознаго дифтерита; но такъ какъ этотъ послѣдній всегда сопровождается признаками сепсиса, то отдѣлять его нѣтъ основанія ни въ цѣляхъ діагностики, ни прогностики, ни терапіи.

Большая или меньшая злокачественность дифтеріи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ зависитъ отъ разныхъ причинъ, а именно: во-первыхъ, отъ воспримчивости больного, и во-вторыхъ, отъ свойства микробовъ.

Что касается до перваго условія, то мы уже упоминали на стр. 154, что на основаніи клиническихъ фактовъ слѣдуетъ различать мѣстную и общую воспримчивость. Чѣмъ больше мѣстная воспримчивость, тѣмъ сильнѣе реагируетъ слизистая оболочка на присутствіе *L.* бацилла, т.-е. тѣмъ обширнѣе бывають пленки и тѣмъ легче распространяются онѣ по поверхности, а чѣмъ больше общая воспримчивость, тѣмъ живѣе реагируетъ организмъ на вліяніе токсина, т.-е. тѣмъ раньше и сильнѣе поражаются почки, сердце и нервная система. Мѣстная и общая воспримчивость не у всѣхъ субъектовъ развиты пропорціонально другъ другу, такъ какъ нерѣдко случается наблюдать при слабо выраженной мѣстной воспримчивости большую чувствительность къ токсину, и наоборотъ. Этимъ объясняется, между прочимъ, большое разнообразіе въ теченіи дифтерій, а также и то, что по толщинѣ и распространенности пленокъ отнюдь еще нельзя сдѣлать *вѣрнаго* заключенія о тяжести болѣзни, хотя само собою разумѣется, что при одинаковой степени общей воспримчивости у двухъ больныхъ въ болѣе опасномъ положеніи будетъ тотъ, у котораго пленки занимають большую площадь, такъ какъ вмѣстѣ съ площадью увеличивается поверхность, съ которой всасывается токсинъ. Отъ какой собственно причины зависитъ большая или меньшая степень воспримчивости, мы пока еще не знаемъ.

Что касается до свойства микробовъ, то несомнѣнно, что ядовитость *L.* бацилла въ различныхъ случаяхъ очень не одинакова и большею частію бываетъ такъ, что чѣмъ тяжелѣе случай, тѣмъ и бациллы ядовитѣе (изъ этого правила встрѣчается, конечно, не мало и исключеній, такъ какъ при слабо

выраженной воспримчивости весьма ядовитые бациллы встрѣчаются и въ самыхъ легкихъ формахъ дифтеріи). Ядовитость бацилла можетъ измѣняться отъ общества съ другими бациллами, такъ напр., мелкому кокку Brissou приписывается ослабляющее вліяніе, а стрептококкъ, напротивъ, какъ доказываютъ опыты на животныхъ, значительно усиливаетъ ядовитость бацилла L.

Къ легкой или катарральной формѣ дифтеріи относятся случаи, протекающіе подъ видомъ чисто мѣстнаго страданія, т.-е. безъ симптомовъ отравленія организма и кончающіеся выздоровленіемъ въ нѣсколько дней. Общая характеристика этой формы состоитъ въ слѣдующемъ: общее состояніе весьма удовлетворительное; при незначительномъ повышеніи температуры выраженіе и цвѣтъ лица остается нормальнымъ, какъ у здороваго, а языкъ влажнымъ и чистымъ; мѣстныя явленія развиты незначительно: слизистая оболочка зѣва и миндалинъ представляетъ скорѣе явленія катарральной жабы, чѣмъ дифтерита или крупа: на слегка покраснѣвшей слизистой оболочкѣ миндалинъ разбросаны сѣроватая или желтоватая пятнышки величиной отъ булавочной головки до чечевицы (точечный дифтеритъ); иногда эти пятнышки занимаютъ выпуклыя мѣста слизистой оболочки, иногда же, напротивъ, они помѣщаются въ углубленіяхъ или ямочкахъ, какъ при такъ-называемыхъ лагунарныхъ жабахъ (катарральная форма дифтеріи или бактериологическая дифтерія — *diphtherie bacteriologique* французскихъ авторовъ). Пятнышки занимаютъ большую часть только миндалинъ, но иногда распространяются и на мягкое нѣбо, въ особенности на заднія дужки; слизистая оболочка по сосѣдству съ экссудатомъ представляется нормальной или слегка гиперемированной, а миндалины неприпухшими; дыханіе *не вонюче*; подчелюстныя железы или нормальной величины, или нѣсколько увеличены, но во всякомъ случаѣ онѣ никогда не сливаются между собой въ объемистую опухоль и не срастаются съ кожей, а *катаются подъ пальцемъ*. Моча ежели и содержитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ бѣлокъ, то лишь въ видѣ слѣдовъ и не долго, 2—3 дня. Продолжительность болѣзни въ половинѣ случаевъ 5—6 дней, въ другой половинѣ 8—10.

Болѣзнь очень рѣдко начинается съ значительнаго жара (до 40°), обыкновенно же съ легкаго лихорадочнаго состоянія — отъ 38 до 39°, а иногда и совсѣмъ безъ повышенія температуры и почти безъ боли при глотаніи. На слѣдующій день лихорадка часто исчезаетъ совсѣмъ, отдѣльные островки въ зѣвѣ нѣсколько увеличиваются по поверхности, но не сливаются въ пленки, а на третій день начинается уже отдѣленіе экссудата и еще дня черезъ два отъ болѣзни не остается и слѣда.

Въ патолого-анатомическомъ смыслѣ только-что описанная форма ангины не можетъ быть названа не только дифтеритомъ, но даже и крупомъ, потому что никакого фибринознаго экссудата здѣсь нѣтъ, и дѣло идетъ лишь о легкомъ катаррѣ слизистой оболочки, при которомъ вслѣдствіе островиднаго возбужденія эпителия, пронизаннаго микроорганизмами, или отъ скопленія слизи въ углубленіяхъ миндалинъ, образуются бѣловато-сѣрыя или желтоватая, слегка возвышенныя пятнышки, но отдѣленія которыхъ слизистая оболочка оказывается нормальной или слегка покраснѣвшею. Къ этой же категоріи катарральной формы дифтеріи относятся и нѣкоторые случаи, такъ называемой

angine pultacée французскихъ авторовъ; болѣзнь характеризуется тѣмъ, что вся поверхность обѣихъ миндалинъ покрыта какъ бы бѣловато-желтымъ экссудатомъ, но съ тою разницей отъ дифтерита, что экссудатъ этотъ отличается большею сочностью или рыхлостью и легко снимается ватнымъ тампономъ, причемъ обнажается покраснѣвшая слизистая оболочка. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ подобныя жабы обуславливаются не бактеріемъ Löffler'a, а какими-нибудь иными микробами, но иногда онѣ имѣютъ несомнѣнно дифтерійное происхожденіе.

Перепончатая и флегмонозная форма дифтерии образуется или изъ предыдущей формы, или является самостоятельно. Переходъ точечной формы дифтеріи въ перепончатую можетъ совершаться различнымъ образомъ. Въ однихъ случаяхъ лихорадка, появившаяся въ первый день заболѣванія, не исчезаетъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, и за это время отдѣльно сидѣвшія желтовато-бѣловатыя точки, увеличиваясь по поверхности, сливаются въ болѣе или менѣе крупныя бляшки, крѣпко сидящія на слизистой оболочкѣ и состоящія изъ фибринознаго выпота; въ другихъ случаяхъ первоначальная лихорадка хотя черезъ день или два и исчезаетъ, но пятнышки остаются in statu quo въ теченіе 3—4 или даже больше дней, а потомъ вдругъ появляется новое повышеніе температуры, субъективные припадки со стороны зѣва усиливаются, и отдѣльныя пятнышки въ теченіе нѣсколькихъ часовъ превращаются въ крупозныя перепонки. Если крупозная форма развивается не изъ точечной, а самостоятельно, то болѣзнь начинается обыкновенно съ сильнаго жара (39—40°) иногда со знобомъ, и рвотой, и болью при глотаніи. Больные жалуются при этомъ, конечно, на головную боль, большую слабость, боль въ конечностяхъ и другіе субъективные спутники лихорадки. Боль при глотаніи иногда очень сильна, иногда нѣтъ; маленькія (до 4 лѣтъ) дѣти обыкновенно не жалуются на боль горла. Объективно на 1-й день болѣзни можно замѣтить лишь явленія сильной катарральной ангины: яркая краснота миндалинъ и мягкаго нѣба и болѣе или менѣе отечная припухлость этихъ частей (увеличеніе язычка); на 2-й или лишь на 3-й день при продолжающейся лихорадкѣ появляются дифтеритическія бляшки, или только на тозиллахъ, или одновременно и на нѣбныхъ дужкахъ и на язычкѣ.

Смотря по интенсивности даннаго случая, дальнѣйшее теченіе бываетъ не одинаково; въ большинствѣ случаевъ, особенно у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ, болѣзнь достигаетъ своего аспе уже на 3-й день, и послѣ того начинается улучшеніе, которое выражается вначалѣ пониженіемъ температуры, а потомъ отпаденіемъ или исчезновеніемъ (таяніемъ) пленокъ, такъ что черезъ пять дней или черезъ недѣлю наступаетъ полное выздоровленіе; но даже и въ этихъ случаяхъ остается значительная слабость непропорціональная короткому лихорадочному состоянію. Въ другихъ, болѣе тяжелыхъ случаяхъ, несмотря на паденіе температуры, или при продолжающейся значительной лихорадкѣ, болѣзнь прогрессируетъ цѣлую недѣлю или дней 10, образуя очень толстыя желтовато или бѣловато-сѣроватыя пленки, которыя занимаютъ не только миндалины, но и сосѣднія части мягкаго нѣба и язычокъ, а также заднюю стѣнку глотки. Чѣмъ сильнѣе воспаленіе, тѣмъ больше припухаютъ миндалины

и сосѣднія мягкія части (*флегмонозная форма дифтеріи*). Чрезвычайно тягостнымъ припадкомъ является въ это время скопленіе во рту тягучей, густой слюны, отхаркиваніе которой очень болѣзненно. Въ болѣе легкихъ случаяхъ замѣчается, напротивъ, образованіе жидкой слизи и обильное отдѣленіе слюны, такъ что слюнотеченіе при дифтеритѣ можетъ считаться до нѣкоторой степени хорошимъ прогностическимъ признакомъ. Постояннымъ спутникомъ подобныхъ жабъ бываетъ болѣе или менѣе значительная опухоль подчелюстныхъ и шейныхъ железъ. Опухшія железы тверды на ощупь и при давленіи болѣзненны, но елѣтчатка, ихъ окружающая, въ случаяхъ не септического дифтерита обыкновенно не представляетъ ни отека, ни инфильтраціи, или и то и другое въ самой незначительной степени, а потому железы не сливаются между собой въ объемистую опухоль. Моча часто содержитъ бѣлокъ. Въ случаяхъ дифтерита, кончающихся выздоровленіемъ, въ началѣ 2-й недѣли наступаетъ поворотъ къ лучшему: лихорадка стихаетъ совершенно, пленки какъ бы разрываются, получаютъ рѣзкія границы, значительно возвышаются надъ поверхностью слизистой оболочки и начинаютъ отдѣляться путемъ гнойной инфильтраціи ихъ основанія. По отпаденіи пленокъ, на ихъ мѣстѣ остаются отнюдь не язвы, а только весьма болѣзненные ссадины, вслѣдствіе которыхъ боль при глотаніи въ періодѣ выздоровленія можетъ сдѣлаться значительно сильнѣе, чѣмъ она была въ періодѣ образованія пленокъ. Въ это время чувствительность слизистой оболочки зѣва бываетъ иногда такъ повышена, что даже взрослые больные отказываются не только отъ помазывать зѣва чѣмъ бы то ни было, но даже и отъ пульверизацій индифферентными растворами, напр. разведенной aquae calcis, и единственно, что еще приноситъ имъ облегченіе, это теплые водяные пары. (Мнѣніе Oertel'я, по которому боль при глотаніи улучшается при первыхъ признакахъ ослабленія воспаленія и экссудаціи и черезъ 24—48 часовъ совсѣмъ исчезаетъ, справедливо далеко не для всѣхъ случаевъ, а только для тѣхъ, гдѣ пленки не отдѣляются цѣликомъ, оставляя ссадину, а постепенно растворяются). Толстыя перепонки, отпадающія сразу, представляютъ собой какъ бы слѣпокъ той поверхности, на которой онѣ сидѣли; съ язычка, напр., пленка сходитъ въ видѣ колпачка, стѣнки котораго бываютъ при случаѣ такъ упруги, что не спадаются.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дифтеритъ начинается безъ лихорадки и остается таковымъ до конца, несмотря на то, что въ зѣвѣ постоянно образуются очень обширныя отложенія крупознаго экссудата.

Въ существованіи такихъ, вполне *безлихорадочныхъ*, случаевъ крупозной формы дифтерита зѣва хотя нѣкоторые авторы и сомнѣваются, но, по моему мнѣнію, совершенно неосновательно. Какъ примѣръ подобнаго теченія дифтеріи, я могу привести дифтеритъ у двухъ братьевъ Кузнецовыхъ, 11 и 9 лѣтъ. У обоихъ дифтерія появилась первоначально въ точечной формѣ, а потомъ въ теченіе 1-й недѣли экссудатъ обожилъ всю поверхность тонзиллъ и заходилъ на заднія дужки мягкаго нѣба и отчасти на заднюю стѣнку глотки. Мальчикъ 11 лѣтъ сталъ чувствовать неловкость при глотаніи 28 октября 1881 года. Въ этотъ же день на миндалинахъ замѣчено нѣсколько бѣловато-желтоватыхъ точекъ, сидѣвшихъ на нормальной или едва покраснѣвшей слизи-

стой оболочкѣ. Больной былъ отдѣленъ отъ своего брата (который былъ переведенъ въ другую квартиру) и подвергнутъ лѣченію ингаляціями паровымъ пудвериваторомъ 2% раствора салициловаго натра и помазываніемъ зѣва 3% растворомъ карболовой кислоты.

Однако, несмотря на лѣченіе, пятна съ каждымъ днемъ увеличивались, къ концу недѣли достигли своего maximum'a, въ теченіе слѣдующей недѣли оставались *in st. quo*, а на 3-й недѣлѣ стали постепенно исчезать, какъ будто таять.

За первыя двѣ недѣли болѣзни ходъ температуры былъ слѣдующій:

	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	36,7	37,4	11-й день бол.	36,5	37,2
2-й " "	37,0	37,5	12-й " "	36,5	36,1
3-й " "	37,1	37,6	13-й " "	35,3	37,9
4-й " "	38,2	37,8	14-й " "	36,7	37,1
5-й " "	36,8	37,0	15-й " "	36,7	36,9
6-й " "	36,3	36,9	16-й " "	36,6	36,8
7-й " "	36,6	36,9	17-й " "	36,7	36,7
8-й " "	36,7	37,1	18-й " "	37,7	36,9
9-й " "	37,1	37,4	19-й " "	37,0	37,0
10-й " "	36,8	37,2			

Несмотря на изолированіе совсѣмъ въ другой домъ, 9-лѣтній братъ больного все-таки заболѣлъ дифтеритомъ и именно 5 ноября, т.-е. на 8-й день. До сихъ поръ я осматривалъ его горло каждый день, а потому начало дифтерита въ этомъ случаѣ не можетъ подлежать сомнѣнію; за аккуратное измѣреніе температуры у обоихъ братьевъ я ручаюсь вполнѣ; ходъ болѣзни былъ почти совершенно тотъ же, какъ и у 1-го больного, только пленки начали скорѣе таять, и потому болѣзнь имѣла болѣе короткое теченіе.

	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	—	37,2	7-й день бол.	37,5	37,0
2-й " "	37,4	36,5	8-й " "	37,4	36,3
3-й " "	37,1	36,7	9-й " "	37,2	36,3
4-й " "	37,9	37,3	10-й " "	37,2	36,3
5-й " "	37,4	37,6	11-й " "	37,1	36,4
6-й " "	38,0	37,0	12-й " "	37,2	36,9

Замѣчательно, что въ обоихъ случаяхъ во время разгара болѣзни, а именно у перваго на 5, 6, 7 и 8-й день и т. д., у послѣдняго по вечерамъ на 2-й и 3-й дни наблюдались даже субнормальныя температуры; то же самое я имѣлъ случай наблюдать и у нѣкоторыхъ другихъ больныхъ и, между прочимъ, у своихъ собственныхъ дѣтей. Нѣсколько подобныхъ случаевъ приводить и докторъ Иваницъ („Дифтеритъ въ Тамбовѣ въ 1880 году“), напр. случаи подъ номерами 30, 31, 32 и 43. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, у мальчика, 10 лѣтъ, утренняя температура стояла на 36, а вечеромъ не поднималась выше 36,4. Налетъ на лѣвой миндалинѣ сошелъ на 7-й день. Это обстоя-

тельство въ связи съ тѣмъ общезвѣтнымъ фактомъ, что часто и въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи наблюдаются несоразмѣрно низкія температуры и что въ случаяхъ средней силы высокія температуры наблюдаются только въ первые 2—3 дня болѣзни, а дальнѣйшее развитіе пленокъ идетъ почти безъ лихорадки, производитъ впечатлѣніе, будто дифтерійный ядъ обладаетъ свойствомъ дѣйствовать на температуру понижающимъ образомъ, вслѣдствіе чего температура при немъ вообще бываетъ ниже, чѣмъ при паренхиматозныхъ и даже при простыхъ катарральныхъ ангинахъ*). Аналогичное дѣйствіе оказываетъ и тифозный ядъ, но только не на температуру, а на пульсъ. Безлихорадочные, или почти безлихорадочные случаи дифтеріи отличаются еще тою особенностью, что имѣютъ склонность затягиваться на довольно продолжительное время, такъ что рѣдко кончаются ранѣе двухъ недѣль, а иногда принимаютъ даже какъ бы хроническое теченіе, причемъ на мѣстѣ отдѣлившихся пленокъ образуются новыя, такъ что болѣзнь тянется цѣлый мѣсяцъ и дольше. Къ подобнымъ случаямъ *хроническаго дифтерита* можно отнести случай *рецидивирующаго* дифтерита, когда экссудатъ при новомъ легкомъ лихорадочномъ состояніи появляется, напр., черезъ недѣлю послѣ полного исчезновенія налета. Примѣромъ подобнаго теченія можетъ служить дифтеритъ у только что приведеннаго мальчика Кузнецова. Дифтеритъ начался у него 28 октября, послѣдніе слѣды экссудата исчезли 16 ноября, а въ 20 числахъ ноября онъ получилъ дифтеритъ снова и хворалъ имъ 12 дней, причемъ лихорадочное состояніе наблюдалось только 3 дня:

	Утро.	Веч.		Утро.	Веч.
1-й день бол.	38,3	39,3	7-й день бол.	37,2	37,3
2-й " "	38,3	38,9	8-й " "	37,2	37,3
3-й " "	38,4	38,0	9-й " "	36,8	36,9
4-й " "	37,6	37,7	10-й " "	36,9	36,8
5-й " "	37,7	37,5	11-й " "	36,6	37,0
6-й " "	37,5	37,3	12-й " "	36,8	—

Seitz въ своей монографіи тоже приводитъ такіе случаи хроническаго дифтерита.

Но всего подробнѣе они описаны Cadet de Gassicourt'омъ (1. с., стр. 298—317) подъ именемъ *diphtherie à forme prolongée*. Онъ понимаетъ подъ этимъ названіемъ случаи дифтеріи, продолжающіеся дольше нормальнаго максимальнаго срока, принимаемаго имъ въ 31 день; дольше этого дифтеритъ затягивается лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а эти-то исключительные случаи и есть ни что иное какъ *diphtherie à forme prolongée*; отъ обыкновенныхъ случаевъ они отличаются, помимо своей продолжительности и полного отсутствія симптомовъ общей инфекціи, еще тѣмъ, что мѣстныя проявленія дифтеріи не оказываютъ склонности распространяться по поверхности, такъ

*) Припомнимъ кстати, что въ опытахъ d'Espine и Maignac'a введеніе подъ кожу кролика и морскимъ свинкамъ дифтеритныхъ палочекъ сплошь и рядомъ вызывало не повышеніе температуры, а значительное пониженіе ея.

какъ ложныя оболочки постоянно рецидивируютъ на одномъ и томъ же мѣстѣ. Тождество этихъ случаевъ съ обыкновенною дифтеріей доказывается, во-1-хъ, тѣмъ что они происходятъ подъ вліяніемъ дифтерійнаго контакта, и, во-2-хъ, тѣмъ, что въ своемъ началѣ они ничѣмъ не отличаются отъ случаевъ дифтеріи средней силы; но въ періодъ выздоровленія, когда общее состояніе возвращается къ нормѣ и когда пленчатый экссудатъ начинаетъ уже исчезать, оказывается, что въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ (напр. на губѣ, въ носу, гортани и проч.) дифтеритическій экссудатъ упорно возвращается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и даже мѣсяцевъ, но поддерживается ли онъ бактеріями *L.* или какими-либо другими микробами, это пока еще не выяснено.

Cadet de Gassicourt различаетъ двѣ формы затянувшася дифтерита: 1) дифтерія безъ крупа и 2) затянувшійся крупъ. Какъ замѣчательный примѣръ первой группы, онъ приводитъ случай Isambert: ординаторъ больницы заразился дифтеріей во время производства трахеотоміи; ложныя оболочки занимали сначала зѣвъ и носъ; отдѣленіе перепонокъ и ослабленіе лихорадки началось на 16-й день и вскорѣ послѣ того больной выздоровѣлъ совсѣмъ, за исключеніемъ лишь того, что на слизистой оболочкѣ носа постоянно появлялись новыя пленки на мѣстѣ отпавшихъ. Чтобъ избавиться отъ непріятнаго недуга, больной предпринялъ путешествіе по Европѣ, но, несмотря на перемѣну климатовъ и образа жизни, онъ вылѣчился не ранѣе, какъ черезъ 9 мѣсяцевъ.

Затянувшійся крупъ авторъ дѣлитъ на 3 класса: 1) случаи затянувшася крупа съ исходомъ въ выздоровленіе *безъ операціи*. Эти случаи крайне рѣдки. Cad. de Gas. не видалъ неоперированнаго крупа, продолжавшагося до выздоровленія дольше 26 дней. Sanné наблюдалъ по одному случаю крупа въ 27, 32 и 60 дней.

2) Случаи затянувшася крупа съ исходомъ въ выздоровленіе послѣ операціи. Очень рѣдко случается, чтобы крупъ, прогрессируя въ своемъ развитіи, не потребовалъ трахеотоміи до 11-го дня. Изъ 393 трахеотомій, произведенныхъ Sanné, только 3 операціи были сдѣланы на 9-й, 10-й и 11-й дни. Cad. de Gas. изъ 479 трахеотомій оперировалъ по разу на 18-й, 23-й и 43-й день. Изъ нихъ только послѣдній относится къ случаямъ *à forme prolongée*. Несравненно чаще встрѣчаются:

3) Случаи крупа затянувшіеся послѣ операціи. Cad. de Gas. наблюдалъ 5 таковыхъ. Постоянное образованіе новыхъ пленокъ въ гортани и трахеѣ препятствовало удаленію канюли въ теченіе 41, 66, 68, 82 и 150 дней.

Легкіе случаи дифтеріи служатъ лучшими указателями на безсиліе нашихъ терапевтическихъ средствъ, такъ какъ, несмотря на свою кажущуюся легкость, они съ замѣчательнымъ упорствомъ противостоятъ различнымъ способамъ приложенія мѣстныхъ средствъ, каковы: прижиганія ляписомъ *in subst.*, присыпка салициловой кислотой, помазванія 3% растворомъ карболовой кислоты, пульверизація и проч.

Какъ уже сказано, легкая форма дифтеріи можетъ угрожать жизни только при распространеніи пленокъ на гортань. На частоту пораженія послѣдней оказываютъ большое вліяніе, во-1-хъ, возрастъ пациента и, во-2-хъ, распро-

страненность перепонокъ. Чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ большую поверхность занимаютъ крупозныя перепонки, тѣмъ скорѣе можно опасаться пораженія гортани. У дѣтей до 2 лѣтъ такой исходъ можно считать почти за правило. Время пораженія гортани очень различно: 3—9 дней, рѣдко позднѣе. Гортань поражается какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ и въ септическихъ формахъ дифтерии, съ тою только разницею, что при первыхъ картина стеноза выражается яснѣе, такъ какъ больной не такъ скоро умираетъ, какъ при септической формѣ.

Первые симптомы пораженія гортани бываютъ не рѣзки; дѣло начинается явленіями катарра гортани въ видѣ хрипоты голоса и короткаго, хриплаго, какъ бы лающего кашля (крупозный кашель), но сначала безъ затрудненнаго дыханія. Этотъ начальный или, какъ его называютъ, продромальный періодъ дифтерита гортани постепенно, въ теченіе 2—3 дней, переходитъ въ періодъ стеноза, причемъ хрипота голоса и кашель усиливается, послѣдній дѣлается нѣсколько чаще, и, что особенно характерно для этого періода, появляется затрудненное дыханіе, въ смыслѣ *инспираторной одышки*, т.-е. вдыханіе удлиняется и совершается съ трудомъ, а выдыханіе остается довольно свободнымъ. Такъ какъ инспираторная одышка обусловливается суженіемъ просвѣта гортани, вслѣдствіе воспалительной припухлости слизистой оболочки и отложенія фибриновыхъ пленокъ, то при вдыханіи, т.-е. при расширеніи грудной клѣтки, въ легкое не успѣваетъ войти столько воздуха, сколько образуется въ грудной полости пустого пространства, а потому уступчивыя мѣста грудной клѣтки подъ вліяніемъ атмосфернаго давленія втягиваются, а прохожденіе воздуха черезъ суженное мѣсто въ гортани вызываетъ характерныя шипащія или слегка свистащія звуки. Чѣмъ глубже вздохъ, т.-е. чѣмъ сильнѣе расширяется грудная [клѣтка, тѣмъ больше разрѣжается воздухъ и тѣмъ сильнѣе втягиваются надключичныя и яремныя ямки, *scrob. cordis* и мѣста прикрѣпленія діафрагмы. Въ началѣ періода стеноза, несмотря на нѣкоторую степень суженія гортани, больной получаетъ еще достаточно воздуха, чтобы не скопилось избыточнаго количества углекислоты въ крови, а потому больной на одышку не жалуется, дыханіе его не учащено и ребенокъ покоенъ; но съ каждымъ днемъ стенозъ усиливается, а вмѣстѣ съ нимъ и всѣ другіе припадки; воздухъ проходитъ въ легочныя ячейки въ недостаточномъ количествѣ, въ крови начинаетъ скопляться избытокъ углекислоты, и больной, чувствуя одышку, дѣлается безпокоенъ. Это безпокойство, выражающееся тѣмъ, что больной мечется въ постели, просится то на руки няньки, то опять въ кровать, — словомъ не находитъ мѣста, закидываетъ назадъ голову, хватается за шею и т. п. служить признакомъ приближенія 3-го и послѣдняго періода — асфиксїи. При полномъ развитіи послѣдняго періода, который рѣдко продолжается долѣе 24—48 часовъ, ребенокъ, видимо, ослабѣваетъ и дѣлается покойнѣе вслѣдствіе сонливости, дыханіе его поверхностно и слегка учащено и потому втягиваніе менѣе замѣтно, конечности холодѣютъ, губы и окружности глазъ синѣютъ въ то время, какъ лицо покрывается мертвенною блѣдностью; на лбу часто выступаетъ потъ; въ концѣ развивается общая анестезїя покрововъ и вскорѣ за тѣмъ смерть. Иногда среди сонливости больной вдругъ опять вска-

живаешь, мечется отъ недостатка воздуха, но послѣ того скоро опять успокоивается и иногда немедленно умираетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной умираетъ уже во 2-мъ періодѣ, среди вдругъ развившагося приступа задушенія. Продолжительность болѣзни съ момента появленія симптомовъ со стороны гортани бываетъ тѣмъ короче, чѣмъ моложе ребенокъ, — въ среднемъ отъ 2 до 5 дней, въ исключительныхъ случаяхъ до 9—12 дней.

Не всегда, конечно, крупъ проходитъ черезъ всѣ три періода, онъ можетъ остановиться уже на первомъ періодѣ; при лѣченіи дифтеріи сывороткой подобныя *абортивныя крупы* — *roup fruste* — встрѣчаются очень не рѣдко, что слѣдуетъ приписать обрывающему влиянію сыворотки.

Септическая форма дифтеріи отличается отъ предыдущей какъ по характеру мѣстныхъ явленій, такъ и по общему состоянію организма. При осмотрѣ зѣва нельзя не замѣтить особенно грязнаго, а при кровоизліяніяхъ даже чернаго цвѣта пораженныхъ частей и значительной вони изъ рта; во рту скопляется чрезвычайно вязкая, липкая, буроватаго цвѣта слизь, крѣпко пристающая къ языку и твердому нѣбу; языкъ и вообще слизистая оболочка рта сухи, губы часто въ трещинахъ, которыя, какъ и углы губъ, покрываются дифтеритическимъ экссудатомъ. Далѣе характерно значительное поражение шейныхъ лимфатическихъ железъ и окружающей ихъ клетчатки; особенно характеренъ *отекъ шейной клетчатки*, который въ рѣзкой формѣ встрѣчается только при септическомъ дифтеритѣ зѣва, но несвойствененъ скарлатинозному дифтериту. Отекъ этотъ преобладаетъ нерѣдко въ такой степени надъ инфльтраціей собственно железистой ткани, что опухоль на ощупь является совсѣмъ мягкой; иногда эта отечная припухлость быстро распространяется по шеѣ внизъ, такъ что въ сутки можетъ дойти до sternum и до ключицъ, а еще черезъ день до scrobiculum cordis, хотя больные умираютъ обыкновенно раньше. По моимъ наблюденіямъ, рѣзко выраженный отекъ шейной клетчатки при дифтеритѣ, если больного не лѣчатъ сывороткой, а иногда даже несмотря на это лѣченіе, всегда служитъ предвѣстникомъ близкой смерти, которая наступаетъ въ такихъ случаяхъ не позже 48 часовъ, а часто даже и раньше, особенно въ томъ случаѣ, если на кожѣ, покрывающей опухоль, замѣчается рожистая краснота. Летальный исходъ неизбежно наступаетъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ септическое зараженіе организма выражено совсѣмъ не рѣзко: больной при этой отечной опухоли можетъ быть настолько бодрымъ, что сидитъ въ постели и сохраняетъ вполне сознание, такъ что на отравленіе крови указываетъ только альбуминурія, почти никогда не отсутствующая въ подобныхъ случаяхъ, да слабость пульса. Такіе случаи приводятся иногда въ видѣ примѣровъ быстрого и неожиданнаго наступленія смерти послѣ вприскиванія сыворотки. Въ большинствѣ случаевъ, однако, habitus больного при септическомъ дифтеритѣ измѣняется значительно: вслѣдствіе пораженія слизистой оболочки носа замѣчается истеченіе изъ ноздрей разѣдающей кожу губъ слизисто-гношной или кровянистой жидкости, ссадины ноздрей и верхней губы покрываются дифтеритическимъ экссудатомъ, одутловатое и блѣдное лицо больного выражаетъ большую слабость, пульсъ слабъ и иногда замедленъ, конечности холодны, лихорадка не сильна, или температура падаетъ даже ниже

нормы; сознание, несмотря на апатию или сонливость, сохраняется обыкновенно до самой смерти, или же за несколько часов наступает безпамятство и бред. Къ числу самыхъ опасныхъ формъ относятся геморрагическій и гипертоксическій дифтеритъ, въ теченіе котораго появляются кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ (всею чаще изъ носа) и подъ кожу; при вскрытіяхъ находятъ геморрагическіе фокusy въ разныхъ паренхиматозныхъ органахъ и на серозныхъ оболочкахъ.

Если септический дифтеритъ развивается не изъ обыкновенной формы, а является таковымъ съ самаго начала, то онъ ведетъ къ смертельному исходу чрезвычайно быстро, напр. въ 36—48 часовъ (*гипертоксическая форма*), но чаще черезъ 3—5 дней. Судя по тому, что смерть при дифтеріи вообще чаще наступаетъ въ теченіе первой недѣли, слѣдуетъ заключить, что общее отравленіе организма, характеризующее септическую форму дифтеріи, въ большинствѣ случаевъ развивается съ самаго начала. Изъ 112 смертныхъ случаевъ, прошедшихъ черезъ руки Cadet de Gass., въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ умерло двое, отъ 3 до 5 дней — 58, отъ 6 до 10 дней — 42 и отъ 11 до 31 дня — 10. Въ бактеріоскопическомъ отношеніи случаи септической дифтеріи относятся обыкновенно къ категоріи смѣшанныхъ инфекцій; въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ большею частью о совмѣстномъ дѣйствиіи бацилла L. и стрептококка, но отнюдь нельзя сказать, что злокачественная дифтерія *всегда* протекаетъ при участіи стрептококка; несомнѣнно, что бацилла L. иногда обладаетъ такой ядовитостью, что быстро вызываетъ значительный отекъ шейной кльѣтчатки и въ 2—3 дня — смертельный исходъ. Съ другой стороны нельзя также утверждать, что стрепто-дифтерія всегда протекаетъ въ видѣ тяжелаго заболѣванія, такъ какъ во многихъ случаяхъ, несмотря на присутствіе въ пленкахъ рядомъ съ бациллами L. еще и стрептококка, дифтерія протекаетъ въ видѣ легкой мѣстной болѣзни.

Какъ образецъ гипертоксической формы приведемъ слѣдующій случай: мальчикъ, 11 лѣтъ, сталъ жаловаться на боль при глотаніи утромъ 2 февраля; наканунѣ онъ былъ совершенно здоровъ и веселъ; вмѣстѣ съ болью горла появился жаръ, а къ вечеру распухли подчелюстные железы; утромъ 3 февраля мальчикъ поступилъ въ больницу. Очень распухшія и легко кровоточившія миндалины, а также мягкое нѣбо и язычокъ были покрыты толстыми, сѣровато-грязнаго цвѣта бляшками; выдыхаемый воздухъ отличался гангренознымъ запахомъ, изъ ноздрей истекала кровависто-слизистая жидкость; на лѣвой сторонѣ шеи значительная отечная опухоль подкожной кльѣтчатки; въ мочѣ много бѣлка; общіе симптомы состояли въ чрезвычайной пристраціи и безпокойствѣ, едва ощутимомъ пульсѣ при $t^{\circ} 39,4^{\circ}$; лицо было блѣдное и одутловатое. Вечеромъ больной умеръ при явленіяхъ полнаго упадка силъ.

Исходъ въ выздоровленіе въ благоприятныхъ случаяхъ дифтеріи обуславливается тѣмъ, что организмъ имѣетъ способность вырабатывать противоядіе противъ токсина и такимъ образомъ дѣлается воспримчивымъ къ вліянію бацилла, несмотря на то, что въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени послѣ выздоровленія въ зѣвѣ можно доказать присутствіе вполне ядовитаго бацилла. Невоспримчивость къ дифтеріи вырабатывается постепенно а потому и выздоровленіе наступаетъ медленно.

Дифтеритъ не всегда начинается съ зѣва, онъ можетъ поражать первично слизистую оболочку носа, или гортани, или конъюнктиву. *Первичный дифтеритъ носа* всего чаще встрѣчается у дѣтей грудного возраста и оказывается чрезвычайно опаснымъ для нихъ, такъ какъ онъ распространяется обыкновенно книзу и часто ведетъ къ сепсису. Болѣзнь протекаетъ въ видѣ лихорадочнаго насморка, вначалѣ обыкновенно односторонняго, съ выдѣленіемъ ѣдкой слизи; въ ноздряхъ иногда видны ложныя перепонки, въ случаяхъ же ихъ локализациі въ заднихъ частяхъ носа удается получить ихъ при спринцеваніи.

У дѣтей старшаго возраста чаще встрѣчается *перепончатый насморкъ* (*rhinitis membranacea*) *доброкачественнаго характера*. Во многихъ случаяхъ, какъ показало бактеріоскопическое изслѣдованіе, въ перепонкахъ не содержится бациллоу L., а только различнаго рода кокки, — слѣдовательно, подобные насморки, не имѣющіе дифтерійнаго происхожденія, аналогичны ложно-дифтеритнымъ жабамъ. Подобно этимъ послѣднимъ, *ложно-дифтеритный насморкъ* (извѣстный также подъ именемъ первичнаго крупа носа) кончается выздоровленіемъ въ нѣсколько дней, напротивъ того настоящій дифтеритъ носа, хотя бы и въ чисто мѣстной и доброкачественной формѣ, тянется обыкновенно долго, примѣрно недѣли 2—3.

Дифтеритъ *рта* (языкъ, щеки, твердое небо) и *половыхъ органовъ* встрѣчается только въ злокачественныхъ случаяхъ дифтеріи, но поражение дифтеритомъ обнаженныхъ отъ эпидермиса участковъ *кожи*, напр. экзематозныхъ сыпей, ранъ, гноящейся поверхности послѣ мушки и проч. принадлежитъ къ зауряднымъ явленіямъ. Если дифтеритъ занимаетъ нормальную, т.-е. неповрежденную кожу, то въ такихъ случаяхъ, по описанію Seitz'a (монографія, стр. 359) на нѣкоторыхъ мѣстахъ поверхности тѣла появляются красныя, слегка болѣзненные пятна, неправильной или кругловатой формы и различной величины. Вскорѣ на срединѣ пятна появляется бѣловатое или желтоватое возвышеніе, напоминающее сначала волдырь кропивной сыпи, а потомъ пузырь при пемфигусѣ. Позднѣе на мѣстѣ волдыря или пузыря образуется корка, а по отпаденіи ея получается язва, края и дно которой выложены дифтеритическимъ экссудатомъ. Seitz приводитъ весьма интересный случай дифтерита кожи у мужчины 40 лѣтъ, у котораго первое пятно явилось на лбу на 3-й день дифтерита средней силы; на слѣдующій день на лѣвомъ локтѣ, еще черезъ день пониже лѣваго соска, т.-е. все на такихъ мѣстахъ, что о пролежняхъ не могло быть и рѣчи. Въ этомъ случаѣ интересно также и раннее появленіе дифтерита кожи, тогда какъ большею частью кожа поражается лишь въ позднѣйшемъ періодѣ дифтерита. Характеръ эпидеміи, какъ кажется, значительно вліяетъ на частоту пораженія кожи, потому что извѣстно, что въ нѣкоторыя эпидеміи особенно часто поражались дифтеритомъ пальцы рукъ или ногъ. Дифтеритъ пальцевъ появляется въ различное время отъ начала дифтерита въ зѣвѣ и присоединяется не къ однимъ лишь тяжелымъ случаямъ. Colimani (цитировано у Seitz'a, стр. 365) наблюдалъ эту своеобразную локализацию дифтерита даже за нѣсколько дней до пораженія зѣва. Обыкновенно прежде всего поражалась послѣдняя фаланга большого пальца той или другой ноги, рѣже какого-нибудь пальца на рукѣ. Дѣло начиналось съ красноты и болѣз-

ненной припухлости ногтевой фаланги, а потомъ близъ края ногтя показывалась желтоватая, вонючая жидкость, и весь ноготь окружался, наконецъ, изъязвленіемъ, покрытымъ дифтеритическимъ экссудатомъ. Изъ 200 случаевъ дифтерита, наблюдавшихся Colimani, поражение пальцевъ встрѣтилось 50 разъ. Kornmüller тоже наблюдалъ дифтеритъ пальцевъ въ самомъ началѣ заболѣванія и иногда даже раньше пораженія зѣва. По его описанію, прежде всего появляется какъ бы ограниченное флегмонозное воспаленіе на томъ или другомъ пальцѣ, которое сопровождается рѣзко выраженными общими явленіями и скоро ведетъ къ образованію абсцесса, по вскрытіи котораго оказывается, что основаніе его выложено салыннымъ налетомъ; дифтеритъ зѣва въ нѣкоторыхъ случаяхъ присоединялся лишь на 14-й день; заживленіе фаланговыхъ язвъ шло очень медленно и кончалось не ранѣе исчезанія дифтеріи зѣва. Подобные случаи первичной дифтеріи кожи принадлежать къ большимъ рѣдкостямъ и намъ не попадались ни разу.

Дифтерія начинается иногда минуя зѣвъ и носъ съ другихъ слизистыхъ оболочекъ, напр. конъюнктивы (у Hirschberg'a изъ 16 случаевъ дифтерита въѣкъ, первичный дифтеритъ конъюнктивы встрѣтился 5 разъ) губъ, крайней плоти, labia major. и вообще всѣхъ слизистыхъ оболочекъ, доступныхъ воздуху.

Послѣдовательныя болѣзни и осложненія.

Внезапная смерть въ теченіе дифтерита или въ періодѣ выздоровленія принадлежитъ къ числу самыхъ неприятныхъ и, въ сожалѣнію, не особенно рѣдкихъ послѣдствій дифтеріи. У Cadet de Gassicourt'a изъ 425 случаевъ дифтеріи, съ исходомъ въ выздоровленіе, параличъ сердца наступилъ 15 разъ, въ томъ числѣ 2 раза послѣ доброкачественной формы (изъ 155 случ.), 9 разъ послѣ тяжелаго септического дифтерита (изъ 135 случ.) и послѣ крупа съ исходомъ въ выздоровленіе безъ операціи или послѣ трахеотоміи 4 раза (изъ 135 случ.). Изъ этихъ данныхъ видно, что подобный исходъ свойствененъ преимущественно лишь тяжелымъ случаямъ. Въ септическихъ случаяхъ дифтеріи, протекающей съ отекомъ шейной вѣтчатки, внезапная смерть нерѣдко наступаетъ уже въ теченіе первыхъ дней болѣзни, при сравнительно хорошемъ состояніи силъ больного; непосредственнымъ поводомъ къ такому исходу можетъ служить быстрый переходъ въ вертикальное положеніе или вообще какое-нибудь движеніе больного. Чаше внезапная смерть наступаетъ въ періодѣ выздоровленія, когда всѣ мѣстные симптомы дифтерита уже исчезли или исчезаютъ и больной готовится оставить постель, хотя остается еще слабымъ и блѣднымъ. Въ большинствѣ случаевъ параличу сердца предшествуетъ дифтеритическій параличъ мягкаго нѣба или и другихъ мышцъ; нерѣдко непосредственно передъ наступленіемъ сердечной слабости появляется рвота и сильная боль живота. Причиной несчастнаго исхода считается въ настоящее время, согласно анатомо-патологическимъ изслѣдованіямъ Birsch-Hirschfeld'a и Leyden'a, miocarditis съ исходомъ въ жировое перерожденіе сердца, какъ результатъ вреднаго дѣйствія дифтерійнаго яда на сердечную мышцу. По наблюденіямъ L. этотъ миокардитъ характеризуется межмышечнымъ размноженіемъ ядеръ, съ оставленіемъ атро-

фическихъ гнѣздъ и жировымъ перерожденіемъ мышечныхъ волоконъ. Замѣчательно однако, что при жизни этотъ дифтерійный кардитъ во многихъ случаяхъ не выражается никакими симптомами сердечной слабости: толчокъ сердца остается довольно сильнымъ, пульсъ нормальной частоты и среднего наполненія. Въ подобныхъ случаяхъ результаты вскрытія хотя и даютъ возможность опредѣлить причину смерти пациента, но они рѣшительно недостаточны для объясненія ея *внезапности*, такъ что невольно приходится допустить вмѣстѣ съ Непосн'омъ вліяніе еще и другой, чисто нервной причины, именно паралича блуждающаго нерва или сердечныхъ узловъ, что тѣмъ болѣе вѣроятно, что жировое перерожденіе сердца или міокардита встрѣчается въ трупахъ внезапно умершихъ дифтеритиковъ далеко не всегда въ одинаковой степени развитія; иногда, напр., сердце уже при макроскопическомъ обслѣдованіи представляется драблымъ, мышца его желтоватаго цвѣта и ломка, въ другихъ случаяхъ пораженіе сердечной мускулатуры, можетъ быть открыто лишь микроскопомъ; наконецъ встрѣчаются и такіе случаи, когда и микроскопическое изслѣдованіе не даетъ достаточно данныхъ для объясненія внезапнаго прекращенія сердечной дѣятельности. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Hesse (Jahrb. f. Kinderh. 36, S. 20), внезапная смерть не зависитъ ни отъ жирового перерожденія мышцы сердца, ни отъ интерстиціального міокардита, ни отъ пораженія сосудовъ, такъ какъ въ свѣжихъ случаяхъ ничего этого нѣтъ, а для объясненія паралича сердца остается допустить либо молекулярныя измѣненія сердечной мышцы или параличъ сердечныхъ нервовъ.

Не слѣдуетъ думать, что параличъ сердца при дифтеритѣ или послѣ него *всегда* наступаетъ внезапно, напротивъ того, во многихъ случаяхъ, особенно у дѣтей старше 5 лѣтъ, симптомы сердечной слабости довольно ясно выступаютъ еще задолго до наступленія смертельнаго исхода. Еще болѣе встрѣчается такихъ случаевъ, когда симптомы ослабленной дѣятельности сердца, при надлежащемъ содержаніи больного, черезъ нѣсколько дней или недѣль мало-по-малу исчезаютъ, и больной выздоравливаетъ.

Самымъ раннимъ признакомъ въ такихъ случаяхъ является очень *малый и легко сдавимый пульсъ*, который черезъ нѣсколько часовъ дѣлается очень частымъ и неправильнымъ. Одновременно съ измѣненіемъ пульса замѣчается иногда раздвоеніе 1-го тона (галоппный ритмъ), увеличеніе сердечной тупости вправо и ослабленіе толчка сердца; тоны остаются чистыми, но слабѣе чѣмъ въ нормѣ; нерѣдко съ первымъ временемъ при верхушкѣ слышится легкій дующій шумъ. На субъективныя ощущенія со стороны сердца дѣти обыкновенно не жалуются; во многихъ случаяхъ печень значительно припухаетъ, доходя иногда до пупка.

Изъ другихъ симптомовъ особеннымъ постоянствомъ отличаются общая слабость, *полная потеря аппетита*, доходящая до отвращенія отъ пищи, дальѣ *сонливость* и *анатія*; по Unruh (Jahrb. f. Kinderh. XX. В. 1883) никогда также не отсутствуетъ и *альбуминурия* *). По его наблюденіямъ, симптомъ этотъ въ случаяхъ, кончающихся выздоровленіемъ, исчезаетъ раньше, чѣмъ

*) По правило это допускаетъ исключенія.

слабость и частота пульса, а потому прекращение альбуминурии имѣетъ весьма благоприятное прогностическое значеніе.

Предохранительное лѣченіе сердечной слабости требуетъ заботъ врача о поддержаніи силъ больного съ самаго начала заболѣванія дифтеритомъ, при помощи питательной діеты, вина и желѣза. При наступленіи сердечныхъ симптомовъ лучшимъ средствомъ, кромѣ смѣлыхъ приемовъ вина, по наблюденіямъ Unruh, является камфора (въ эмульсіи изъ 8 гр. на 3 унціи) и t-га per vino-top Bestusch., но важнѣе всего, конечно, абсолютный покой душевный и тѣлесный. Baginski особенно хвалитъ вдыханія кислорода; этимъ средствомъ ему удавалось спасать больныхъ, представлявшихъ даже Cheynestokes'ское дыханіе.

Что въ числѣ причинъ внезапной смерти при дифтеритѣ, помимо жирового перерожденія сердечной мышцы, играетъ роль и поражение блуждающаго нерва (paralysis n. vagi), на это указываютъ клиническіе случаи, въ которыхъ рядомъ съ сердечною слабостью выступали еще и симптомы со стороны легкихъ и желудка, т.-е. тѣхъ органовъ, въ иннервации которыхъ принимаетъ участіе n. vagus. Изъ этихъ трехъ группъ припадковъ всего чаще отсутствуютъ желудочные симптомы, но въ случаяхъ вполне выраженныхъ сцена открывается именно съ нихъ. Больной, достигшій періода выздоровленія, но представляющій какіе-нибудь параличи, въ особенности *параличъ мягкаго нѣба*, вдругъ начинаетъ жаловаться на сильную *боль живота* и съ нимъ дѣлается *рвота*; ребенокъ мечется въ постели, лицо его выражаетъ тоску, дыханіе болѣе или менѣе затруднено, иногда до степени сильной диспноэ, при отрицательныхъ результатахъ изслѣдованія груди; *пульсъ* или замедленъ (до 60—40 ударовъ), или очень учащенъ (160—180), но во всякомъ случаѣ онъ *малъ, слабъ, неправильенъ*, хотя тоны сердца и сердечная тупость остаются нормальными; въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчается расширеніе сердечной тупости вправо, пульсация подъ ложечкой и увеличеніе печени отъ пассивной гипереміи; что особенно бросается въ глаза, такъ это рѣзко выраженная блѣдность лица съ цианотическимъ оттѣнкомъ; температура тѣла остается нормальной, но конечности замѣтно холодѣютъ, сознаніе сохранено вполне. Почти всегда наступаетъ смертельный исходъ и притомъ обыкновенно быстро: черезъ нѣсколько часовъ; сравнительно рѣдко больной переживаетъ 1—2 дня, но если припадки являются въ видѣ пароксизмовъ, раздѣленныхъ свободными промежутками, то дѣло можетъ затянуться на нѣсколько дней и даже окончиться выздоровленіемъ.

Дифтеритическіе параличи встрѣчаются не особенно рѣдко, но частота ихъ въ различныхъ эпидеміяхъ не одинакова; изъ 425 случаевъ дифтеріи, кончившихся выздоровленіемъ, послѣдовательные параличи въ наблюденіяхъ Cadet de Gassicourt'a (l. c. стр. 340) появилось у 101 (23%); по статистикѣ другихъ авторовъ, не исключавшихъ летальныхъ случаевъ, т.-е. такихъ, въ которыхъ параличи не успѣвали развиваться, процентъ, конечно, меньше, такъ напр. у Roger 16,6 (36 изъ 210), у Sanné — 11 (155 изъ 1382), у Mansord'a — 10 (111 изъ 1117), у Seitz'a только 5 (39 изъ 600); если бы Cadet de Gassicourt не исключилъ изъ своей статистики около 450 смертельныхъ случаевъ, то процентъ для параличей въ его наблюденіяхъ былъ бы только 13.

Дифтеритическіе параличи развиваются какъ послѣ легкихъ, такъ и послѣ тяжелыхъ случаевъ дифтеріи, какъ послѣ случаевъ, протежавшихъ съ альбуминуріей, такъ и *безъ нея*. По этому поводу Cadet de Gassicourt даетъ слѣдующія статистическія данныя, относящіяся къ случаямъ дифтеріи съ исходомъ въ выздоровленіе: изъ 155 случаевъ доброкачественной дифтеріи параличъ появился у 28 (18%), т.-е. у одного изъ 5,6 заболѣвшихъ; изъ этихъ 28 выздоровѣло 26, а умерло двое. Слѣдовательно, изъ 77 человекъ, перенесшихъ легкую форму дифтеріи, одинъ умираетъ отъ послѣдовательныхъ параличей.

Изъ 135 случаевъ тяжелой и токсической дифтеріи параличъ появился у 30 (22%), т.-е. у одного изъ 4,5 заболѣвшихъ. Изъ нихъ выздоровѣло 20, умерло 10, слѣдовательно изъ 13 перенесшихъ тяжелую форму дифтеріи одинъ умираетъ потомъ отъ паралича.

Изъ 135 случаевъ оперированнаго или неоперированнаго крупа параличъ развился у 45 (31%), т.-е. у одного изъ трехъ счастливо перенесшихъ крупъ. Изъ нихъ выздоровѣло 35, умерло 8, слѣдовательно 1 изъ 17 перенесшихъ крупъ умираетъ потомъ отъ паралича. Итакъ, параличъ послѣ легкой формы дифтеріи встрѣчается нѣсколько рѣже, чѣмъ послѣ тяжелой (въ 18% вмѣсто 22%) и притомъ въ первомъ случаѣ онъ гораздо безопаснѣе, такъ какъ большею частью ограничивается только мягкимъ небомъ (въ первой категоріи умираетъ 1 изъ 13, а во второй 1 изъ 3). Послѣ крупа послѣдовательный параличъ встрѣчается чаще, чѣмъ даже послѣ тяжелой дифтеріи (32% вмѣсто 22%), но смертность при немъ меньше (умираетъ 1 изъ 4,5 вмѣсто 1 изъ 3).

Вообще говоря, параличи начинаются тѣмъ раньше, чѣмъ сильнѣе былъ дифтеритъ; въ тяжелыхъ случаяхъ раннее появленіе паралича совпадаетъ съ появленіемъ альбуминуриі или даже нефрита (цилиндры) и нерѣдко кончается параличомъ сердца. Послѣ среднихъ по силѣ случаевъ параличи развиваются позднѣе и медленнѣе и въ случаѣ обширнаго распространенія угрожаютъ параличомъ діафрагмы (диспноэ, слабый кашель); наличность нефрита и здѣсь ухудшаетъ предсказаніе.

Всего характернѣе для дифтерійныхъ параличей ихъ начало и дальнѣйшее распространеніе. Можно считать за правило, почти не допускающее исключенія, что параличъ послѣ дифтерита *всегда начинается съ мягкаго нѣба и глотки*, потомъ слѣдуетъ параличъ мышцъ аккомодациі, за симъ парализуются ноги и, наконецъ, руки; въ болѣе рѣдкихъ, но зато и въ гораздо болѣе опасныхъ, случаяхъ поражаются мышцы гортани, туловища, мочевого пузыря, прямой кишки, діафрагмы и лица. Первоначальный параличъ мягкаго нѣба наблюдается даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда дифтеритъ локализовался не въ зѣвѣ, а, напр., на слизистой оболочкѣ женскихъ половыхъ органовъ, на какой-нибудь ранѣ и т. п. Такіе случаи доказываютъ, что дифтерійный параличъ не можетъ считаться слѣдствіемъ восходящаго неврита (Leyden), распространяющагося съ нервныхъ развѣтвленій воспаленной слизистой оболочки зѣва; вѣроятнѣе, напротивъ, что параличи вызываются дифтерійнымъ ядомъ, циркулирующимъ въ крови и прямо вліяющимъ на центральную нервную систему и на периферическіе нервы; припомнимъ, что Roux и Jersin вызывали у животныхъ параличи, впрыскивая имъ подъ кожу профильтрованный токсинъ-бульонъ.

Возможность существованія дифтеритныхъ параличей безъ пораженія мягкаго нёба хотя и доказана клиническимъ наблюденіемъ, но подобная случайность принадлежитъ къ рѣдкимъ исключеніямъ.

Boissarie (Gaz. Hebdom. 1881 г., №№ 20 и 21) наблюдалъ даже цѣлую эпидемію дифтеритическихъ параличей, во время которой дифтерія нерѣдко протекала безъ ангины и безъ локализаціи на другихъ слизистыхъ оболочкахъ (дифтерія безъ дифтерита) и все-таки развивались параличи, отъ которыхъ большыя умирали въ нѣсколько часовъ или дней. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перепончатая жаба слѣдовала за параличами, вмѣсто того, чтобы предшествовать имъ, и, наконецъ, рядомъ съ тѣми и другими случаями встрѣчались обыкновенныя дифтеритическія жабы, протекавшія безъ параличей. Эта интересная эпидемія началась 15 октября въ одномъ домѣ, неподалеку отъ госпиталя. Прежде всѣхъ заболѣлъ 3-лѣтній ребенокъ разстройствомъ рѣчи и затрудненнымъ глотаніемъ, вскорѣ появилась одышка, и часа черезъ четыре онъ умеръ. Мать его, 24 лѣтъ, заболѣла тѣми же симптомами 17-го и умерла черезъ сутки; 19-го заболѣла 69-лѣтняя бабушка и скончалась 29-го. Братъ матери пріѣхалъ навѣстить ее 16-го и уѣхалъ обратно 21-го въ полномъ здоровьѣ, но на слѣдующій день онъ заболѣлъ и черезъ 5 дней умеръ; наконецъ, 25-го заболѣла сестра мужа и умерла 28-го. Такимъ образомъ въ 13 дней умерло при одинаковыхъ симптомахъ 5 человекъ. Около того же времени въ госпиталь поступилъ бригадиръ, заболѣвшій только 2 дня тому назадъ яснымъ параличомъ мягкаго нёба, а дней черезъ 10 послѣ того у него появилась дифтеритическая жаба съ объемистыми пленками. Съ такимъ же параличомъ явились къ автору швейцаръ госпиталя и 15-лѣтній работникъ. Сначала Boissarie былъ въ полномъ недоумѣніи насчетъ природы и причины параличей, но когда заболѣлъ дифтеритомъ зѣва бригадиръ, когда у 2 дѣтей изъ сосѣдняго дома появился дифтеритъ зѣва и носа, и оба умерли, и когда, наконецъ, появилось еще нѣсколько случаевъ обыкновеннаго, довольно доброкачественнаго дифтерита, то діагностика выяснилась окончательно. Всякое сомнѣніе насчетъ того, что параличи появлялись во время этой эпидеміи первично, т.-е. что пораженіе зѣва не было просмотрѣно, исчезло у автора, когда онъ заболѣлъ самъ. 30-го октября вечеромъ онъ почувствовалъ слабость, а на слѣдующій день знобъ и тошноту; послѣ дурно проведенной ночи появился параличь мягкаго нёба — носовой голось, затрудненное глотаніе, чувство сжатія въ горлѣ и пр. Моча содержала небольшое количество бѣлка, слабость была такъ велика, что больной едва стоялъ на ногахъ; мышцы аккомодациі были тоже парализованы. Всѣ эти симптомы исчезли лишь черезъ 2 мѣсяца.

Аналогичный случай паралича безъ ангины д-ръ Delphin (Rev. mens. d. mal. de l'enf. 1889, p. 235) наблюдалъ на самомъ себѣ: вскорѣ по пріѣздѣ на мѣсто эпидеміи онъ заболѣлъ лихорадочнымъ состояніемъ и общею слабостью съ высыпью пузырьковъ на различныхъ мѣстахъ тѣла, но безъ боли горла. Черезъ 2 недѣли слабость все еще продолжалась и присоединились приступы боли и стѣсненія въ груди при замедленномъ пульсѣ и наклонности къ обмороку; приступы повторялись черезъ день въ теченіе цѣлаго мѣсяца, а потомъ появились парезъ и парестезія во всѣхъ конечностяхъ, разстройство аккомодациі

и парезъ кишечника. Паралитичныя явленія прогрессируютъ въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, а потомъ стали мало-по-малу уменьшаться.

Что касается до патогенеза этихъ параличей, то въ настоящее время выяснено, что дифтерійный токсинъ способенъ одновременно дѣйствовать на различные отдѣлы нервной системы, т.-е. какъ на периферическія, такъ и на центральныя ея части; но главная суть состоитъ въ пораженіи периферическихъ нервовъ. Въ этомъ именно смыслъ говорить какъ изслѣдованія нервной системы у людей, умершихъ въ періодѣ параличей, такъ и опыты на животныхъ.

Съ цѣлью выяснитъ вопросъ о происхожденіи дифтерійныхъ параличей у человѣка, д-ръ Шербакъ („Врачъ“ 93, № 18, стр. 516) изслѣдовалъ какъ случаи экспериментальныхъ дифтерійныхъ параличей, такъ и измѣненія въ нервной системѣ, помимо параличей, при остромъ и хроническомъ отравленіи дифтерійнымъ ядомъ при различныхъ количествахъ его. Для опытовъ служили кролики и морскія свинки. Полученные результаты сводятся къ слѣдующему: у животныхъ бульонныя разводки и профильтрованный токсинъ-бульонъ вызываютъ въ нервной системѣ такія же измѣненія, какъ у человѣка; въ различныхъ случаяхъ онъ находилъ, подобно Buhl'ю и Oertel'ю, кровоизліянія въ оболочкахъ спинного мозга и легкую степень воспаленія въ нихъ, кровоизліянія въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, легкую степень полиоміалита (какъ описалъ Déjérine), дегенеративныя измѣненія въ корешкахъ, невритъ периферическихъ нервовъ, наконецъ, паренхиматозно-межуточныя измѣненія въ мышцахъ. Что касается до происхожденія дифтерійныхъ параличей, то послѣдніе зависятъ отъ межуточнаго и паренхиматознаго *воспаленія нервовъ*, всѣ же остальныя измѣненія имѣютъ второстепенное значеніе. Измѣненіямъ сѣраго вещества спинного мозга уже потому нельзя приписать существенной роли, что ни по своей напряженности, ни по распространенію не соответствуютъ распредѣленію параличей; хроническое отравленіе малыми дозами вызываетъ полиоміалитъ, но часто безъ параличей. Напротивъ, во всѣхъ случаяхъ можно найти измѣненія въ нервахъ, главнымъ образомъ въ мышечныхъ вѣтвяхъ. Развитіе неврита не находится въ причинной связи съ пораженіемъ спинного мозга, какъ доказываютъ это случаи остраго отравленія: у животныхъ, умершихъ черезъ 3 дня послѣ выпрыскиванія дифтерійнаго токсина, уже можно опредѣлить начальный періодъ неврита въ различныхъ нервахъ (иногда безъ замѣтныхъ клиническихъ явленій), тогда какъ въ спинномъ мозгу въ это время только гиперемія сѣраго вещества, а нервныя кѣтки совершенно нормальныя. Напряженность неврита и теченіе его зависятъ, между прочимъ, отъ количества введеннаго яда: при небольшихъ количествахъ онъ слабо выраженъ, но сопровождается клиническими явленіями и заканчивается полнымъ возрожденіемъ разрушенныхъ волоконъ, подобно тому, какъ это бываетъ обыкновенно и у человѣка.

Интересную работу, подъ заглавіемъ „Экспериментальные матеріалы къ ученію о послѣдифтеритныхъ параличахъ“, М. 1899, представилъ также и д-ръ Муравьевъ, который сравнивалъ вліяніе на нервную систему дифтерійнаго токсина, антидифтерійной сыворотки и стрептококка, какъ въ ихъ одиночномъ, такъ и въ совмѣстномъ дѣйствіи на нѣкоторыхъ животныхъ. Выводы слѣдующіе:

1. *Морскія свинки*: 1. Дифтеритный токсинъ прежде всего поражаетъ кѣтки спинного мозга, главнымъ образомъ переднихъ роговъ его, производя въ нихъ грубыя и характерныя измѣненія, ясныя уже чрезъ нѣсколько часовъ послѣ инъекціи токсина и типичныя чрезъ 3—4 сутокъ. Эти измѣненія кѣтокъ не сопровождаются параличами.

2. Измѣненія кѣтокъ переднихъ роговъ держатся очень стойко: ихъ можно констатировать въ продолженіе 2 мѣсяцевъ послѣ введенія токсина; но съ теченіемъ времени они сглаживаются, происходитъ возстановленіе пострадавшихъ частей, и кѣтки регенерируются.

3. Въ периферическихъ нервахъ измѣненія выступаютъ съ ясностью лишь въ концѣ перваго, или въ началѣ втораго мѣсяца послѣ подкожной инъекціи дифтеритнаго токсина: развивается множественный невритъ съ перерожденіемъ большаго или меньшаго числа волоконъ. Обычно развитіе множественнаго неврита сопровождается появленіемъ парезовъ; поэтому между тѣмъ и другимъ явленіемъ слѣдуетъ допустить причинную зависимость. Стра-

даніе клітокъ переднихъ роговъ можетъ-быть съ своей стороны нѣсколько усиливаетъ паретическія явленія, обусловленныя измѣненіями периферическихъ нервовъ.

4. Въ виду того, что патологическія явленія въ кліткахъ переднихъ роговъ грубо выражены, безусловно постоянны, стойки и задолго предшествуютъ развитію невритовъ, естественно допустить, что измѣненія въ периферическихъ нервахъ развиваются подъ вліяніемъ хроническаго разстройства питанія и нарушенія структуры ихъ клітокъ. Регенерація клітокъ предшествуетъ возрожденію нервныхъ волоконъ.

5. То или другое патогенное дѣйствіе дифтеритнаго токсина на нервное волокно непосредственно а priori можетъ быть допущено и возможно, но въ настоящее время не можетъ быть доказано съ точностью а posteriori.

6. Въ нѣкоторыхъ опытахъ наблюдаются измѣненія въ системѣ центральнаго отростка клітокъ межпозвоночныхъ узловъ. Такъ какъ часть этихъ клітокъ въ такихъ случаяхъ оказывается сильно измѣненной, то естественно здѣсь допустить то же причинное отношеніе, какъ для клітокъ переднихъ роговъ и двигательныхъ периферическихъ нервовъ.

7. Въ кліткахъ продолговатаго мозга, ножекъ мозга и головного мозга также обычно наблюдаются измѣненія послѣ дифтеритнаго токсина, но несравненно болѣе умѣренныя, чѣмъ въ кліткахъ переднихъ роговъ спинного мозга. Въ мышцахъ и сердцѣ мы видѣли только небольшія отклоненія отъ нормы. Кровеносные сосуды мозга очень расширены и часто служатъ источникомъ капиллярныхъ кровоизліяній.

8. У собакъ уже чрезъ нѣсколько дней послѣ инъекціи дифтеритнаго токсина отмѣчаются параличи конечностей. Ислѣдованіе спинного мозга обнаруживаетъ при этомъ грубыя измѣненія клітокъ переднихъ роговъ.

9. Нервная система кроликовъ отличается значительной устойчивостью въ отношеніи дифтеритнаго токсина.

10. Антидифтеритная сыворотка можетъ вызывать довольно замѣтныя измѣненія въ кліткахъ переднихъ роговъ спинного мозга и слабо выраженное перерожденіе въ периферическихъ нервахъ.

11. Повидимому, часть этихъ измѣненій зависитъ отъ дѣйствія нормальныхъ составныхъ частей кровяной сыворотки лошади; но, вѣроятно, другая часть ихъ обуславливается вліяніемъ особыхъ веществъ, присущихъ антидифтеритной сывороткѣ въ частности.

12. Антидифтеритная сыворотка, введенная въ организмъ животнаго въ смѣси съ дифтеритнымъ токсиномъ и въ количествѣ, достаточномъ для нейтрализаціи его, купируетъ гибельное дѣйствіе его на клітки спинного мозга.

13. Если нейтрализаціи дифтеритнаго токсина не вполне достигнута, напр., вслѣдствіе недостатка антидифтеритной сыворотки въ смѣси, то развиваются измѣненія въ нервной системѣ свинокъ; эти измѣненія грубы и похожи на наблюдаемыя послѣ инъекціи одного дифтеритнаго токсина, если избытокъ токсина въ смѣси великъ; наоборотъ, если смѣсь была не особенно далека отъ полной нейтрализаціи, то въ центральной нервной системѣ наступаютъ менѣе рѣзкія измѣненія, въ периферической же — или совсѣмъ отсутствуютъ, или ничтожны.

14. Впрыснутая ранѣе дифтеритнаго токсина, антидифтеритная сыворотка обладаетъ высокимъ предохранительнымъ свойствомъ въ отношеніи нервной клітки; инъецированная за 5 и даже 10 дней до токсина, она почти такъ же хорошо защищаетъ нервную клітку отъ измѣненій, какъ впрыснутая наканунѣ.

15. Антидифтеритная сыворотка замѣтно ослабляетъ гибельное дѣйствіе дифтеритнаго токсина на нервную клітку, если вводится въ теченіе первыхъ сутокъ послѣ выпрыскиванія его, — и наоборотъ, повидимому, безсильна, если вводится чрезъ недѣлю.

16. Послѣ повторной инъекціи свинкамъ культуры стрептококка, мы наблюдали то слабо выраженные, то болѣе грубыя измѣненія клітокъ спинного мозга и перерожденіе системы центральныхъ отростковъ клітокъ межпозвоночныхъ узловъ. Въ виду того, что въ послѣднихъ отмѣчаются лишь небольшія измѣненія, слѣдуетъ скорѣе всего допустить непосредственное патогенное дѣйствіе яда стрептококка на центральные отростки межпозвоночныхъ клітокъ.

17. Культура стрептококка, инъецированная кроликамъ, вызываетъ у нихъ лишь незначительныя отклоненія отъ нормы въ кліткахъ спинного мозга и межпозвоночныхъ узловъ и

своеобразныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ (но не типическое перерожденіе ихъ), констатируемыя при помощи формоль-метиленоваго способа. Здѣсь также вѣроятно первичное дѣйствіе яда стрептококка на нервное волокно.

18. Прибавленіе стрептококка не усиливаетъ невритовъ и параличей, вызванныхъ дифтеритнымъ токсиномъ.

19. Патогенное дѣйствіе токсина сложной культуры дифтеритнаго бацилла и стрептококка на нервную систему свинковъ только немногимъ шире патогеннаго дѣйствія одного дифтеритнаго токсина, приготовленнаго аналогичнымъ образомъ.

Вторымъ характернымъ свойствомъ дифтеритическихъ параличей является ихъ *постепенное развитіе*, симметрическое распространеніе и *наклонность къ исчезанію* послѣ нѣсколько-недѣльнаго существованія; рѣдко случается, чтобы парезы или полные параличи развивались сразу во всей своей силѣ или оставались послѣ дифтерита навсегда. Параличи появляются обыкновенно не непосредственно вслѣдъ за исчезаніемъ мѣстныхъ явленій въ зѣвѣ, а недѣли черезъ 1—2—3, но иногда уже черезъ 5—10 дней отъ начала болѣзни, т.-е. еще до исчезанія пленокъ, а въ исключительныхъ случаяхъ, составляющихъ переходъ къ случаямъ Boissarie, даже на 2—3-й день (Sanné). Въ случаяхъ, въ которыхъ развиваются параличи, выздоровленіе бываетъ неполнымъ, такъ какъ больной остается слабымъ, мало ѣсть, плохо спитъ, а потому бываетъ очень блѣденъ, вялъ и апатиченъ.

Развитіе параличей сопровождается обыкновенно ослабленіемъ колѣннаго рефлекса, а иногда и различными неврозами въ сферѣ нервовъ чувствъ, куда относятся различныя анестезіи (ползаніе мурашекъ, онѣмѣніе членовъ, нечувствительность къ щекотанію, уколамъ, холоду и пр.), гиперестезіи (повышенная чувствительность къ холоду, шуму, яркому свѣту и при прикосновеніи къ кожѣ) и даже невралгіи; рѣже встрѣчаются судорожныя явленія, въ видѣ икоты, зѣвоты, подергиваній въ разныхъ мышцахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наконецъ, параличи сопровождаются симптомами пораженія n. vagi, въ видѣ частой рвоты неправильной дѣятельности сердца, замедленія и слабости пульса.

Симптомы параличей я приведу вкратцѣ, такъ какъ они общеизвѣстны. *При параличѣ мягкаго нѣба* самымъ неприятнымъ симптомомъ является затрудненное или даже и совсѣмъ невозможное глотаніе, такъ какъ пища и питье попадаютъ въ носъ и гортань и заставляютъ больного поперхиваться. Для избѣжанія подобной неприятности слѣдуетъ брать въ ротъ по возможности небольшое количество жидкости и проглатывать ее при загнутой назадъ головѣ. Голосъ больного дѣлается съ носовымъ оттѣнкомъ (гнусавымъ), попытка задуть свѣчу не удается больному, такъ какъ выдыхаемый воздухъ, находя себѣ свободный выходъ черезъ носъ, не идетъ черезъ узкую щель между губами. Всѣ эти припадки такъ характерны, что параличъ мягкаго нѣба можно узнать и безъ осмотра зѣва (неподвижность и потеря рефлексовъ нѣбной занавѣски при фонаціи). Параличъ этотъ можетъ быть опасенъ въ двухъ отношеніяхъ: во-1-хъ, тѣмъ, что, препятствуя глотанію, онъ затрудняетъ питаніе больного, такъ что въ отчаянныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ питательнымъ клистирамъ или къ кормленію черезъ желудочный зондъ; во-2-хъ, тѣмъ, что пища или питье, попадая черезъ гортань въ бронхи и легкія, могутъ вызвать опасное воспаленіе послѣднихъ (Schluckpneumonie). Далѣе параличъ мягкаго нѣба,

сильно затрудняющій отхаркиваніе мокроты, можетъ быть весьма опаснымъ осложненіемъ бронхита съ обильнымъ отдѣляемымъ; но, тѣмъ не менѣе, смертельный исходъ вслѣдствіе этихъ случайностей при *изолированномъ* параличѣ мягкаго нѣба встрѣчается крайне рѣдко; обыкновенно выздоровленіе наступаетъ въ теченіе времени отъ 10 до 25 дней; очень рѣдко параличъ исчезаетъ дня въ 4 или затягивается мѣсяца на два.

Къ счастью для больныхъ, параличъ мягкаго нѣба въ громадномъ количествѣ случаевъ остается изолированнымъ, т.-е. не распространяется дальше; параличи другихъ областей появляются приблизительно только въ 15% и притомъ послѣ тяжелыхъ формъ дифтеріи почти вдвое чаще, чѣмъ послѣ легкихъ. (У Cadet de Gass. изъ 155 легкихъ случаевъ дифтеріи распространенный параличъ встрѣтился у четырехъ и всѣ они выздоровѣли; изъ 135 случаевъ тяжелой дифтеріи у восьмерыхъ, изъ нихъ умерло 5; изъ 135 случаевъ крупа — у троихъ: всѣ они умерли).

Параличъ аккомодации выражается тѣмъ, что больной теряетъ способность приспособлять свое зрѣніе къ близлежащимъ предметамъ; онъ или совсѣмъ не можетъ, напр., читать мелкій шрифтъ или скоро устаевъ при этомъ занятіи. При параличѣ нѣкоторыхъ мышцъ глазнаго яблока появляется косогласіе и двойныя изображенія. Иногда поражается сѣтчатка, и тогда больной жалуется на ослабленіе зрѣнія или на полную слѣпоту; если страдаютъ оба глаза, то зрачки будутъ широки и неподвижны, въ случаѣ же пораженія одного глаза наблюдается неравенство зрачковъ.

Параличи или парезы конечностей начинаются обыкновенно съ ногъ и потомъ распространяются при случаѣ и на руки. Больной начинаетъ жаловаться на слабость въ ногахъ, которая можетъ усиливаться до невозможности стоянія, а въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, — каковыхъ впрочемъ, мнѣ ни разу не случалось видѣть, — больной совсѣмъ не можетъ двигать ногами даже и при лежаніи на постели.

Подобная же градація паралича замѣчается и въ рукахъ: сначала больной жалуется на слабость и дрожаніе рукъ и на невозможность выполнять мелкую работу, а потомъ дѣло можетъ дойти и до полного паралича, — руки висятъ, какъ плети. Парализованныя мышцы дряблы, электромускулярная раздражительность ихъ значительно понижена, сухожильные рефлексы уничтожены.

Параличъ мышцъ туловища и шеи встрѣчается рѣдко, но имѣетъ весьма дурное прогностическое значеніе, такъ какъ въ такихъ случаяхъ есть основаніе опасаться паралича дыхательныхъ мышцъ и діафрагмы съ неизбѣжнымъ смертельнымъ исходомъ.

Обыкновенный исходъ дифтер. параличей, какъ уже сказано, есть полное выздоровленіе. Возстановленіе мышечной дѣятельности идетъ обыкновенно въ томъ же порядкѣ, въ какомъ развивались параличи, но идетъ обыкновенно медленно, такъ что для полного возстановленія силъ требуется обыкновенно отъ 2 до 3 мѣсяцевъ и больше; впрочемъ, ограниченные параличи, напр. мягкаго нѣба, могутъ исчезнуть гораздо скорѣе, напр. въ 5—10 дней. Смертельный исходъ при параличѣ вообще наблюдается приблизительно въ 8—10%, но при распространенныхъ параличахъ % смертности доходить до 40 и 50. Смертность на-

ступаетъ или отъ паралича дыхателей, или отъ пневмоніи вслѣдствіе западанія въ бронхи инородныхъ тѣлъ, или отъ истощенія (голодь), или, наконецъ, отъ паралича сердца (иногда внезапно).

Альбуминурия при дифтеріи принадлежитъ къ числу довольно обыкновенныхъ явленій; она сопровождается не одни только тяжелые случаи, но иногда и самые легкіе; въ этомъ отношеніи нѣтъ ничего постояннаго, иногда ея нѣтъ даже и при сильной лихорадкѣ, а въ другихъ случаяхъ она появляется вдругъ при нормальныхъ температурахъ. Частота ея появленія находится въ большой зависимости отъ характера эпидеміи, а потому одни встрѣчали ее въ 10% (Monti), тогда какъ другіе въ 66% (Empis. Bouchut). Всего чаще она появляется отъ 3-го до 8-го дня, такъ напр., изъ 224 случаевъ Sanné — на 1-й день альбуминурия замѣчена въ 3 случаяхъ, на 2-й — въ 16, на 3-й и до 8-го дня приблизительно по 30 случаевъ; на 11-й — въ 10, а послѣ 12-го — въ одномъ (Gassicourt l. c., стр. 319). Въ большинствѣ случаевъ бѣлокъ въ мочѣ держится недолго, въ легкихъ случаяхъ 1—3 дня, въ болѣе тяжелыхъ до 10 дней, но въ исключительныхъ случаяхъ до 15 и больше. Количество бѣлка въ разныхъ случаяхъ очень неодинаково и колеблется со дня на день даже у одного и того же больного. Въ легкихъ случаяхъ реакція съ азотной кислотой даетъ только легкую муть, а въ тяжелыхъ — очень обильный осадокъ (въ нѣкоторыхъ случаяхъ до 15 и даже до 20 на тысячу по Эссбаху).

Причиной альбуминурии считается, согласно изслѣдованіямъ Bouchard'a (Revue de méd. 1881) инфекціонный нефритъ, отъ степени котораго зависятъ какъ количество бѣлка въ мочѣ, такъ и другія свойства мочи. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходить до развитія симптомовъ остраго паренхиматознаго нефрита, характеризующагося значительнымъ уменьшеніемъ количества мочи, богатымъ содержаніемъ въ ней бѣлка и форменныхъ элементовъ въ видѣ гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Нефритъ при дифтеріи отличается отъ скарлатинознаго нефрита тѣмъ, что очень рѣдко сопровождается развитіемъ отековъ и водянки.

Съ этимъ согласны всѣ авторы, но если нѣкоторые авторы, какъ напр. Vogel, утверждаютъ, что послѣ дифтеріи *никогда* не бываетъ водянки почечнаго происхожденія, то это рѣшительно не вѣрно. Trousseau видѣлъ водянку при дифтеритической альбуминурии у одного изъ 20, Sanné у 1:32, Cadet de Gassicourt 12:528, т.-е. у 1 изъ 44 (l. c., стр. 329). Еще рѣже встрѣчается уремія.

Мнѣніе Unruh, по которому альбуминурия есть первый, т.-е. самый ранній и вѣрный признакъ общаго зараженія организма, такъ какъ она не отсутствуетъ ни въ одномъ случаѣ, въ которомъ на основаніи другихъ припадковъ врачъ въ правѣ предложить наличность общей инфекціи и что, слѣдовательно, смѣло можно исключить зараженіе крови во всѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ альбуминурии — рѣшительно не вѣрно. Часто случается, что альбуминурия отсутствуетъ въ легкихъ случаяхъ дифтеріи, протекающихъ въ видѣ чисто мѣстной болѣзни, но послѣ которыхъ, однако, развиваются параличи, свидѣтельствующіе, что ядъ циркулировалъ въ крови и что, слѣдовательно, общее зараженіе организма все-таки было. Несомнѣнно также, что альбуминурия можетъ отсут-

ствовать и въ очень тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, когда на основаніи другихъ симптомовъ нельзя сомнѣваться насчетъ существованія общей инфекции; почки остаются иногда здоровыми даже въ смертельныхъ случаяхъ септической дифтеріи, такъ, напр., Cadet de Gassicourt приводитъ случай дифтеріи у дѣвочки, умершей на 4-й день болѣзни при полномъ отсутствіи альбуминури, и, какъ показало вскрытіе, почки ея были совершенно нормальны.

Тяжелые случаи дифтеріи характеризуются вообще появленіемъ многочисленныхъ локализаций: поражается не только слизистая оболочка зѣва, но также и носа, и рта, распухаютъ лимфатическія железы, заболѣваютъ почки и сердце, въ періодъ выздоровленія развиваются параличи и т. д., но дѣло въ томъ, что всѣ эти локализации не обязательны: въ одномъ случаѣ можетъ отсутствовать то, въ другомъ другое, и почки въ этомъ отношеніи не составляютъ исключенія. Съ другой стороны, однако, можно принять за доказанное, что въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи почки рѣдко остаются нормальными и очень часто интенсивность альбуминурии стоитъ въ извѣстномъ отношеніи къ тяжести случая, а потому слѣдуетъ признать, что количество бѣла въ мочѣ не лишено до нѣкоторой степени прогностическаго значенія, хотя сама по себѣ альбуминурии при дифтеріи нисколько не опасна.

Анемія. Замѣчательно, что довольно рѣзкое малокровіе появляется даже и послѣ легкихъ случаевъ дифтерита, а послѣ тяжелыхъ оно развивается такъ быстро и въ такой сильной степени, что, по справедливому замѣчанію Gerhardt'a, можетъ быть сравниваемо съ анеміями токсическаго происхожденія, такъ какъ для объясненія малокровія не можетъ быть достаточно одной лишь лихорадки; дифтеритная анемія отличается еще и своимъ упорствомъ, такъ какъ она долго не уступаетъ терапіи. Крожѣ блѣдности покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, дѣти, страдающія дифтеритической анеміей, постоянно жалуются на полное отсутствіе аппетита, большую слабость и одышку при ходьбѣ и представляютъ при слабомъ и учащенномъ пульсѣ динамическіе шумы въ сердцѣ.

Въ діагностическомъ отношеніи представляютъ интересъ различныя *сыпи*, являющіяся не столько осложненіемъ, сколько спутникомъ нѣкоторыхъ случаевъ дифтерита. На частоту появленія ихъ оказываетъ вліяніе характеръ эпидеміи: иногда онѣ являются у одного изъ четверыхъ, а въ другія эпидеміи сыпей вовсе не видно; въ среднемъ можно принять 3—4%. Діагностическій ихъ интересъ состоитъ въ томъ, что онѣ нерѣдко принимаютъ характеръ скарлатинозной сыпи, въ другихъ случаяхъ онѣ болѣе похожи на краснуху или кропивницу. Сыпь держится обыкновенно недолго: отъ нѣсколькихъ часовъ до двухъ дней. Для отличія отъ скарлатины служитъ позднее появленіе эритемы на (3—5-й день), отсутствіе скарлатинознаго языка и послѣдовательнаго характернаго для скарлатины шелушенія. Пятнистая или розеолѣзная эритема отличается отъ кори отсутствіемъ коревыхъ катарровъ глазъ, рта, бронховъ. При лѣченіи кровяною сывороткой подобныя сыпи встрѣчаются несравненно чаще.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Въ чемъ состоитъ анатомическая сущность *точечной или катарральной формы дифтерии*, было сказано при описаніи ея.

Существенный признакъ *перепончатой формы* состоитъ въ образованіи на слизистой оболочкѣ зѣва, а также иногда и на сосѣднихъ частяхъ — въ носу, гортани и бронхахъ, или на слизистыхъ оболочкахъ вѣвъ, половыхъ органовъ и на обнаженной отъ эпидермиса кожи фибринозныхъ перепонокъ, состоящихъ изъ сѣти густо-переплетенныхъ нитей фибрина, въ петляхъ котораго залегаютъ гнойныя тѣльца и клѣтки перерожденнаго эпителия. Макроскопически она представляется въ видѣ болѣе или менѣе плотной, упругой перепонки бѣлаго цвѣта; болѣе старыя перепонки, успѣвшія разрыхлиться, до нѣкоторой степени похожи на густую слизь, но отличаются отъ нея тѣмъ, что при взбалтываніи съ водою не разрушаются, а сохраняютъ видъ пленки. Поверхность пленки густо покрыта различными бактеріями, въ числѣ которыхъ находится и бацилла, иногда почти въ видѣ чистой культуры; глубокіе слои перепонки, т.-е. слои ея, прилежающіе къ слизистой оболочкѣ, бываютъ свободны отъ бацилла, но здѣсь можетъ встрѣчаться стрептококкъ, который пронизываетъ не только всю толщю перепонки, но проникаетъ и въ вещество слизистой оболочки, а потомъ и въ кровь (септицемія). Перепонка эта лежитъ на мѣстѣ эпителия, который подвергается некрозу и отпадаетъ; самая ткань слизистой оболочки при этой формѣ дифтерита не пропитывается свертывающимся экссудатомъ, она, слѣдовательно, не подвергается коагуляціонному некрозу, но находится въ состояніи воспаления, т.-е. она сильно гиперэмирована и инфильтрована гнойными тѣльцами. Несмотря на свое поверхностное положеніе, крупозная перепонка все-таки крѣпко пристаётъ къ слизистой оболочкѣ, такъ что насильственное отдѣленіе ея сопровождается нѣкоторымъ кровотеченіемъ (ложный дифтеритъ Weigert'a).

Въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, въ особенности при септической формѣ ея, а также послѣ насильственного отдиранія пленокъ, дѣло можетъ дойти и до настоящаго дифтеритическаго воспаленія, при которомъ дифтеритическій экссудатъ отлагается не только на поверхности слизистой оболочки, но и въ веществѣ ея; пораженная ткань подвергается такъ называемому коагуляціонному некрозу, и впослѣдствіи, если больной не умретъ раньше, омертвѣлыя части должны отдѣлиться путемъ демаркаціоннаго нагноенія, при чемъ образуется, конечно, язва. Пленки и омертвѣвшая слизистая оболочка подвергаются гніенію и тѣмъ даютъ особенно удобную почву для размноженія микробовъ, которые проникаютъ не только въ лимфатическіе сосуды и железы, но и въ подслизистую соединительную ткань и мышцы. При такихъ условіяхъ, благодаря отчасти интенсивности процесса разложенія на поверхности слизистой оболочки, отчасти механическому давленію сосудовъ, воспаленныя части подвергаются омертвѣнію и распыляются въ мягкую, грязную массу — *гангренозная форма дифтеріи*.

Патолого-анатомическія измѣненія внутреннихъ органовъ состоятъ въ паренхиматозномъ и жировомъ перерожденіи внутреннихъ органовъ, въ особенности печени, сердца (miocarditis) и почекъ (nephritis parench. et glomerulitis)

и въ множественномъ воспаленіи периферическихъ нервовъ (если при жизни были параличи). Всѣ эти измѣненія обусловливаются вліяніемъ самого дифтерійнаго токсина; въ пневматическихъ фокусахъ часто находятъ бациллоу Löffler'a; напротивъ того, различныя гнойныя воспаленія (лимфатическихъ железъ, ушей, серозныхъ оболочекъ и пр.) зависятъ, по всей вѣроятности, отъ вторичной инфекціи цѣпчатыхъ кокковъ. Бацилла L. почти никогда не встрѣчается во внутреннихъ органахъ, за исключеніемъ легкихъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако его удается найти также и въ мозгу и въ другихъ органахъ.⁵

Д і а г н о с т и к а .

Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ дифтеріи диагностика не представляетъ никакихъ затрудненій, другое дѣло — въ легкихъ случаяхъ, когда имѣемъ предъ собой такъ называемый точечный дифтеритъ или легкіе случаи крупозной формы дифтеріи.

Точечная или катарральная форма дифтеріи можетъ быть смѣшана съ различными катарральными ангинами, нерѣдко сопровождающимися образованіемъ бѣловатыхъ или желтоватыхъ точекъ на миндалинахъ и на сосѣднихъ частяхъ мягкаго нѣба. Распознаваніе начинающагося дифтерита на первый день болѣзни безъ бактериоскопическаго изслѣдованія иногда даже совсѣмъ невозможно, особенно у дѣтей, не позволяющихъ тщательнаго осмотра горла; въ такихъ случаяхъ врачу не остается ничего болѣе, какъ отдѣлить подозрительнаго ребенка отъ здоровыхъ на сутки или дня на два и подождать выясненія дѣла. Болѣзни зѣва и миндалинъ, которыя могутъ быть смѣшаны съ дифтеріей, различны: однѣ изъ нихъ симулируютъ точечный дифтеритъ, другія — пленчатый.

Если небольшіе островки дифтерита разбросаны не на миндалинахъ только, но и на дужкахъ мягкаго нѣба и язычкѣ, или на задней стѣнкѣ глотки, то диагностика легка, такъ какъ подобная картина болѣзни можетъ получиться еще лишь при *афтозной ангинѣ*; но афты, характеризующія это страданіе, похожи на дифтеритическіе островки только по цвѣту, отличаются же онѣ тѣмъ, что имѣютъ форму небольшихъ, кругловатыхъ *изъязвленій* съ слегка возвышенными и *рѣзко инъецированными краями*, тогда какъ дифтеритическіе островки не углублены, а скорѣе нѣсколько выстоятъ на поверхности слизистой оболочки; далѣе, афты зѣва большею частью легко отличаются отъ дифтеритическихъ тѣмъ, что рѣдко онѣ занимаютъ только зѣвъ, обыкновенно же *разбросаны и по другимъ частямъ слизистой оболочки рта*, въ особенности на языкѣ, деснахъ и губахъ, гдѣ дифтеритъ никогда не является въ точечной формѣ. Если дифтеритъ занимаетъ только миндалины, то диагностика труднѣе, такъ какъ въ этомъ случаѣ онъ можетъ быть смѣшанъ съ различными формами катарральной жабы.

Angina follicularis. Эта форма жабы характеризуется тѣмъ, что на покраснѣвшей и припухшей миндалевидной железѣ появляются болѣе или менѣе многочисленныя, слегка возвышенныя желтоватыя точки, какъ выраженіе припухшихъ и нагноившихся фолликулъ (угорьки на тонзиллахъ). Сходство съ точечнымъ дифтеритомъ состоитъ въ томъ, что желтыя точки возвышены, онѣ

не удаляются кисточкой, часто занимают объ стороны, подчелюстные железы слегка увеличены, вони изо рта нѣтъ.

Отличіе: 1) *Характеръ эпидеміи*: если подобная ангина появляется въ семьѣ, гдѣ есть уже случай несомнѣннаго дифтерита, то скорѣе можно признать ее за дифтеритъ, чѣмъ за простую ангину, которая появляется отъ случайной причины (простуды) и потому поражаетъ только одного изъ многихъ членовъ семьи. 2) *Лихорадочное состояніе*: фолликулярная жаба сопровождается обыкновенно значительной лихорадкой, иногда съ очень бурнымъ началомъ (знобъ, рвота; у маленькихъ — судороги); такое начало и значительное повышение температуры мало свойственны точечному дифтериту, а потому признакъ этотъ сильно говоритъ за катарральную ангину. Наоборотъ, отсутствіе лихорадки, или ничтожное повышение температуры (38° — $38,3^{\circ}$) почти исключаетъ фолликулярную жабу и говоритъ въ пользу дифтерита. 3) *Состояніе слизистой оболочки*: при фолликулярной ангинѣ желтыя пятнышки всегда являются на воспаленной слизистой оболочкѣ; при дифтеритѣ очень нерѣдко первыя пятнышки являются на нормальной или мало покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. 4) *Видъ пятенъ*: пока фолликулярный абсцессикъ не вскрылся, угорекъ имѣетъ коническую форму, и можно ясно разглядѣть, что куполь его покрытъ прозрачной, блестящей, эпителиальной оболочкой, тогда какъ островки дифтерита матоваго блеска и не конической формы, а плоской или полусферической (если очень малы еще). Всѣ фолликулярные абсцессики бывають одинаковой величины и правильнаго (круглаго) очертанія, а при точечномъ дифтеритѣ величина точекъ разная и очертаніе часто неправильное. Въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ, когда приходится отложить рѣшеніе вопроса на сутки, то діагностикѣ помогаетъ отчасти и терапія. Противъ катарральныхъ и фолликулярныхъ ангинъ весьма дѣйствительными средствами является хининъ въ дозѣ столькихъ гранъ, сколько лѣтъ ребенку (Graenkel) и помазываніе зѣва 10% растворомъ ляписа. При такомъ лѣченіи фолликулярная ангина на слѣдующій день исчезаетъ, между тѣмъ какъ на теченіе дифтерита терапія эта не оказываетъ замѣтнаго вліянія. Наконецъ, сомнѣнія насчетъ дифтерита не можетъ быть въ томъ случаѣ, если онъ переходитъ на язычекъ и мягкое нѣбо, или на заднюю стѣнку глотки. Въ общемъ можно сказать, что если ангина съ желтыми пятнышками на миндалинахъ является при сильномъ лихорадочномъ состояніи и съ тряской краснотой и припухлостью миндалинъ, то, вѣроятно, это простая ангина, а если почти безъ лихорадки и безъ красноты, то дифтеритъ.

Другая форма катарральной жабы, симулирующая точечный дифтеритъ, особенно похожая на него вслѣдствіе того, что бѣловато-желтоватыя пятнышки при ней, подобно дифтеритическимъ, не круглы, а неправильной формы и нѣсколько большей величины, чѣмъ при фолликулярной ангинѣ, обуславливается отложеніемъ катарральнаго секрета въ углубленія слизистой оболочки миндалинъ; такими углубленіями особенно богаты гипертрофированныя тонзиллы. Это такъ называемая *лакунарная ангина*. Отличія: 1) масса катарральнаго секрета довольно легко удаляется кисточкой или при этомъ измѣняется по крайней мѣрѣ форма пятенъ; 2) пятна большею частью бѣлаго цвѣта и особеннаго

блеска, а если это секретъ изъ лопнувшихъ фолликулъ, то являются въ видѣ гноя, т.-е. бываютъ желтѣе, чѣмъ дифтеритическія пятна.

Для отличія легкаго дифтерита отъ катарральной жабы, Reitz указываетъ, между прочимъ, какъ на признаки, говорящіе въ пользу дифтерии, на припуханіе железъ около угла челюсти, на общую слабость, не соответствующую незначительному мѣстному поражению, часто не сопровождающемуся даже лихорадочнымъ состояніемъ, и на появленіе параличей; но эти признаки далеко не постоянны, а параличи если и являются, то очень поздно. Что касается до альбуминурии, то хотя она и говоритъ въ пользу дифтерии, но все-таки не совсѣмъ исключаетъ катарральную жабу, такъ какъ встрѣчается иногда и при ней.

Пленчатую форму дифтерита симулируютъ нѣкоторые случаи *паренхиматозной жабы*, нерѣдко кончающейся нарывомъ, но иногда принимающей исходъ и въ разрѣшеніе. Дѣло начинается съ весьма сильнаго лихорадочнаго состоянія, обыкновенно со знобомъ и съ сильною болью въ горлѣ; миндалевидная железа *одной* стороны сильно припухаетъ, слизистая оболочка ея красна и въ серединѣ покрыта бѣлымъ пятномъ, какъ бы пленкой, которая не можетъ быть удалена кисточкой; пятно это есть ни что иное какъ продуктъ гиперсекреціи слизистыхъ железъ (густая слизь, смѣшанная съ эпителиемъ), залегающихъ въ слизистой оболочкѣ лакуны миндалевидныхъ железъ. Эта лагуна, имѣющая видъ продолговатаго углубленія, занимающаго центръ миндалины и своимъ длиннымъ діаметромъ расположеннаго сверху внизъ, встрѣчается почти у каждаго субъекта, имѣющаго негипертрофированныя миндалины.

Въ силу этого, бѣлое пятно, о которомъ идетъ рѣчь, обладаетъ слѣдующими особенностями, служащими для отличія его отъ дифтеритической бляшки: оно всегда занимаетъ *середину миндалины*, всегда имѣетъ *овальную форму* съ продольнымъ діаметромъ сверху внизъ, *края* его *рѣзко* ограничены, а поверхность лежитъ на уровнѣ слизистой оболочки, рѣдко нѣсколько выстоитъ надъ ней; *цвѣтъ* его вначалѣ *интенсивно бѣлый*, величина пятна въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стационарной. Напротивъ того, дифтеритическая бляшка сѣроватаго или желтоватаго цвѣта съ неправильно очерченными краями, съ каждымъ днемъ увеличивается и распространяется не только на всю миндалину, но обыкновенно и на другую сторону, а также на мягкое нѣбо и на заднюю стѣну глотки. Что касается до лихорадки, то при паренхиматозной ангины она часто бываетъ значительнѣе, равно какъ и боль при глотаніи.

Angina herpetica s. herpes pharyngis — *лишай глотки* тоже симулируетъ пленчатую форму дифтерита, такъ какъ на миндалинѣ появляется желтоватая бляшка (ссадина), окруженная ярко-краснымъ фономъ; эта поверхностная язвочка образуется изъ лопнувшихъ пузырьковъ herpes'a, который высыпаетъ въ зѣвъ послѣ 2—3-дневнаго лихорадочнаго состоянія, по большей части очень сильнаго. Отличія отъ дифтерита состоятъ въ продолжительной и сильной продромальной лихорадкѣ, въ происхожденіи бляшки изъ группы пузырьковъ, въ присутствіи ярко-краснаго ободка вокругъ ссадины (какъ при афтахъ) и нерѣдко сопутствіи лишая глотки herpes'омъ labialis, который, впрочемъ, не исключаетъ дифтерии.

По Lasague чрезвычайно характерна для herpes'a глотки сильная головная боль: „я не знаю, говорить онъ, никакой другой болѣзни; при которой головная боль достигала бы такой силы“; по его мнѣнію, если сильная головная боль появляется сразу и сопровождается значительною лихорадкою безъ какихъ-либо другихъ симптомовъ, то можно ужъ по одному этому предполагать герпетическую жабу. Болѣзнь кончается выздоровленіемъ въ 3—4 дня.

Если врачъ не засталъ уже пузырьковъ, то онъ легко можетъ ошибиться и принять желтую поверхность ссадины за дифтеритическую бляшку, съ которой она похожа и по цвѣту, и по очертанію. Ошибка въ діагностику можетъ имѣть серіозныя послѣдствія, если легкій дифтеритъ будетъ принятъ за герпетическую жабу, такъ какъ больной останется неизолированнымъ и можетъ заразить окружающихъ злокачественнымъ дифтеритомъ. Жертвой такой ошибки палъ, между прочимъ, д-ръ Gillette; думая, что онъ заразился отъ герпетической жабы, онъ былъ совершенно покоенъ за благополучный исходъ своей болѣзни, отъ которой между тѣмъ онъ вскорѣ умеръ. По замѣчанію Cadet de Gass., herpes глотки есть самый обильный источникъ ошибокъ, и такъ какъ ихъ не всегда можно избѣгнуть, то онъ совѣтуетъ во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ третировать больного какъ дифтеритика, т.-е. отдѣлять его, и такимъ образомъ избавить себя отъ отвѣтственности въ случаѣ зараженія кого-либо изъ семьи дифтеріей.

Самое большое сходство съ дифтеріей представляетъ *язвенная жаба*, въ основѣ которой лежитъ тотъ же процессъ, что и при язвенномъ вонючемъ воспаленіи десенъ — stomacase. Слизистая оболочка миндалинъ и сами миндалины сильно припухаютъ, и въ скоромъ времени пораженная слизистая оболочка подвергается язвенному распаденію, вслѣдствіе чего тонзиллы покрываются толстымъ, рыхлымъ, желтовато-грязнымъ слоемъ распада, издающаго вонючій запахъ, этотъ грязный налетъ, вонь изо рта при небольшомъ лихорадочномъ состояніи и припухлость (иногда значительная) подчелюстныхъ железъ обуславливаютъ большое сходство данной формы жабы съ дифтеріей. Въ пользу язвенной жабы и противъ дифтеріи говоритъ прежде всего характерная для stomacase вонь и язвенное разрушеніе десенъ (*angina ulcerosa* безъ stomacase встрѣчается рѣдко), далѣе видъ налетовъ, которые болѣе похожи на детритъ, чѣмъ на плотную перепонку, и быстрое вліяніе внутреннихъ приемовъ берголетовой соли какъ на уменьшеніе вони, такъ и на всѣ другіе признаки.

Ложно-перепончатая или ложно-дифтеритическая или дифтероидная жаба — *pseudo-diphtheritis s. angina diphtheroidea s. ang. fibrinosa simpl.*

Мы употребляемъ это названіе въ чисто клиническомъ смыслѣ и понимаемъ подъ этимъ именемъ всякаго рода воспаленіе слизистой оболочки, протекающее съ образованіемъ бѣлыхъ или бѣловато-желтоватыхъ бляшекъ, похожихъ на дифтеритическія, но зависящихъ отъ зараженія не Löffler'ской палочкой, а какимъ-нибудь другимъ микробомъ, т.-е. такого рода жабы, при которыхъ нельзя найти Löffler'скаго бацилла ни путемъ микроскопическаго изслѣдованія пленокъ (см. ниже), ни посредствомъ разведенія культуръ микроба на кровяной сывроткѣ. Что бляшки, похожія на дифтерійныя, могутъ быть произведены не однимъ только бацилломъ Löffler'a, но также и другими микробами, это въ настоящее

время не подлежит сомнѣнію; извѣстно, далѣе, что микробовъ, обладающихъ такимъ свойствомъ, много, какъ напр. стрептококкъ, стафилококкъ, мелкій коккъ Brison'a, кишечная палочка, pneumococcus и др. На основаніи собственныхъ наблюденій, произведенныхъ за послѣдніе годы въ клиническихъ заразныхъ баракахъ, мы пришли къ убѣжденію, что всего чаще при ложно-дифтеритическихъ жабахъ встрѣчается стафилококкъ и цѣпотчатый коккъ (streptococcus) и что, напр., почти всѣ случаи скарлатинознаго дифтерита съ бактериологической точки зрѣнія могутъ быть названы стрептококковой жабой; для насъ несомнѣнно далѣе и то, что стрептококковая ложно-дифтеритическая жаба встрѣчается иногда и безъ скарлатины, т.-е. въ видѣ самостоятельной болѣзни; нельзя, конечно, отрицать возможности въ подобныхъ случаяхъ скарлатины безъ сыпи, но иногда это предположеніе рѣшительно опровергается тѣмъ, что больной, только-что перенесшій стрептококковую ложно-дифтеритическую жабу, вслѣдъ за тѣмъ заражается и заболѣваетъ скарлатиной. Одинъ такой случай встрѣтился намъ въ баракахъ въ декабрѣ 1892 года. Иногда наблюдаются цѣлыя семейныя эпидеміи ложнаго дифтерита, въ видѣ поголовнаго заболѣванія дѣтей легкою формою дифтерита, а между тѣмъ микроскопъ не открываетъ бацилла L., а какихъ-нибудь другихъ микробовъ, такъ что *заразительность отнюдь не можетъ считаться доказательствомъ противъ ложно-дифтеритическаго характера жабы*, хотя въ большинствѣ случаевъ ложно-дифтеритныя жабы не заразительны и отличаются вообще короткимъ и безопаснымъ теченіемъ.

Раухфусъ (Отчетъ о 25-лѣтн. дѣятельн. дѣтской больницы принца Ольденбургскаго 1894, стр. 334) находилъ въ большинствѣ случаевъ дифтероидныхъ жабъ инволюціонныя формы Löffler'скаго бацилла и считаетъ эти жабы за abortивные случаи дифтеріи, т.-е. за дифтеритъ, развившійся у субъекта почти не воспримчиваго къ яду этой болѣзни; по его наблюденіямъ подобные больные не заражаются въ средѣ дифтеритныхъ больныхъ и не заражаютъ другихъ (дифтеритомъ) въ средѣ здоровыхъ. Это наблюденіе представляетъ громадный практической и научный интересъ. Въ послѣднее время оно нашло себѣ подтвержденіе въ наблюденіяхъ Escherich'a и Neumann'a. Первый указываетъ на тотъ фактъ, что у него въ клиникѣ въ Gratz'ѣ нѣтъ отдѣленія для сомнительныхъ формъ жабъ, и потому подобнаго рода больные нерѣдко съ начала и до конца остаются въ дифтеритномъ отдѣленіи и тѣмъ не менѣе не заражаются. Neumann говоритъ, что изъ 120 больныхъ катар. жабой, лежавшихъ до выздоровленія въ дифтеритномъ отдѣленіи, заразился дифтеритомъ только одинъ сифилитикъ.

Такъ какъ въ паталого-анатомическомъ отношеніи ложный дифтеритъ ничѣмъ не отличается отъ настоящаго (т. наз. дифтеріи), а этиологія, составляющая главнѣйшее отличіе этихъ жабъ, часто остается невыясненной, то понятно, что распознаваніе ложнаго дифтерита въ самомъ началѣ болѣзни представляетъ большія затрудненія, а между тѣмъ своевременное выясненіе вопроса о натурѣ болѣзни чрезвычайно важно какъ для прогностики, такъ и для лѣченія. Дѣло въ томъ, что ложно-дифтеритическія жабы относятся къ числу легкихъ заболѣваній, а потому не требуютъ изоляціи, столь необходимой при дифтеритѣ

настоящемъ. Быстрая и точная діагностика можетъ быть сдѣлана только посредствомъ бактериоскопическаго изслѣдованія (см. ниже, стр. 212), а если послѣднее почему-либо непримѣнимо, то приходится довольствоваться болѣе или менѣе вѣроятнымъ предположеніемъ и ждать выясненія вопроса посредствомъ дальнѣйшаго теченія. Многочисленныя изслѣдованія различныхъ авторовъ доказываютъ, что дифтероидныя жабы встрѣчаются далеко не рѣдко; изъ таблицы, приведенной въ работѣ д-ра Поліевктова (Труды Общества Дѣтскихъ Врачей въ Москвѣ за 1893—94 гг., стр. 113), оказывается, что изъ 1169 случаевъ, изслѣдованныхъ въ различныхъ клиникахъ, ложно-дифтеритическая жаба (т.-е. вызванная не Löffler'скимъ бациллою) встрѣтилась 151 разъ, т.-е. въ 15%. Въ нашей клиникѣ изъ 100 случаевъ 26 разъ, у Martin'a еще чаще, именно изъ 112 случаевъ 43 раза, т.-е. въ 38,4%.

На основаніи клиническихъ симптомовъ можно указать на слѣдующія точки опоры: можно съ вѣроятностью *исключить ложно-дифтеритическую ангину* и признать дифтерію, если въ данной семьѣ уже есть другіе случаи дифтеріи, если болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, экссудатъ распространяется по поверхности и переходитъ за границы тонзиллъ, напр. на мягкое нѣбо и на язычокъ, и въ особенности на носъ или гортань, если сильно припухаютъ шейныя лимфатическія железы или появляется альбуминурія; если въ періодъ выздоровленія развиваются дифтеритическіе параличи и, наконецъ, если болѣзнь кончается смертельнымъ исходомъ.

Предположить ложный дифтеритъ можно въ томъ случаѣ, если въ данной семьѣ уже было нѣсколько случаевъ какъ бы легкаго дифтерита, если перепонки бѣлаго цвѣта и неплотно пристають къ слизистой оболочкѣ, если болѣзнь началась въ видѣ сильной катарральной жабы, т.-е. значительной лихорадкой при интенсивной краснотѣ зѣва и очень болѣзненномъ глотаніи. Важно отмѣтить, что при ложномъ дифтеритѣ пленчатый экссудатъ почти никогда не распространяется за границы тонзиллъ, а потому присутствіе бляшекъ на мягкомъ нѣбѣ, язычкѣ и на заднихъ дужкахъ сильно говоритъ въ пользу настоящаго дифтерита, если только дѣло идетъ не о скарлатинозной жабѣ.

Такъ какъ въ настоящее время считается за доказанное, что во всѣхъ случаяхъ настоящаго дифтерита можно найти въ пленкахъ Klebs-Löffler'скаго бацилла, то въ сомнительныхъ случаяхъ всякаго рода пятнистыхъ или пленчатыхъ жабъ, въ видахъ скорѣйшаго выясненія діагностики, слѣдуетъ прибѣгать къ бактериологическому изслѣдованію частицъ перепонокъ или слизи изъ зѣва. При этомъ поступаютъ такъ: берутъ или кусочекъ пленки, снятой пинцетомъ, или немного слизи, соскобленной платиновой проволокой или ватнымъ шарикомъ, и потомъ размазываютъ пленку или слизь тонкимъ слоемъ на предметномъ стеклѣ; затѣмъ предметное стекло высушиваютъ, проводя черезъ пламя, и окрашиваютъ Löffler'ской синькой или генціанъ-віолетомъ по Gram'у. Окрашенный препаратъ промываютъ водой и во влажномъ состояніи изслѣдуютъ помощью иммерсионной системы. Дифтеритныя палочки слегка изогнуты, на концахъ набухли въ видѣ груши или булавы, зернисты и неравномѣрно окрашены. Особенно характерно расположеніе палочекъ въ видѣ „войлока“, т.-е. въ формѣ кучекъ густо и беспорядочно собранныхъ бациллъ; если, наоборотъ, палочки

располагаются по 2—3 и лежат параллельно друг другу, то такой препарат не считается доказательным, ибо такую картину часто дает ложно-дифтеритный бацилл (см. ниже). Еще менее характерно, если получаются такъ называемыя „палочки“, длина которыхъ только раза въ три превышаетъ толщину; выше было уже указано на то, что такія палочки, даже въ случаѣ ихъ нѣкоторой патогенности для морской свинки, все-таки не могутъ быть признаны во всѣхъ случаяхъ за настоящаго Löffler'sкаго бацилла. Въ пленкахъ при настоящемъ дифтеритѣ такія палочки встрѣчаются постоянно, хотя бы и рядомъ съ другими микробами. Микроскопическое изслѣдованіе требуетъ всего нѣсколькихъ минутъ и въ большинствѣ случаевъ даетъ совершенно точные результаты. Если болѣзнь идетъ къ выздоровленію, то дифтеритныя палочки уменьшаются въ числѣ, тогда какъ загрязняющіе микробы увеличиваются, — обстоятельство, имѣющее значеніе для предсказанія. Въ легкихъ случаяхъ уже съ самаго начала бываетъ мало дифтеритныхъ палочекъ, но много другихъ микробовъ. Когда палочекъ очень мало, то для провѣрки діагноза слѣдуетъ прибѣгать къ разводкамъ на телячьей или бычачьей кровяной сывороткѣ, которая составляетъ настолько благоприятную среду для развитія дифтеритной палочки, что уже менѣ чѣмъ въ 24 часа получаютъ совершенно ясныя колоніи, тогда какъ большинство загрязняющихъ микробовъ въ это время лишь едва начинаютъ разрастаться. Достаточно поскрести проволочнымъ платиновымъ шпателемъ сначала по больной слизистой оболочкѣ зѣва, а потомъ въ двухъ-трехъ трубочкахъ по поверхности свернутой сыворотки и помѣстить ихъ въ шкапъ съ 35° С. По большей части уже спустя 20 часовъ въ нихъ ясно замѣтны дифтеритныя колоніи: кругловатыя, сѣровато-бѣлыя пятна, центръ которыхъ менѣ прозраченъ, чѣмъ периферія. Но такъ какъ подобныя колоніи могутъ быть произведены коккомъ, то для вѣрности слѣдуетъ приготовить изъ нихъ микроскопическіе препараты и окрасить ихъ. *Послѣвы можно получить и изъ сухихъ перепонокъ*, для чего стоитъ только размочить ихъ въ чистой водѣ (сухія дифтеритныя палочки сохраняются очень долго и могутъ даже выносить температуру въ 95—98° С. въ теченіе часа). Весьма рѣдко случается, чтобы въ простыхъ препаратахъ изъ слизи дифтеритный бацилл встрѣтился въ чистомъ видѣ, обыкновенно же вмѣстѣ съ нимъ живутъ и другіе микробы, которыхъ не слѣдуетъ оставлять безъ вниманія, такъ какъ по нимъ можно судить до нѣкоторой степени о большей или меньшей опасности даннаго случая. Наблюденія показываютъ, что чисто бацилярныя формы и жабы бацилярно-кожковыя отличаются гораздо болѣе легкимъ теченіемъ, чѣмъ тѣ ангины, при которыхъ рядомъ съ бациллами въ большомъ количествѣ встрѣчается стрептококкъ. Едва ли не всѣ случаи такъ называемаго токсическаго дифтерита относятся именно къ категоріи этихъ бацилярно-стрептококковыхъ жабъ; съ другой стороны, не слѣдуетъ думать, что по результатамъ бактериоскопическаго изслѣдованія можно всегда безошибочно судить о тяжести случая, вѣдь дѣло не въ одномъ только присутствіи стрептококка, но также въ его патогенности и въ расположеніи организма; несомнѣнно, что въ дифтеритныхъ пленкахъ встрѣчается иногда цѣпчатый коккъ совершенно не патогенный для кроликовъ и, по всей вѣроятности, мало опасный и для человѣка.

Можно бы думать, что значеніе бактериологическаго изслѣдованія значительно ослабляется тѣмъ обстоятельствомъ, что какъ при различнаго рода жабахъ, такъ и въ ротовой слизи вполне здоровыхъ людей не особенно рѣдко встрѣчается такъ называемая *ложно-дифтеритная* палочка, о которой было говорено выше. Но Roux и Yersin замѣчаютъ по этому поводу, что при недифтеритныхъ жабахъ и у здоровыхъ людей палочекъ всегда бываетъ мало; на сывороткѣ получаютъ 1—4 колоніи или изъ нѣсколькихъ трубочекъ только въ одной. На этомъ основаніи они утверждаютъ, что распознаваніе дифтерита посредствомъ посѣвовъ нисколько не страдаетъ отъ существованія ложной дифтеритной палочки, ибо въ случаяхъ дифтерита получается много характерныхъ колоній. Хотя взглядъ R. и Y. и основанъ на многочисленныхъ изслѣдованіяхъ, но все-таки нельзя не согласиться съ мнѣніемъ ихъ противниковъ, что въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ ложная дифтеритная палочка можетъ дать поводъ къ діагностикѣ дифтерита тамъ, гдѣ его въ дѣйствительности нѣтъ, и что въ сомнительныхъ случаяхъ для окончательной діагностики требуется еще и ировѣрка патогенности найденнаго бацилла прививкой его морской свинкѣ, что, конечно, доступно только въ лабораторіи. Въ дѣйствительности дѣло стоитъ такъ, что хотя бактериологическое изслѣдованіе и не даетъ *абсолютно* вѣрнаго результата во всѣхъ случаяхъ сомнительныхъ жабъ, но все-таки во многихъ случаяхъ для точной діагностики достаточно простого микроскопическаго изслѣдованія слизи, взятой изъ больного зѣва, а посѣвы на сывороткѣ выясняютъ дѣло почти всегда. Если клиническая картина дифтеріи выражена довольно рѣзко и притомъ на препаратѣ встрѣчаются характерные бациллы, расположенные *кучками въ видѣ войлока*, то посѣвъ не нуженъ; если же бациллы хотя и есть, но они лежатъ на препаратѣ въ видѣ отдѣльныхъ экземпляровъ, причѣмъ можетъ-быть и видѣ ихъ не вполне типиченъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ разводкѣ, причѣмъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что для діагностики дифтеріи еще не достаточно констатировать въ препаратѣ бацилла L., но надо чтобъ субъектъ представлялъ симптомы болѣе или менѣе характерные для дифтеріи, т.-е. на бактериоскопическое изслѣдованіе падо сморгѣть какъ на одно изъ средствъ, способствующее выясненію діагностики, но оно не можетъ итти въ разрѣзъ съ клиническими симптомами или дѣлать ихъ излишними. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ настоящей дифтеріи не находятъ палочекъ только потому, что либо случай сильно запущенный (конецъ первой или вторая недѣля), или препаратъ приготовленъ изъ слизи, взятой вскорѣ послѣ смазки зѣва сулемой или другимъ сильнымъ антисептическимъ веществомъ. Слѣдовательно отрицательный результатъ посѣва на сывороткѣ, не всегда рѣшаетъ дѣло, но если случай свѣжій, данная сыворотка завѣдомо хороша и если посѣвъ сдѣланъ изъ зѣва не вскорѣ послѣ антисептическаго помазыванія его, то отрицательный результатъ безспорно рѣшаетъ дѣло противъ дифтеріи.

Въ настоящее время для отличія ложныхъ дифтеритныхъ палочекъ отъ настоящихъ пользуются методомъ двойной окраски по Neisser'y. Техника этого способа состоитъ въ слѣдующемъ: высушенный на покровномъ стеклышкѣ мазокъ изъ испытуемой культуры погружаютъ на 1—3 секунды въ уксуснокислый

растворъ метиленовой синьки (Rp. Methylenblau 1,0, Alcohol 96%—20,0, Aq. destill. 950,0, Ac. acet. glouc. 50,0. DS. Укусноокисл. метилен. синька), а потомъ, промывъ препаратъ водой, красить его въ теченіе 3—5 секундъ воднымъ растворомъ Bismarkbraun (2:1000) или везувина. При этомъ истинныя дифтеритныя палочки принимаютъ желтовато-бурую окраску, но на концахъ имѣютъ зернышки, окрашенные въ фіолетово-синій цвѣтъ, тогда какъ въ ложно-дифтеритныхъ палочкахъ подобныхъ зеренъ совершенно не видно. По словамъ Neisser'a, эта окраска имѣетъ несомнѣнное значеніе для діагностики лишь въ томъ случаѣ, если культура получена на Löffler'ской бычачьей сывороткѣ при t° 34—35 (отнюдь не больше какъ при 36°) и если культура не моложе 9 часовъ и не старше 20—24. Основательность этого отличительнаго признака защищается между прочимъ и французскими бактериологами (Richardier и Tollemer въ „Presse Medic.“ 1899, № 25).

Врачи, діагноспирующие дифтерію только по присутствію въ зѣвѣ экссудата, признаютъ весьма частое совпаденіе ея съ скарлатиной, а потому я нахожу умѣстнымъ коснуться здѣсь вопроса о тождествѣ обыкновеннаго дифтеритасъ скарлатинознымъ. Извѣстно, что мнѣнія авторовъ по этому поводу діаметрально противоположны другъ другу, такъ какъ одни принимаютъ ихъ полное тождество, а другіе отрицаютъ его. Въ настоящее время большинство врачей склоняются на сторону послѣдняго мнѣнія и признаютъ вмѣстѣ съ первоначальными защитниками его, Henoch'омъ, Demme и Neubner'омъ, полную самостоятельность скарлатинознаго дифтерита. Я считаю нужнымъ поподробнѣе остановиться на этомъ вопросѣ, такъ какъ онъ имѣетъ не только теоретическій интересъ, но и громадное практическое значеніе, именно по отношенію къ вопросу объ изоляціи подобнаго рода больныхъ отъ другихъ скарлатинозныхъ, а также относительно прогноза, такъ какъ послѣдствія скарлатинозной жабы не тѣ, что обыкновенной дифтеріи, а потому никакъ нельзя согласиться съ Baginsky'мъ который говоритъ (Handb. d. Kinderk. 1889, S. 111), будто вопросъ о тождествѣ этихъ двухъ дифтеритовъ для практики безразличенъ.

Прежде всего надо замѣтить, что вопросъ идетъ вовсе не объ анатомо-патологическомъ различіи или тождествѣ этихъ двухъ жабъ, такъ какъ макро-и микроскопическія измѣненія слизистой оболочки не могутъ представлять существенныхъ различій, разъ дѣло идетъ о дифтеритическомъ воспаленіи; суть-то вся въ томъ, что отъ какой бы причины ни произошло дифтеритическое воспаленіе, оно всегда будетъ тождественно съ дифтеритическимъ воспаленіемъ, вызваннымъ какой-либо другой причиной. Припомнимъ, напр., экспериментальный дифтеритъ Neubner'a, который вызывалъ его на слизистой оболочкѣ мочевого пузыря посредствомъ 3—2-часовой перевязки артерій, идущихъ ко дну пузыря у кроликовъ. Дифтеритическое воспаленіе развивалось въ его опытахъ въ самой типической формѣ и притомъ безъ малѣйшаго участія такихъ бы то ни было микроорганизмовъ. Если же дифтеритическій экссудатъ не есть необходимая и исключительная принадлежность дифтеріи, такъ какъ помимо микроба дифтеріи онъ можетъ быть вызванъ и другими раздражителями, даже и не инфекціонными веществами, а чисто химическими и механическими агентами, то мы можемъ сдѣлать выводъ, что *присутствіе* *идтъ* *бы*

то ни было, а въ томъ числѣ и въ зѣвъ, дифтеритическія пленки, вовсе не доказываютъ наличности зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтеріи. Слѣдовательно, анатомическое тождество скарлатинознаго дифтерита съ обыкновеннымъ если и существуетъ (но и это еще сомнительно, какъ увидимъ ниже), то оно еще ровно ничего не доказываетъ, такъ какъ вопросъ идетъ, во-1-хъ, и главнымъ образомъ, объ *этіологическомъ* различіи и, во-2-хъ, о клиническомъ теченіи этихъ двухъ формъ дифтеритовъ зѣва.

Съ *этіологической* точки зрѣнія вопросъ сводится къ тому, способенъ ли скарлатинозный контагіи или сопутствующіе микробы вызывать у больныхъ дифтеритическое воспаленіе слизистой оболочки зѣва, похожее на то, что вызывается ядомъ дифтеріи? На этотъ вопросъ мы имѣемъ полное право отвѣтить: да, можетъ вызвать. Въ доказательство мы приведемъ четыре слѣдующихъ довода:

Во-1-хъ, *скарлатина можетъ сопровождаться образованіемъ дифтеритическаго экссудата въ зѣвъ, даже и въ такихъ мѣстностяхъ* (напр. въ деревняхъ), *гдѣ нѣтъ и не было дифтеріи*, а слѣдовательно не откуда и заражаться ея ядомъ скарлатинознымъ больнымъ.

Подобныя эпидеміи несомнѣнно доказываютъ, что контагіи скарлатины вызываетъ воспаленіе слизистой оболочки зѣва въ самой разнообразной степени, начиная отъ легкаго катарра и кончая самыми тяжелыми формами дифтеритическаго воспаленія, съ некрозомъ слизистой оболочки и послѣдовательнымъ образованіемъ язвъ, заживающихъ рубцовой тканью. Далѣе такія эпидеміи доказываютъ, что между самыми легкими и самыми тяжелыми скарлатинозными ангинами существуютъ всевозможныя переходныя формы, такъ что рѣшительно нельзя сказать, гдѣ кончается простая скарлатинозная жаба и гдѣ начинается дифтеритическая. Въ 1869—1870 годахъ, когда я служилъ въ саранскомъ земствѣ, во всей Пензенской губ. не было и помина о дифтеріи, а между тѣмъ я былъ свидѣтелемъ нѣсколькихъ тяжелыхъ эпидемій скарлатины и вдоволь насмотрѣлся, какъ умираютъ крестьянскія дѣти (а нерѣдко и взрослые) отъ тяжелаго дифтеритическаго воспаленія въ зѣвѣ, развивавшагося подъ вліяніемъ скарлатины. Что подобныя эпидеміи наблюдались и другими, можно сослаться на Liebermeister'a, который указываетъ на фактъ появленія скарлатинознаго дифтерита въ такія времена и въ такихъ странахъ, въ которыхъ самородный дифтеритъ зѣва совершенно отсутствуетъ, какъ на главный доводъ въ пользу самостоятельности скарлатинознаго дифтерита („Инфекц. болѣзни“. 1885 года, стр. 207).

Во-2-хъ, *дѣти, страдающія скарлатиной съ катарральной или фолликулярной жабой, не заражаются дифтеритомъ отъ своихъ братьевъ, у которыхъ скарлатина протекаетъ съ дифтеритомъ и съ которыми первые лежатъ въ одной комнатѣ*. Подобные факты встрѣчаются при семейныхъ эпидеміяхъ скарлатины очень часто, чего не могло бы быть, если бы у послѣднихъ былъ не скарлатинозный дифтеритъ, а скарлатина, осложненная дифтеріей, потому что скарлатина (легкая или тяжелая — все равно) предохраняетъ только отъ скарлатины, но не отъ дифтеріи, и, наоборотъ, дифтерія на нѣкоторое время предохраняетъ субъекта отъ дифтеріи, но не застраховываетъ отъ скарлатины.

Наблюдения, доказывающія возможность заражения здоровыхъ людей дифтеритомъ отъ скарлатинознаго дифтерита, существуютъ, но они крайне рѣдки и объясняются или тѣмъ, что заразившійся больной получилъ не дифтерію, а скарлатинозную злокачественную жабу безъ сыпи, или тѣмъ, что заразившійся больной дѣйствительно былъ зараженъ ядами двухъ болѣзней, т.-е. скарлатиной и дифтеріей, и передалъ только послѣднюю. Такой случай, конечно, возможенъ, и никто не утверждаетъ, что скарлатинозный больной не воспримчивъ къ яду дифтеріи, такъ же какъ и къ яду кори, напр., и т. п., но de facto подобная случайность встрѣчается крайне рѣдко, если только не считать случаевъ заражения въ больницахъ, гдѣ, по свидѣтельству Henoch'a (Handb. S. 750; см. также „Медиц. Обзор.“ XIX, 1883, стр. 366), бываетъ и такъ, что больной, только что перенесшій скарлатину съ дифтеритомъ, вслѣдъ за тѣмъ получаетъ обаяновенную дифтерію, отъ которой и умираетъ, а отсюда слѣдуетъ, что скарлатинозный дифтеритъ нисколько не предохраняетъ отъ яда дифтеріи, — обстоятельство очень важное, такъ какъ больной, перенесшій дифтерію, дѣлается невоспримчивымъ къ новому зараженію, по крайней мѣрѣ въ ближайшемъ будущемъ. Больничныя же наблюдения доказываютъ и тотъ фактъ, что скарлатинозный дифтеритъ не передается дѣтямъ, перенесшимъ скарлатину, но заражаетъ скарлатиной дѣтей, только что выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи.

Въ-3-хъ, въ пользу возможности происхожденія дифтеритической жабы (но не дифтеріи) подъ вліяніемъ скарлатинознаго яда говорятъ случаи заражения тяжелой скарлатиной (съ дифтеритомъ) отъ больного, имѣвшаго легкую форму болѣзни съ простой катарральной или съ фолликулярной жабой. Фактъ этотъ извѣстенъ, конечно, всѣмъ, такъ какъ только на основаніи подобныхъ наблюдений и можно признавать за скарлатину разныя аномальныя формы ея, по симптомамъ вовсе не похожія на настоящую скарлатину.

Въ-4-хъ, результаты бактериологическихъ изслѣдованій, произведенныхъ за послѣдніе годы различными авторами, сводятся къ тому, что при скарлатинозномъ дифтеритѣ Löffler'скій бациллъ почти никогда не встрѣчается, а это равнозначуще тому, что скарлатина почти никогда не осложняется настоящей дифтеріей. Löffler'скаго бацилла находили при скарлатинозной жабѣ главнымъ образомъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда уже по симптомамъ возможно было предполагать, что скарлатина въ данномъ случаѣ осложнена дифтеріей, т.-е. въ такихъ случаяхъ дѣло шло или о позднемъ дифтеритѣ, или въ теченіе скарлатины развивался крупъ, или въ больницѣ скарлатинозные больные не строго отдѣлялись отъ дифтерійныхъ. Такъ, напр., самъ Löffler нашелъ своего бацилла при скарлатинозномъ дифтеритѣ только въ одномъ случаѣ, у умершаго на 18-й день, и какъ разъ у этого больного были найдены при вскрытіи толстыя перепонки во всей гортани и въ трахеѣ. Bourges и Würtz, работавшіе подъ руководствомъ Strauss'a, изслѣдуя 9 случаевъ ранняго скарлатинознаго дифтерита, ни въ одномъ не нашли Löffler'скаго бацилла, а въ двухъ случаяхъ поздняго дифтерита они нашли его. При скарлатинозномъ дифтеритѣ они, подобно Раскиной и многимъ другимъ авторамъ, постоянно встрѣчали streptococcus pyogenus въ чистомъ видѣ или вмѣстѣ

съ другими микробами. Такъ какъ одинъ изъ ихъ пациентовъ, перенесшій скарлатинозный дифтеритъ, заразился потомъ крупомъ, то они настойчиво совѣтуютъ не переводить подобныхъ скарлатинозныхъ больныхъ въ дифтеритное отдѣленіе („*Progr. medic.*“, 10 mai 1890 г.). Въ томъ же смыслѣ высказались Sevestre, Chantémesse, I. Simon, Kalisco и Paltauf, Esherich, Zarniko и др.

Итакъ, на основаніи всѣхъ вышеприведенныхъ данныхъ мы можемъ признать за доказанное, что скарлатинозный дифтеритъ можетъ быть произведенъ самимъ скарлатинознымъ ядомъ (или всюду встрѣчающимся стрептококкомъ, и въ такомъ случаѣ на скарлатинозный дифтеритъ надо смотрѣть какъ на осложненіе, благодаря вторичной инфекціи), но безъ вліянія дифтерійнаго микроба.

Для тѣхъ врачей, которые отрицаютъ способность скарлатинознаго яда вызывать дифтеритическое воспаленіе слизистой оболочки зѣва, очень трудно объяснить столь частое совпаденіе одновременнаго зараженія больныхъ двумя ядами — скарлатины и дифтерии. Однако, всѣ вышеприведенные факты оказываются не достаточно сильными, чтобъ убѣдить скептиковъ, а потому и до сихъ поръ еще нѣкоторые утверждаютъ, что скарлатинозный дифтеритъ совершенно идентиченъ съ обыкновеннымъ и что происходитъ онъ отъ осложненія скарлатины дифтеріей. Посмотримъ же, на основаніи какихъ фактовъ сложилось это мнѣніе. Сторонники этого взгляда указываютъ, во-1-хъ, на тождество патолого-анатомическихъ измѣненій при скарлатинозномъ и при обыкновенномъ дифтеритѣ. Но мы уже говорили о томъ, что этиологическій вопросъ этимъ нисколько не разрѣшается, такъ какъ „не все то дифтерія, гдѣ есть дифтеритъ“. Во-2-хъ, они указываютъ на тѣ рѣдкіе случаи, когда въ извѣстной семьѣ, при существованіи скарлатины съ дифтеритическимъ воспаленіемъ зѣва, кто-либо изъ членовъ получаетъ только дифтеритъ безъ скарлатинозной сыпи. Отсюда заключаютъ, что изъ двухъ ядовъ данный больной былъ воспримчивъ только къ одному, а потому и получилъ одну лишь дифтерію, а не скарлатину. Такіе случаи несомнѣнно встрѣчаются, но они допускаютъ и иное толкованіе. Дѣло въ томъ, что въ скарлатинозныхъ домахъ нѣкоторые члены семьи (даже и взрослые, уже имѣвшіе скарлатину) очень часто получаютъ легкую ангину безъ всякой сыпи; у другихъ катарральная ангина комбинируется съ едва замѣтной сыпью, занимающею нѣкоторыя излюбленные мѣста, каковы напр. паха, лобокъ, ягодицы и подмышки; чтобы найти подобную сыпь, надо искать ее, а не довольствоваться бѣглымъ осмотромъ груди и спины. Эти-то случаи съ слабо выраженной сыпью составляютъ переходъ къ случаямъ скарлатины безъ сыпи, къ числу которыхъ должны быть отнесены и вышеупомянутые случаи скарлатинознаго дифтерита безъ сыпи. Справедливость только-что сказаннаго доказывается тѣмъ, что ребенокъ, перенесшій въ скарлатинозномъ домѣ простую или дифтеритическую жабу безъ сыпи, остается застрахованнымъ отъ скарлатины и въ свою очередь не заражаетъ дифтеритомъ тѣхъ, которые уже имѣли скарлатину, хотя бы и очень легкую.

Второе доказательство, приводимое въ пользу идентичности скарлатинознаго дифтерита съ обыкновеннымъ, имѣло бы силу лишь въ томъ случаѣ, если бы было доказано, что тяжелая форма скарлатины (скарлатинозный дифтеритъ

безъ сыпи почти всегда протекаетъ въ видѣ тяжелаго заболѣванія) не бываетъ безъ сыпи; но этого никто, конечно, не доказалъ, а между тѣмъ извѣстно, что чѣмъ тяжелѣе скарлатинозная ангина, тѣмъ сравнительно слабѣе бываетъ выражена сыпь, такъ что, напр., Демме предлагаетъ даже лѣчить подобныя формы злокачественной скарлатины подкожными инъекціями пилокарпина съ цѣлью вызвать приливъ крови къ кожѣ и такимъ образомъ способствовать болѣе обильному появленію сыпи. Hüttenbrenner въ своемъ руководствѣ (стр. 481) съ особеннымъ удареніемъ указываетъ на то, что при тяжелыхъ скарлатинозныхъ ангинахъ сыпь вообще держится не долго и потому часто просматривается.

Вотъ соображенія, на основаніи которыхъ можно утверждать, что появленіе дифтерита зѣва безъ сыпи въ скарлатинозныхъ семьяхъ не имѣетъ доказательной силы въ пользу идентичности дифтеритнаго яда.

Вообще говоря, съ этимъ вопросомъ повторяется то же самое, что было съ самостоятельностью вѣтреной оспы: въ то время, когда ученые спорили о томъ, идентичны ли яды *varicellae* и *variolae*, практическіе врачи какъ бы инстинктивно признавали самостоятельность вѣтреной оспы и потому не боялись оставлять варицеллёзныхъ больныхъ среди ихъ братьевъ и сестеръ; такъ и тутъ: пока мы споримъ о томъ, не имѣетъ ли скарлатина особой склонности осложняться дифтеріей, практически вопросъ этотъ уже давно рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ, такъ какъ врачу и въ голову не приходитъ надобности разъединять скарлатинозныхъ больныхъ только потому, что у одного изъ нихъ горло болитъ поменьше, а у другихъ посильнѣе, что у однихъ на миндалинахъ желтыя точки, а у другихъ бляшки.

Если мы обратимся къ клиническимъ даннымъ, то и здѣсь найдемъ довольно вѣскія доказательства въ пользу дуалистическаго воззрѣнія. Наблюденія показываютъ, именно, что скарлатинозный дифтеритъ отличается отъ обыкновеннаго какъ по теченію, такъ и по послѣдствіямъ и по сопутствующимъ явленіямъ.

Въ этомъ отношеніи прежде всего бросается въ глаза *время появленія дифтеритической жабы при скарлатинѣ*. Какъ бы сильно ни началась скарлатина, никогда нельзя рассчитывать встрѣтить дифтеритъ уже на первый и даже на второй день болѣзни; какъ правило, онъ появляется только на 3-й, 4-й или 5-й день. Если дифтеритическій экссудатъ не появился на 5-й день, то можно быть почти увѣреннымъ, что онъ и не появится. Если дифтеритъ появляется за нѣсколько дней до сыпи или черезъ 8—10 и болѣе дней послѣ нея, что встрѣчается иногда въ больницахъ, то одного этого уже достаточно, чтобы предположить осложненіе скарлатины настоящей дифтеріей. Если принять инкубаціонный періодъ дифтерии въ 3—5 дней и сопоставить съ этимъ время появленія дифтеритическаго экссудата при скарлатинѣ, то будетъ очень странно, что время зараженія скарлатинозныхъ ядомъ дифтеріи почти всегда случается якобы въ первый день болѣзни, даже и въ томъ случаѣ, если больной не имѣлъ никакого повода къ такому зараженію.

Противъ тождества говоритъ далѣе то обстоятельство, что во многихъ случаяхъ можно съ перваго же дня предсказать скорое появленіе дифтерита; это удается именно во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, которые съ са-

мага начала выражаются очень высокою температурой, бредомъ, сухимъ языкомъ и, вообще, тяжелыми симптомами отравленія; если такого рода больные переживаютъ 3-й день болѣзни, то они почти обязательно получаютъ дифтеритъ, потому что чѣмъ сильнѣе дѣйствіе яда проявляется въ общихъ явленіяхъ и чѣмъ интенсивнѣе бываетъ сыпь, тѣмъ сильнѣе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, поражается и горло. Правило это допускаетъ, конечно, исключенія, какъ и вообще всѣ наши медицинскія правила, и если случается встрѣчать тяжелыя формы скарлатины безъ сыпи, то отчего не быть тяжелымъ формамъ и безъ злокачественной жабы, но мы говоримъ здѣсь о томъ, что встрѣчается обыкновенно. Въ силу только что сказаннаго, если бы держаться унитарнаго взгляда, то пришлось бы допустить, что тяжелой скарлатины не существуетъ, а то, что извѣстно подъ этимъ именемъ, есть результатъ зараженія организма двумя ядами: скарлатинознымъ и дифтерійнымъ, что, конечно, менѣе вѣроятно.

{ Въ пользу самостоятельности скарлатинозной жабы говорить далѣе и то, что между самой легкой катаральной жабой и тяжелой дифтеритической при скарлатинѣ наблюдаются всевозможныя переходныя формы, не исключая и ложно-перепончатыхъ жабъ, характеризующихся образованіемъ на слизистой оболочкѣ миндалинъ обширныхъ, но легко отдѣляющихся пленокъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ встрѣчается, такъ называемый, ложный дифтеритъ (въ смыслѣ Weigert'a), т.-е. такого рода дифтеритическая жаба, при которой пленки сидятъ вѣрно, но экссудатъ не пропитываетъ самаго вещества слизистой оболочки и потому по отпаденіи пленокъ не остается язвъ и, наконецъ, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ развивается настоящее дифтеритическое воспаленіе, сопровождающееся некрозомъ пораженной слизистой оболочки. Самые обширныя рубцы въ зѣвѣ и на мягкомъ нёбѣ я встрѣчалъ именно послѣ скарлатинознаго дифтерита, а не послѣ обыкновенной дифтеріи, что согласуется съ микроскопическими изслѣдованіями Weigert'a и Heubner'a, которые нашли, что настоящее дифтеритическое воспаленіе при скарлатинѣ встрѣчается чаще, чѣмъ при дифтеріи, которой болѣе свойствененъ, такъ называемый ложный дифтеритъ.

Спрашивается, при какомъ же собственно анатомическомъ измѣненіи слѣдуетъ допустить осложненіе скарлатины дифтеріей? Гдѣ кончается вліяніе скарлатиннаго яда и начинается дѣйствіе другого? При той постепенности перехода легкихъ формъ жабы въ тяжелыя, какая наблюдается при постели больного, на данный вопросъ унитаристы не могутъ дать подходящаго отвѣта, между тѣмъ какъ съ дуалистической точки зрѣнія вопросъ этотъ рѣшается очень просто, потому что различная градація дѣйствія яда замѣчается во всѣхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и относительно любого изъ симптомовъ, и было бы очень странно, если бъ одна только скарлатинозная жаба составляла исключеніе изъ этого общаго правила.

Да, наконецъ, и самое *теченіе скарлатинознаго дифтерита* нѣсколько отличается отъ теченія обыкновенной дифтеріи. Какъ уже сказано, скарл. дифтеритъ появляется не на первый день болѣзни, а развивается постепенно въ теченіе первыхъ 3 или 4 дней. Сначала слизистая оболочка зѣва пред-

ставляетъ только болѣе или менѣе сильную инъекцію и нѣкоторую припухлость миндалей и дужекъ; въ тяжелыхъ случаяхъ воспалительная краснота отличается синеватымъ или багровымъ оттѣнкомъ; дни черезъ два появляются отдѣльно сидящія желтоватыя островки, какъ при *angina follicularis*, съ тою лишь разницей, что они скоро сливаются, образуя большія перепонки. Въ легкихъ случаяхъ они могутъ ограничиваться однѣми миндалинами, но это бываетъ сравнительно рѣдко, въ большинствѣ же случаевъ экссудатъ оказываетъ большую наклонность къ распространенію на сосѣднія части, но не на гортань, а вверху — на нѣбо и на хоаны.

Въ этой-то особой наклонности скарл. жабы распространяться вверху и упасть гортань и состоитъ существенное отличие ея отъ дифтерійной жабы, которая, какъ извѣстно, оказываетъ къ гортани значительное пристрастіе. Правда, въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ встрѣчается не мало случаевъ развитія крупа въ теченіе скарлатинознаго дифтерита, но въ подобныхъ случаяхъ есть основаніе подозрѣвать осложненіе скарлатины дифтеріей. Trousseau, которому принадлежитъ выраженіе, что скарлатина не любитъ гортани, тоже видалъ, конечно, исключенія изъ этого правила, но только въ случаяхъ поздняго появленія злокачественной жабы, напр., послѣ 8-го дня, и потому онъ считалъ такую жабу (т.-е. которая поздно появляется и распространяется на гортань) за обыкновенную дифтерію, присоединившуюся къ скарлатинѣ. (Выше мы уже отмѣтили, что при такихъ-то именно скарлат. жабахъ авторы и находили Löffler'sкаго бацилла).

Если дифтеритическій процессъ распространился на хоаны, и появился злокачественный насморкъ, выражающійся сначала просто скопленіемъ въ носовыхъ ходахъ большого количества слизисто-гнойнаго отдѣляемаго, а потомъ появленіемъ дифтеритныхъ или врупозныхъ пленокъ близъ отверстія ноздрей, то почти навѣрное можно разсчитывать, что тотъ же процессъ перейдетъ по Евстахіевымъ трубамъ и на среднее ухо. Переходъ этотъ обозначается иногда очень сильными болями въ ушахъ, а нерѣдко и болью при давленіи сзади уха на сосцевидный отростокъ; но въ другихъ случаяхъ, страннымъ образомъ, прободеніе барабанныхъ перепонокъ и течь изъ ушей развивается совсѣмъ безъ жалобъ со стороны больного. Скарлатинозный дифтеритъ охотно распространяется также и на твердое нѣбо и на другія части полости рта, именно на внутреннюю поверхность щекъ, на боковыя части языка и на губы. Понятно, что при такомъ обширномъ распространеніи дифтеритическаго процесса дѣло не обходится безъ опуханія шейныхъ и подчелюстныхъ железъ. Сначала припухшія железы прощупываются въ видѣ подвижныхъ, рѣзко ограниченныхъ, кругловатыхъ тѣлъ, но по мѣрѣ развитія процесса воспаленіе распространяется и на сосѣднюю вѣтчатку, припухшія железы спаиваются въ объемистую опухоль твердой консистенціи и покрытую натанутой, слегка покраснѣвшей и очень болѣзненной при давленіи кожей. Любимое мѣсто подобныхъ опухолей тогчасъ ниже сосцевиднаго отростка, но онѣ могутъ появиться и на другихъ мѣстахъ шеи, болѣе впереди; въ особенно тяжелыхъ случаяхъ инфильтруется подкожная вѣтчатка всей передней поверхности шеи и подбородочной области, и получается картина симптоматической *ang. Ludowici*. Если железы потеряли

свою подвижность вслѣдствіе воспаленія окружающей ихъ клѣтчатки, то дѣло неминуемо должно кончиться образованіемъ абсцесса, а если онъ не образуется во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ, то только потому, что больной нерѣдко умираетъ раньше, чѣмъ успѣетъ образоваться гной.

При обыкновенной дифтеріи тоже встрѣчается и дифтеритическій насморкъ, и пораженіе железъ и шейной клѣтчатки, но разница въ томъ, во-1-хъ, что вмѣсто твердаго инфильтрата здѣсь несравненно чаще встрѣчается отечная опухоль шеи, и во-2-хъ, что до абсцессовъ железъ при дифтеріи дѣло доходитъ очень рѣдко, такъ какъ дифтеритическій насморкъ сопровождаетъ обыкновенную септическую форму дифтеріи, которая гораздо опаснѣе, чѣмъ большинство случаевъ скарлатины, осложненныхъ злокачественнымъ насморкомъ, и кончается смертью въ громадномъ большинствѣ случаевъ еще задолго до образованія нарыва. Другими словами, между скарлатинознымъ дифтеритомъ и самостоятельнымъ существуетъ разница и въ прогностическомъ отношеніи, такъ какъ скарлатинозный дифтеритическій насморкъ далеко не можетъ служить столь опаснымъ предзнаменованіемъ, какъ такой же насморкъ при дифтеріи; довольно сказать, что первый иногда переносится даже и грудными дѣтьми.

Какъ на послѣдній доводъ въ пользу самостоятельности скарлатинознаго дифтерита, укажу еще на то, что послѣ дифтеріи нерѣдко развиваются послѣдовательные дифтеритическіе параличи, которые никогда не встрѣчаются у больныхъ, перенесшихъ злокачественную скарлатинозную жабу, съ какимъ бы то ни было обширнымъ дифтеритическимъ экссудатомъ; точно такъ же не бываетъ послѣ скарлатины и внезапной смерти въ періодъ выздоровленія отъ послѣдовательнаго паралича сердца.

Въ больницахъ, гдѣ скарлатинные больные помѣщаются вмѣстѣ съ случаями дифтеріи, тамъ возможно, конечно, осложненіе скарлатины настоящею дифтеріей и наоборотъ, и въ такомъ случаѣ теченіе дифтерита, конечно, ничѣмъ не будетъ отличаться отъ обыкновеннаго, т.-е. онъ можетъ распространиться на гортань, можетъ вызвать послѣдовательные параличи и т. д. Въ частной практикѣ, однако, случаи одновременнаго зараженія ребенка двумя ядами инфекціонныхъ болѣзней (оспы и кори, скарлатины и дифтерита и т. п.), принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ, такъ что при діагностикѣ скарлатинознаго дифтерита могутъ быть не принимаемы во вниманіе. По наблюденіямъ Trousseau, дифтерія, осложняющая скарлатину, присоединяется къ пей не на 3—5-й день, какъ скарлатинозный дифтеритъ, а на 8—9-й день и позднѣе.

Полноты ради упомяну еще и о томъ, что въ литературѣ есть указанія и на анатомо-гистологическую разницу скарлатинознаго дифтерита отъ простаго: обыкновенный дифтеритъ, по изслѣдованіямъ Weigert'a и Neubner'a (Jahrb. f. Kindr. XIV, B. I, 1879), въ гистологическомъ отношеніи относится къ категоріи такъ наз. ложнаго дифтерита, потому что пленки при немъ хотя сидятъ и плотно, но тѣмъ не менѣе свертывающійся экссудатъ не пропитываетъ вещества слизистой оболочки, а лежитъ на поверхности ея; при скарлатинѣ, напротивъ, сравнительно чаще встрѣчается настоящее дифтеритическое воспаленіе съ некрозомъ слизистой оболочки. Микроскопическое отличіе, по Neubner'у, состоитъ въ томъ, что при дифтеріи пленки толще и легче снимаются, при

скарлатинѣ же тоньше и могутъ быть отдѣлены только мелкими влочками. Разница, какъ видите, не существенная, и на основаніи только этихъ признаковъ, конечно, нельзя бы было отдѣлять скарлатинознаго дифтерита отъ дифтеріи.

Вотъ данныя, на основаніи которыхъ мы считаемъ себя въ правѣ утверждать, что *скарлатинозный дифтеритъ есть такой же необходимый спутникъ тяжелой скарлатины, какъ катарральная жаба атрибутъ скарлатины легкой*. Съ обыкновенною дифтеріей скарлатинозная злокачественная жаба имѣетъ общимъ признакомъ только наличность дифтеритическаго воспаленія, но теченіе этого воспаленія и, главнымъ образомъ, его этиологія совершенно различны. Скарлатина не потому бываетъ тяжела, что въ ней дифтеритъ присоединяется, а наоборотъ, — послѣдній появляется вслѣдствіе того, что заболѣваніе тяжело, т.-е. что зараза очень сильна или что она пала на очень удобную для нея почву и потому пышно расцвѣла. То же самое мы видимъ и въ оспѣ, и во всѣхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ; вѣдь никто же не сомнѣвается въ томъ, что оспа бываетъ тяжела не потому, что сопровождается сливною сыпью, а, напротивъ, сыпь дѣлается сливной, потому что яда очень много или зараженіе слишкомъ сильно.

Чтобы покончить съ діагностикой, намъ остается сказать еще объ *отличіи дифтеріи гортани отъ такъ наз. спорадическаго (простуднаго) крупа*. Для врачей, не признающихъ никакого иного крупа кромѣ дифтерійнаго, вопросъ о подобной діагностикѣ является совершенно празднымъ, но съ тѣхъ поръ, какъ въ дѣлѣ происхожденія дифтеріи было признано этиологическое значеніе Löffler'скаго бацилла, можно считать за доказанное, что существуютъ разные крупы; какъ въ зѣвѣ и въ носу, такъ равно и въ гортани ложныя перепонки образуются въ однихъ случаяхъ подъ влияніемъ бацилла L., а въ другихъ — иными микробами; въ первомъ случаѣ мы говоримъ о дифтеріи гортани, а во второмъ — о спорадическомъ крупѣ, болѣзни не заразной. Анатомическая картина болѣзни со стороны гортани въ обоихъ случаяхъ совершенно одинакова, такъ какъ и здѣсь и тамъ дѣло идетъ о крупозномъ воспаленіи слизистой оболочки; разница лишь въ томъ, что въ одномъ случаѣ причина этого воспаленія еще недостаточно выяснена, а въ другомъ — она сводится на влияніе контагія дифтеріи — бацилла Löffler'a. Слѣдовательно, точная *діагностика возможна* въ томъ случаѣ, *если или известна причина заболѣванія* даннаго случая (въ домѣ есть случаи несомнѣнной дифтеріи), *или если явленія крупа сопровождаются симптомами ясно выраженной дифтеріи*. Къ числу такихъ симптомовъ относятся, напр., альбуминурія, значительная опухоль шейныхъ железъ, дифтеритъ слизистой оболочки носа и присутствіе экссудата въ зѣвѣ. Если всѣ или хотя бы только нѣкоторые изъ этихъ симптомовъ на лицо, то діагностика въ пользу дифтеріи гортани не трудна, ибо простудный крупъ, подобно дифтероидной жабѣ, болѣзнь чисто мѣстная и потому не сопровождается вышеприведенными симптомами. Но если этихъ послѣднихъ нѣтъ, а этиологія не известна (въ домѣ нѣтъ дифтеритныхъ больныхъ), то точная діагностика невозможна, такъ какъ несомнѣнно, что дифтерія можетъ локализоваться въ гортани, минуя зѣвѣ, и въ такомъ случаѣ (*пер-*

вичный дифтеритный крупъ) протекаетъ подобно спорадическому крупу безъ опухоли железъ, безъ альбуминурии и безъ пленокъ въ зѣвѣ, а потому никогда нельзя быть увѣреннымъ, что имѣешь дѣло съ спорадическимъ, т.-е. незаразительнымъ, крупомъ и, слѣдовательно, подобныхъ больныхъ всегда слѣдуетъ изолировать, какъ бы заразныхъ. Точная діагностика возможна только посредствомъ бактеріоскопическаго изслѣдованія. Хотя въ данномъ случаѣ и нельзя ни отдѣлить пленку пинцетомъ, ни поскоблить по поверхности ея платиновой петлей, но дѣло облегчается тѣмъ, что при дифтеріи бациллы встрѣчаются не въ однѣхъ только пленкахъ, но и на здоровой слизистой оболочкѣ, въ особенности по сосѣдству съ пленками; при крупѣ, напр., всего легче удастся ихъ найти на задней стѣнѣ глотки. Впрочемъ слѣдуетъ отмѣтить, что отсутствіе бациллоу въ слизи, взятой съ задней стѣнки глотки, еще не исключаетъ присутствія бациллоу въ гортани, слѣдовательно, діагностика выясняется только въ случаѣ положительнаго результата.

Если дифтерія, минуя зѣвъ, локализуется прямо въ гортани (первичная дифтерія гортани нѣкоторыми отрицается, напр. Неноч'омъ, I. с., стр. 620, но, по моему мнѣнію неосновательно), то можетъ быть смѣшана не только со спорадическимъ крупомъ, но и съ простымъ катарромъ гортани, т.-е. съ такъ наз. ложнымъ крупомъ. При неизвѣстности этиологическаго момента, діагностика основывается отчасти на симптомахъ, отчасти на теченіи. (У дѣтей, допускающихъ ларингоскопированіе, діагностика, конечно, такъ же легка, какъ и у взрослыхъ). Самымъ важнымъ симптомомъ истиннаго крупа (подразумѣвая подъ этимъ именемъ какъ спорадическій, такъ и эпидемическій крупъ или дифтеритъ гортани) являются: 1) *Отхаркиваніе ложныхъ перепонокъ*. При существованіи этого признака никакихъ колебаній въ діагностику быть уже не можетъ, но, къ сожалѣнію, отсутствіе его нисколько не говоритъ противъ крупознаго воспаленія слизистой оболочки гортани, такъ какъ далеко не каждый больной отхаркиваетъ перепонки. 2) *Осмотръ надгортанника*. При сильномъ надавливаніи шпателемъ на корень языка вызывается тошнотное движеніе, при которомъ гортань нѣсколько подымается вверхъ и въ этотъ моментъ удается увидать надгортанникъ если и не у всѣхъ, то во всякомъ случаѣ у многихъ дѣтей. Для діагностики моментъ этотъ важенъ потому, что край надгортанника при настоящемъ крупѣ нерѣдко бываетъ занятъ пленками даже въ томъ случаѣ, когда зѣвъ оказывается вполне здоровымъ. 3) *Стенозъ гортани*. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что степень суженія просвѣта гортани сама по себѣ еще ничего не доказываетъ, такъ какъ очень значительный стенозъ встрѣчается иногда и при ложномъ крупѣ; гораздо важнѣе продолжительность и скорость его развитія. При ложномъ крупѣ стенозъ гортани развивается быстро, но держится не долго, всего лишь нѣсколько часовъ; при истинномъ крупѣ развитіе стеноза идетъ постепенно и прогрессивно, а потому разъ развившись, онъ остается уже до самой смерти или до наступленія періода выздоровленія; если черезъ сутки припадки стеноза не только не исчезаютъ, но даже усиливаются, то по всей вѣроятности это истинный крупъ. 4) Наблюденія показываютъ, что при ложномъ крупѣ встрѣчается несоотвѣтствіе между силой стеноза и хрипою голоса и кашля, т.-е. при немъ можетъ быть, напр.,

лающей кашель при свободномъ дыханіи и довольно чистомъ голосѣ (когда при нормальныхъ голосовыхъ связкахъ есть сильная опухоль ложныхъ голосовыхъ оболочекъ — *Rauchfuss, Dehio*) или хриплый голосъ до степени афоніи при звучномъ кашлѣ и т. п.; при истинномъ крупѣ, напротивъ, всѣ эти признаки бываютъ выражены пропорціонально другъ другу, такъ что если дѣло дошло до рѣзко выраженного стеноза гортани, то при этомъ и голосъ будетъ афоничный и кашель лающей. 5) *Кашель* при истинномъ крупѣ въ большинствѣ случаевъ сначала рѣдкій и нехриплый, потомъ становится чаще, сильнѣе (пароксизмами) и хриплѣе; наоборотъ, при катаррѣ гортани онъ сразу принимаетъ хриплый, лающей характеръ и бываетъ очень частъ, а черезъ нѣсколько часовъ катаррѣ разрѣшается, и кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе. 6) *Принадки задущенія* при истинномъ крупѣ являются въ періодѣ полного развитія болѣзни, а при ложномъ — съ самаго начала, напр. въ первую же ночь. 7) *Боль при давленіи на область гортани* бываетъ сильнѣе выражена при истинномъ крупѣ. 8) *Цианозъ и общая анестезія* (отравленіе крови CO_2) встрѣчается почти только при истинномъ крупѣ. 9) *Анамнезъ*: ложный крупъ чрезвычайно склоненъ къ возвратамъ, а настоящій не повторяется почти никогда.

Въ продромальномъ періодѣ можетъ имѣть діагностическое значеніе насморкъ, присутствіе котораго говоритъ въ пользу ложнаго крупа (конечно, если только насморкъ этотъ не дифтеритическій).

Наконецъ при діагностикѣ крупа надо еще имѣть въ виду и затрудненное дыханіе вслѣдствіе *заднеглоточнаго нарыва*. Казалось бы всего легче выяснить дѣло осмотромъ зѣва: при дифтеритѣ — пленки, при нарывѣ — опухоль на задней стѣнкѣ, но въ дѣйствительности это не такъ; заднеглоточный нарывъ встрѣчается главнымъ образомъ у маленькихъ (грудныхъ) дѣтей, у которыхъ осмотръ зѣва вообще сопряженъ съ трудностью, а во-2-хъ при нарывѣ въ зѣвѣ скопляется такъ много слизи и слюны, что задней стѣнки совсѣмъ не видно; по этой причинѣ въ сомнительномъ случаѣ обязательно [ислѣдовать зѣвъ пальцемъ, которымъ, въ случаѣ абсцесса, не трудно опредѣлить присутствіе на задней стѣнкѣ флюктуирующей, упругой опухоли. Подозрѣвать нарывъ можно въ томъ случаѣ, когда при стенотическомъ дыханіи у ребенка нѣтъ ни лающего кашля, ни хриплаго голоса, ни стенотического дыхательнаго шума; вдыханіе и при абсцессѣ сопровождается шумомъ, но только шумъ этотъ совсѣмъ особенный: онъ похожъ на влажный храпъ и бываетъ всего сильнѣе выраженъ во время сна; *хриплое дыханіе во время сна* является однимъ изъ первыхъ симптомовъ заднеглоточнаго нарыва.

Предсказаніе.

Какой бы легкою формою дифтерита ни заболѣлъ ребенокъ, никогда нельзя быть спокойнымъ за благополучный исходъ болѣзни, такъ какъ никто не поручится за то, что легкій дифтеритъ не распространится на гортань и не сдѣлается смертельнымъ; въ этомъ отношеніи предсказаніе тѣмъ сомнителнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. Вообще слѣдуетъ сообразоваться съ характеромъ эпидеміи данной мѣстности или дома; большею частью бываетъ такъ, что тяжелый дифтеритъ передается въ тяжелой формѣ, а легкій — въ легкой. При одинаковой

интенсивности болѣзни предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ, но общее состояніе питанія организма не имѣетъ такого значенія, хотя вообще и считается, что слабые дѣти труднѣе переносятъ дифтеритъ, чѣмъ крѣпкія.

На основаніи официальныхъ источниковъ Monti даетъ слѣдующую таблицу болѣзненности и смертности отъ дифтеріи въ Вѣнѣ за 1879, 1880 и 1881 годы:

	Заболѣло.	Умерло.	% смерт.
На 1-мъ году жизни . .	154	88	57
Отъ 1 до 5 лѣтъ . .	2239	1067	43
„ 5 „ 10. „ . .	1370	332	24
„ 10 „ 20 „ . .	458	38	8
Старше 20 „ . .	457	14	3

Статистика, относящаяся къ дифтериту на югѣ Россіи, приведенная нами выше показываетъ, что дѣти на 1-мъ году жизни давали меньшій процентъ смертности, чѣмъ дѣти отъ 2 до 5 и отъ 5 до 10 лѣтъ.

При оцѣнкѣ степени тяжести дифтеріи на основаніи симптомовъ, мы обращаемъ вниманіе: 1) на распространеніе пленокъ и ихъ видъ, 2) на сопутствующія явленія и 3) на общій видъ больного. Что касается распространенія и вида пленокъ, то мы считаемъ дифтеритъ тѣмъ болѣе легкимъ, чѣмъ ограниченнѣе пленки, т.-е. чѣмъ меньше занимаемая ими поверхность слизистой оболочки и чѣмъ онѣ тоньше; если экссудатъ не заходитъ за границы миндалинъ, то мы относимъ случай къ легкимъ; въ случаяхъ средней силы пленки занимаютъ язычекъ и нѣбныя дужки или заднюю стѣнку глотки; если же поражены носъ или гортань, или экссудатъ распространяется съ нѣбной занавѣски на твердое нѣбо (верхняя граница пленокъ стоитъ выше корня язычка), то это тяжелый случай; къ тяжелымъ же случаямъ относятся т. н. флегмонозныя и септические формы дифтерита; первая характеризуется значительной опухолью мягкихъ частей зѣва, а вторая — грязнымъ видомъ пораженныхъ частей и сильною вонью изо рта. Дифтеритическій насморкъ, не опасный самъ по себѣ, пользуется дурнымъ прогностическимъ значеніемъ потому, что служитъ выраженіемъ септической формы дифтерита. Troussseau считалъ поражение носа за болѣе дурной признакъ, чѣмъ даже дифтеритъ гортани, а я съ своей стороны считаю еще болѣе злобѣющимъ симптомомъ распространеніе дифтерита на твердое нѣбо.

Дурное прогностическое значеніе имѣютъ также *носовые кровотеченія*, независимо отъ того, появляются ли они въ самомъ началѣ болѣзни или въ періодѣ разгара; но еще хуже, если появляются кровотеченія изъ десенъ или подъ кожу, — словомъ, предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ болѣе развиты симптомы кровоточивости и чѣмъ раньше они появляются. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ больному угрожаетъ опасность не отъ потери крови, а отъ общей инфекціи, такъ какъ кровотеченія свидѣтельствуютъ о злокачественности ея.

Наоборотъ, *дифтеритъ гортани*, хотя и развивается обыкновенно при не-септическомъ дифтеритѣ, тѣмъ не менѣе очень опасенъ самъ по себѣ, и тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. Предсказаніе сравнительно лучше при локализованномъ крупѣ безъ крупа зѣва, такъ какъ сюда относятся всѣ спорадическіе случаи; предсказаніе зависитъ также отъ періода болѣзни: если дѣло дошло

до анестезии, то безъ трахеотоміи или интубаціи выздоровленіе едва ли возможно. Чѣмъ дольше тянулся этотъ періодъ, тѣмъ хуже предсказаніе даже при операціи, потому что успѣваетъ развиться значительное разстройство кровообращенія въ легкихъ (эмфизема переднихъ и верхнихъ частей и гиперемія нижнихъ и заднихъ). Благоприятными симптомами при дифтеритѣ гортани считаются рыхлый кашель, паденіе температуры до нормы, уменьшеніе стеноза и появленіе влажныхъ хриповъ въ бронхахъ.

Къ числу сопутствующихъ явленій относятся пораженіе лимфатическихъ подчелюстныхъ и шейныхъ железъ, отекъ шейной кльтчатки и альбуминурия. Въ легкихъ случаяхъ дифтеріи не бываетъ, обыкновенно, ни бѣлка въ мочѣ, ни замѣтной опухоли шеи подъ угломъ челюсти; въ случаяхъ средней силы появляется припухлость лимфатическихъ железъ подъ угломъ нижней челюсти, довольно болѣзненная при давленіи, но кльтчатка, ихъ окружающая, не отечна. Этотъ послѣдній симптомъ, т.-е. *отекъ шейной кльтчатки всегда характеризуетъ тяжелые, даже опасные случаи дифтерита*; чѣмъ больше выраженъ отекъ, тѣмъ больше и опасность; въ сравнительно легкихъ случаяхъ (хотя въ большинствѣ случаевъ все-таки смертельныхъ) отекъ замѣчается только подъ угломъ челюсти, съ одной или съ обѣихъ сторонъ; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ отекъ доходитъ до рукоятки грудины, т.-е. выравнивается яремная ямеа; если же отекъ спускается ниже ключиць, то случай можно считать абсолютно смертельнымъ. По моимъ наблюденіямъ, рѣзко выраженный отекъ указываетъ на близкую смерть: больной рѣдко переживаетъ 48 часовъ; замѣчательно, что быстрый смертельный исходъ наступаетъ при случаѣ даже и при хорошемъ состояніи силъ больного, когда онъ сидитъ въ кровати и кажется бодрымъ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, опасное положеніе больного отражается на его *habitus*'ѣ: осунувшееся лицо, безпрестанная агитація или сонливость, отвращеніе отъ пищи, упадокъ силъ, слабый пульсъ, похолоданіе конечностей, все это встрѣчается только въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ.

Альбуминурия хотя и не можетъ считаться за абсолютно-дурной прогностическій признакъ, но несомнѣнно, все-таки, что въ случаяхъ дифтеріи, протекающихъ съ альбуминуріей, процентъ смертности бываетъ больше, чѣмъ въ случаяхъ дифтеріи безъ бѣлковой мочи. Такъ, напр., по наблюденіямъ Bagin-sk'аго, специально занимавшагося пораженіемъ почекъ при дифтеріи, смертность въ случаяхъ съ альбуминуріей—50, а безъ альбуминуриі—только 14. Онъ, между прочимъ, указываетъ на то, что для предсказанія важна не столько альбуминурия, сколько присутствіе въ мочѣ форменныхъ элементовъ: чѣмъ больше въ осадкѣ мочи жирноперерожденнаго эпителия и цилиндровъ, тѣмъ хуже предсказаніе. Friedmanн (изъ клиники Neuberg'a) показалъ, что важныя данныя для предсказанія получаютъ также при опредѣленіи давленія крови. Работая съ аппаратомъ Basch'a, онъ нашелъ, что давленіе крови падаетъ тѣмъ больше, чѣмъ опаснѣе случай; если давленіе крови въ лучевой артеріи не ниже 90%, то предсказаніе хорошо, при 70 — сомнительно, а при 60 — совсѣмъ плохо.

Высокая температура при дифтеріи не имѣетъ особаго значенія для предсказанія, хотя Martin и утверждаетъ, что если температура въ теченіе 3 дней стоитъ выше 39° или если она съ каждымъ днемъ все подымается, то это

очень злобный признак. Что касается до бактериоскопического исследования пленок или слизи, то оно хотя и дает некоторые указания относительно предсказания, именно в том смысле, что чистые формы бациллярного дифтерита или случаи комбинации бацилла с мелкими кокками допускают более благоприятное предсказание, чем случаи симбиоза бацилла с цепоччатым кокком, но строить свои заключения на одном только этом признаке решительно невозможно, так как хотя стрептококк и усиливает ядовитость бацилла, да и сам по себе он, проникая в кровь, обуславливает появление септицемии, но решающее значение имеет не присутствие цепоччатого кокка, а, во-1-х, его ядовитость и, во-2-х, индивидуальное расположение (восприимчивость) организма; если нет одного из этих условий, то и примесь стрептококка не вызовет тяжелого заболевания.

Большое значение для предсказания имеет также и лечение. Чем раньше начать лечение, тем больше шансов на благополучный исход. Это правило имеет особенно важное значение для лечения сывороткой: если первая инъекция сыворотки произведена на первый или второй день заболевания, то процент выздоровления равняется 95—98%.

Если при дифтерите гортани произведена трахеотомия, то предсказание зависит, главным образом, от того, появился ли крупозный бронхит, или нет. При диагностике этого страдания руководствуются: 1) числом и качеством дыхания, 2) присутствием или отсутствием цианоза, 3) качеством мокроты, 4) физикальными явлениями со стороны легких и 5) ходом температуры.

Дыхание. Если круп занимает только гортань, то непосредственно после операции дыхание замедляется (если оно было учащено, вследствие начала асфиксии) и падает почти до нормы, в случае же осложнения крупозным бронхитом замедление дыхания бывает едва заметным и очень скоро доходить до прежней высоты.

Так как крупозное воспаление распространяется вообще очень быстро, то на благоприятный исход операции можно надеяться в том случае, если нормальная частота дыхания продержится хотя двое суток после операции; если же частота дыхания после операции не уменьшится и если дыхание остается затрудненным (втягивание уступчивых мест грудной клетки), то это указывает на поражение мелких бронхов, и тогда надо ждать смертельного исхода через несколько часов. То же значение имеет и значительное учащение дыхания, если оно появляется в течение 1—2 суток после операции. То же нужно сказать о цианозе: в случае локализованного крупа он должен исчезнуть немедленно после операции, если же он остается или появляется снова в течение 1—2 суток, то предсказание самое неблагоприятное.

Кашель: в случае локализованного крупа непосредственно после операции появляется очень частый кашель с отхаркиванием слизи; он появляется не только при прочищении трубочки, но при каждом малейшем движении ее, напр. при извлечении внутренней трубочки. Предсказание несколько хуже, если кашель хотя и частый, но при нем извлекаются перепонки, и еще хуже, если больной после операции почти совсем не кашляет или кашляет очень

мало, что указываетъ на то, что слизистая оболочка трахеи выстлана перепонками и потому не такъ чувствительна къ раздраженію ея трубчочкой и слизью. Неблагопріятный признакъ, если количество отдѣляемаго въ теченіе первыхъ 4—5 дней не увеличивается, а напротивъ, значительно уменьшается или совсѣмъ исчезаетъ.

Явленія со стороны легкихъ: въ благопріятныхъ случаяхъ въ нижнихъ частяхъ должно быть везикулярное дыханіе или влажные катарральные хрипы. Если же въ нижнихъ доляхъ дыханіе ослабѣваетъ или исчезаетъ, то это указываетъ на закупорку бронховъ.

Ходъ температуры. Въ благопріятныхъ случаяхъ послѣ операціи температура падаетъ почти до нормы, и если новой экссудаціи не является, то остается приблизительно нормальной, а потому всякое значительное повышеніе температуры черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи указываетъ на распространеніе крупа и потому ухудшаетъ предсказаніе.

По наблюденіямъ Hüttenbrenner'a, обыкновенно бываетъ 2 или 3 повышенія температуры, отдѣленные одно отъ другого часовъ на 12; всего труднѣе перенести первыя два ухудшенія, а третье бываетъ уже легче.

Если крупъ будетъ осложненъ во время операціи bronchitide cruposa, то больной умираетъ въ теченіе сутокъ, если же bronchitis cruposa присоединяется уже послѣ операціи, то смерть наступаетъ на 2—4-й день.

Предсказать, разовьются ли *дифтеритическіе параличи* или нѣтъ — рѣшительно невозможно; вообще, можно только сказать, что чѣмъ сильнѣе бываетъ дифтеритъ, тѣмъ больше шансовъ, что разовьются параличи и что тѣмъ обширнѣе они будутъ.

Предсказаніе при развившихся параличахъ зависитъ главнымъ образомъ отъ ихъ распространенія. Оно тѣмъ лучше, чѣмъ меньше число пораженныхъ мышцъ. Параличъ мышцъ туловища считается за особенно опасный симптомъ, такъ какъ онъ угрожаетъ параличемъ дыхательныхъ мышцъ.

Лѣ ч е н і е.

Предохранительное лѣченіе. Такъ какъ дифтерія заразительна во всѣхъ своихъ формахъ, то самымъ главнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ нея нужно считать строгую *изоляцію* больныхъ отъ здоровыхъ, что особенно необходимо при септической формѣ, какъ наиболѣе заразительной, и дезинфекцію комнаты и всѣхъ вещей, приходившихъ въ соприкосновеніе съ больнымъ, и особенно мокроты и всѣхъ выдѣленій. Въ виду того, что контактъ дифтеріи не отличается особенною летучестью, можно надѣяться на успѣхъ даже при отдѣленіи больныхъ отъ здоровыхъ въ одной и той же квартирѣ, особенно если можно помѣстить дифтеритиковъ въ верхнемъ этажѣ, а здоровыхъ оставить въ нижнемъ и дать имъ отдѣльную прислугу; но еще дѣйствительнѣе окажется эта мѣра, если перевести больного въ другой домъ или въ больницу. Однако, рассчитывать на *вѣрный* успѣхъ нельзя ни въ какомъ случаѣ, такъ какъ *дифтерія*, даже въ самой легкой, безлихорадочной формѣ, *можетъ про- явить свою контактозность съ первыми же часами своего существованія*

(ср., напр., случай съ братьями Кузнецовыми, стр. 168); во всякомъ случаѣ, чѣмъ раньше отдѣлить больного, тѣмъ вѣрнѣе будетъ достигнута цѣль, а отсюда видна необходимость возможно ранней діагностики дифтеріи, для чего во многихъ случаяхъ необходимо прибѣгать на первый же день заболѣванія къ бактериоскопическому изслѣдованію. Въ этихъ видахъ нельзя не одобрить мѣры, предпринятой въ нѣкоторыхъ большихъ городахъ, а въ томъ числѣ и въ Москвѣ, мѣры, состоящей въ устройствѣ лабораторій для безплатнаго изслѣдованія слюны и пленокъ, присылаемыхъ врачами изъ частной практики; въ каждой аптекѣ врачъ можетъ безплатно получить пробирную трубочку съ ватнымъ тампономъ на рукояткѣ; тампономъ врачъ снимаетъ немного слюны изъ больного зѣва, помѣщаетъ его снова въ пробирку, закупориваетъ ее и отправляетъ въ лабораторію, откуда черезъ 24 часа получаетъ опредѣленный отвѣтъ, — дифтерія ли у больного, или простая жаба.

Не мало спорили о томъ, отдѣлять ли въ другой домъ здоровыхъ, или заболѣвшихъ. По моему мнѣнію, лучше удалять больныхъ, такъ какъ чѣмъ дольше остаются они въ первоначальномъ помѣщеніи, тѣмъ больше скопится заразы въ мебели, щеляхъ и стѣнахъ ихъ комнаты и тѣмъ труднѣе будетъ ее дезинфицировать, между тѣмъ какъ въ начальный періодъ дифтеріи менѣе заразительна, и потому можно надѣяться, что при раннемъ отдѣленіи больного отъ семьи онъ не оставитъ въ домѣ заразы.

Что касается до другихъ предохранительныхъ мѣръ, то на первомъ мѣстѣ я поставилъ бы *опрятное содержаніе комнаты и всей обстановки больного и настойчивую вентиляцію*, хотя бы посредствомъ открыванія форточекъ, для чего больной долженъ имѣть въ своемъ распоряженіи двѣ комнаты, а если больного некуда вынести на время вентиляціи, то можно закрыть его одѣяломъ до шеи. [Постоянная топка камина въ комнатѣ больного значительно способствуетъ очищенію воздуха. Въ комнатѣ больного не слѣдуетъ держать нищи. Всѣ лица, приходящія въ соприкосновеніе съ больнымъ, должны быть въ такомъ платьѣ, которое можно потомъ легко вымыть. Они не должны ничего ни ѣсть, ни пить около больного. Вся лишняя мебель, особенно мягкія кресла, ковры и занавѣски, какъ восприниматели заразы, должны быть удалены. Предохранительная сила распыленій растворовъ карболовой кислоты и т. п. средствъ въ комнатѣ больного по меньшей мѣрѣ сомнительна. Предохранительное значеніе полосканій рта и зѣва растворами дезинфицирующихъ средствъ, конечно, не велико, но считать ихъ совсѣмъ бесполезными было бы несправедливо, хотя бы ужъ потому, что они поддерживаютъ все-таки чистоту; не слѣдуетъ только очень полагаться на полосканья и ради нихъ пренебрегать, напр., вентиляціей комнатъ и изоляціей больныхъ. Какъ безсилны въ самомъ дѣлѣ наши дезинфицирующія средства, я горькимъ опытомъ убѣдился на своей собственной семьѣ, состоявшей изъ 5 дѣтей, въ возрастѣ отъ 2 до 9 лѣтъ. Первымъ заболѣлъ 3 сентября младшій ребенокъ и умеръ отъ дифтеріи гортани 10-го сентября; какъ только выяснилась его болѣзнь, всѣ другія дѣти были переведены на другую квартиру и подвергались ежедневному осмотру; всѣ они, за исключеніемъ 3-лѣтняго мальчика, по нѣсколько разъ въ день полоскали себѣ ротъ и горло растворомъ бертолетовой соли и эйкалиптоваго масла. У старшаго, 9-лѣт-

ного мальчика съ первыхъ же дней было усмотрѣно сѣровато-желтоватое пятно неправильной формы, сидѣвшее при основаніи правой нѣбной дужки; пятно это было принято *по ошибкѣ* за дифтеритическое отложеніе (а въ дѣйствительности оно оказалось просто врожденнымъ; на возможность подобной ошибки указываетъ между прочимъ и Непосъ въ своемъ руководствѣ), и потому принято было дезинфицирующее лѣчение; обѣ миндалины 3 раза въ день помазывались 5% растворомъ хинолина и 2 раза въ день присыпались порошкомъ салициловой кислоты; и то и другое ребенокъ выносилъ съ замѣчательной стойкостью, и что же? Черезъ нѣсколько дней онъ все-таки получилъ дифтеритъ зѣва въ такой же продолжительной (болѣе двухъ недѣль), хотя и легкой (безлихорадочной) формѣ, какъ его братъ и сестра.

Для продолжительнаго употребленія въ видѣ полосканій можно рекомендовать почти безвкусную борную кислоту въ концентрированномъ растворѣ (1:30): чайную ложку на стаканъ воды. Безвредны также *ol. eucalypti* и *natr. salycilicum*, но они хуже на вкусъ. Что касается до общеупотребительной бертолетовой соли, то она хотя и не совсемъ безвредна, но проявляетъ свою ядовитость только при внутреннемъ употребленіи большихъ приемовъ, а потому нужно избѣгать ее лишь у дѣтей, часто проглатывающихъ полосканье; впрочемъ она не имѣетъ никакихъ преимуществъ предъ безвредной борной кислотой.

Къ числу предохранительныхъ мѣръ относится также *дезинфекція комнаты*, въ которой лежалъ дифтеритикъ. Для уничтоженія заразы еще не такъ давно лучшимъ средствомъ считались окуриванія парами *сѣристой кислоты* или *хлора*. Въ первомъ случаѣ въ наглухо закрытой комнатѣ полъ посыпается слоемъ песку пальца въ 2 толщины, на который ставится жаровня и въ ней сжигается 1—2 фунта сѣры; черезъ сутки открываются окна и въ теченіе нѣсколькихъ дней помещеніе вентилируется. При дезинфекціи хлоромъ въ комнатѣ ставится глиняный тазъ съ 1—2 фунтами хлористой извести, смѣшанной съ такимъ же количествомъ сѣрной кислоты. Для болѣе успѣшнаго дѣйствія этихъ газовъ необходимо предварительно увлажнить воздухъ въ комнатѣ, а также обрызгать водой полъ и стѣны. Какъ при дезинфекціи сѣрой, такъ и хлоромъ изъ комнаты должны быть удалены не только люди и звѣри, но также и рыбы (акваріумъ) и цвѣты. Казалось бы что дѣйствіе этихъ убійственныхъ газовъ должно бы быть вполне достаточнымъ для окончательнаго уничтоженія заразы, но въ дѣйствительности это едва ли такъ. Не вдаваясь въ теоретическія соображенія, я хочу привести только два факта, свидѣтельствующіе о томъ, какъ поверхностно вліяютъ подобныя окуриванія. Во-1-хъ, я укажу на интересное наблюденіе д-ра Иквитца (Тамбовъ), замѣтившаго, что окуриваніе крестьянскихъ избъ не достаточно даже для полнаго уничтоженія таракановъ и клоповъ и, во-2-хъ, на тотъ фактъ, что ключъ, оставленный въ замкѣ, ржавѣетъ подъ вліяніемъ паровъ хлора только съ своей наружной части, а конецъ его, находящійся въ замочной скважинѣ, остается неповрежденнымъ; точно такъ же не портятся металлическія вещи, прикрытыя листомъ газетной бумаги. Изъ этихъ фактовъ можно вывести заключеніе, что пары хлора не проникаютъ въ узкія щели, а разъ это такъ, то нельзя, конечно, быть увѣреннымъ въ полномъ разрушеніи заразы. Выводъ этотъ подтвердился провѣрочными изслѣдованіями

о сѣрнистыхъ окуриваніяхъ Шидловскимъ („Врачъ“ 1886, № 26) и объ окуриваніяхъ хлоромъ — Крупинымъ („Ежен. Клинич. Газета“ 1885, № 23). Въ настоящее время окуриванія хлоромъ и сѣрнистой кислотой почти совсѣмъ уже не употребляются, въ большую моду, напротивъ, входитъ дезинфекція помѣщенія и вещей, бывшихъ въ комнатѣ больного, парами формалина (40% раствора формальдегида, т.-е. муравьиного альдегида), для чего предложены различные способы и инструменты, изъ которыхъ лучшими считаются въ настоящее время способы Schlossman-Lingner'a и Flüge, при которыхъ вмѣстѣ съ парами формалина воздухъ помѣщенія насыщается еще и парами воды, препятствующимъ переходу формалина въ недѣятельное состояніе, т.-е. превращенію его въ триоксиметиленъ. Съ этой цѣлью Schlossmann-Lingner предложили особаго рода паровой пульверизаторъ (фиг. 7), въ который наливается дезинфекціонная смѣсь изъ формалина съ 10% глицерина, названная изобрѣтателями глюкоформалемъ. При дѣйствіи этого аппарата получается пыль, состоящая изъ микро-

скопическихкихъ капель крѣпкаго раствора формалина. На комнату въ 10 куб. метр. требуется 2500 к. стм. глюкоформала. Въ способѣ Flüge просто выпаривается продажный формалинъ, разведенный 4 частями воды, т.-е. 8% формалинъ. На помѣщеніе величиной въ 100 куб. метр. требуется 800 к. стм. (2 фунта) формалина и 3200 к. стм. воды. Выпариваніе можно производить или просто въ колбѣ, или въ какой-нибудь метал-



Рис. 6. А — трубка для проведенія паровъ формальдегида въ помѣщеніе В — стеклянный колпакъ, скрѣпленный съ мѣдной чашкой (С) гуттаперчевой трубкой (Е). D — Шведская керосиновая лампа „Primus“.

лической настрюбѣ. Нецадименко („Архивъ“ Подвысоцкаго 1899 г., июль) находитъ весьма удобнымъ простой аппаратикъ, изображенный на фиг. 6. На тонкую трубку инструмента надѣвается гуттаперчевая трубка, свободный конецъ которой черезъ замочную скважину двери проводится въ дезинфицируемую комнату, а само выпариваніе производится на глазахъ дезинфектора, и потому аппаратикъ остается по сю сторону двери.

При дезинфекціи формалиномъ всѣ щели въ дверяхъ и окнахъ заклеиваются бумагой, шкафы раскрываются, ящики стола и комода выдвигаются, книги



Рис. 7. Аппаратъ Lingner'a.

раскрываются стоймя, одѣяла, мѣховыя вещи и платье развѣшиваются на протянутыхъ веревкахъ. Черезъ 2—4 часа послѣ окончанія выпариванія, тѣмъ же аппаратомъ въ ту же комнату пускаютъ пары амміака (на 100 куб. метр. 2 фунта нашатырнаго спирта въ 25%). Послѣ того комната провѣтривается, и дезинфекція кончена. На все требуется не болѣе сутокъ времени; два фунта формалина стобятъ 75 коп., нашатырный спиртъ тоже не дорогъ. Мѣха, кожаныя и металлическія вещи не портятся формалиномъ. Исслѣдованія Непцадименко въ обыкновенномъ жиломъ помѣщеніи и д-ра Дзержговскаго („Врачъ“ 1899 г. № 12) и др. въ лабораторіяхъ показали, что различныя вещи, какъ-то шелковинки, шерсть, мѣха, сукно и проч., запачканныя разводками стафилококковъ, стрептококковъ, бациллоу дифтеріи, бубонной чумы, холеры, сибирской язвы и др., черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала дезинфекціи оказывались вполне стерилизованными не только при прямомъ дѣйствіи на нихъ паровъ формалина, но даже и въ томъ случаѣ, если онѣ помѣщались въ закрытыя чашечки Petri или въ плотно закрытомъ шкафу, или завертывались въ бумагу и въ 4 слоя полотна, пли въ карманѣ брюкъ и т. п. Убивались также всѣ микробы въ засушенной мокротѣ; однимъ словомъ, результатъ получается блестящій, только подушки и матрацы не поддаются дезинфекціи формалиномъ; но вотъ что странно — тараканы и клопы при этой дезинфекціи не погибаютъ. Клопы оживаютъ даже и послѣ 12-часового пребыванія въ парахъ формалина, такъ что въ этомъ отношеніи формалинъ не далеко ушелъ отъ хлора.

Въ недалекомъ прошломъ большимъ распространеніемъ пользовалась сулема, которая, по изслѣдованіямъ Koch'a, обладаетъ такой силой, что можетъ уничтожить въ теченіе нѣсколькихъ минутъ всѣ даже и самыя стойкіе зародыши микроорганизмовъ при однократномъ примѣненіи очень слабого раствора — 1:1000. По этой причинѣ растворы-сублиматы часто употреблялись для обтиранія стѣнъ и половъ, а также разной мебели и другихъ деревянныхъ вещей. Въ настоящее время дезинфекціонная сила сулемы считается уже далеко не столь большой; растворы 1:100 въ опытахъ Борхова убивали гроздековка только черезъ 50—80 минутъ, а при растворахъ 1:1000 требовалось для этого уже нѣсколько часовъ, а между тѣмъ рабочіе, которымъ приходится обмывать стѣны растворомъ сулемы 1:1000, очень часто жалуются на нѣкоторые припадки отравленія (тошнота, головокруженіе, рвота), такъ что лучше можетъ-быть совсѣмъ не прибѣгать къ этому средству, а вымыть полъ зеленымъ мыломъ (на ведро воды 2 ложки), потолки выбѣлить, а обои перемѣнить.

Грязное бѣлье, постельное и носильное, можно хорошо продезинфицировать кипяченіемъ въ простой водѣ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а предварительно, чтобъ не сохранять грязнаго бѣлья въ сухомъ видѣ, его складываютъ въ ведро съ 3% растворомъ карболовой кислоты или лизоля.

Одѣяла, шелковыя ткани, ковры, шубы и вообще предметы одежды, не могущіе быть вымытыми (при оспѣ, дифтеріи, скарлатинѣ, холерѣ, сыпномъ тифѣ, сибирской язвѣ, саль и водобоязни), могутъ быть дезинфицированы формалиномъ или должны быть завернуты въ простыни, смоченныя растворомъ сулемы (1:5000) и подвергнуты обеззараженію сухимъ жаромъ или водянымъ

паромъ въ спеціально для того устроенныхъ камерахъ. Подушки, матрацы и ватныя одѣяла трудно поддаются дезинфекціи и потому всего лучше ихъ просто сжигать, а если нѣтъ, то придется вынуть ихъ содержимое (пухъ, волосъ, вата) и затѣмъ обеззараживать его, особо въ соответственныхъ заведеніяхъ. Сжиганію же подвергаются и всѣ другіе малоцѣнные предметы, напр. игрушки. Кожаныя вещи, а также деревянныя и стеклянныя, могутъ быть обмыты растворомъ сулемы (1 : 1000). Перевязочные матеріалы, бывшіе въ употребленіи, немедленно сжигаются, а инструменты обмываются 5% карболовой кислотой (отъ сулемы портятся). Всѣ выдѣленія (мокрота и испражненія) больного должны быть принимаемы въ сосуды, содержащіе въ себѣ или растворъ калийнаго мыла, или карболовую кислоту (а всего лучше 1% растворъ сулемы) и затѣмъ уже выкидываемы въ отхожее мѣсто.

Въ тѣсной связи съ предохранительными мѣрами стоитъ вопросъ о томъ, *когда больной, выздоровѣвшій отъ дифтерита, можетъ считаться безопаснымъ для здоровыхъ дѣтей*, предполагая, что онъ взялъ уже мыльную ванну и одѣлся въ чистое платье? Въ силу правилъ, изданныхъ медиц. совѣтомъ министерства внутр. дѣлъ, ребенокъ допускается въ школу черезъ 3 недѣли по выздоровленіи, когда нѣтъ боли въ горлѣ, нѣтъ выдѣленій изъ гортани, носа и глазъ и нѣтъ альбуминури.

Срокъ этотъ нельзя признавать слишкомъ долгимъ, такъ какъ бактериоскопическія изслѣдованія доказываютъ, что Löffler'скій бациллъ не всегда исчезаетъ тотчасъ же вслѣдъ за исчезаніемъ пленокъ и другихъ проявленій дифтерита, напротивъ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ его можно открыть спустя 2—3 недѣли послѣ выздоровленія, значить опасность зараженія не исчезаетъ одновременно съ видимыми признаками перенесенной болѣзни. Такъ, напр., по изслѣдованіямъ д-ра Григорьева (изъ дѣтской клиники Московск. ун-в.), только у $\frac{4}{5}$ всѣхъ случаевъ бациллы исчезаютъ изъ слизи зѣва и носа уже въ первую недѣлю послѣ устраненія пленокъ, у $\frac{1}{10}$ бациллы держатся и вторую недѣлю, а у остальной $\frac{1}{10}$ еще и 3-ью и дольше („Протоколы общ. дѣт. вр. въ Москвѣ за 1897 г.“). Всего рациональнѣе было бы, слѣдуя совѣту Roux и Yersin'a, не позволять больному возвращаться въ семью ранѣе того, какъ повторныя посѣвы на сыворотеку не докажутъ, что въ зѣвѣ больного не осталось дифтеритныхъ палочекъ, но понятно, что на практикѣ это требованіе встрѣтитъ непреодолимыя препятствія, тѣмъ болѣе еще, что даже и посѣвы не дадутъ абсолютно вѣрнаго критерія, именно въ виду существованія ложно-дифтеритнаго бацилла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бациллъ остается въ зѣвѣ, а особенно въ слизи носа необыкновенно долго, напр. мѣсяца 3 и даже дольше, и потому изолировать больного до полного исчезанія бациллъ въ подобныхъ случаяхъ совсѣмъ не выполнимо. Въ общемъ мы придерживаемся министерскаго циркуляра и изолируемъ больного недѣли 3, но если бактериологическое изслѣдованіе показываетъ, что бациллы исчезли раньше, то и изоляцію прекращаемъ раньше. Габричевскій въ своемъ докладѣ, читанномъ на съѣздѣ врачей въ память Пирогова въ Казани, говоря о мѣрахъ противъ распространенія дифтеріи, съ особеннымъ удареніемъ указывалъ на то обстоятельство, что передатчиками заразы часто являются не только выздоровѣвшіе отъ диф-

теріи, но и здоровые, имѣющіе въ слизи зѣва и носа ядовитыхъ бациллъ L. На этомъ основаніи онъ рекомендуетъ, при появленіи дифтеріи въ семьѣ или школѣ, производить поголовное бактериологическое изслѣдованіе слизи зѣва и носа у всѣхъ членовъ семьи и изоляцію всѣхъ, у кого найдется бацилла L. Изоляцію нужно продолжать до тѣхъ поръ, пока повторное изслѣдованіе докажетъ, что бацилловъ болѣе нѣтъ; чтобы скорѣе достигнуть этого, онъ рекомендуетъ шприцеваніе рта и носа слабыми растворами сулемы (0,5‰) и смазываніе зѣва болѣе крѣпкими растворами. На практикѣ подобное поголовное изслѣдованіе встрѣтится иногда съ непреодолимыми затрудненіями, напр. въ большихъ пансіонахъ и, особенно, въ деревняхъ.

По счастью, кажется, что это обстоятельство, т.-е. присутствіе въ зѣвѣ ядовитого бацилла долго спустя послѣ исчезанія пленокъ, не такъ страшно, какъ считается, такъ по крайней мѣрѣ слѣдуетъ думать въ виду интереснаго наблюденія Tobiesen'a (Jahrb. В. 36): изъ 46 дѣтей, выпущенныхъ изъ дифтеритной больницы, онъ нашелъ ядовитого бацилла въ ротовой слизи у 26, но позднѣйшая справка въ семьяхъ, въ которыя вернулись эти дѣти, не открыла ни единого зараженія.

Это наблюденіе подтверждается и д-ромъ Дрейеромъ, располагающимъ богатымъ матеріаломъ больницы св. Владимира. Когда дифтеритное отдѣленіе переполнено, то онъ выписываетъ реконвалесцентовъ уже черезъ 5—8 дней послѣ исчезанія пленокъ, не заботясь о томъ, остались ли въ ихъ зѣвѣ бациллы или нѣтъ, и едва ли эти реконвалесценты заражали своихъ братьевъ и сестеръ („Прот. общ. дѣт. вр. въ Москвѣ за 1897 г.“).

Такъ какъ опытами Behring'a несомнѣнно доказано, что для предохраненія животнаго отъ заболѣванія дифтеріей требуется гораздо меньше антидифтерійной сыворотки, чѣмъ для лѣченія, то является вопросъ, не слѣдуетъ ли прибѣгать къ предохранительнымъ впрыскиваніямъ всякій разъ, какъ только въ данной семьѣ появится первый случай дифтеріи? Разсуждая чисто теоретически, нужно признать предохранительныя инъекціи показанными, но въ виду того, что во-1-хъ, ранней изоляціей больного очень часто удается предотвратить дальнѣйшія зараженія и безъ инъекцій, во-2-хъ, что пассивный иммунитетъ послѣ предохранительныхъ инъекцій держится недолго, всего 3—4 недѣли и, наконецъ, въ-3-хъ, что въ первые часы заболѣванія лѣчебныя дозы сыворотки навѣрное обрываютъ дальнѣйшее развитіе дифтеріи, такъ что вса выгода для больного отъ предохранительныхъ впрыскиваній сводится къ тому, что вмѣсто 5 в. стм. сыворотки онъ при лѣчебной дозѣ получить 10 в. стм. — по нашему мнѣнію, нѣтъ надобности прибѣгать къ предохранительнымъ инъекціямъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, если больной изолированъ, и если здоровыя дѣти находятся подъ ежедневнымъ надзоромъ врача; другое дѣло когда дифтерія появилась въ семьѣ, которая не можетъ быть подъ постояннымъ надзоромъ врача, какъ, напр., въ деревенской земской практикѣ, тамъ лучше произвести предохранительное впрыскиваніе 200—300 антитоксинныхъ единицъ. (О значеніи такихъ впрыскиваній см. въ концѣ главы).

Лѣченіе развившейся болѣзни. Лѣченіе дифтеріи зѣва можетъ быть мѣстнымъ и общимъ. Въ виду того, что въ самомъ началѣ своего развитія

дифтерія всегда является въ видѣ чисто мѣстнаго заболѣванія, казалось бы необходимымъ стараться какъ можно раньше *предпринять мѣстное лѣчение съ цѣлью уничтожить бациллы на мѣстѣ ихъ развитія, пока еще не произошло общаго отравленія организма токсинами.* Этого именно правила и держались врачи, и вся забота сводилась къ тому, чтобы найти подходящее лѣкарство, которое навѣрное и быстро убивало бы бациллы, а такъ какъ найти такое средство оказалось очень трудно, то въ результатѣ получилась рекомендація столь многихъ лѣкарствъ, якобы вѣрно дѣйствующихъ, что не только перепробовать ихъ, но даже и пересчитать ихъ всѣ затруднительно. Имѣя въ Московской дѣтской больницѣ большой матеріалъ для наблюденій и испытаній безъ особенной пользы множество горячо рекомендованныхъ средствъ, я, наконецъ, пришелъ къ убѣжденію, высказанному мною 15 лѣтъ тому назадъ (Лекціи объ остр. инф. болѣзняхъ, изд. 1885 г., стр. 264), что мѣстные средства довольно безсильны, а *если когда-либо будетъ найдено specificum противъ дифтеріи, то оно должно быть внутреннимъ средствомъ.* Съ тѣхъ поръ наука двинулась впередъ до такой степени, что такое specificum, наконецъ, найдено, именно въ противодифтеріиной сывороткѣ, и открытіе это повело къ тому, что въ настоящее время уже почти никто не придаетъ мѣстнымъ средствамъ при дифтеріи серьезнаго значенія, а всѣ сильно дѣйствующія антисептическія, раздражающія слизистую оболочку, считаются прямо вредными; громадное большинство авторитетныхъ врачей (ср., напр., отзывы врачей о лѣченіи дифтеріи въ „An. de medec. et chirurgie infantiles“ №№ 8—11, за 1899 г.) ограничивается въ дѣлѣ лѣченія дифтеріи инъекціями сыворотки и опрятнымъ содержаніемъ рта и зѣва, да примѣненіемъ тѣхъ или иныхъ симптоматическихъ средствъ, со включеніемъ трахеотоміи и интубаціи, и если тѣмъ не менѣе мы скажемъ вкратцѣ и о мѣстномъ лѣченіи дифтеріи, то сдѣлаемъ это отчасти потому, что оно все-таки можетъ имѣть значеніе вспомогательнаго лѣченія, отчасти же потому, что сыворотка не у каждого врача подъ рукой и иногда поневолѣ приходится лѣчить дифтерію по прежнему способу. Мѣстное лѣченіе дифтеріи посредствомъ разныхъ антисептическихъ смазываній и шпринцеваній рта и носа можетъ имѣть значеніе и въ цѣляхъ скорѣйшаго удаленія бациллъ съ больной слизистой оболочки въ періодѣ выздоровленія, чтобы по возможности раньше можно было прекратить изоляцію.

Итакъ, сначала мы скажемъ о лѣченіи дифтеріи, какъ оно практиковалось нами до открытія сыворотки, а потомъ остановимся подробнѣе на лѣченіи дифтеріи сывороткой.

Мѣстное лѣченіе дифтеріи практиковалось уже давно, когда о микробахъ и помину еще не было. Bretonneau и Trousseau рекомендовали различными прижигающія вещества вроде жѣднаго купороса, соляной кислоты и проч., позднѣе въ большемъ ходу былъ лѣписъ и рекомендовалось даже каленое желѣзо; а такъ какъ всѣ эти средства не оказывали надлежащей пользы, то стали пробовать насильно отдирать пленки и потомъ прижигать, но, такъ какъ убѣдились, что травматизмъ слизистой оболочки вреденъ, что послѣ сдиранія пленокъ онѣ разрастаются еще пышнѣе, а прижиганіе prepares почву для распространенія пленокъ по поверхности, то грубое механическое лѣченіе диф-

терія было оставлено рѣшительно всѣми, такъ что въ теченіе многихъ послѣднихъ лѣтъ нельзя было встрѣтить ни въ одномъ учебникѣ рекомендаціи насильственнаго удаленія пленокъ и прижиганій, и то и другое единогласно признавалось вреднымъ; но — tempora mutantur et nos mutamur in iis! — въ послѣднее время, въ угоду бактериальной теоріи, мы снова возвращаемся къ забытой терапіи, и снова рекомендуются не только прижигающія средства, какъ напр. чистая карболовая кислота (Penzoldt), но и сдирание пленокъ (Escherich, Diphtherie, Group, Serumtherapie 1895, S. 45). Löffler, задавшись цѣлью найти такое средство, которое убивало бы бактерии при мѣстномъ примѣненіи въ нѣсколько секундъ, нашелъ много такихъ дезинфицирующихъ, такъ напр., сублиматъ въ растворѣ 1:1000 убиваетъ культуру въ 20 сек., карболовая кислота тоже, но не менѣе какъ въ 5%, но всего сильнѣе въ его опытахъ дѣйствовали спиртные растворы бензола, толуола и полуторахлористаго желѣза, поэтому онъ предложилъ для мѣстнаго лѣченія дифтеріи слѣдующія смѣси (въ которыя ментолъ прибавляется для уменьшенія жженія):

1. Rp. Mentholi 10,0
Solve in
Toluol ad 36,0
Alcohol absol. 60,0
Liq. ferri sesq. 4,0
M. D. Ad lagen. flavam.

2. Rp. Mentholi 10,0
Solve in
Toluol ad 36,0
Alcoholi absol. 60.0
Creolini 2—3,0
M. D. Ad lag. flav.

Первое рекомендуется для простыхъ случаевъ дифтерита, второе при гнилостныхъ формахъ.

Смазываніе производится не кисточкой, а ватой, намотанной на тонкую палочку въ видѣ тампона; вата смачивается лѣкарствомъ и прижимается въ теченіе нѣсколькихъ секундъ къ дифтеритной пленкѣ; процедура повторяется 2—3 раза въ каждый сеансъ, причемъ вращательнымъ движеніемъ тампона стараются отодрать пленку; такое помазываніе повторяютъ каждые три часа.

Löffler съ такимъ увлеченіемъ расхвалилъ это средство и такъ „рационально“ его обставилъ, что, конечно, и въ нашей клиникѣ оно было испробовано, но очень скоро было оставлено и притомъ по разнымъ причинамъ: во-первыхъ, это средство относится къ числу прижигающихъ, и если раза три смазать имъ глотку здороваго человѣка, то онъ получитъ рѣзко выраженную жабу; жженіе, причиняемое этимъ лѣкарствомъ, до такой степени сильно, что оно не выносилось даже и самыми смиренными и послушными дѣтьми; на этомъ основаніи одинъ изъ ярыхъ послѣдователей Löffler'a, именно проф. Escherich (l. c. S. 47), рекомендуетъ усмирять дѣтей посредствомъ наркоза пенталомъ или брометилемъ! Въ-третьихъ, наблюденіе показало намъ, что эти помазыванія не всегда могутъ остановить развитіе болѣзни и предотвратить летальный исходъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда примѣняются съ перваго дня болѣзни. Коротко сказать, мы оставили это средство потому, что оно, не имѣя никакихъ особыхъ преимуществъ, причиняетъ больному большія непріятности. И если тѣмъ не менѣе мы здѣсь довольно долго остановились на немъ, то сдѣлали это только по случаю солид-

ности имени предложившаго его автора. Во Франціи часто примѣняется не менѣе дѣйствительное, но еще болѣе противное на вкусъ слѣдующее средство:

Rp. Camphorae 20,0
Ol. ricini 15,0
Alcohol. 10,0
Ac. carbol. cr. 5,0
Ac. tartar. 1,0
D. S. Наружное. (Gaucher.)

Что всѣ подобныя „теоретически“ вѣрно дѣйствующія средства оказываются далеко не вѣрными, въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, такъ какъ несомнѣнно, что бациллы гнѣздятся не въ однѣхъ только пленкахъ, но и въ окружности ихъ, на здоровой слизистой оболочкѣ, равно какъ и въ слюнѣ, и, слѣдовательно, прижигающее средство, какъ бы быстро ни убивало оно культуру въ пробиркѣ, никогда не можетъ уничтожить всѣхъ бациллъ, живущихъ въ полости рта больного; по этой причинѣ на разныя дезинфицирующія средства мы смотримъ не какъ на вѣрныя specifica, а только какъ на условіе, способствующее организму справляться съ бациллами, и если въ видахъ уничтоженія бациллъ на мѣстѣ ихъ главнаго развитія (т.-е. въ пленкахъ) показано употребленіе средствъ, убивающихъ микробовъ, то средства эти отнюдь не должны нарушать цѣлости слизистой оболочки, слѣдовательно, ни каленое желѣзо, ни крѣпкія кислоты, ни другія прижигающія не годятся, а достаточны болѣе нѣжно дѣйствующія antiseptica.

Въ нашей клиникѣ всего чаще употребляется подкисленный растворъ сулемы въ 1:1000 по слѣдующей формѣ: Rp. Hydrag. muriat. sat. 0,05, Ac. tartar. 0,05, Aq. dest. 50,0. DS. Смазывать зѣвъ 3—4 раза въ день ватнымъ тампономъ. Французскіе авторы рекомендуютъ гораздо болѣе крѣпкіе растворы, напр. 1:100 aq. и даже 1:20 или 1:30 глицерина (Goubeau), но такіе растворы дѣйствуютъ уже прижигающимъ образомъ, да притомъ и очень ядовиты, ибо если въ зѣвъ останется хотя бы только 10 капель послѣдняго раствора, то въ желудокъ попадетъ до 0,02 сулемы! доза вполне достаточная, чтобы вызвать рвоту и поносъ.

Въ самомъ началѣ болѣзни или вообще въ свѣжихъ случаяхъ, при ограниченнѣхъ пленкахъ, мы предпочитаемъ t-gram iodii, но позднѣе, въ періодѣ начинающагося отдѣленія пленокъ и образованія ссадинъ, болѣе умѣстенъ растворъ сулемы, такъ какъ смазыванія іодной настойкой, *вначалѣ* вовсе не *болѣзненныя*, при существованіи ссадинъ вызываютъ весьма сильное жженіе, которое, дѣтьми не переносится. Помазывать іодомъ достаточно одинъ разъ въ день и ни въ какомъ случаѣ не больше двухъ разъ въ сутки, а сулемой, смотря по тяжести случая, отъ 2 до 6 разъ.

Levy и Knopf, на основаніи своихъ наблюденій въ Страсбургской клиникѣ, восхваляютъ мѣстное лѣченіе папайотиномъ и карболовой кислотой; по теоріи первый долженъ растворять перепонки, а вторая дезинфицировать очищенное отъ перепонекъ мѣсто. Они прописывали такъ: Rp. Papayotini (Gehe) 10,0,

Ac. carbol. puris. 5,0, Aq. dest. ad 100,0. MDS. Передъ употребленіемъ взбалтывать. Въ теченіе первыхъ двухъ часовъ помазыванія производятся каждыя 10 минутъ, поздиѣ же черезъ 2 часа, по возможности и ночью. Но въ рукахъ д-ра Дрейера (см. ниже) лѣченіе папайотиномъ оказалось совершенно бесполезнымъ и притомъ очень дорогимъ.

Упомянемъ еще о способѣ лѣченія дифтеріи *настояшкой мирры*, предложенной американскими врачами и давшей „поразительные“ результаты врачу саратовскаго земства Милославскому: изъ 42 больныхъ, въ числѣ которыхъ было 12 тяжелыхъ, умерло только трое. Лѣченіе производится такъ: внутрь дается 2% растворъ настояшки мирры по рецепту Ströll'a: t-rae myrrhae 4,0, glycerini 8,0, aq. dest. 180,0 — по чайной ложкѣ черезъ часъ дѣтямъ до 2-хъ лѣтъ, по десертной — отъ 3 до 10 лѣтъ и черезъ 2 часа по столовой — болѣе взрослымъ. Если возможно, то зѣвъ смазываютъ 4—5 разъ въ день чистой настояшкой, а болѣе взрослымъ назначалось еще и полосканіе изъ 2% раствора тинктуры. Въ результатѣ уже на 2—3-й день пленки отпадаютъ, процессъ дальше не идетъ, температура падаетъ, самочувствіе улучшается. Лѣченіе продолжается отъ 6 до 8 дней. Такъ какъ мирра — лѣкарство совсѣмъ не противное, то лѣченіе это не трудно провести въ дѣтской практикѣ („Саратов. санитар. обзоръ“ 1895 г., №№ 7 и 8). По нашему мнѣнію, лѣченіе миррой заслуживаетъ вниманія; по крайней мѣрѣ въ тѣхъ, правда, не многихъ случаяхъ, въ которыхъ мы испытали ее, она оказала благоприятное дѣйствіе.

Такъ какъ бактерии живутъ не только въ перепонкахъ, но и въ слюнкѣ и въ ротовой слизи, то для удаленія ихъ, однихъ помазываній недостаточно, но необходимы еще и частыя орошенія рта посредствомъ полосканій и шприцеваній какими-нибудь безвредными растворами; такъ, напр., при вязкой густой слизи рекомендуются щелочныя средства, напр., *natrum bicarbon.* или *aq. calcis* пополамъ съ водой; въ виду того, однако, что размноженіе дифтеритнаго бацилла хорошо идетъ только въ щелочныхъ растворахъ, рациональнѣе было бы употреблять для очищенія рта какія-нибудь кислоты, напр. 3% *ac. boricum*, разведенный уксусъ и т. п. Тѣми же растворами и съ тою же цѣлью (очищеніе рта и зѣва) рекомендуются и пульверизаціи. Въ нашей клиникѣ всего чаще употребляется для очищенія рта 2% растворъ *patri salicylicis* въ видѣ пульверизаціи и полосканій, а для шприцеваній рта и зѣва всего лучше употреблять просто отварную воду.

Изъ противовоспалительныхъ средствъ въ настоящее время рекомендуются холодныя компрессы на шею, глотаніе кусочковъ льда и втиранія сѣрой мази.

Мѣстное приложеніе *холода*, по нашему мнѣнію, показано только въ случаяхъ дифтерита, протекающихъ съ сильной воспалительной реакціей, выражающейся значительною опухолью мягкихъ частей зѣва, сильной болью при глотаніи и высокой лихорадкой, т.-е. при такъ называемыхъ флегмонозныхъ формахъ дифтерита, каковыя встрѣчаются далеко не часто. Гораздо труднѣе найти рациональныя показанія для втираній *срой мази*, особенно въ тѣхъ громадныхъ дозахъ, въ какихъ она примѣняется при лѣченіи дифтерита. Убить бациллъ, локализирующихся въ полости рта и зѣва, она, конечно, не можетъ; нейтрализовать ядъ циркулирующій въ крови, она тоже не въ состояніи; остается

вліяніе ея какъ средства, усиливающаго отдѣленіе слюны и слизи, благодаря чему дифтеритныя пленки скорѣе разрываются и легче отдѣляются отъ слизистой оболочки, но такъ какъ польза эта незначительна, и она съ избыткомъ покрывается вредомъ, причиняемымъ ртутными препаратами общему питанію организма, которому угрожаетъ въ свою очередь и болѣзненный процессъ, то употребленіе сѣрой мази и валомена при дифтеритѣ зѣва едва ли можетъ быть оправдано; совсѣмъ другое дѣло, однако, если приходится лѣчить крупъ. Непосредственная опасность сводится здѣсь къ механическому суженію просвѣта гортани наплаивающимися пленками, и потому удаленіе этихъ пленокъ составляетъ самое главное показаніе, и если ртутное лѣченіе способствуетъ разрывленію и отдѣленію ихъ, то оно здѣсь можетъ принести неоцѣнимыя услуги, да и дѣйствительно оказываетъ ихъ; итакъ, *ртутное лѣченіе мы считаемъ показаннымъ только при распространеніи дифтерита на гортань*, т.-е. при первичномъ или послѣдовательномъ крупѣ. Въ подобныхъ случаяхъ мы примѣняемъ сѣрую мазь не долго, дня 2—3, но зато въ большихъ дозахъ, такъ какъ все дѣло сводится къ возможно быстрому насыщенію организма; нерѣдко мы комбинируемъ наружное ртутное лѣченіе съ внутреннимъ и прописываемъ: 1) Rp. Ung. grisei 0,5—1, 0—2,0 (смотря по возрасту, отъ 2 до 12 лѣтъ). D. t. dos. in ch. cerata № 12. S. Втирать по пакету черезъ 2 часа въ разныя мѣста кожи. 2) Rp. Hydrarg. muriat. car. 0,005—0,01, Aq. destill. 180,0, Syr. 20,0. DS. Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ, — словомъ, совершенно по методу Раухфуса, предложенному имъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ.

Кромѣ того, при лѣченіи крупы мы заставляемъ больного дышать теплымъ, влажнымъ воздухомъ и даемъ ему какъ можно больше теплаго питья. Увлажненіе и согрѣваніе воздуха въ комнатѣ больного мы производимъ посредствомъ обливанія водой раскаленныхъ кирпичей, помѣщенныхъ въ обыкновенный тазъ. Можно рекомендовать также паровыя пульверизаціи лѣкарствъ, растворяющихъ крупозныя перепонки, какковы, напр., aq. calcis 2 части на 1 часть воды (Rp. Aq. calcis 100, Aq. destill. 50, Liq. natri caustici gtt. X; ѣдкій натръ прибавляется для того, чтобъ онъ поглощалъ CO₂ выдыхаемаго воздуха, которая въ прогивномъ случаѣ будетъ парализовать дѣйствіе известковой воды), ac. lacticum отъ 10 до 20 капель на 25 grm. воды, пепсинъ (Rp. Pepsini ross. 1,0 (эж), Aq. destill. 50 (ѣжж), Ac. muriat. gtt. X), папайотинъ 1:20. Это вещество добывается изъ млечнаго сока растенія caricae papayae и дѣйствуетъ какъ пищеварительный ферментъ. Для лѣченія дифтерита онъ предложенъ проф. Rossbach'омъ еще въ 1881 году. Въ дѣтской практикѣ средство это очень удобно, такъ какъ оно почти безвкусно и непахуче. По опытамъ R. оказалось, что въ 5% растворѣ папайотина крупозныя перепонки растворяются безъ остатка уже черезъ нѣсколько часовъ, чего нельзя достигнуть ни известковой водой, ни молочной кислотой даже и чрезъ сутки. Тѣмъ не менѣе, однако, сангвиническія надежды, возлагавшіяся на это средство, далеко не оправдываются, такъ какъ даже при дифтеритѣ зѣва, когда, слѣдовательно, пленки легко доступны для кисточки, лѣченіе папайотиномъ не даетъ блестящихъ результатовъ. Въ свое время („Врачъ“, 1885, № 15) средство это было испытано въ московской больницѣ св. Владиміра д-ромъ Дрейеромъ въ 31 слу-

чаѣ. Зѣвъ обильно смазывался 5% растворомъ каждыя 15 минутъ (съ 2—3-часовыми перерывами по ночамъ). Вотъ результаты: въ 5 случаяхъ дифтеритъ, несмотря на лѣченіе, распространился на носъ и въ трехъ другихъ на гортань; 6 случаевъ протекали чисто мѣстно и окончились выздоровленіемъ; 20 представляли признаки общаго зараженія и изъ нихъ умерло 15, и всѣ 3 крупа тоже умерли.

Въ одномъ случаѣ лѣченіе папайотиномъ было начато у мальчика 6 лѣтъ на 1-й день болѣзни, когда тонкій волокнистый налетъ занималъ только миндалины, но, несмотря на то, въ теченіе трехъ слѣдующихъ дней дифтеритъ перешелъ на мягкое нѣбо, потомъ на носъ и, наконецъ, больной умеръ при явленіяхъ сепсиса. Были и такіе случаи, когда мѣстныя явленія улучшались, но тѣмъ не менѣе больные все-таки умирали (случаи 5-й и 6-й). Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ лѣченіе было начато до 3-го дня, образованіе пленокъ прогрессировало.

Въ общемъ Д. дѣлаетъ тотъ выводъ, что теченіе случаевъ, пользовавшихся папайотиномъ, ничѣмъ не отличалось отъ теченія случаевъ, ничѣмъ не лѣченыхъ; вліяніе на смертность (62%) и на общія явленія равняется нулю. Еще меньше шансовъ вылѣчить крупу, такъ какъ пульверизируемая жидкость почти не доходитъ до гортани.

Изъ внутреннихъ средствъ, съ цѣлью разрыхленія и выведенія пленокъ, рекомендовались пилокарпинъ, апоморфинъ и скипидаръ. *Пилокарпинъ* предложенъ былъ Guttman'омъ какъ specificum въ количествѣ $\frac{1}{12}$ gr. (0,005) на приемъ черезъ два часа до дѣйствія, т.-е. до обильнаго слюнотеченія и до пота. Въ настоящее время этому средству приписывается только симптоматическое дѣйствіе: до нѣкоторой степени оно способствуетъ разрыхленію и отдѣленію перепонокъ, но обладаетъ притомъ свойствомъ ослаблять дѣятельность сердца и потому почти не употребляется.

Апоморфинъ, какъ отхаркивающее, можетъ имѣть примѣненіе въ случаяхъ крупа; онъ прописывается по $\frac{1}{24}$ до $\frac{1}{2}$ грана (0,002—0,03) pro die, смотря по возрасту. Rp. Aпомorph. muriat. cr. 0,02, Aq. destill. 100,0, Ac. muriat. dil. gtt. jiiij, Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной и десерт. ложкѣ чрезъ 2 часа (дѣтямъ 4—10 лѣтъ).

Скипидаръ считался показаннымъ въ случаяхъ тяжелаго дифтерита, сопровождающихся высокими температурами (до 40%), значительной опухолью железъ и вонью изо рта при грязно-сѣромъ цвѣтѣ налетовъ, — словомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе предполагать осложненіе дифтеріи вторичной инфекціей цѣлотчатымъ коккомъ, значить, въ септическихъ формахъ дифтеріи. Ol. terebint. прописывалось въ большихъ дозахъ, смотря по возрасту, отъ $\frac{1}{2}$ чайной до десертной ложки 2—3 раза въ день, заливая каждый приемъ по возможности большимъ количествомъ чая. Главнымъ показаніемъ для назначенія скипидара я считаю высокую температуру и воню изо рта. Для избѣжанія рвоты, которая случается не рѣдко, полезно прибавлять къ 15 grm. ol. tereb. 1 grm. aeter. sulfur. Rp. Ol. terebint. gal. 30,0, Aeter. sulfur. 2,0. DS. Два раза въ день по чайной ложкѣ (ребенку около 5 лѣтъ). Благопріятное вліяніе средства въ счастливыхъ случаяхъ выражается прежде всего исчезаніемъ вони изо рта, а потомъ, иногда уже на слѣдующій день, замѣчается разрыхленіе

экссудата и одновременно съ этимъ уменьшается опухоль мягкихъ частей, глотаніе дѣлается свободнѣе, т^р падаетъ. Показаніемъ къ отгнѣннѣмъ лѣкарства служить или наступившее улучшение, или появленіе странгурии, альбуминурии и поноса.

Въ виду того, что токсинъ дифтеріи имѣетъ свойство оказывать сильное вліяніе на общее питаніе организма, въ особенности на кровотоеніе и на нервную систему, что выражается послѣдовательной анеміей, потерей аппетита, слабостью и характерными параличами, показано употребленіе средствъ, отъ которыхъ ожидается укрѣпляющее вліяніе на организмъ. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ, конечно, питательная діета съ самаго начала заболѣванія; при полномъ отсутствіи аппетита можно довольствоваться хотя бы однимъ молокомъ, которое при случаѣ назначается какъ лѣкарство — черезъ часъ по столовой ложкѣ, а при отвращеніи къ нему — въ смѣси съ кофеемъ; гдѣ можно, даютъ еще яйца и мясо. Изъ лѣкарствъ назначаются главнымъ образомъ *хининъ* въ небольшихъ дозахъ, какъ *tonicum*, и желѣзо; при дифтеріи мы предпочитаемъ всѣмъ прочимъ препаратамъ послѣдняго *lig. ferri sesquichlor.* въ маленькихъ, но частыхъ дозахъ, напр., Rр. Liq. ferri sesquichlor. 1,0—2,0, Aq. destill. 180,0, Syr. 20,0. DS. по чайной — десертной ложкѣ черезъ часъ или два, смотря по возрасту. Средство это дѣйствуетъ не только какъ *tonicum*, но удовлетворяетъ еще и другому показанію, а именно: соприкасаясь при глотаніи съ большой слизистой оболочкой, оно оказываетъ на нее вяжущее и анти-септическое вліяніе.

Лѣченіе крупа. Объ употребленіи ртутныхъ препаратовъ и о парахъ мы уже говорили; если это лѣченіе не помогаетъ, и больному дѣлается трудно дышать, то является показаніе къ рвотному, которое должно способствовать механическому отдѣленію пленокъ. Хорошее рвотное должно дѣйствовать вѣрно и скоро и не оставлять тошноты. Гуфеландовская микстура вполне удовлетворяетъ этимъ условіямъ: Rр. Tartari emet. 0,05, Pulv. r. ipes. 1,0, Aq. dest. 35,0, Охум. scyl. 15,0. DS. Черезъ 10 мин. по чайной ложкѣ до рвоты. *Колляпсъ и ясно выраженная асфиксія противопоказуютъ рвотное.*

Если, несмотря на то или другое лѣченіе, стенозъ гортани постоянно увеличивается и грозитъ, наконецъ, смертью отъ задушенія, то остается только дѣйствовать симптоматически противъ непроходимости гортани посредствомъ *трахеотоміи* или *интубаціи* гортани. Обѣ эти операціи имѣютъ цѣлью облегчить доступъ воздуха къ легкимъ; при трахеотоміи это достигается посредствомъ кровавой операціи, т.-е. металлическая трубочка вводится черезъ разрѣзъ трахеи, а при интубаціи — безкровнымъ способомъ — введеніемъ въ гортань трубочки черезъ ротъ, по способу американскаго врача О'Dwyer'a, предложившаго для этого новоизобрѣтенные имъ инструменты въ 1885 году. Операціи эти не слѣдуетъ дѣлать тогда, когда онѣ завѣдомо будутъ бесполезны, что можно предвидѣть, во-1-хъ, въ тѣхъ случаяхъ, если припадки ціаноза и отравленіе СО₂ не соотвѣтствуютъ степени стеноза гортани, что указываетъ на распространенную bronchitis supura; во-2-хъ, если крупъ развивается у ребенка, страдающаго септической формой дифтеріи; припадки стеноза у такихъ больныхъ бывають выражены не рѣзко, такъ какъ больные умирають уже при легкихъ

степеняхъ его, а потому вообще можно сказать, что трахеотомія и интубація бесполезны въ случаяхъ дифтеріи гортани, осложненной поражениемъ носа и отекомъ шейной вѣтчатки.

Юный возрастъ пациента хотя и не составляетъ абсолютнаго противопоказанія для производства трахеотоміи, такъ какъ въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ выздоровленія послѣ трахеотоміи дѣтей на первомъ году жизни, но подобный исходъ у грудныхъ принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ, такъ что въ виду удручающаго впечатлѣнія, производимаго операцией на родителей, едва ли стоитъ ее дѣлать у дѣтей очень маленькихъ, — здѣсь гораздо умѣстнѣе интубація.

По вопросу о времени производства трахеотоміи мнѣнія расходятся: одни совѣтуютъ оперировать какъ можно раньше, при первыхъ признакахъ крупознаго стеноза гортани, другіе, напротивъ, смотрятъ на трахеотомію какъ на послѣднее средство и приступаютъ къ ней послѣ того, какъ всѣ перепробованныя средства не помогли, и больной находится уже въ періодѣ асфиксіи. Ранняя операція, конечно, имѣетъ больше шансовъ на успѣхъ, такъ какъ кровообращеніе въ легкихъ еще не нарушено и силы больного не истрачены, но такъ какъ трахеотомія даже и въ опытныхъ рукахъ принадлежитъ къ числу очень серьезныхъ операций, при которой возможны различныя опасныя случайности, а между тѣмъ нѣкоторые крупозные больные выздоравливаютъ и безъ операціи, то, мнѣ кажется, не слѣдуетъ прибѣгать къ трахеотоміи, не испытавши другихъ средствъ. Съ другой стороны, очень рискованно откладывать операцію до наступленія періода асфиксіи, потому что періодъ этотъ иногда бываетъ такъ коротокъ, что хирургъ легко можетъ опоздать съ своей помощью. Въ виду приведенныхъ соображеній, я думаю, что не слѣдуетъ откладывать производства операціи, если появились уже хотя намеки на начало періода асфиксіи и если притомъ стенозъ гортани рѣзко выраженъ.

Послѣ операціи, если нѣтъ какихъ-либо осложненій (бронхопневмонія, нефритъ и проч.), никакого спеціальнаго лѣченія не требуется, а достаточно строгаго выполненія гигиеническихъ условій.

Воздухъ въ комнатѣ больного долженъ быть теплъ (16—17° R.) и влаженъ; послѣднее достигается посредствомъ парового пульверизатора, которымъ распыляютъ или простую воду, или 1% растворъ карболовой кислоты или эвкалиптоваго масла и т. п. (Rp. Ol. eucalypti 4,0, Spir. vini 20,0, Aq. 200. DS. Для пульверизацій).

Чтобы въ трахею не попадала пыль, постоянно носящаяся въ жилыхъ комнатахъ, необходимо прикрывать отверстіе трахеотомической трубочки посредствомъ галстука изъ какой-либо легкой ткани (тарлатанъ, газъ).

Интубація гортани несомнѣнно имѣетъ нѣкоторыя преимущества передъ трахеотоміей, но также и нѣкоторые недостатки. Къ числу преимуществъ относится прежде всего то, что эта операція не кровавая, а потому она не такъ мучительна для ребенка и на нее охотно соглашаются родители. Человѣкъ, напрактиковавшійся въ производствѣ интубаціи, производитъ ее въ нѣсколько секундъ, причемъ не нуждается ни въ ассистентахъ, ни въ освѣщеніи. При интубаціи избѣгается опасность со стороны зараженія раны и со стороны крово-

теченія во время операціи. Въ благопріятныхъ случаяхъ періодъ выздоровленія короче, такъ какъ послѣ извлеченія трубки не приходится ждать рубцованія раны.

Изъ числа недостатковъ главную роль играетъ затрудненіе при кормленіи ребенка, такъ какъ введенная трубочка сплошь и рядомъ сильнѣйшимъ образомъ затрудняетъ глотаніе, иногда до такой степени, что ребенокъ совсѣмъ отказывается отъ пищи, и приходится на время удалять трубочку. Во-2-хъ, отъ продолжительнаго присутствія трубочки въ гортани могутъ появиться пролежни въ видѣ болѣе или менѣе глубокихъ изъязвленій слизистой оболочки гортани, доходящихъ иногда до хрящей. По этой причинѣ нѣкоторые не совѣтуютъ оставлять трубочку долѣе 5 дней, если же къ этому сроку проходимость гортани еще не успѣла возстановиться, то прибѣгаютъ къ трахеотоміи. Widerhofer рекомендуетъ перемежающуюся интубацію: онъ удаляетъ трубочку черезъ 24 часа, и если нужно, то снова вводитъ ее, и такъ поступаетъ до 5-го дня, а потомъ, если нужно, дѣлаетъ трахеотомію. Паузами пользуются, чтобы напоить и накормить ребенка. Третье неудобство состоитъ въ томъ, что черезъ трубочку трудно выхаркивается слизь изъ частей, лежащихъ ниже гортани. Послѣоперационное время требуетъ непрерывнаго присутствія врача, такъ какъ оперированному постоянно угрожаетъ асфиксія то отъ закупорки трубочки слизью, то отъ выпаденія трубочки при кашлѣ; по этой причинѣ въ частной практикѣ эта операція трудно примѣнима.

Указанныя неудобства, особенно же затрудненное глотаніе и возможность образованія пролежней, имѣли настолько важное значеніе, что въ первые годы интубація, несмотря на то, что давала результаты, нисколько не уступавшіе результатамъ трахеотоміи, тѣмъ не менѣе прививалась довольно туго и употреблялась сравнительно рѣдко, а въ Россіи и во Франціи совсѣмъ не примѣнялась, но съ 1895 года, когда вошло въ обычай лѣчить крупъ антидифтерійной сывороткой, интубація стала распространяться чрезвычайно быстро, и во многихъ клиникахъ и больницахъ (въ томъ числѣ и во французскихъ) она почти совсѣмъ вытѣснила трахеотомію, что объясняется тѣмъ, что при лѣченіи сывороткой недостатки интубаціи почти совсѣмъ устранились, а ея преимущества (быстрота производства, отсутствіе раны, быстрое выздоровленіе по минованіи надобности въ трубочкѣ) тѣмъ рѣзче выступили. Такая разница объясняется тѣмъ, что при лѣченіи крупа сывороткой продолжительность болѣзни значительно укоротилась, такъ что въ среднемъ трубочка остается въ гортани всего сутокъ двое (прежде 5—6), а при такомъ короткомъ срокѣ, во-1-хъ, не трудно помириться съ затрудненнымъ глотаніемъ, а во-2-хъ, пролежни не успѣваютъ развиваться. Дѣлу распространенія интубаціи не мало способствовали также случаи крупа, излѣчивавшіеся послѣ однократнаго введенія трубочки всего на нѣсколько минутъ или только на одинъ моментъ; это были случаи крупа съ рыхлыми пленками, совсѣмъ готовыми къ отдѣленію; при интубаціи трубочка механически ихъ отдѣляла отъ слизистой оболочки гортани, и онѣ моментально выхаркивались наружу, послѣ чего дыханіе значительно облегчалось, и въ оставленіи трубочки въ гортани уже не было надобности. Подобные случаи при лѣченіи сывороткой встрѣчаются не особенно

рѣдко. Въ виду всѣхъ этихъ преимуществъ, почти всѣ врачи, хорошо знакомые съ техникой интубаціи, отдають ей полное предпочтеніе предъ трахеотоміей, къ которой прибѣгаютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, при специальныхъ показаніяхъ къ ней, когда, напр., интубація была произведена, но не облегчила дыханія больного, или если вслѣдствіе обилія слизи и разныхъ перепонокъ интубаціонная трубочка то и дѣло закуривается, такъ что приходится



Фиг. 8. Интубаторъ Collin'a.

безпрестанно вынимать ее и снова вставлять, что утомляетъ больного, или когда, вслѣдствіе ли спазма голосовой щели, или отъ отека входа въ гортань, не удастся ввести интубаціонную трубочку, или если трубочка то и дѣло выхаркивается больнымъ, или, наконецъ, въ томъ случаѣ, когда больной хотя и выздоровѣлъ отъ крупа, но не допускаетъ все-таки удаленія трубочки, такъ какъ не можетъ дышать безъ нея, ибо у него дѣлается спазмъ гортанной щели, и онъ



Фиг. 9. Гортанныя трубочки.



Фиг. 10. Роторасширитель.

задыхается, — здѣсь вполне умѣстно подвергнуть больного поздней трахеотоміи, и наоборотъ, если трахеотомированный больной не позволяетъ удалить трахеотомическую трубку, то его слѣдуетъ интубировать.

Въ виду громаднаго практическаго значенія интубаціи въ дѣлѣ лѣченія крупа, въ виду малой распространенности ея среди врачей и наконецъ въ виду того, что операція эта не описывается въ общераспространенныхъ учебникахъ по оперативной хирургіи, я считаю не лишнимъ дать здѣсь рисунки инстру-

ментовъ и описаніе самой операціи¹⁾; и рисунки и описаніе заимствованы мною изъ статьи Sevestr'a и Martin'a (Tr. des maladies de l'enfance — Grancher. T. I. 1897.) Инструментарій для интубаціи не великъ; онъ состоитъ всего лишь изъ четырехъ вещей: 1) интубатора, посредствомъ котораго трубочка вводится въ гортань (фиг. 8), 2) самой трубочки (фиг. 9), 3) ротораскрывателя (фиг. 10) и 4), экстубатора, т.-е. инструмента, при помощи котораго трубочка въ случаѣ надобности извлекается изъ гортани (фиг. 11).



Фиг. 11. Извлекатель трубочки.

Въ настоящее время предложено довольно много разновидностей всѣхъ этихъ инструментовъ; мы пользуемся въ клиникѣ моделями Collin'a, которыя и изображены на рисункахъ.

Не вдаваясь въ подробное описаніе этихъ инструментовъ, мы отмѣтимъ только, что трубочки сообразно возрасту бываютъ разной величины, и потому при наборѣ прилагается дощечка со скалой (фиг. 12), на которой черточками отмѣчена длина трубочки, соответствующая тому или другому возрасту ре-



Фиг. 12.



Фиг. 13.

бенка. Головка каждой трубочки снабжена отверстіемъ, черезъ которое продѣвается предохранительная нить, о назначеніи которой сказано ниже. Въ интубаторѣ различаютъ три главныхъ части: рукоятку, мандренъ, на который надѣвается трубочка, и особое приспособленіе для сталкиванія съ мандрена

¹⁾ Интересующимся деталями и всѣми относящимися до интубаціи вопросами мы рекомендуемъ прочесть дисс. д-ра А. А. Полиевктова: Очеркъ лѣченія крупа интубаціей. Москва 1899. Ц. 2 р.

трубочки, когда послѣдняя введена въ гортань. Это приспособленіе имѣетъ видъ двуплечнаго рычага, устроеннаго такимъ образомъ, что когда большой палецъ подводится подъ пластинку ближайшаго къ рукояткѣ плеча рычага (фиг. 8), то другое плечо при этомъ опускается и, надавливая на головку трубочки, сталкиваетъ ее съ мандрена (фиг. 13). Самая операція интубаціи, по описанію Sevestra, производится такъ:

Операція интубаціи можетъ быть раздѣлена на три части.

Первая часть состоитъ изъ приготовленія инструментовъ, именно: 1) роторасширителя, 2) интубатора и 3) трубочки соответственнаго возрасту размѣра. Каждая трубочка должна быть снабжена ниткой изъ гладкаго шелка, которая продѣвается черезъ отверстіе, находящееся въ верхней части трубочки. Нить должна быть такой длины, чтобы, продѣтая въ отверстіе трубочки, помѣщенной на мандринѣ, со связанными концами она была немного длиннѣе интубатора: болѣе короткая можетъ высочить изъ руки, болѣе длинная будетъ мѣшать. Къ инструментамъ на всякій случай надо прибавить экстубаторъ Collin'a. Всѣ они должны быть простерилизованы въ горячей водѣ и разложены на подносѣ въ томъ порядкѣ, въ которомъ будутъ употребляться. Все это должно помѣщаться на маленькомъ столикѣ или стулѣ, подъ рукой. Освѣщеніе должно быть достаточнымъ, чтобы хорошо видѣть инструменты и отыскивать ихъ безъ труда; но въ особенно яркомъ освѣщеніи, какъ при трахеотоміи, необходимости нѣтъ. При интубаціи осязаніе играетъ большую роль, чѣмъ зрѣніе. Когда инструменты приготовлены, ребенка завертываютъ въ одѣяло вмѣстѣ съ руками и передаютъ его помощнику, который садится на стулъ и захватываетъ ребенка въ свои колѣни, руками удерживаетъ его, плотно прижимая къ своей груди его голову лицомъ къ оператору (фиг. 14). Онъ долженъ такъ приладиться, чтобы задерживать всѣ движенія ребенка. Если имѣются два помощника, то первый удерживаетъ туловище, а второй помощникъ стоитъ позади перваго и прикладываетъ руки съ обѣихъ сторонъ головы ребенка, широко разставивъ пальцы и удерживая большими пальцами затылокъ. *Голова должна быть прочно фиксирована, совсѣмъ прямо, безъ поворота или наклоненія въ какую-либо сторону.* Особенно слѣдуетъ избѣгать разгибанія головы — положенія, обычнаго при трахеотоміи, въ которое обыкновенно ставятъ голову ребенка врачи, если имъ приходится помогать при интубаціи; гораздо удобнѣе, напротивъ, очень небольшое сгибаніе головы впередъ.

Когда все это сдѣлано, операторъ, произведя по обычнымъ приѣмамъ антисептику своихъ рукъ, провѣряетъ состояніе инструментовъ, которые будутъ нужны ему при операціи; въ частности онъ обращаетъ вниманіе: достаточно ли они остыли (роторасширитель, который массивнѣе другихъ, довольно долго остается горячимъ), до конца ли закрыта задвижка, назначенная для укрѣпленія мандрена на ручкѣ интубатора, хорошо ли скользитъ трубочка по мандрену; въ то же время операторъ пробуетъ — не мѣшаетъ ли нитка, съ правой ли она стороны интубатора (если съ лѣвой, то это означаетъ, что трубочка надѣта задомъ напередъ); наконецъ онъ садится прямо противъ лица больного на стулъ, который, если возможно, долженъ быть немного ниже стула помощника.

Операція. Интубація можетъ быть раздѣлена на три момента, а именно: 1) отыскиваніе обозначительныхъ пунктовъ, 2) проведеніе трубочки до уровня отверстія гортани и 3) прониканіе трубочки въ гортань.

1) *Отыскиваніе обозначительныхъ пунктовъ.* Это довольно легко, если поупражняйся предварительно въ опредѣленіи ихъ на живомъ человѣкѣ. Опыты на трупѣ въ этомъ отношеніи недостаточны и могутъ даже дать ложное понятіе о томъ, что должно найти. Всего лучше воспользоваться изслѣдованіемъ горла у ребенка здороваго или заболѣвшаго какой-нибудь легкой



Фиг. 14. Фиксація больного.

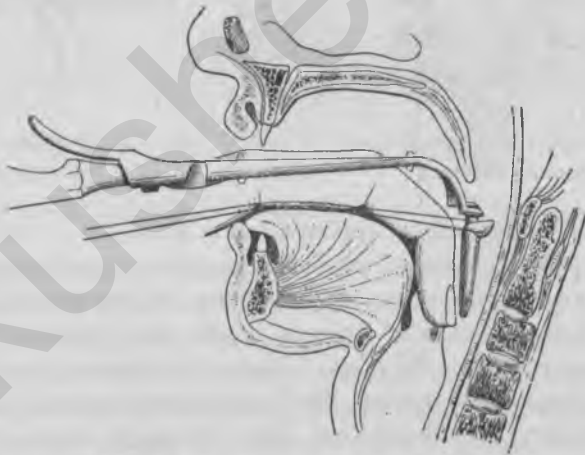
болѣзнью, чтобы ощупать корень языка и верхнюю часть гортани и приучить палецъ къ тѣмъ ощущеніямъ, которыя даютъ эти органы. Этотъ навыкъ пальца необходимъ, чтобы достигнуть хорошей техники. Прежде всего долженъ быть вставленъ роторасширитель между челюстями на уровнѣ малыхъ коренныхъ зубовъ. Когда онъ введенъ настолько, насколько позволяетъ растяжимость рта, его широко отырываютъ, держа наружныя бранши вплотную къ щекѣ. Иногда онъ держится самъ, но лучше дать его держать въ этомъ положеніи помощнику, назначенному для головы или же отдѣльному. У дѣтей, у которыхъ нѣтъ еще зубовъ, роторасширитель легко соскальзываетъ впередъ, и его надо оттягивать по возможности больше назадъ.

Наконецъ, когда ротъ такимъ образомъ открытъ, въ него вводятъ указательный палецъ лѣвой руки. Палецъ, введенный прямо въ глотку, попадаетъ на надгортанникъ, который встрѣчается съ нимъ своей задней поверхностью или краемъ, или даже передней поверхностью. Во всякомъ случаѣ его поднимаютъ, прижимая къ корню языка, затѣмъ начинаютъ пальцемъ отыскивать черналовидные хрящи, которые ощупываются имъ легко. Разъ палецъ доведенъ до гортани, онъ не долженъ ее упускать, а слѣдовать за ея движеніями вверхъ и внизъ или, еще лучше, фиксировать ее, ограничивая эти движенія (фиг. 15).



Фиг. 15. Фиксація гортани.

2) *Проведеніе трубочки до отверстия гортани.* Операторъ беретъ интубаторъ правой рукой и зажимаетъ его въ кулакѣ, но не напрягая кисти; она должна сохранять свою обычную гибкость. Нить, привязанная къ трубочкѣ, не натягивается, а только придерживается вмѣстѣ съ рукояткой, находясь съ правой стороны интубатора. Указательный палецъ лѣвой руки, введенный уже въ гортань, отклоняется къ правому углу рта, чтобы дать свободный проходъ трубочкѣ и интубатору, который ее проводитъ. Послѣдній быстро



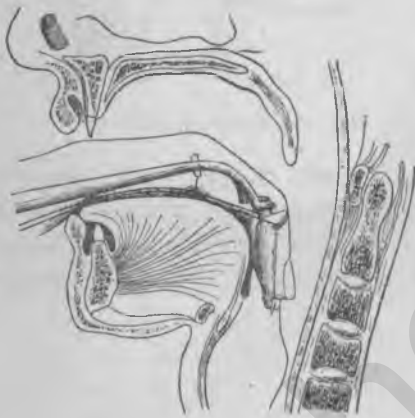
Фиг. 16. Трубочка въ глубинѣ глотки.

направляется въ глубь гортани, но не прямо, а лучше сбоку, чтобы не задѣть языка кончикомъ трубочки. Когда трубочка въ глоткѣ, ручку инструмента переводятъ строго на среднюю линію противъ промежутка между средними рѣзцами, почти на равномъ разстояніи между краями зубовъ верхней и нижней челюсти, но все-таки немного ближе къ нижней; позднѣе, благодаря рычагообразному движенію, необходимому для того, чтобы проникнуть

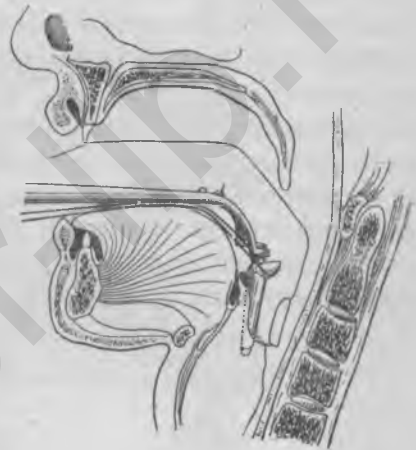
въ гортань, ручка сильно приблизится къ верхнему зубному краю, но все же она должна оставаться все время на средней линіи.

Трубочка, проникнувъ въ глотку, направляется затѣмъ по ногтевой поверхности указательнаго пальца (фиг. 16) лѣвой руки и, обогнувъ его по наружному краю (фиг. 17), помѣщается впереди этого пальца между ладонной его поверхностью и надгортанникомъ.

3) *Проведеніе трубочки въ гортань* должно производиться по возможности быстро, но безъ торопливости и, особенно, *безъ насилія*, причеиъ рукоятка инструмента, крѣпко захваченная рукой, должна все время быть на средней линіи и въ сагиттальной плоскости ребенка. Затѣмъ проводить трубочку въ гортань, но, прежде чѣмъ проводить ее дальше вглубь, убѣждаются посредствомъ маленькаго маневра, описаннаго ниже, дѣйствительно ли она въ гортани. Когда гортанная щель открыта, то введеніе трубочки легко, если она



Фиг. 17. Трубочка у наружнаго края указательнаго пальца.



Фиг. 18. Трубочка проникаетъ въ гортань.

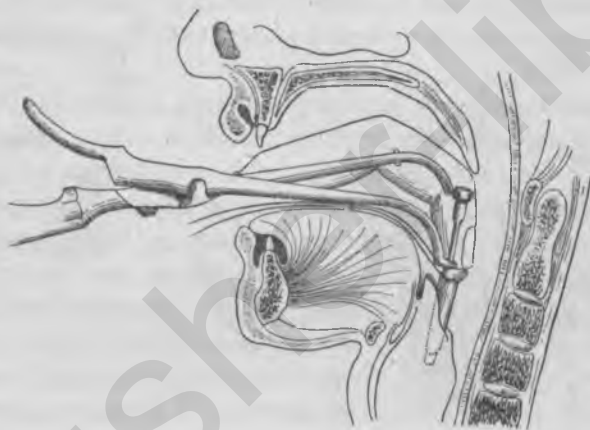
поставлена какъ разъ между указательнымъ пальцемъ и надгортанникомъ; (фиг. 18); но въ случаѣ спазма голосовой щели дѣло не такъ просто. Исслѣдующій палецъ находитъ тогда нѣчто въ родѣ шара, на которомъ почти что невозможно найти отверстія, да и во всякомъ случаѣ это отверстіе слишкомъ мало, чтобы пропустить трубочку. Тогда надо немного подождать, такъ какъ подобное судорожное состояніе не можетъ быть продолжительнымъ: Скоро ребенокъ захочетъ вздохнуть; онъ расширитъ свою голосовую щель, и этимъ моментомъ надо воспользоваться, чтобы ввести трубочку. Чтобы убѣдиться, что трубочка находится дѣйствительно въ гортани, проводить указательнымъ пальцемъ по трубочкѣ сверху внизъ; сначала она ощущается ясно, а потомъ нижній конецъ ея прощупывается только чрезъ заднюю стѣнку гортани между черпаловидными хрящами, что и служитъ доказательствомъ того, что трубочка дѣйствительно на мѣстѣ.

Теперь надо опустить ее совершенно въ гортань, и въ то же время удалить мандрень. Для этого указательный палецъ оставляетъ черпаловидные

хрящи и, опершись ногтемъ на головку трубочки, фиксируетъ послѣднюю, мѣшая ей подниматься вверхъ. Когда трубочка такимъ образомъ фиксирована, извлекаютъ мандрень посредствомъ рычага, помѣщенного на интубаторѣ, (фиг. 19), а затѣмъ удаляютъ и самый интубаторъ изъ полости рта ребенка.

Когда мандрень удаленъ, палецъ заканчиваетъ введеніе трубочки въ гортань (фиг. 20). Необходимо хорошо придерживать трубочку указательнымъ пальцемъ, въ противномъ случаѣ она скоро выскочитъ, особенно, если есть спазмъ. Вообще, окончательное проведеніе трубочки пальцемъ дѣлается легко, но въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ встрѣтиться нѣкоторое препятствіе. Однако, никогда не надо форсировать, а тихо, равномерно надавливать на головку трубочки, и всего чаще сопротивленіе исчезаетъ. О проходимости гортани и успѣшно сдѣланной интубаціи извѣщаетъ своеобразный шумъ — результатъ прохожденія воздуха въ трубочку, являющійся въ то время, когда съ удаленіемъ мандрина больной кашляетъ или дѣлаетъ сильный вздохъ.

Операція окончена, но, прежде чѣмъ вынимать палецъ, надо убѣдиться, что трубочка вполне опущена въ гортань и что она въ нѣкоторомъ родѣ



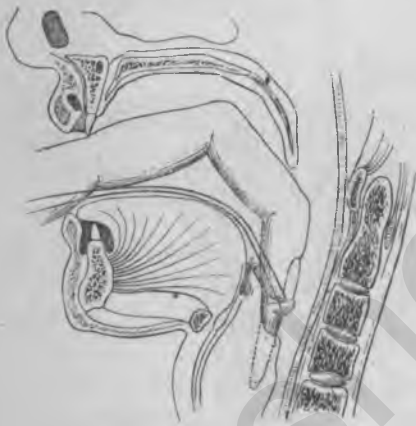
Фиг. 19. Извлеченіе мандрена и фиксація трубочки указательнымъ пальцемъ.

исчезла въ гортани; въ противномъ случаѣ она скоро выскочитъ, или же выступитъ, который она образуетъ надъ гортанью, будетъ затруднять глотаніе. Какъ слѣдуетъ вставленную трубочку оцупать трудно: головка ея, замаскирована черпало-надгортанными связками и доступна ослзанію только въ задней части между черпаловидными хрящами. Прежде чѣмъ удалить ротораспиратель, ребенку даютъ немного отдохнуть и убѣждаются — хорошо ли онъ дышетъ; если дыханіе совершается свободно, можно удалить нить, такъ какъ она мѣшаетъ приему пищи, присутствіе ея во рту беспокоитъ дѣтей, и они всячески стараются отдѣлаться отъ нея. Чтобы извлечь нить, сначала перерѣзываютъ одинъ изъ концовъ ея между узломъ и трубочкой, затѣмъ ставятъ указательный палецъ лѣвой руки на головку трубочки и, фиксируя ее (фиг. 21) такимъ образомъ, правой рукой выдергиваютъ нить, конечно за тотъ конецъ, на которомъ есть узелъ. Удаленіе нитки, конечно, не обязательно; я лично держусь того мнѣнія, что начинающіе пусть лучше оставляютъ нитку во рту, такъ

какъ иногда требуется моментально удалить трубочку изъ гортани (когда она закупорилась слизью или пленками, и ребенокъ начинаетъ задыхаться), а безъ ниточки это для малоопытнаго въ дѣлѣ интубаціи не всегда легко.

Экстубація. Экстубація, т.-е. извлеченіе трубочки, дѣлается чаще всего, когда ребенокъ уже выздоровѣлъ, но иногда также приходится по необходимости дѣлать ее и раньше, именно въ случаяхъ закупорки трубочки.

Извлеченіе трубки можно дѣлать двумя способами: 1) посредствомъ инструмента, извѣстнаго подъ именемъ экстубатора (экстрактора) и 2) посредствомъ „энуклеаціи“ (способъ Bayeux). Первый труденъ и подвергаетъ больного случайностямъ, второй настолько же простъ, насколько безопасенъ; колебаться въ выборѣ ихъ не приходится, и мы могли бы ограничиться описаніемъ одного только способа энуклеаціи. Но, такъ какъ по общему правилу его нельзя примѣнять къ длиннымъ трубочкамъ и даже при короткой трубочкѣ въ видѣ исключенія можетъ случиться, что необходимо прибѣгнуть къ помощи экстубатора, то мы изложимъ вкратцѣ способъ примѣненія этого инструмента.



Фиг. 20. Указательный палецъ заканчиваетъ введеніе трубочки.



Фиг. 21. Удаленіе нитки.

Экстубація съ помощью экстрактора. Ребенка держать такъ же, какъ и для интубаціи, и вставляютъ роторасширитель. Указательнымъ пальцемъ лѣвой руки отыскиваютъ верхнее отверстіе гортани, которое легко узнать по присутствію трубочки или вѣрнѣе по выступу, который дѣлаетъ головка трубочки между двумя черпаловидными хрящами. Иногда, однако, можетъ случиться, что ее трудно найти по случаю припухлости черпаловидныхъ связокъ, между которыми она исчезаетъ. Затѣмъ, доведя экстракторъ до верхней поверхности трубочки способомъ, описаннымъ при интубаціи, стараются проникнуть концомъ инструмента въ отверстіе трубочки. Потомъ нажимаютъ на верхнюю браншу рукоятки, чтобы раздвинуть бранши на концѣ инструмента и прижать ихъ къ стѣнкамъ трубочки. Сдѣлавъ это, поднимаютъ весь инструментъ прямо кверху осторожнымъ равномернымъ движеніемъ и, когда трубочка выйдетъ изъ гортани, поворачиваютъ ее бокомъ и выводятъ изъ полости рта.

Способъ энуклеации. Ребенка сажаютъ на колѣни къ помощнику, который своими бедрами удерживаетъ ноги ребенка, а руками беретъ его за руки въ верхней ихъ части и отодвигаетъ ихъ внизъ и назадъ.

Врачъ садится на стулъ противъ лица ребенка. Первая часть операціи состоитъ въ томъ, что онъ беретъ голову ребенка одной рукой (безразлично какой, напр. лѣвой) такъ, чтобы большой палецъ пришелся на лбу, а остальные на затылкѣ. Затѣмъ, обхватывая другой рукой шею ребенка, операторъ большимъ пальцемъ отыскиваетъ бугорокъ кольцевиднаго хряща и нажимаетъ мякотью пальца на границѣ нижняго края этого хряща, гдѣ находится нижній конецъ трубочки. Затѣмъ онъ нагибаетъ къ себѣ туловище ребенка такъ, чтобы оно образовывало уголъ приблизительно въ 45° , и, наоборотъ, сильно отгибаетъ голову ребенка назадъ. Во вторую половину операціи большимъ пальцемъ правой руки надавливаютъ умеренно, но постоянно, на трахею, пока не получится ощущенія, что трубочка уходитъ, и тотчасъ лѣвая рука быстро опускаетъ голову ребенка такъ, чтобы послѣдній смотрѣлъ на полъ. Въ это время ребенку говорятъ „кашлай, кашлай“, и почти всегда трубочка выскакиваетъ. Рвотныя движенія, которыя при этомъ происходятъ, значительно облегчаютъ выходъ трубочки изъ полости рта и мѣшаютъ попаданію ея въ пищеводъ и носовую полость.

Затрудненія, ошибки и случайности при операціи. Однѣ изъ случайностей, встрѣчающихся при интубаціи, зависятъ отъ ошибокъ, происшедшихъ во время операціи, и могутъ быть устранены, если соблюдать всѣ предосторожности, изложенныя нами выше; другія, наоборотъ, происходятъ отъ опредѣленныхъ мѣстныхъ условій, которыя трудно измѣнить, но часто все-таки можно уменьшить ихъ вліяніе при болѣе глубокомъ знакомствѣ съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ. Мы разберемъ и тѣ и другія по возможности въ томъ порядкѣ, въ которомъ онѣ могутъ встрѣтиться.

1. *Вставленіе роторасширителя* можетъ затрудниться вслѣдствіе непослушанія ребенка, и можетъ иногда понадобиться шпатель, чтобы достаточно раздвинуть челюсти. Съ другой стороны, роторасширитель послѣ введенія можетъ снова выскочить, если онъ плохо вставленъ или недостаточно открытъ, особенно у дѣтей очень маленькихъ, не имѣющихъ еще коренныхъ зубовъ. Въ такомъ случаѣ помощникъ, назначенный для держанія головы, или отдѣльный, третій, долженъ плотно держать роторасширитель, прижавъ его къ щекамъ.

Отысканіе обозначительныхъ пунктовъ можетъ иногда сдѣлаться затруднительнымъ, именно въ томъ случаѣ, когда низко опущенная нѣбная занавѣска суживаетъ и до нѣкоторой степени удлиняетъ полость рта, или же когда есть припухлость миндалинъ. У совсѣмъ маленькихъ дѣтей надгортанникъ достигается легко, но распознать его, благодаря его мягкой консистенціи, представляется затруднительнымъ. Начиная съ 7—8 лѣтъ это затрудненіе является оттого, что гортань помѣщается довольно низко. Указательный палецъ только съ трудомъ можетъ достигъ ея и слѣдовать за ея движеніями вверхъ и внизъ. Если ротъ достаточно широкъ, чтобы помѣстить два пальца, то можно помочь себѣ среднимъ. Есть еще средство поднять немного надгортанникъ — это вытягивать наружу конецъ языка.

2. *Во второй моментъ операции* иногда случается, что трубочка соскакиваетъ съ мандрена; тогда надо совсѣмъ извлечь интубаторъ и надѣть трубочку снова. Надо также въ это время стараться, чтобъ нить, идущая отъ трубочки, не мѣшалась между пальцевъ или не зацѣпилась бы за интубаторъ. Эти случайности бывають довольно часто у неопытныхъ операторовъ. Если трубочка, доведенная до гортани, не входитъ свободно между надгортанникомъ и пальцемъ, который удерживаетъ его поднятымъ вверхъ, и если слишкомъ рано сдвигаютъ задвижку у интубатора (не убѣдившись въ надлежащемъ положеніи трубочки при входѣ въ гортань), то трубочка можетъ направиться въ одно изъ углубленій, расположенныхъ между надгортанникомъ и основаніемъ языка, но особенно много шансовъ ей попасть въ пищеводъ. То же самое можетъ произойти отъ неправильнаго положенія интубатора, если держать его не въ сагиттальной плоскости. Это попаданіе трубочки въ пищеводъ можно иногда подозревать, если нить быстро уменьшается въ длину и исчезаетъ, такъ сказать, на глазахъ, т.-е. проглатывается. Можно узнать, что трубочка въ пищеводѣ, еще и потому, что состояніе ребенка не улучшается и не было слышно хриповъ, зависящихъ отъ прохожденія воздуха въ трубочкѣ. Исслѣдованіе пальцемъ также даетъ возможность убѣдиться, что трубочка не въ гортани. Какъ только ошибка открыта, тотчасъ трубочку вытягиваютъ за нить, висящую изо рта, и вновь начинаютъ операцию, давъ ребенку отдохнуть нѣсколько времени, если не представляется крайности.

3. *Введеніе трубочки въ гортань* можетъ оказаться затруднительнымъ, благодаря несоотвѣтствію величины трубочки и гортани. Это затрудненіе часто зависитъ отъ *спазма гортани*; тогда, какъ уже сказано, надо немного переждать. Въ другихъ случаяхъ препятствіе возникаетъ вслѣдствіе *отека надгортанника и рlic: ary-epiglottic.*, обусловленнаго повторными неудачными попытками интубаціи рукой неопытнаго оператора. При исслѣдованіи пальцемъ надгортанника получается ощущеніе отека крайней плоти при *phimosis*, имѣющаго въ срединѣ узкое отверстіе. Въ такомъ случаѣ надо удвоить осторожность и терпѣніе, а если нѣтъ необходимости, то лучше даже подождать нѣкоторое время съ повтореніемъ попытки. Въ случаѣ крайности можно взять трубочку немного поменьше соотвѣтствующей возрасту. Наконецъ, можетъ случиться, что препятствіе зависитъ не отъ гортани собственно, а отъ того, что *трубочка слишкомъ велика*. Въ такомъ совершенно исключительномъ случаѣ, если трубочка взята по возрасту, лучше не настаивать, а тотчасъ взять трубочку поменьше. *Ложные пути* всегда являются послѣдствіемъ оперативныхъ ошибокъ и зависятъ отъ того, что интубаторъ находился не въ должномъ направленіи по средней линіи, и особенно если имъ дѣйствовали не съ той осторожностью, которую всегда слѣдуетъ соблюдать во время интубаціи. Случаи эти рѣдки, но все-таки наблюдались нѣсколько разъ. Rist и Bensaude описываютъ два рода ложныхъ путей: одни, начинаясь съ задней поверхности надгортанника, идутъ сквозь *membrana crico-thyreoidea*, другіе дѣлаются прямо въ желудочкахъ. Въ этихъ случаяхъ отмѣчаютъ, что ребенку совсѣмъ не дѣлается лучше, и палецъ, введенный въ горло, опредѣляетъ, что трубочка погружена почти совсѣмъ, но не такъ какъ слѣдуетъ, и вмѣсто того, чтобы

лежать прямо по вертикальной линіи, она имѣетъ направленіе болѣе или менѣе наклонное. Какъ только это замѣчено, надо извлечь трубочку и снова попытаться интубировать, что можетъ удаться. Въ противномъ случаѣ надо тотчасъ прибѣгнуть къ трахеотоміи.

Когда трубочка находится въ гортани, окончанію третьяго момента операціи можетъ помѣшать *затрудненіе при извлеченіи мандрена*. Это можетъ произойти, напр., оттого, что если мандренъ состоитъ изъ двухъ частей, то шарниръ зацѣпился въ верхнемъ отверстіи трубочки, или же оттого, что взята трубочка немного старая, внутренняя поверхность которой попорчена частымъ употребленіемъ. Такая же случайность можетъ произойти и оттого, что операторъ сдѣлалъ неправильное движеніе, извлекая мандренъ впередъ вмѣсто того, чтобы тащить его прямо кверху. Въ этомъ случаѣ надо, не стараясь извлечь насильно, ограничиться тѣмъ, что ввести мандренъ совсѣмъ обратно и затѣмъ извлекать его по правиламъ, держа въ строго-вертикальной плоскости до того момента, пока онъ совершенно не выйдетъ изъ трубочки, и только тогда наклонить его, чтобы вынуть изъ горла. Во время интубаціи изо рта часто течетъ въ болѣе или менѣе большомъ количествѣ слизистая жидкость; иногда она слегка окрашена кровью, но это обстоятельство обыкновенно не имѣетъ важнаго значенія. Что касается *гемморрагій*, которыя были описаны, то онѣ очень рѣдки и могутъ произойти только отъ грубыхъ и неправильныхъ приѣмовъ.

Изъ другихъ случайностей, зависящихъ отъ интубаціи, можно отмѣтить еще *рвоту*, которая бываетъ очень рѣдко и всегда какъ послѣдствіе продолжительныхъ попытокъ интубировать, и *судороги*, которыя бываютъ также очень рѣдко. Въ этихъ случаяхъ надо прекратить на нѣкоторое время операцію и даже вынуть роторасширитель. Что же касается бывающихъ иногда *обмороковъ* и *остановки дыханія*, то они не являются послѣдствіемъ собственно интубаціи, или если и происходятъ, преимущественно послѣ повторныхъ попытокъ, то только у дѣтей уже истощенныхъ. Вмѣсто того, чтобы ждать съ операціей, въ этомъ случаѣ надо, наоборотъ, какъ можно скорѣе кончить ее и постараться возвратитъ къ жизни ребенка при помощи искусственнаго дыханія или примѣняя другія какія-нибудь средства.

Гораздо важнѣе случайности, происходящія отъ *закупориванія трубочки пленкой* въ тотъ самый моментъ, когда трубочка проникла въ трахею. Нѣкоторые авторы полагали, что пленка въ подобныхъ случаяхъ оказывалась отслоенной и сдвинутой благодаря трубочкѣ. Такого рода явленіе должно быть очень рѣдкимъ и наблюдалось въ дѣйствительности только въ нѣсколькихъ исключительныхъ случаяхъ. Но самый фактъ закупориванія трубочки пленкой безъ объясненія его происхожденія приходится наблюдать довольно часто. Пленка можетъ-быть отдѣлилась отчасти уже до операціи, а въ это время возбуждается рефлекторно кашель, и во время кашлевыхъ толчковъ пленка отбрасывается къ концу трубочки и можетъ закупорить или даже проникнуть внутрь ея. Тогда мы видимъ, что асфиксія и затрудненное дыханіе ребенка внезапно усиливаются и быстро доходятъ до крайнихъ предѣловъ: лицо синѣетъ, и иногда слышенъ хлопающій шумъ, который производитъ пленка, закупоривающая нижній конецъ трубочки. Въ подобныхъ случаяхъ надо тотчасъ эксту-

бировать ребенка. Почти всегда послѣ того наступаетъ улучшение, по крайней мѣрѣ временное, и даже довольно часто, благодаря приступу кашля, маленький больной освобождается отъ пленки и дышитъ настолько хорошо, что введение трубочки не является существенной необходимостью. Интубація сдѣлала то, что извѣстно подъ названіемъ „прочистки“ гортани — *garnage du larynx* (Martin) или *écouvillonnage* (Variot). Въ другихъ случаяхъ, если приступы асфиксії снова усиливаются, трубочку вставляютъ обратно, и тогда явления стихаютъ. Иногда же удаление трубочки не сопровождается улучшеніемъ состоянія, и асфиксія продолжается. Тогда можно попытаться снова интубировать ребенка длинной трубочкой O'Dwyer, и это въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ помочь, именно, если асфиксія происходитъ благодаря пленкѣ, не вполне отдѣлившейся. Въ противномъ случаѣ, или если нѣтъ подъ рукою длинной трубочки, надо тотчасъ же медля прибѣгнуть къ трахеотоміи. При ней есть шансы на успѣхъ, если въ трахеѣ просто скопится большое количество пленокъ. Улучшеніе будетъ неполнымъ, если крупъ гортани осложняется дифтеріей бронховъ.

Послѣдствія интубаціи. Теченіе крупа послѣ операціи. Послѣ интубаціи, особенно если она произведена быстро, улучшение состоянія ребенка наступаетъ непосредственно за операціей: дыханіе дѣлается свободнымъ и равномернымъ, губы краснѣютъ, и ребенокъ, перенесенный на свою постель, засыпаетъ спокойнымъ, тихимъ сномъ, прерываемымъ изрѣдка приступами кашля. При кашлѣ выдѣляется довольно большое количество слизи, иногда обрывки пленокъ, а иногда и цѣлыя пленки болѣе или менѣе объемистыя; въ общемъ довольно быстро слѣдуетъ успокоеніе и вмѣстѣ съ нимъ сонъ. Кашель повторяется время отъ времени, но становится все менѣе и менѣе частымъ въ случаяхъ, которые должны окончиться благополучно.

Затрудненіе глотанія — явленіе обычное въ первые часы послѣ интубаціи, и малѣйшее проглатываніе жидкости вызываетъ приступъ кашля. Но въ общемъ, однако, ребенокъ скоро становится выносливѣе и начинаетъ въ достаточной мѣрѣ питаться. Это затрудненіе глотанія довольно разнообразно. Вообще оно болѣе замѣтно у дѣтей постарше, чѣмъ у совсѣмъ маленькихъ; совсѣмъ не бывая у однихъ, у другихъ оно наблюдается только по отношенію къ жидкостямъ. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ является болѣе или менѣе полное затрудненіе глотанія, продолжающееся нѣсколько дней. Чтобы устранить это неудобство, слѣдуетъ поить ребенка очень осторожно, маленькими глотками. Ребенка кладутъ на бокъ или оставляютъ въ полулежачемъ положеніи, такъ, чтобы жидкость сама по себѣ стекла по задней или по боковымъ стѣнкамъ глотки; можно также попробовать давать пить ребенку, положивъ его на животъ, а голову свѣшивая съ постели. Наконецъ, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда кормленіе невозможно, надо прибѣгнуть къ помощи желудочнаго зонда или дѣлать питательныя елизмы.

Если частицы жидкости попадаютъ у интубированнаго больного въ дыхательные пути, онѣ всегда выбрасываются кашлемъ, и повидимому никто еще не наблюдалъ пневмоніи отъ проглатыванія, и всѣ опасенія по этому поводу такимъ образомъ являются напрасными. Съ другой стороны, однако, лучше все-

таки въ первые дни послѣ интубаціи не кормить ребенка молокомъ, такъ какъ оно, попадая въ трахею, образуетъ тамъ маленькіе сверточкі, которые могутъ произвести закупориваніе трубочки. Удобнѣе давать грогъ, или полужидкую пищу (яйца, распуценныя въ бульонѣ, тапіока, хорошо проваренный и т. п.).

Интубація не производитъ замѣтной *лихорадки*, но часто въ теченіе перваго или втораго дня бываетъ небольшое повышеніе t° . Если оно продолжается дольше этого времени, то есть основаніе опасаться какого-нибудь осложненія, въ частности бронхопневмоніи, особенно если въ то же время замѣчается ускореніе дыханія. Однако, какъ справедливо отмѣчаетъ d'Astros, можетъ случиться, что и безъ всякаго видимаго осложненія t° остается повышенной или, чаще, снова поднимается на 3-й или 4-й день послѣ того, какъ упала до нормы. Въ такомъ случаѣ это есть, повидимому, указаніе на вторичную инфекцію, къ которой располагаетъ присутствіе трубочки, и дѣйствительно, t° тотчасъ возвращается къ нормѣ, разъ трубочка удалена. Въ этомъ случаѣ является показаніе къ удаленію трубочки, съ тѣмъ чтобы опять ее вставить по прошествіи нѣкотораго времени, если у ребенка вновь появится затрудненное дыханіе.

Льченіе крупа послѣ интубаціи. Какъ и при трахеотоміи, льченіе крупа должно продолжаться и послѣ интубаціи. Такъ, надо держать ребенка въ *воздухъ, насыщенномъ парами*; стараются найти по возможности лучшую пищу и употребляютъ въ дѣло вообще всѣ средства, которые мы уже указали. Кромѣ того необходимо, чтобы ребенокъ былъ подъ самымъ тщательнымъ *надзоромъ*, чтобы можно было немедленно устранять всѣ случайности, о которыхъ было только что сказано.

Послѣдовательныя явленія. Въ дни, слѣдующіе за интубаціей и позднѣе до полнаго исчезновенія пленокъ, всегда можно опасаться неожиданнаго или постепеннаго, но прогрессивнаго закупориванія трубочки. *Быстрая закупорка* трубочки обуславливается обыкновенно объемистой пленкой, отдѣлившейся всей массой подъ вліаніемъ сыворотки. Къ счастью, такое закупориваніе встрѣчается рѣдко, такъ какъ, несмотря на узкій просвѣтъ трубочки, черезъ нее выхаркиваются подчасъ даже очень большія пленки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, пленки, собираются въ кучу у конца трубочки и закупориваютъ ее, производя асфиксію. Тогда необходимо тотчасъ произвести экстубацію, и для этого нужно, чтобы на всякій случай около больного всегда находился человекъ, умѣющій дѣлать энуклеацію по способу Bayeux (если ниточка была оставлена, то извлечь трубочку можетъ всякая сидѣлка).

Медленная закупорка зависитъ отъ того, что слизь засыхаетъ въ просвѣтѣ трубочки и къ ней пристають обрывки пленокъ. Она встрѣчается рѣдко, особенно если позаботиться держать ребенка въ воздухѣ, насыщенномъ парами. Во всякомъ случаѣ суженіе просвѣта трубочки можно замѣтить заранѣе, если за ребенкомъ хоть немного слѣдить, и всегда есть время предупредить болѣе значительную закупорку. Иногда достаточно дать ребенку напиться или же пустить въ трубочку масла съ ментоломъ, чтобы явленія закупориванія исчезли. Въ противномъ случаѣ надо извлечь трубочку. Ее вставляютъ тотчасъ, если втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной клѣтки снова появляется; если нѣтъ, то можно подождать и посмотрѣть, не можетъ ли ребенокъ обойтись безъ нея.

Выскакиваніе трубочки можетъ произойти во время приступа кашля, но это случается, однако, гораздо рѣже, чѣмъ можно бы предполагать; короткая трубочка выскакиваетъ даже, повидимому, рѣже, чѣмъ длинная, и мы видѣли дѣтей, которыя, выхаркнувъ нѣсколько разъ длинную трубочку, держали короткую того же номера. Это выскакиваніе трубочки является въ нѣкоторыхъ случаяхъ счастливымъ обстоятельствомъ, а именно, когда оно вызывается скопленіемъ пленокъ; но часто оно преждевременно, и тогда необходимо опять вставить трубочку или тотчасъ, или по прошествіи нѣкотораго времени. Иногда ребенокъ окончателно можетъ обойтись безъ нея. Всего чаще ребенокъ выхаркиваетъ трубочку, и ее находятъ тогда на простынѣ или даже въ рукахъ у маленькаго больного, который употребляетъ ее вмѣсто игрушки. Въ другихъ случаяхъ, которые не такъ уже рѣдки, трубочка попадаетъ въ пищеводъ и затѣмъ дальше, въ пищеварительный каналъ. Это *проглатываніе трубочки* не имѣетъ особенно дурнаго значенія: ее находятъ обыкновенно въ испраженіяхъ по прошествіи 2—3 дней. Приходится больше бояться произвольнаго выскакиванія трубочки въ томъ случаѣ, когда она очень мала относительно размѣровъ гортани. Поэтому, какъ только на какомъ-нибудь основаніи взята трубочка, которая, надо думать, слишкомъ мала для даннаго ребенка, необходимо замѣнить ее болѣею какъ можно скорѣе. Если трубочка слишкомъ мала, то она можетъ уйти въ гортань, что принадлежитъ, впрочемъ, къ исключительнымъ рѣдкостямъ. Если не удастся извлечь трубочку ни энуклеаціей, ни экстракторомъ, то приходится прибѣгнуть къ трахеотоміи.

У интубированныхъ дѣтей наблюдаются иногда *изъязвленія слизистой оболочки гортани*. Въ до-сывороточное время, когда трубочка оставалась въ гортани по нѣскольку дней, изъязвленія слизистой оболочки, иногда съ обнаруженіемъ хрящей, встрѣчались довольно часто (по Variot въ 30%), но послѣ примѣненія лѣченія крупа сывороткой пролежни гортани встрѣчаются очень рѣдко.

Наконецъ, упомянемъ еще о *суженіяхъ гортани* послѣ интубаціи. Эти суженія, находящіяся на уровнѣ перстневиднаго хряща и сосѣднихъ частей трахеи, объяснялись рубцовымъ стягиваніемъ послѣ заживленія интубаціонныхъ язвъ, о которыхъ мы говорили выше. Это, конечно, возможно, но возможно и то, что язвы были слѣдствіемъ самого дифтеритическаго процесса.

Экстубація. Она дѣлается въ разное время: какъ правило, показано вынимать трубочку какъ можно скорѣе, если только ребенокъ можетъ свободно дышать и безъ трубочки. Въ общемъ, у дѣтей, лѣченныхъ сывороткой, экстубація можетъ производиться на 2-й или 3-й день, но это не абсолютное правило. Трубочка должна дольше оставаться у дѣтей маленькихъ, воспримчивыхъ, подверженныхъ спазму; дѣти старше 5—6 лѣтъ могутъ быть экстубированы по окончаніи 1 или 2 дней. Въ случаяхъ сильной дифтеріи съ обильнымъ количествомъ пленокъ надо оставлять трубочку дольше, чѣмъ у дѣтей, которыя выдѣляютъ просто слизь. Равнымъ образомъ, чтобы рѣшить, своевременна ли экстубація, надо принимать во вниманіе, сколько прошло времени отъ перваго впрыскиванія сыворотки. Если лихорадка продолжается третій день и если есть возможность подозрѣвать, что этому способствуетъ пребываніе трубочки въ гортани, то можно подождать еще день; но по прошествіи одного дня

нужно всегда попробовать удалить трубочку съ тѣмъ, чтобы снова вставить ее, если окажется, что ребенокъ не можетъ безъ нея обойтись. Попытку повторяютъ на слѣдующій день, и такъ изо дня въ день; встрѣчаются дѣти, которыя въ теченіе очень долгаго времени не допускаютъ удаленія трубочки: они задыхаются безъ нея; это такъ назыв. *tubard'ы*, аналогичные *canulard'амъ*, не могущимъ оставаться безъ трахеотомической канюли. Это состояніе зависть огь многихъ причинъ, которыя еще мало выяснены, и иногда оказывается до такой степени упорнымъ, что для устраненія его требуется трахеотомія.

Льченіе дифтерита носа. Соблюденіе чистоты при дифтеритѣ носа еще нужнѣе, чѣмъ при пораженіи одного только зѣва, такъ какъ въ носу гораздо удобнѣ застаиваются всѣ продукты воспаленія. Однѣхъ пульверизацій здѣсь далеко не достаточно, а необходимы еще и шприцованія носа тѣми или другими *безвредными* растворами. Я говорю „безвредными“, потому что при шприцованіи носа часть жидкости всегда попадаетъ въ желудокъ; не слѣдуетъ поэтому брать для шприцованій растворы карболовой кислоты или перевики марганцоваго кали, а лучше известковую воду, *natrum salicylicum* (1—2%), *natr. bicarbon.* или просто отварную воду. При удачномъ шприцованіи носа жидкость, шприцуемая въ одну ноздрю, должна вытекать черезъ другую. Чтобы достигнуть этого, нужно имѣть подъ руками хорошую шприцовку съ поршнемъ, вмѣстимостью 1½—2 унціи, и пускать струю по направленію нижняго носового канала (т.-е. держать шприцовку перпендикулярно къ верхней губѣ, а не по направленію ко лбу); растворъ для шприцованія долженъ быть подогрѣтъ градусовъ до 22—24 R. Операция эта крайне неприятна для дѣтей, и потому они всячески сопротивляются ей, отсюда — необходимость крѣпко фиксировать головку ребенка. Промываніе носа производится 2—3 раза въ день; послѣ того вливаютъ въ ту или другую ноздрю по ½ чайной ложки карболоваго глицерина (*Rp. Ac. carbolicæ crust. 0,2, Glycerini 25,0. DS.*).

Что касается до общаго отравленія организма токсинами дифтеритнаго бацилла, то въ этомъ отношеніи до самаго послѣдняго времени мы были довольно безсильны, такъ какъ не имѣли противъ токсина никакихъ противоядій. Исходъ болѣзни зависѣлъ отъ большей или меньшей злокачественности бациллоу, а способъ льченія не обнаруживалъ рѣзкаго вліянія на теченіе болѣзни, почему и принято было считать за доказанное, что легкіе случаи проходятъ при всякомъ льченіи, тогда какъ злокачественные не уступаютъ никакому.

Наше льченіе состояло въ слѣдующемъ; въ видахъ антисептики кишечника въ началѣ болѣзни мы назначали слабительное, большею частью каломель, а потомъ давали *magnesia sulfurosa* (*Rp. Magnes. sulfurosaе, Ac. sulfurosi aa 2,0, Aq. destill. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS.* Черезъ часъ по чайной или десертной ложкѣ, смотря по возрасту), которая, обладая антисептическими свойствами, отличается непротивнымъ вкусомъ, легко переносится желудкомъ и не вызываетъ никакихъ побочных явленій, или *kali chloricum cum ac. muriatico*, которые прописываются въ отдѣльныхъ склянкахъ, и то и другое въ 2% растворѣ, и назначаются черезъ часъ по чайной или десертной ложкѣ одно лѣкарство вслѣдъ за другимъ: *Rp. Kali chlorici 2,0, Aq. destill. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS.* Черезъ часъ по чайной ложкѣ. *Rp. Ac. muriat. dil. 2,0*

Aq. destill. 90,0, Syr. rubi idaei 15,0. DS. По чайной ложкѣ тотчасъ за первымъ лѣкарствомъ (методъ Heider'a). Показаніемъ къ назначенію бертолетовой-соли мы считаемъ сильную вонь изо рта. Въ послѣднее время мы особенно охотно прибѣгаемъ къ лѣченію сывороткой, о способахъ употребленія которой мы скажемъ въ особой главѣ.

Лѣчение анэмій и параличей. Лѣчение параличей совпадаетъ съ лѣченіемъ сопровождающей ихъ анэмій; оно состоитъ въ питательной діетѣ и въ употребленіи вина (напр. хинное вино) и небольшихъ дозъ желѣза, напр. Rp. Chin. ferro citrici 0,05—0,1, Sacch. albi 0,2 — pulv. D. t. dos. №№ 12. S. Раза три въ день по порошокъ (ребенку 4—8 лѣтъ), или Rp. T-rae nervino tonnicae Bestuch. 2,0, Mixt. gummos. 90,0, Aq. cynam., Syr. simpl. aa 5,0. DS. Черезъ часъ по дес. ложкѣ. Подкожныя инъекціи стрихнина (по $\frac{1}{60}$ гр. разъ въ день), рекомендованныя Непосч'омъ, если и приносятъ пользу, то во всякомъ случаѣ не очевидную; въ тяжелыхъ случаяхъ, однако, напр. при пораженіи мышцъ туловища, ихъ слѣдуетъ все-таки испытать. Въ подобныхъ случаяхъ показана также и гальванизация парализованныхъ мышцъ слабыми токами.

О лѣченіи сердечной слабости было сказано выше. Альбуминурія лѣченія не требуетъ.

Лѣчение дифтеріи сывороткой.

Если человекъ выздоравливаетъ отъ дифтеріи, то это происходитъ не вслѣдствіе того, что въ его тѣлѣ погибаютъ бациллы Löffler'a, а потому, что за время болѣзни, подъ влияніемъ циркулирующаго въ крови токсина, организмъ вырабатываетъ въ себѣ невосприимчивость къ данному заболѣванію, и онъ *выздоровливаетъ, несмотря на то, что въ ротовой слизи его еще въ теченіе долгаго времени можно доказать существованіе вполне патогенныхъ бациллъ*; слѣдовательно если бѣ можно было сдѣлать человека невосприимчивымъ къ дифтеріи въ самое короткое время, то этимъ самымъ былъ бы рѣшенъ вопросъ объ abortивномъ лѣченіи дифтеріи. Съ этою именно цѣлью Behring и предложилъ новый методъ лѣченія дифтеріи кровяной сывороткой. Методъ этотъ основанъ на многочисленныхъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ Behring'a и его сотрудниковъ (Ehrlich, Kitasato, Wernike, Wassermann и др.), доказавшихъ, что животныхъ (морская свинка, кроликъ, собака и проч.) можно сдѣлать невосприимчивыми къ дифтеріи различными способами, и если невосприимчивость достигнута, то кровь такого животнаго, какъ оказывается, получаетъ удивительныя свойства: она не только разрушаетъ попавшій въ нее дифтеритный токсинъ, но, будучи впрыснута подъ кожу другому (восприимчивому къ токсину) животному въ минимальномъ количествѣ (напр. въ количествѣ одной пятидесятитысячной или даже 1:100000 вѣса тѣла прививаемаго животнаго), она дѣлаетъ его невосприимчивымъ къ яду дифтеріи; невосприимчивость наступаетъ при этомъ моментально, такъ какъ если взять такое количество токсинъ-бульона, которое навѣрное убиваетъ морскую свинку въ 24—48 часовъ, и, смѣшавъ его съ одной каплей сыворотки, впрыснуть подъ кожу свинкѣ, то послѣдняя не только не погибаетъ отъ такой инъекціи, но даже и не заболѣ-

васть. Дальнѣйшіе опыты показали, что сывороткой можно даже вылѣчить животное, если оно уже заболѣло дифтеріей, но для излѣченія требуется сыворотки больше, чѣмъ для предохраненія, и *тѣмъ больше, чѣмъ позднѣе начато лѣченіе*; такъ, напр., черезъ часъ послѣ зараженія нужно уже вдвое больше сыворотки, черезъ 24 часа — въ 8 разъ больше. Послѣ того какъ этотъ фактъ былъ провѣренъ безчисленное количество разъ и притомъ разными авторами и въ разныхъ странахъ, рѣшились, наконецъ, испытать новый способъ лѣченія и на человѣкѣ.

Замѣчательно, что кровяная сыворотка животныхъ, одаренныхъ естественной (врожденной) невосприимчивостью (напр. бѣлыхъ крысъ), не обладаетъ цѣлебными свойствами, такъ что для полученія антидифтерійной сыворотки нужно взять животное, чувствительное къ дифтерійному токсину, и сдѣлать его невосприимчивымъ къ дифтеріи. Цѣль эта можетъ быть достигнута различными способами, изъ коихъ самымъ вѣрнымъ и удобнымъ оказался способъ прививки животному посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній токсинъ-бульона, т.-е. такого бульона, въ которомъ въ теченіе 2—3 недѣль культивировались бактерии L., отдѣленные потомъ фильтрованіемъ чрезъ Chamberl. фильтръ. По предложенію Roux, въ настоящее время пользуются лошадыю, какъ животнымъ, которое сравнительно легко иммунизируется и даетъ много сыворотки. Для начала ей впрыскиваютъ минимальное количество токсина (примѣрно 4 капли бульона), а потомъ, по мѣрѣ привыканія лошади къ токсину, доза постепенно увеличивается до тѣхъ поръ, пока животное перестанетъ, наконецъ, реагировать даже и на громадныя дозы токсина, напр. 300 грм. Полная иммунизация лошади достигается приблизительно въ 2¹/₂—3¹/₂ мѣсяца. Для полученія сыворотки лошади дѣлаютъ кровопусканіе изъ яремной вены, собираютъ кровь въ стерилизованную посуду и свѣжую кровь ставятъ на нѣсколько часовъ въ прохладномъ мѣстѣ; когда на днѣ сосуда осядутъ плотныя составныя части крови въ видѣ сгустка, то отстающую сыворотку, имѣющую видъ прозрачной, желтоватой жидкости, разливаютъ въ маленькія, герметически закрывающіяся скляночки и впродъ до употребленія сохраняютъ въ темномъ мѣстѣ при температурѣ не болѣе 12° R. При такомъ способѣ хранения сыворотка сохраняется, по меньшей мѣрѣ, нѣсколько мѣсяцевъ и даже до года, но для большей прочности къ свѣже-приготовленной сывороткѣ обыкновенно прибавляютъ какія-нибудь антисептическія вещества; Behring, напр., примѣшиваетъ 0,5% карболовой кислоты, Roux — немного камфоры, Габричевскій 1—2 капли хлороформа и т. п.

Передъ тѣмъ какъ пускать сыворотку въ свѣтъ, испытываютъ ея антидифтерійную силу опытами на морскихъ свинкахъ посредствомъ инъекцій смѣси сыворотки съ токсинъ-бульономъ. Если 0,1 токсинъ-бульона (для краткости будемъ говорить просто токсинъ) составляетъ наименьшую дозу, навѣрное убивающую свинку, вѣсомъ въ 500 грм., то такой токсинъ считается нормальнымъ по силѣ; если десятикратное количество убивающей дозы токсина т.-е. 1,0 нейтрализуется (т.-е. дѣлается безвреднымъ для свинки) 0,1 к. стм. сыворотки, то такая сыворотка считается нормальной антидифтерійной сывороткой, а 1,0 к. стм. такой сыворотки содержитъ въ себѣ единицу антитоксина. Самая слабая сыво-

ротка, приготовляемая Behring'омъ для примѣненія въ терапіи въ 60 разъ сильнѣе нормальной, это значитъ, что для нейтрализаціи 1,0 е. стм. токсина достаточно взять 0,0015 сыворотки. Этотъ нѣмецкій способъ опредѣленія цѣлебной силы сыворотки, способъ, примѣняемый и въ Россіи, но во Франціи проф. Roux поступаетъ иначе: онъ считаетъ цѣлебной сывороткой ту, которая, будучи впрыснута животному въ количествѣ $\frac{1}{50000}$ вѣса его тѣла, дѣлаетъ его невоспримчивымъ къ послѣдующей прививкѣ извѣстнаго количества ядовитыхъ бацилл L. — Roux приготовляетъ и болѣе сильную сыворотку, которая оказываетъ иммунизирующее дѣйствіе даже въ количествѣ 1 : 100000.

Въ настоящее время въ продажѣ существуетъ нѣсколько сортовъ сыворотки заграничнаго и мѣстнаго приготовленія; изъ заграничныхъ наибольшей извѣстностью пользуются сыворотка Roux, Behring'a (фабрика въ Höchst'ѣ на Майнѣ) и Aronson'a (фабрика Schering'a въ Берлинѣ). Въ Россіи сыворотка прежде всего была приготовлена въ Москвѣ Габричевскимъ, а потомъ институтомъ экспериментальной медицины въ Петербургѣ и проф. Павловскимъ въ Кіевѣ, въ настоящее время она готовится также въ Одессѣ, Харьковѣ, Казани, Томскѣ, Варшавѣ, Самарѣ и Омскѣ. Сыворотка Behring'a выпускается въ продажу трехъ сортовъ различной крѣпости: 1) обыкновенная сыворотка, содержащая въ 1,0 250 антитоксинныхъ единицъ; 2) сильная сыворотка — 500 ант. ед. въ 1,0 и 3) самая сильная — 600 ант. ед. въ 1,0 сыворотки. На этикетѣ пузырька отмѣчается какъ количество содержащейся въ немъ сыворотки, такъ и общее число антитоксинныхъ единицъ. Институтъ Pasteur'a отпускаетъ сыворотку одного сорта 1 : 50000; сыворотка Габричевскаго содержитъ въ 1,0 100 антитоксинныхъ единицъ и т. д. Какую бы сыворотку ни взять, всегда сила ея обозначается на этикетѣ флакона, что необходимо, такъ какъ иначе врачъ не могъ бы опредѣлить величину дозы для данной сыворотки.

Вопросъ о томъ, обладаетъ ли сыворотка цѣлебными противъ дифтеріи свойствами, по моему мнѣнію, принадлежитъ къ числу безспорныхъ, хотя и до сихъ поръ еще онъ возбуждаетъ весьма оживленные и подчасъ даже запальчивые споры. На основаніи литературныхъ данныхъ, а главнымъ образомъ на основаніи собственныхъ наблюденій, я вполне убѣжденъ, что хорошо приготовленная сыворотка оказываетъ несомнѣнно благопріятное вліяніе на теченіе дифтерита и что при помощи новаго метода лѣченія % смертности отъ дифтерита можетъ быть значительно пониженъ, сравнительно съ тѣмъ, какъ онъ стоялъ при прежнихъ способахъ лѣченія.

Въ настоящее время опубликовано уже много данныхъ, подтверждающихъ это положеніе. Dr. Gillet *) собралъ 3568 случаевъ изъ практики 62 докторовъ съ 18% смертности; въ разныхъ странахъ смертность при лѣченіи сывороткой по статистикѣ, приведенной въ статьѣ Гамалея („Врачъ“ 1895 года, №№ 10, 11) была слѣдующая: въ Голландіи — 7%, во Франціи — 15%, въ Германіи — 14% (въ Берлинѣ — 17%), въ Австріи — 14%, въ Венгріи — 14% и въ Италіи — 14%.

Большой убѣдительностью отличается статистика Roux изъ hôpital des enfants malades: въ теченіе 1890—1893 годовъ въ дифтерійное отдѣленіе

*) La pratique de la serotherapie 1895. Paris.

поступило 3971 дѣтей, которыя дали 2029 случаевъ смерти (51%). Съ 1 февр. до 24 іюля 1894 г. примѣнялось лѣченіе сывороткой. Изъ 488 больныхъ умерло 109 (24,5%), а такъ какъ всѣ остальные условія, въ которыхъ находились больные, оставались тѣ же самыя, то разница между 51% и 24% слѣдов. зависитъ отъ новаго способа лѣченія. Въ теченіе тѣхъ же мѣсяцевъ 1894 г. въ больницу Trousseau поступило 520 дѣтей, которыя не получали кровяной сыворотки. Изъ нихъ умерло 316, т.-е. 60%. Съ 1 октября по 30 ноября 1894 г. въ этой больницѣ тоже начали употреблять сыворотку и за это время изъ 231 умерло только 34, т.-е. 14,7%. Средняя смертность за 5 лѣтъ безъ сыворотки была 50.

Мы приведемъ еще статистику нѣкоторыхъ авторовъ, говорившихъ о лѣченіи дифтеріи сывороткой на послѣднемъ сѣздѣ врачей въ Мюнхенѣ **); Heubner (Berlin): въ 1894 г. изъ 1332 лѣченныхъ безъ сыворотки умерло 38,8%, изъ 1390 съ сывороткой — 21,3%; Baginsky: изъ 525 съ сывороткой умерло 15,8%, а за три предыдущихъ года, когда сыворотка не употреблялась, % смертности былъ 41. Цифры Baginsk'аго относятся къ больницѣ Friedrich'a, въ которую доставлялся бесплатно антитоксинъ Aronson'a до конца іюля, когда доставка сыворотки прекратилась, такъ какъ лошади Aronson'a стали падать отъ параличей; какъ только прекратилось лѣченіе сывороткой, такъ сейчасъ же значительно усилился % дифтеріи, а когда въ октябрѣ была получена сыворотка Behring'a, то смертность опять упала. Этотъ фактъ чрезвычайно заинтересовалъ Virchow'a, который, распредѣливъ всѣ случаи дифтерита съ іюня по декабрь по недѣлямъ, получилъ такой результатъ (приводимъ его суммарно):

Іюнь и іюль (лѣчили сывороткой)	82	ум.	10	(12,2%)
Авг. и сент. (безъ сыворотки)	103	„	55	(53,4%)
Окт. и ноябрь (лѣч. сывороткой)	124	„	14	(11,3%)

По мнѣнію Virchow'a, эти грубыя цифры говорятъ такъ убѣдительно, что разбиваютъ всѣ возраженія, построенныя на теоретическихъ соображеніяхъ противниками сывороточной терапіи дифтерита.

Нѣчто подобное повторилось и у насъ, а именно: съ 1 сентября по 11 октября поступило 15 случаевъ дифтеріи, они не получали сыворотки, изъ нихъ умерло 5. Съ 12 октября по 23 октября практиковалось лѣченіе сывороткой главнымъ образомъ тяжелыхъ случаевъ; поступило 10, всѣ выздоровѣли. Съ 23 октября по 1 января сыворотки не было; поступило 72 чел., изъ нихъ умерло 36. Съ 2 января по май сто человекъ лѣчились сывороткой, и смертность упала на 19%.

Widerhofer (Вѣна): 300 случаевъ, умерло 23,7%, а за исключеніемъ умершихъ въ первые 24 часа — только 19,3%. Случаи эти поступили въ больницу св. Анны въ промежутокъ времени отъ октября 1894 г. по конецъ февраля 1895 г.; въ предыдущіе годы въ тѣ же мѣсяцы умирало отъ 40,8 до 56%.

*) Therap. Wochenschr. 1895. № 12.

Ranke (Мюнхень) имѣлъ въ виду только случаи крупа; изъ 102 случаевъ умерло только 19,7%, что составляетъ почти $\frac{1}{3}$ того, что умирало въ предыдущіе годы. По его мнѣнію, не столько убѣдительно процентъ выздоровленія, какъ теченіе, которое показываетъ, что сыворотка останавливаетъ распространеніе процесса и тѣмъ предотвращаетъ пораженіе бронховъ и позволяетъ гораздо раньше вынимать трубочку въ случаяхъ интубаціи; разница въ этомъ отношеніи видна изъ слѣдующей таблицы:

	безъ сывор. при сывор.
Трубка могла быть удалена черезъ 24 часа въ 8%	17,2
„ 2 дня 26%	44,8
позднѣе 4 „ 36%	3,5

Mering (Halle): изъ 74 случаевъ умерло 4 (5%) вмѣсто прежнихъ 30%.
Noorden (Франкфуртъ на М.) изъ 81 случая умерло 23% вмѣсто прежнихъ 45%.
Astros (Марсель) общая смертность отъ дифтерита была 23%, причемъ на долю дифтерита зѣва приходится 16%, а на долю крупа 30%, тогда какъ въ предыдущіе годы общая см. = 50,5, при дифтеритѣ зѣва — 38 и при крупѣ — 89 за 3 года).

Въ дифтеритномъ баракѣ московской клиники для первой сотни случаевъ мы получили 19% смертности, но въ томъ числѣ 6 случаевъ окончились летально въ теченіе первыхъ 24 часовъ послѣ поступленія. Изъ работы Кускова и Невѣжина *) я заимствую слѣдующія подробности: изъ этихъ 100 случаевъ было легкихъ — 23, среднихъ — 15 и тяжелыхъ — 37 (всѣ съ отекомъ шейной клетчатки), крупа — 25. Въ клиникѣ отекъ появился только у 2 больныхъ, тогда какъ по даннымъ д-ра Сергѣева въ нашей же клиникѣ на 9 отековъ приходилось прежде 2 отека, развивавшихся въ клиникѣ. Крупа не развилось ни одного, а до сыворотки въ клиникѣ развивалось немного болѣе чѣмъ $\frac{1}{6}$ всѣхъ случаевъ крупа.

При прежнихъ способахъ лѣченія % смертности въ нашей клиникѣ колебался отъ 36,4 до 55,9, въ среднемъ — 47%, слѣдовательно, при лѣченіи сывороткой смертность уменьшилась въ два съ половиной раза. Изъ 37 тяжелыхъ при сывороткѣ умерло 12 (32,5%), а прежде умирало 90,8%. Изъ 25 крупозныхъ умерло 7, т.-е. 28%, а прежде умирало 60,9%.

Благопріятные отзывы о сывороточной терапіи имѣются и изъ провинціи; особенно интересныя данныя въ этомъ отношеніи собраны К. А. Раухфусомъ въ его брошюрѣ: „Успѣхи примѣненія противодифтеритной сыворотки въ Россіи“. С.-Пб. 1898 г. Имѣвшійся въ его распоряженіи матеріалъ относится къ 51 губерніи и области, но кромѣ того, онъ имѣлъ сообщенія врачей изъ Сибири, степныхъ и Закаспійской областей и Туркестана. К. А. Раухфусъ замѣчаетъ (стр. 26), что „объ успѣхахъ серотерапіи изъ всѣхъ мѣстностей Россіи отзываются съ большою похвалой, нерѣдко съ восторгомъ“. Не вдаваясь въ подробности, скажемъ только, что по даннымъ, собраннымъ въ этой интересной книгѣ, оказывается, что изъ 44631 больныхъ дифтеріей во всей Россіи умерло 6522, т.-е. 14,6%, а изъ 6507 не лѣченныхъ сывороткой умерло 2219, т.-е. 34,1, слѣдовательно смертность при лѣченіи сывороткой уменьшилась болѣе чѣмъ вдвое.

*) Собщ. въ Общ. дѣтск. врачей 14 мая 1895 г.

Интересно отмѣтить, что изъ 14 человѣкъ, говорившихъ на Мюнхенскомъ съѣздѣ о лѣченіи дифтеріи сывороткой, только одинъ Kohts изъ Страссбурга заявилъ, что онъ не видалъ пользы отъ новаго способа лѣченія, но онъ прибавилъ при этомъ, что лѣчилъ сывороткой одни только запущенные и тяжелые случаи. Такое единогласіе весьма знаменательно, такъ какъ до сихъ поръ ни одно изъ сотни прежде предложенныхъ средствъ не вызвало подобнаго единодушнаго отзыва.

Всѣ приведенныя данныя довольно убѣдительно доказываютъ, что *сыворотка действительно обладаетъ цѣлебными свойствами по отношенію къ дифтеріи и что смертность можетъ быть значительно понижена.* Съ другой стороны, однако, несомнѣнно и то, что было бы очень большой ошибкой думать, что сывороткой можно вылѣчить любой случай дифтеріи; тотъ, кто предъявить сывороткѣ подобныя требованія, конечно, разочаруется въ ней, такъ какъ успѣхъ не всегда возможенъ и притомъ по разнымъ причинамъ. Во-1-хъ, клиническія наблюденія показываютъ, что въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, въ теченіе первыхъ сутокъ послѣ инъекціи не только не наступаетъ улучшенія, но сплошь и рядомъ замѣчается даже ухудшеніе какъ мѣстныхъ, такъ и общихъ явленій, и потому понятно, что въ запущенныхъ случаяхъ, когда больному осталось жить всего лишь нѣсколько часовъ, сыворотка спасти его не можетъ. Во-2-хъ, сыворотка не въ силахъ поправить того, что уже испорчено токсиномъ, который циркулируетъ въ крови съ первыхъ часовъ заболѣванія, а потому, несмотря на быстрое выздоровленіе одъ вліяніемъ сыворотки, все же могутъ появиться въ періодъ выздоровленія характерныя дифтерійныя параличи, а въ числѣ ихъ и смертельный параличъ сердца, и чѣмъ позже начато лѣченіе сывороткой, т.-е. чѣмъ дольше находился организмъ подъ вліяніемъ токсина, тѣмъ больше шансовъ на неблагополучный исходъ; параличъ небной занавѣски наступаетъ иногда даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда лѣченіе сывороткой начато рано, напр. на второй день болѣзни. (Припомнимъ, что д-ръ Муравьевъ находилъ измѣненія въ спинномъ мозгу и въ нервахъ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ инъекціи животному токсина.)

Въ-3-хъ, злокачественность дифтеріи въ нѣкоторыхъ случаяхъ до такой степени сильна, что больной умираетъ черезъ 36—48 часовъ отъ начала заболѣванія; въ подобныхъ случаяхъ, по счастью крайне рѣдкихъ, лѣченіе сывороткой можетъ оказаться безсильнымъ даже и въ томъ случаѣ, когда принято на первый день болѣзни.

II. *При какихъ условіяхъ и въ какихъ случаяхъ можно рассчитывать на успѣшное дѣйствіе сыворотки?* Клиническія наблюденія вполне подтверждаютъ два основныхъ положенія Berhring'a, а именно, что *для лѣченія сывороткой годятся только случаи бациллярнаго, т.-е. настоящаго дифтерита и притомъ случаи свѣжіе;* всего лучше начинать лѣченіе въ первые 48 часовъ отъ начала заболѣванія; послѣ 3-го дня и тѣмъ болѣе послѣ 4-го дня сыворотка даетъ уже менѣе рѣзкіе результаты. Впрочемъ правило это, по нашимъ наблюденіямъ, относится лишь къ тяжелымъ случаямъ (съ отекомъ шеи), такъ какъ случаи средней силы хорошо уступаютъ инъекціямъ сыворотки и при болѣе позднемъ употребленіи ея. По статистикѣ Kössele'я выходитъ, что если лѣченіе

начать на первый день болѣзни, то выздоравливаютъ всѣ (въ 13 нашихъ случаяхъ смертельнаго исхода тоже не было ни разу), на второй день 97% (у насъ 91,5%), на третій — 87% (у насъ 75%), на четвертый — 77%, на пятый — 60%, на шестой — 47%, на второй недѣлѣ — 51%. Приблизительно такой же результатъ получился у Ehrlich'a и Aronson'a.

Первое положеніе Behring'a есть прямое слѣдствіе опытовъ, на основаніи которыхъ построена сывороточная терапія дифтеріи. Мы уже говорили о томъ, что пленчатая жаба у человѣка въ однихъ случаяхъ вызывается Löffler'sкимъ бациллою, а въ другихъ различными иными микробами, каковы стрептококки, пневмококки и др. Всѣ эти послѣдняго рода бѣлыя жабы, извѣстныя подъ именемъ ложно-дифтеритическихъ или дифтероидныхъ жабъ, не должны быть лѣчимы сывороткой, такъ какъ опыты надъ животными доказали, что сыворотка можетъ оказывать предохранительное или цѣлебное вліяніе только на то заболѣваніе, которое вызывается у животныхъ прививкой имъ Löffler'sкаго бацилла. Но отсюда еще отнюдь не слѣдуетъ, что сывороточное лѣченіе годится только для чистыхъ формъ бациллярной дифтеріи, напротивъ того, сыворотка превосходно дѣйствуетъ и при смѣшанной инфекціи, хотя бы при участіи и стрептококка, при одномъ лишь условіи *свѣжести случая*.

Второе положеніе Behring'a, что лѣченіе тѣмъ дѣйствительнѣе, чѣмъ раньше оно начато, относится тоже къ вполне доказаннымъ, такъ какъ для предохраненія животнаго отъ дифтерита требуется гораздо менѣе сыворотки, чѣмъ для лѣченія, и чѣмъ больше времени прошло съ момента зараженія, тѣмъ больше нужно и сыворотки. Доказать это положеніе статистическими данными было бы не трудно, достаточно, напр., сослаться на работу К. А. Раухфуса (1. с. стр. 68—97), который весьма обстоятельно разбираетъ этотъ вопросъ и приводитъ много наблюденій земскихъ врачей и своихъ собственныхъ, изъ которыхъ видно, что поступившіе на 4—6-й день болѣзни даютъ смертность въ 3—4 раза выше противъ поступившихъ на 1—2-й день болѣзни. Я приведу только данныя, касающіяся Московской дѣтской клиники.

Дни болѣзни.	1891—1894		1895—1897	
	пользовались безъ сыворотки.		пользовались сывороткой.	
	частота случаевъ въ %.	% смерти.	частота случаевъ въ %.	% смерти.
1	5,7	60	6,1	0
2	30,0	41,8	30,3	8,6
3	23,9	60,3	29,4	15,8
4	11,1	51,7	14,8	19,6
5	11,0	37,9	11,6	15,0
6	12,9	26,5	2,9	0
7			1,8	33,3
Позже и не извѣстно	5,4	—	2,9	30,0

Общій выводъ изъ всего сказаннаго будетъ тотъ, что *откладывать инъекцію сыворотки до тѣхъ поръ, пока больному сдѣлается хуже, т.-е. пока не появятся у него тѣ или другіе угрожающіе симптомы, значитъ запускать болѣзнь*; съ точки зрѣнія сывороточной терапіи подобный способъ дѣйствія можетъ считаться крупной ошибкой, такъ какъ *на сыворотку нельзя смотрѣть какъ на послѣднее средство или какъ на послѣдній якорь спасенія, когда уже ничто не помогаетъ*; такой взглядъ стоялъ бы въ полномъ противорѣчій и съ теоріей, и съ клиническимъ наблюденіемъ.

Въ виду того, что лѣчение сывороткой оказывается полезнымъ лишь въ бактериальныхъ формахъ дифтерій и что лѣчение слѣдуетъ начинать какъ можно раньше, понятно, какъ важна установка точной діагностики дифтерита въ самомъ началѣ заболѣванія, что во многихъ случаяхъ можетъ быть достигнуто только бактериоскопическимъ способомъ изслѣдованія. Въ сомнительныхъ случаяхъ, когда простой препаратъ изъ слизи не выясняетъ дѣла или когда нѣтъ возможности сдѣлать препарата, то рекомендуется, ради выигрыша времени, дѣлать первую инъекцію тотчасъ же, т.-е. еще до полного выясненія діагностики, причемъ имѣется въ виду, во-1-хъ, безвредность небольшого количества сыворотки, а во-2-хъ, что послѣ инъекціи сомнительный больной можетъ быть безъ риска помѣщенъ въ дифтеритную палату, если дѣло идетъ о больничной практикѣ. Въ частной практикѣ или вообще во всѣхъ случаяхъ, когда врачъ не имѣетъ возможности произвести бактериоскопическое изслѣдованіе, ранняя діагностика во многихъ случаяхъ облегчается этиологическими моментами, когда, напр., въ данной семьѣ уже были случаи несомнѣннаго дифтерита; если же дѣло идетъ о первомъ и притомъ сомнительномъ заболѣваніи дифтеріей, то и здѣсь придется сдѣлать первую инъекцію на-авось, а иногда даже и повторить ее, что, впрочемъ, безъ нужды дѣлать вовсе не желательно, такъ какъ повторныя инъекціи сыворотки, какъ увидимъ ниже, причиняютъ иногда довольно крупныя непріятности больному. Если съ клинической точки зрѣнія случай похожъ больше на лагунарную жабу или вообще на жабу простую, не дифтерійную, а бактериоскопическое изслѣдованіе даетъ сомнительный результатъ, т.-е. или очень мало колоній на сывороткѣ, или только короткія палочки, то мы не дѣлаемъ инъекціи впредь до выясненія случая, если же при клинической катарральной жабѣ получаютъ въ культурѣ длинныя палочки (слѣдовательно, когда имѣется дѣло съ такъ называемой бактериологической дифтеріей; то слѣдуетъ дѣлать инъекцію, не дожидаясь выясненія случая съ клинической точки зрѣнія, ибо изъ этихъ случаевъ бактериологическихъ дифтерій можетъ развиваться крупъ раньше, чѣмъ выяснится клиническая дифтерія зѣва.

Какую сыворотку лучше впрыскивать? Въ настоящее время весьма трудно отвѣтить на этотъ вопросъ, такъ какъ сравнительныхъ наблюденій сдѣлано мало; пока приходится сообразоваться со способомъ приготовленія сыворотки, и *caeteris paribus* отдавать предпочтеніе лабораторной сывороткѣ передъ фабричной, и притомъ такой, которая не содержитъ вредныхъ примѣсей; на этомъ основаніи, напр., лабораторную, камфарную сыворотку Roux я предпочелъ бы фабричной, карболовой сывороткѣ Behring'a или Agonson'a, или сыворотку Габричевскаго феноловой сывороткѣ Петербургскаго экспер. института. Полу-

процентная примѣсь карболовой кислоты не можетъ считаться безвредной; заразъ приходится впрыскивать, смотря по крѣпости сыворотки, отъ 7 до 14 к. стм., т.-е. отъ 0,035 до 0,07 чистой карболовой кислоты, тогда какъ для подкожныхъ инъекцій для взрослога рекомендуется брать всего лишь отъ 0,01 до 0,04, а высшая доза для внутренняго употребленія по нашей фармакопее равняется одному грану, т.-е. 0,06.

Итакъ, если содержаніе карболовой кислоты въ сывороткѣ Behring'a равняется максимальной дозѣ для взрослога, то понятно, что употребленіе такой сыворотки для ребенка требуетъ особой осторожности, особенно если дѣло идетъ о повтореніи инъекціи. Въ послѣднее время, когда фабрика въ Höchst'ѣ стала готовить болѣе сильную сыворотку, такъ что 1000 и даже 1500 единицъ стало содержаться всего лишь въ 4—5 к. стм., то вредъ отъ примѣси карболовой кислоты, конечно, значительно уменьшился. Въ нашей клиникѣ въ большинствѣ случаевъ примѣняется сыворотка Габричевскаго, но когда требуется вводить 3000 антитокс. единицъ (тяжелые случаи съ отекомъ шеи и случаи крупа), то предпочитаемъ концентрированную сыворотку Behring'a, чтобы не вводить подъ кожу слишкомъ большихъ количествъ сыворотки.

Какое количество сыворотки слѣдуетъ впрыскивать? Рѣшеніе этого вопроса зависитъ отъ силы даннаго сорта сыворотки, т.-е. отъ количества единицъ антитоксина, содержащихся въ флаконѣ препарата. По современнымъ воззрѣніямъ, антитоксинъ самъ по себѣ безвреденъ, а если инъекціи причиняютъ иногда непріятности (см. ниже), то это происходитъ благодаря сывороткѣ; для организма, слѣдовательно, все равно, вводится ли въ него 600 единицъ антитоксина или 1500, разница только въ цѣнѣ препарата (№ 3 Behring'a, напр., втрое дороже № 1-го) да въ количествѣ сыворотки (1000 единицъ антитоксина въ препаратѣ Габричевскаго содержатся въ 10 к. стм. сыворотки, а при самой сильной сывороткѣ Behring'a, то же количество антитоксина получается всего лишь въ 2 к. стм. сыворотки). Кто не стѣсняется расходомъ, тотъ можетъ пользоваться во всѣхъ случаяхъ этимъ послѣднимъ препаратомъ; но въ большинствѣ случаевъ приходится экономить и потому индивидуализировать, обращая вниманіе, во-1-хъ, на возрастъ больнаго, во-2-хъ, на время, протекшее съ момента заболѣванія, въ-3-хъ, на злокачественность заразы и въ 4-хъ, на тяжесть припадковъ.

Основаніемъ индивидуализаціи являются экспериментальныя данныя, изъ которыхъ видно, что для предохраненія и для лѣченія требуется тѣмъ меньше антитоксина, чѣмъ меньше животное, т.-е. чѣмъ меньше вѣсъ его; на этомъ основаніи для маленькихъ дѣтей (до 2 лѣтъ), въ случаяхъ не особенно тяжелыхъ, можно брать № 1 Behring'a или 600 единицъ (немного больше чѣмъ $\frac{1}{2}$ фл. Габричевскаго), для дѣтей послѣ 2 лѣтъ лучше № 2 (1000 ед. или цѣлый флаконъ Габричевскаго), для взрослыхъ — № 3 (1500). Тѣ же опыты доказываютъ, что ядовитость культуръ дифтерійнаго бацилла бываетъ различна, и чѣмъ ядовитѣе бациллы, а также чѣмъ больше времени прошло съ момента зараженія, тѣмъ больше требуется антитоксина; отсюда слѣдуетъ, что если въ данной семьѣ уже былъ смертный случай отъ злокачественнаго дифтерита, [то [вновь заболѣвшему, хотя бы и маленькому ребенку, лучше

инъцировать № 2 (1000 ед. А.); точно такъ же ко 2-му номеру прибѣгаемъ мы во всѣхъ случаяхъ, когда приходится дѣлать инъекцію послѣ второго дня заболѣванія. Третій номеръ (1500 ед. А.) мы впрыскиваемъ во всѣхъ случаяхъ, когда больной представляетъ признаки тяжелаго дифтерита или крупа (отекъ шейной клѣтчатки, распространеніе пленокъ на заднія стѣнки глотки, а особенно при пораженіи носа и твердаго нѣба), при слабомъ пульсѣ и при плохомъ habitus'ѣ больного. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ впрыскиваемъ сразу 3000 ед. А., а если подъ рукой нѣтъ третьяго номера, то впрыскиваемъ № 2 (или два флакона № 1) и черезъ 12 часовъ повторяемъ инъекцію.

Вообще говоря, лучше съ перваго же раза выпрыснуть большое число анти-токсинныхъ единицъ, чѣмъ прибѣгать къ повторенію слабыхъ дозъ. Если врачъ колеблется впрыскивать или 600 ед. А., или 1000, или 1500, то пусть лучше впрыскиваетъ больше: здѣсь пересоль лучше недосола.

При какихъ показаніяхъ слѣдуетъ повторять инъекцію? Общее правило состоитъ въ томъ, что если черезъ 24 часа послѣ инъекціи замѣчается улучшение со стороны общихъ или мѣстныхъ признаковъ, то повторять инъекцію надобности нѣтъ; если же замѣчается ухудшеніе или по крайней мѣрѣ status idem, то впрыскиваніе слѣдуетъ повторить.

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° черезъ 24 часа нерѣдко падаетъ 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 служить довольно вѣрнымъ указаніемъ начинающагося улучшенія. Если паденіе t° и другіе признакіе улучшенія не рѣзки, но не замѣтно и ухудшенія, то мы считаемъ показаннымъ сдѣлать инъекцію половинной дозы (если, напр., въ первый разъ впрыскивали 1000 ед. А., то при повтореніи достаточно 500 ед. А.). Въ случаѣ ухудшенія мѣстныхъ или общихъ симптомовъ (пленки распространились на новыя мѣста, усилилась опухоль шейныхъ железъ или увеличился отекъ клѣтчатки и т. п.) повторяемъ впрыскиваніе полной дозы, или даже усиливаемъ ее. Во всѣхъ *тяжелыхъ случаяхъ мы повторяемъ инъекцію черезъ 12 часовъ*, не дожидаясь явныхъ признаковъ ухудшенія, такъ какъ наблюденіе показало намъ, что въ подобныхъ случаяхъ однократнаго впрыскиванія бываетъ не достаточно. Тѣми же критеріями руководствуемся и при слѣдующихъ повтореніяхъ инъекцій, которыхъ требуется въ тяжелыхъ случаяхъ отъ 3 до 5.

Противопоказанія для производства инъекцій. Мы еще не знаемъ на вѣрное, могутъ ли небольшія количества сыворотки считаться вполне безвредными для организма, какъ думаетъ Roux, или же мы должны считать это средство даже и въ малыхъ дозахъ не индифферентнымъ для человѣка. Впредь до выясненія этого вопроса, я думаю, требуется нѣкоторая осторожность, а потому я совѣтовалъ бы воздержаться отъ инъекцій, особенно отъ повторенія ихъ во всѣхъ случаяхъ, когда замѣчается у больного похолоданіе конечностей

и другіе признаки рѣзкаго упадка дѣятельности сердца или когда онъ вообще производитъ впечатлѣніе умирающаго; скудное отдѣленіе мочи, даже и очень богатой бѣлками, по нашему мнѣнію, не составляетъ противопоказанія для повторенія инъекцій, въ этомъ мы могли убѣдиться много разъ и поэтому думаемъ, что рѣзко замѣтнаго вреднаго вліянія на почки сыворотка не производитъ; въ литературѣ тоже есть указанія, что сыворотка не оказываетъ особаго вреднаго вліянія ни на почки, ни на сердце, такъ какъ успѣшное лѣченіе сывороткой наблюдается иногда и у больныхъ, представляющихъ несомнѣнные симптомы слабости сердца и сильнаго пораженія почекъ; такъ, напр., Widerhofer рассказываетъ про мальчика 5 лѣтъ, перенесшаго дифтеритъ при обычномъ способѣ лѣченія (безъ сыворотки) и заболѣвшаго черезъ нѣсколько дней снова дифтеритомъ. Онъ ноступилъ въ клинику съ едва ощутительнымъ пульсомъ и съ сильной альбуминуріей. Сыворотку Behring'a ему пришлось впрыснуть три раза; ребенокъ выздоровѣлъ.

На воспаленіе легкихъ, какъ осложненіе дифтеріи, сыворотка, повидимому, не оказываетъ вліянія и не въ состояніи предотвратить развитія его, а по мнѣнію нѣкоторыхъ, она даже располагаетъ къ его появленію, а потому пневмонія считается нѣкоторыми за противопоказаніе къ инъекціямъ, съ чѣмъ я не могу согласиться. Юный возрастъ тоже не представляетъ ни малѣйшаго препятствія для лѣченія сывороткой, но нужно только брать препаратъ, не содержащій карболовой кислоты, напр. Габричевскаго или Roux. Если ужъ употреблять сыворотку Behring'a, то слѣдуетъ брать концентрированные препараты ея, чтобъ можно было удовольствоваться 2—3 граммами.

Способъ производства инъекцій. Впрыскиваніе производится шприцемъ съ поршнемъ или съ гуттаперчевымъ шаромъ, причемъ инструментъ долженъ удовлетворять двумъ главнымъ условіямъ: 1) онъ долженъ быть удобно дезинфицируемъ и 2) онъ долженъ вмѣщать въ себѣ не менѣе 10 к. стм. жидкости. Въ продажѣ встрѣчаются шприцы весьма разнообразной конструкціи; мы рекомендуемъ или шприць Габричевскаго, отличающійся дешевизной и легкостью дезинфекціи въ обыкновенной пробирной трубкѣ хотя бы на пламени свѣчи, или шприцы съ поршнемъ Roux или Швабе, весьма портативно уложенные въ металлическомъ футлярѣ, въ которомъ и могутъ быть дезинфицированы простымъ кипяченіемъ въ водѣ. Впрыскиваютъ подъ кожу грудной клѣтки (подъключичныя ямки и боковыя поверхности) или подъ кожу живота и внутренней поверхности бедеръ, но не въ области шеи (въ нашей клиникѣ впрыскиваютъ обыкновенно въ боковую поверхность живота). Мѣсто укола предварительно обмывается мыломъ и потомъ спиртомъ; шприць дезинфицируется кипяченіемъ въ теченіе 5—10 минутъ въ простой водѣ (нѣкоторые совѣтуютъ прибавлять къ водѣ соды, но прибавка эта портитъ иглы). Кожа подымается въ складку, основаніе которой прокалывается иглой какъ при обыкновенныхъ подкожныхъ впрыскиваніяхъ; иглу слѣдуетъ вводить подъ кожу какъ можно глубже (иначе послѣ извлеченія иглы часть сыворотки выйдетъ изъ укола наружу, т.-е. пропадетъ для дѣла) и самое впрыскиваніе производитъ очень медленно, напр. въ теченіе 1—2 минутъ, такъ какъ быстрое введеніе 10—15 к. стм. жидкости въ подкожную клѣтчатку обуславливаетъ значительный травматизмъ. По извлеченіи

иглы мѣсто укола покрывается коллодіемъ или кусочкомъ пластыря. Массировать не нужно.

Всѣ авторы согласны въ томъ, что лѣчение сывороткой нисколько не мѣшаетъ примѣненію мѣстнаго лѣченія тѣми или другими антисептическими; нѣкоторые, напр. Roux, предостерегаютъ отъ употребленія сильнодѣйствующихъ средствъ, могущихъ оказать вредное вліяніе на общее состояніе организма, въ виду того именно, что самой сывороткѣ приписывается вредное вліяніе на паренхиматозные органы; по этой причинѣ и въ нашей клиникѣ не употреблялись ни большія дозы скипидара при септическомъ дифтеритѣ, ни втиранія сѣрой мази при крупѣ, но отъ помазываній зѣва судемой (1 : 1000) въ тяжелыхъ случаяхъ мы не отказывались, не придавая имъ, однако, очень серьезнаго значенія.

Вліяніе впрыскиваній сыворотки на теченіе дифтеріи. Въ случаяхъ, доступныхъ терапіи, благотворное вліяніе сыворотки проявляется не позднѣе 48 часовъ послѣ первой инъекціи, а во многихъ случаяхъ уже черезъ 24 часа. Вліяніе это не только касается общихъ симптомовъ, но и мѣстныхъ: распространеніе пленокъ останавливается или сразу, или спустя 24 часа послѣ инъекціи, онѣ дѣлаются рыхлѣе и бѣлѣе и въ непродолжительномъ времени (48—72 часа) начинаютъ отдѣляться; въ этомъ-то свойствѣ сыворотки вліять на мѣстный процессъ въ смыслѣ остановки распространенія его и состоитъ главнѣйшій эффектъ лѣченія. Благодаря этому свойству сыворотки происходитъ то, что *если при началѣ лѣченія случай былъ легкій, то онъ навѣрное таковымъ и останется*, т.-е. можно быть покойнымъ, что больной не подвергнется ни крупу, ни сепсису, чего отнюдь нельзя было сказать про прежнее лѣченіе; рядомъ съ этимъ идетъ улучшеніе со стороны общаго состоянія: появляется аппетитъ, ребенокъ дѣлается веселѣе, лихорадка спадаетъ, пульсъ нѣсколько замедляется и дѣлается полнѣе. Случаи, въ которыхъ сыворотка не оказываетъ замѣтнаго вліянія на теченіе *свѣжей* дифтеріи, хотя и встрѣчаются, но принадлежать къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ. Въ опытахъ надъ животными подобные случаи получались искусственно, такъ, напр., животное оказывается не чувствительнымъ къ сывороткѣ, если до зараженія дифтеріей оно было заражено бациллою синяго гноя; нѣчто подобное замѣчается и у члвѣка, такъ какъ сыворотка оказывается бесполезной почти исключительно лишь у дѣтей, подвергнутыхъ вліянію другой инфекціи, особенно туберкулезныхъ и сифилитиковъ, сравнительно плохо поддаются лѣченію сывороткой и коревые. Благодаря тому, что распространеніе пленокъ при лѣченіи сывороткой быстро прекращается, и пленки быстрѣе отдѣляются, всѣми авторами отмѣчается тотъ фактъ, что разъ начато лѣченіе сывороткой, если больной ноступилъ уже съ крупомъ, то послѣ трахеотоміи или интубаціи удается удалить трубочку гораздо раньше, чѣмъ при прежнихъ способахъ лѣченія (ср. выше наблюденія Ranke) и гораздо чаще удается вылѣчить крупъ безъ операціи.

Какія изъ непріятныхъ побочныхъ дѣйствій могутъ быть приписаны сывороткѣ? Вопросъ этотъ принадлежитъ къ числу еще не совсѣмъ рѣшенныхъ, но во всякомъ случаѣ навѣрное можно сказать, что у выздоравливающихъ послѣ лѣченія сывороткой появляются иногда такого рода явленія, какихъ

прежде почти или совсѣмъ не наблюдалось. Къ числу этихъ явленій относится прежде всего *боль на мѣстѣ укола*, которая бываетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ больше было вприснуто сыворотки. Послѣ инъекціи 20 к. стм. боль гораздо сильнѣе, чѣмъ послѣ 10, и ребенокъ не позволяетъ дотронуться до мѣста укола даже и черезъ 24 часа послѣ операціи; въ нѣкоторыхъ, правда крайне рѣдкихъ случаяхъ воспалительная боль была такъ сильна, что приходилось на нѣсколько часовъ прикладывать пузырь со льдомъ. Нарывъ на мѣстѣ инъекціи встрѣтился намъ три раза (изъ сотни больныхъ). Въ одномъ случаѣ нарывъ образовался недѣли черезъ 2 послѣ выписки больного изъ клиники, въ двухъ другихъ черезъ нѣсколько дней послѣ инъекціи; въ первомъ случаѣ гной былъ густой и желтый, въ двухъ другихъ вонючій, сѣрый. Всѣ эти случаи кончились выздоровленіемъ, но заживленіе нарывовъ съ вонючимъ гноемъ шло крайне медленно.

На второмъ мѣстѣ по частотѣ появленія слѣдуетъ поставить различныя *эритематозныя сыпи*. Несомнѣнно, что эритемы встрѣчаются иногда и при дифтеритѣ не лѣченномъ сывороткой; Sée еще въ 1858 году описалъ коревидныя и скарлатиноподобныя сыпи при дифтеріи, равно какъ и кропивницу, и указалъ на ихъ скоропреходящій и невинный характеръ; Sanné, какъ и Cadet de Gassicourt встрѣчали эти сыпи приблизительно въ 3%; но при лѣченіи сывороткой онѣ наблюдаются много чаще (у насъ прежде 3%, теперь 19%), — то въ видѣ кропивницы (обыкновенно сильно зудящей, но иногда совсѣмъ безъ зуда), то въ формѣ разнообразныхъ эритемъ: точечныхъ (скарлатиноподобныхъ), пятнистыхъ (коревидныхъ), кольцевидныхъ; всѣ эти полиморфныя эритемы иногда встрѣчаются одновременно у одного и того же пациента; въ нѣкоторыхъ случаяхъ эритематозная сыпь превращается въ петехиальную; въ діагностическомъ отношеніи особый интересъ представляетъ *erythema scarlatiniforme*, иногда поразительно похожая на скарлатину, отъ которой она отличается тѣмъ, что сыпь не распространяется на слизистую оболочку зѣва и что позднѣе незамѣтно шелушенія ни на языкѣ, ни на кожѣ (вирочемъ при очень рѣзко выраженной эритемѣ послѣдовательное лупленіе кожицы возможно). Во многихъ случаяхъ діагностика облегчается тѣмъ, что сыпь бываетъ полиморфной т.-е. что на нѣкоторыхъ мѣстахъ она отличается скарлатинознымъ характеромъ, а на другихъ она является въ видѣ уртикаріи или пятнистой эритемы. Если эритема эта поражаетъ субъекта, еще не совсѣмъ выздоровѣвшего отъ дифтерита, то діагностика дѣлается совсѣмъ невозможной. Подобные случаи особенно затрудняютъ врача въ его больничной практикѣ, такъ какъ переводъ больного въ скарлатинное отдѣленіе въ случаѣ эритемы подвергаетъ его риску заразиться скарлатиной, а пребываніе его въ дифтеритномъ баракѣ можетъ угрожать скарлатиной его сосѣдямъ.

Всѣ эти эритемы, не исключая и скарлатиноподобныхъ, нерѣдко протекаютъ безъ лихорадки и при хорошемъ самочувствіи (это еще одинъ отличительный признакъ отъ скарлатины), но иногда наблюдается 2—3-дневное повышение температуры до 39° и выше; всего чаще сыпи локализируются на туловищѣ (иногда начинаясь въ области укола) и распространяются на конечности и лицо. Дня черезъ 2—5 сыпь безслѣдно исчезаетъ. Къ болѣе тяжелымъ по-

слѣдствіямъ (но, по счастью, и гораздо болѣе рѣдкимъ) относятся *сильныя боли въ конечностяхъ*, локализирующіяся или въ сочлененіяхъ (крупныхъ и мелкихъ), или въ мышцахъ, особенно въ ногахъ (бедро, икры), но иногда сильно болятъ также руки и шея; боль значительно усиливается при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ и при давленіи; иногда больной не выноситъ даже легкаго прикосновенія (гиперестезія кожи). Вслѣдствіе этихъ болей больной въ теченіе 2—5 дней (но иногда гораздо дольше, напр. до 10 дней) сохраняетъ вполнѣ недвижимое положеніе; при этомъ бываетъ обыкновенно лихорадочное состояніе. Обычное время появленія всѣхъ перечисленныхъ неприятныхъ послѣдствій отъ 5-го до 14-го дня послѣ инъекцій, а всего чаще отъ 7-го до 10-го.

Несомнѣнно, что послѣдствія 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 (сильнѣе распухли голени, ступни и лицо) безъ бѣлка въ мочѣ и безъ лихорадки; общее состояніе было при этомъ настолько удовлетворительно, что больной, мальчикъ 6 лѣтъ, не желалъ оставаться въ постели. Такъ какъ водянка безъ альбуминурии встрѣчается только послѣ скарлатины, но никогда послѣ дифтерии, и такъ какъ въ данномъ случаѣ развитіе ея совпало съ характерной для сыворотки сыпью, то можно съ полнымъ правомъ поставить эту водянку на счетъ сыворотки (вліяніе ея на вазомоторы).

Нѣкоторые авторы приписываютъ вліянію сыворотки и такіе симптомы, которые часто появляются послѣ дифтерии и безъ лѣченія сывороткой, напр. альбуминурію, и именно на томъ основаніи, что бѣлокъ въ мочѣ якобы чаще встрѣчается у больныхъ, лѣченныхъ сывороткой, чѣмъ безъ нея, но это еще не доказано. Рѣшеніе вопроса затрудняется тѣмъ, что мы не можемъ съ точностью опредѣлить, какъ часто встрѣчается альбуминурія въ случаяхъ дифтерии, не лѣченныхъ сывороткой; повидимому, тутъ много значить характеръ эпидеміи, и поэтому у авторовъ мы находимъ большое разногласіе, такъ напр. Sée встрѣчалъ альбуминурію приблизительно въ $\frac{1}{2}$ случаевъ, Bergeron даже еще больше, Empis и Bouchut до $\frac{2}{3}$, Sanné находилъ бѣлокъ у 224 изъ 410, напротивъ въ нашей клиникѣ альбуминурія встрѣчалась много рѣже, именно изъ 263 больныхъ только у 74, т.-е. въ 28%. При лѣченіи сывороткой бѣлокъ въ мочѣ изъ сотни случаевъ былъ у 22; Baginsky, специально занимавшійся вопросомъ о пораженіи почекъ при дифтеритѣ, свидѣтельствуетъ, что, по его наблюденіямъ, альбуминурія и нефритъ при лѣченіи сывороткой встрѣчаются рѣже, чѣмъ было это прежде (значитъ согласно съ нашимъ наблюденіемъ), а по Neubner'у альбуминурія отсутствуетъ тѣмъ чаще, чѣмъ раньше начато лѣченіе сывороткой; разница выразилась въ его случаяхъ въ слѣдующемъ: если лѣченіе сывороткой началось на 1-й день болѣзни, то бѣлокъ въ мочѣ былъ у $\frac{1}{6}$, если на 2-й день, то у $\frac{1}{3}$, а если на третій, то у $\frac{1}{2}$. Время появленія бѣлка въ мочѣ при лѣченіи сывороткой то же самое, что и при прежнемъ лѣченіи, т.-е. вторая половина первой недѣли, но у насъ бѣлокъ появлялся при сывороткѣ въ среднемъ выводѣ на 12-й день, а безъ лѣченія сывороткой около 5—6-го дня. Seitz (München) указываетъ на то обстоятельство,

что если бы сыворотка вредно вліяла на почки, то инъекціи увеличивали бы альбуминурию у дѣтей, поступающихъ съ бѣлкомъ въ мочѣ, а этого не наблюдается. Escherich, не замѣчавшій до сихъ поръ вреднаго вліянія сыворотки на почки, упоминаетъ про случай успѣшнаго лѣченія сывороткой больного, поступившаго въ клинику съ геморрагической формой дифтеритнаго нефрита. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ тяжелаго дифтерійнаго нефрита (съ 20 дѣленіями по Эсбаху бѣлка), несмотря на повторныя впрыскиванія сыворотки (60 к. стм. Габричевскаго), количество бѣлка уменьшилось до $\frac{1}{2}$ дѣленія по Эсбаху. Но есть конечно голоса, утверждающіе противное; такъ, напр., Siebert говоритъ, что въ дѣтской клиникѣ въ Страсбургѣ прежде альбуминурия встрѣчалась лишь въ 14%, а послѣ лѣченія сывороткой въ 51%. Наше мнѣніе сводится къ тому, что хотя сыворотка и не усиливаетъ альбуминурию въ теченіи дифтеріи, но весьма возможно, что сама по себѣ, т.-е. безъ участія дифтерійнаго токсина, она способна вызвать позднюю альбуминурию; въ пользу этого говорятъ случаи появленія альбуминуриі у больного одновременно съ сыворогочными сыпями и съ другими несомнѣнными послѣдствіями вліянія сыворотки и одновременное исчезаніе какъ этихъ сыпей, такъ и альбуминуриі.

По его опытамъ, инъекція 10 куб. стм. нормальной сыворотки, подъ кожу здоровой собакѣ навѣрное вызываетъ у нея альбуминурию въ первые 24 часа, причемъ количество мочи уменьшается, а удѣльный вѣсъ ея увеличивается; вредное вліяніе сыворотки на почки выражается рѣзче, если послѣднія были уже раздражены раньше.

Безъ достаточныхъ основаній сывороткѣ приписывается также известная роль въ произведеніи послѣдифтерійныхъ параличей мягкаго нѣба и сердца, на томъ основаніи, что они являются якобы раньше обыкновеннаго и въ большемъ числѣ случаевъ. Вѣрно только то, что сыворотка не можетъ предотвратить ни альбуминуриі, ни параличей; опыты Муравьева (1. с.) доказали однако, что при одновременномъ впрыскиваніи сыворотки и дифтеритнаго токсина, вліяніе послѣдняго на нервную систему предотвращается.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдали опухоль паховыхъ и подчелюстныхъ железъ (Snygin); Le Gendre описываетъ случай появленія черезъ 2 недѣли послѣ инъекціи рвоты, поноса, подавленнаго состоянія, фосфатуриі; въ случаѣ Hagenbach'a черезъ 3 дня послѣ инъекціи всего только 10 к. стм. № 1-го Behring'a появилась петехіальная сыпь по всему тѣлу, черезъ 7 дней упорная рвота и на 10-й день летальный исходъ. Вскрытіе показало малокровіе и жировое перерожденіе внутреннихъ органовъ, гиперплазію и гнойную инфильтрацію миндалинъ, язвы мягкаго нѣба, небольшую опухоль селезенки, нефритъ и геморрагическій гастро-энтеритъ.

Mendel наблюдалъ черезъ 48 часовъ послѣ впрыскиванія обильное носовое кровотеченіе, Descroizilles описываетъ подъ именемъ ложнаго менингита безпокойство и бредъ при высокой температурѣ съ быстрымъ исходомъ въ выздоровленіе. Нѣкоторые приписываютъ сывороткѣ свойство дѣлать организмъ болѣе воспріимчивымъ къ зараженію другими микробами и возбуждать развитіе туберкулеза.

Самое тяжкое обвиненіе противъ сыворотки состоитъ въ томъ, будто инъекціи ея могутъ вызывать быстрое наступленіе смерти. Въ „The Lancet“ (20 апр.)

приведены, напр., два такихъ случая: мальчикъ, заболѣвшій тяжелой формой дифтеріи, умеръ черезъ 3 часа послѣ впрыскиванія, а 17-лѣтняя дѣвушка изъ той же семьи тотчасъ послѣ инъекціи почувствовала покалываніе во всемъ тѣлѣ, потомъ упала въ судорогахъ и черезъ 10 минутъ умерла („Врачъ“ 1895, № 16). Что въ тяжеломъ дифтеритѣ человѣкъ можетъ умереть внезапно, въ этомъ ничего удивительнаго нѣтъ, и сыворотка тутъ не причесть; другое дѣло, если неожиданно умираетъ послѣ инъекціи ребенокъ, имѣющій легкую форму дифтеріи. Одинъ подобный случай мнѣ привелось видѣть на консультативной практикѣ: дѣло шло о ребенкѣ 11 мѣсяцевъ, которому былъ выпущенъ № 2-й Behr.; черезъ нѣсколько часовъ послѣ того упадокъ дѣятельности сердца и одышка и меньше чѣмъ черезъ сутки смерть. Не могла ли тутъ имѣть значеніе карболовая кислота? Изъ опытовъ Влаева („Врачъ“ 1895, стр. 441) оказалось вѣдь, что животныя (свинки, голуби, котята), отлично переносившія сыворотку безъ карболовой кислоты, быстро умирали отъ тѣхъ же количествъ сыворотки съ феноломъ.

Еще болѣе непонятными являются случаи неожиданной смерти послѣ предохранительныхъ прививокъ ничтожныхъ количествъ сыворотки, какъ напр. въ случаѣ Alföldi: дѣвочкѣ 3 лѣтъ было впрыснуто 16 января всего лишь 2 куб. см. Behr. (100 единицъ); на слѣдующій день дѣвочка потеряла аппетитъ и была слаба; 18-го лихорадочное состояніе до 40,2°, боль въ области почекъ, сильная альбуминурія; 19-го рвота, петехіи на всемъ тѣлѣ и 20-го летальный исходъ. По счастью, подобные случаи принадлежатъ къ чрезвычайно рѣдкимъ исключеніямъ и пока другого такого случая мы въ литературѣ не встрѣтили. Baginsky считаетъ этотъ случай за неузнанную геморрагическую скарлатину.

Противники сыворотки приводятъ также и теоретическія соображенія въ пользу ея бесполезности; они говорятъ, напр., что значеніе Löffler'скаго бацилла, какъ производителя дифтеріи, вовсе не доказано и что экспериментальная дифтерія у животныя совершенно не тождественна съ естественною дифтеріей человѣка. Эти возраженія мы уже разсматривали въ главѣ о патогенезѣ и показали ихъ несостоятельность. Возражали также, что экспериментальная дифтерія вызывается только однимъ бациллою, а у человѣка всегда играютъ роль нѣсколько различныхъ микробовъ; а такъ какъ сыворотка влѣдетъ только на бацилла, то въ случаяхъ смѣшанной инфекціи (а стало-быть при дифтеріи человѣка вообще) она помогать не можетъ. Противъ этого можно привести наблюденія у постели больного, которыя доказываютъ, что возраженіе это совсѣмъ не оправдывается въ дѣйствительности.

Противъ статистическихъ цифръ разныхъ авторовъ, доказывающихъ благоприятное вліяніе сыворотки, противники приводятъ разныя соображенія, болѣе или менѣе натянутыя и маловѣроятныя, и между прочимъ указываютъ на то, что при нѣкоторыхъ методахъ лѣченія процентъ смертности былъ много ниже, чѣмъ при сывороткѣ: такъ напр. у Concetti 75% выздоровленія при однихъ шприцованіяхъ рта; Moizard — 83% при смазываніяхъ зѣва сублиматнымъ глицериномъ (1·20); Касторскій, помазывая зѣвъ 10% ментоломъ въ спиртѣ, изъ 37 случаевъ не потерялъ ни одного и т. д. Но дѣло-то въ томъ, что всѣ

эти способы лѣченія давали блистательные результаты только въ рукахъ изобрѣтателей, между тѣмъ какъ сыворотка оказалась полезною у разныхъ лицъ, и при самой разнообразной обстановкѣ.

Такъ какъ сыворотка, давая организму пассивный иммунитетъ, избавляетъ отъ необходимости вырабатывать болѣе прочную *активную* невосприимчивость, то является вопросъ, не будутъ ли послѣ лѣченія сывороткой возвраты дифтеріи встрѣчаться гораздо чаще, чѣмъ прежде? Такъ какъ рецидивы дифтеріи черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ исчезанія пленокъ наблюдались и до введенія въ терапію сыворотки (приблизительно въ 3%), то, конечно, они будутъ встрѣчаться и теперь, но чаще ли чѣмъ это было прежде — не извѣстно. Въ литературѣ приводятся пока лишь отдѣльные случаи, такъ напр. Widerhofer изъ 200 случаевъ, лѣченныхъ сывороткой, видѣлъ рецидивъ дифтеріи только разъ, именно на 28-й день, съ смертельнымъ исходомъ черезъ 4 дня. Jöbel описываетъ два случая: у мальчика 2 лѣтъ новое заболѣваніе дифтеріей на 4-й день, у дѣвочки 7 лѣтъ — на 28-й; оба выздоровѣли; Soltmann 3 изъ 89; въ больницѣ Friedrich'a — 3,6%, въ больницѣ св. Владимира въ Москвѣ — 3 изъ 95 больныхъ; въ нашей клиникѣ на 100 случаевъ дифтеріи встрѣтился пока только одинъ случай, это былъ мальчикъ 3 лѣтъ 4 мѣсяцевъ, которому въ виду тяжелой формы дифтеріи вприснуто было 4 раза 75 куб. см. сыворотки Roux; онъ заболѣлъ 19 октября, выздоровѣлъ къ 1 ноября, но выписался съ *насморкомъ*, причемъ въ носовой слизи *оставались еще бактерии*; насморкъ продолжался вплоть до того времени, когда въ началѣ декабря больной снова поступилъ въ клинику съ дифтеритомъ зѣва и съ отекомъ шейной кѣтчатки; его лѣчили снова сывороткой, и на этотъ разъ процессъ уступилъ скорѣе.

Къ числу весьма интересныхъ, но еще нерѣшенныхъ вопросовъ относится вопросъ о томъ, *имѣютъ ли значеніе предохранительныя инъекціи?* Предохранительная сила сыворотки опытами надъ животными установлена вполне прочно, и нѣтъ достаточныхъ основаній думать о непримѣнности предохранительныхъ инъекцій у человѣка. Взглядъ нѣкоторыхъ авторовъ, будто разъ перенесенный дифтеритъ не только не даетъ иммунитета, но даже усиливаетъ расположеніе къ новому зараженію, рѣшительно не вѣренъ и въ послѣднее время опровергнуть опытами Escherich'a и Wassermann'a, доказавшихъ, что кровяная сыворотка человѣка, перенесшаго дифтерію, обладаетъ несомнѣнными антитоксическими свойствами. Имѣющіяся до сихъ поръ наблюденія хотя и говорятъ въ пользу дѣйствительности предохранительныхъ инъекцій, но вмѣстѣ съ тѣмъ доказываютъ, что инъекціи не даютъ полной гарантіи (впрочемъ и оспопрививаніе тоже не даетъ абсолютной гарантіи) и что вліяніе ихъ во всякомъ случаѣ непродолжительно (2—3 недѣли), а потому если ужъ примѣнять предохранительныя вприскиванія, то только у лицъ, подвергающихся вліянію заразы (когда, напр., въ домѣ есть уже больной), а не заранѣе. Я лично рекомендовалъ бы дѣлать предохранительныя инъекціи лишь въ тѣхъ семьяхъ, дѣти которыхъ не находятся подъ надзоромъ врача, напр. въ сельской практикѣ земскихъ врачей, въ частной же практикѣ, если здоровыя дѣти изолированы и ежедневно наблюдаются врачомъ, предохранительныя прививки дѣлать не стоитъ, такъ какъ вприскиваніе съ полнымъ успѣхомъ можно сдѣлать при первыхъ

признакахъ заболѣванія горла. Статистическія данныя, относящіяся къ этому вопросу, могутъ быть представлены въ слѣдующей таблицѣ:

ИМЯ АВТОРА.	Привито.	Заболѣло.	Исходъ болѣзни.
Katz	72	8	всѣ выздоровѣли.
Heubner	64	2	1 умеръ.
Baginsky	179	2	оба умерли.
Widerhofer	428	7	выздоровѣли.
Hibert	64	7	"
Schaeven	18	0	"
Beumer	14	1	"
Schüler	53	1	"
Hager	35	3	"
Караманенко	44	0	"
Тезяковъ	14	1	"
Гишпюсъ	12	1	"
Кисель и Краснобаевъ	35	3	1 умеръ.
Шокаревъ	42	3	"
Aranson	130	2	2 умерло.
Павловскій	43	0	"
Escherich	67	3	выздоровѣли.
Сахновскій	17	0	"
Полиевктовъ	93	1	"
	1424	45(3 ⁰ / ₁₀)	6 ум. (0,4 ⁰ / ₁₀)

Для сравненія приведемъ данныя изъ деревенской практики саратовскихъ земскихъ врачей, примѣнявшихъ предохранительныя прививки въ зараженныхъ домахъ. (Сарат. санитарный обзоръ за 1895 г.).

Фамилія врачей.	Число предохранит. прививокъ.	Число заболѣвшихъ.
Лебедевъ	22	0
Штейнберъ	28	4
Кувшинскій	7	0
Терновскій	9	2
Фроловъ-Багрѣевъ	20	0
Яновскій	29	5
Бѣдняковъ	3	0
Терновскій	4	2
	122	13(10,6 ⁰ / ₁₀)

Изъ таблицы, помѣщенной на стр. 160, мы видѣли, что невоспримчивость къ дифтеріи у дѣтей отъ 0 до 15 лѣтъ встрѣчается у 60% и отъ 2 до 10 лѣтъ - около 53%, а при предохранительныхъ прививкахъ получило только 10,6% заболѣвшихъ. Для окончательнаго рѣшенія вопроса о значеніи предохранительныхъ прививокъ этихъ наблюденій, конечно, не достаточно, но все-таки

можно съ увѣренностью утверждать, что *предохранительныя инъекціи значительно понижаютъ % заболѣвающихъ, производя временный иммунитетъ* *).

*) Къ тому же выводу приходитъ и К. А. Раухфусъ (1. с. стр. 103), который говоритъ, что на Казанскомъ сѣздѣ было сообщено о 2185 предохранительныхъ прививкахъ съ заболѣваемостью въ 1,3%; такую же заболѣваемость дали 659 прививокъ въ Воронежской губ. Проф. Высокій упоминаетъ, что на сѣздѣ въ Казани были сообщены случаи массовыхъ прививокъ при появлении первыхъ заболѣваній въ деревняхъ, пріютахъ, школахъ и всегда съ благоприятными результатами. Казанскій сѣздъ высказался въ смыслѣ желательности возможно болѣе обширныхъ опытовъ примѣненія сыворотки съ предохранительной цѣлью.

Скарлатина. SCARLATINA.

Этіологія.

Скарлатина принадлежит къ числу частыхъ болѣзней дѣтскаго возраста, и въ большихъ городахъ, какъ, напр., въ Москвѣ, отдѣльные случаи ея встрѣчаются постоянно, въ чемъ легко убѣдиться изъ отчетовъ д-ра Остроглазова, показывающихъ, что въ теченіе года не проходитъ ни одной недѣли безъ нѣсколькихъ новыхъ случаевъ заболѣванія; напротивъ того, въ какой-нибудь деревнѣ, удаленной отъ центровъ и большихъ дорогъ, скарлатина является черезъ большіе промежутки времени и только при случайномъ занесеніи яда. Въ подобныхъ случаяхъ изрѣдка случается такъ, что болѣзнь ограничивается только тѣмъ домою, въ который она была занесена, обыкновенно же она передается путемъ зараженія все дальше и дальше, и такимъ образомъ развивается эпидемія. Эпидеміи скарлатины, сравнительно съ эпидеміями кори, отличаются тою особенностью, что первыя распространяются медленнѣе и не такъ скоро достигаютъ своего maximum'a, но зато тянутся дольше, такъ какъ ежедневное число новыхъ заболѣваній не такъ велико, какъ при кори, и потому требуется больше времени, чтобы перезаразились и перехворали всѣ субъекты, имѣющіе расположеніе къ воспріятію яда. Сравнительно медленный ходъ развитія скарлатинозныхъ эпидемій объясняется тѣмъ, что скарлатинный контагіи не такъ летучъ, какъ ядъ кори. На эту же меньшую летучесть указываютъ и наблюденія скарлатины въ отдѣльныхъ семьяхъ. Извѣстно, напр., что очень нерѣдко удается предотвратить заболѣваніе братьевъ и сестеръ скарлатинознаго больного посредствомъ отдѣленія ихъ въ другія комнаты того же дома, особенно переводомъ ихъ въ другой этажъ, что при кори никогда не удается.

Хотя спорадическіе случаи въ большихъ городахъ встрѣчаются постоянно, но почему-то эти случаи не всегда даютъ поводъ къ развитію эпидемій; недостаетъ для этого какихъ-то, намъ пока еще неизвѣстныхъ, условій, въ числѣ которыхъ, должно-быть, имѣютъ значеніе и атмосферныя условія, такъ какъ въ Москвѣ, напр., эпидеміи начинаются обыкновенно позднею осенью и затягиваются на зиму. Городскія эпидеміи скарлатины отличаются отъ деревенскихъ, между прочимъ, и тѣмъ, что при первыхъ почти исключительно заболѣваютъ лишь дѣти, тогда какъ въ деревняхъ, въ которыхъ скарлатины не

было въ теченіе многихъ лѣтъ, въ большемъ числѣ заражаются и взрослые и притомъ очень нерѣдко захварываютъ такъ же тяжело, какъ и дѣти, а потому общепризнанный фактъ, что послѣ 15 лѣтъ расположеніе къ скарлатинѣ съ годами уменьшается, выступаетъ въ деревняхъ не такъ рѣзко, какъ въ большихъ городахъ, гдѣ, по случаю почти ежегодныхъ эпидемій, среди взрослога населенія скопляется много такихъ, которые уже отхворались въ дѣтствѣ и такимъ образомъ приобрѣли иммунитетъ. При скарлатинѣ, можетъ-быть, больше, чѣмъ при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, имѣетъ значеніе *характеръ* эпидеміи. Еще Trousseau отмѣтилъ тотъ фактъ, что эпидеміи скарлатины нерѣдко состоятъ или изъ сплошь добровачественныхъ случаевъ, или почти исключительно — тяжелыхъ. Онъ рассказываетъ, напр., про Bretonau, который въ періодъ времени отъ 1799-го по 1822-й годъ не видалъ ни одного смертельнаго случая скарлатины, а въ 1824 году у него на рукахъ умирало столько скарлатинозныхъ, что онъ совѣтовалъ бояться скарлатины не меньше, чѣмъ чумы, тифа или холеры. Sydenham до 1837 года видѣлъ только самыя легкія случаи скарлатины и говорилъ, что она едва заслуживаетъ названія „болѣзни“, а нѣсколько лѣтъ спустя онъ причислялъ ее ужь къ числу самыхъ опасныхъ болѣзней. То же самое повторяется, сплошь и рядомъ, и въ отдѣльныхъ семейныхъ эпидеміяхъ; часто случается, напр., что появится въ извѣстномъ домѣ скарлатина въ видѣ очень легкаго, почти безлихорадочнаго заболѣванія, поразить 3—4 дѣтей изъ многочисленной семьи, а другія, будучи изолированы, остаются здоровыми; но вотъ проходитъ годъ или два, и въ томъ же домѣ снова появляется скарлатина, но на этотъ разъ тяжелая, и кто-нибудь изъ прежде [отдѣленныхъ, пожалуй, умираетъ. Въ виду подобныхъ случаевъ и въ виду того, что въ большихъ городахъ скарлатина можетъ считаться почти столь же обязательной дѣтской болѣзью, какъ и корь, а между тѣмъ обратное, хоти бы и очень легкое, заболѣваніе предохраняетъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, на всю жизнь отъ новаго заболѣванія, является вопросъ, стоитъ ли разъединять дѣтей одной семьи въ случаѣ появленія въ домѣ легкой скарлатины? Нельзя, конечно, отрицать того, что ребенокъ въ случаѣ зараженія отъ легкой скарлатины не получитъ очень тяжелой и даже смертельной формы, точно такъ же какъ отъ привитія лимфы легкой оспы можно получить оспу сливную (такъ какъ сила заболѣванія зависитъ не отъ свойствъ яда только, но и отъ почвы, на которую онъ попадаетъ, т.-е. отъ бѣльшей или мѣньшей воспримчивости субъекта), и потому съ теоретической точки зрѣнія на поставленный нами вопросъ долженъ получиться положительный отвѣтъ, т.-е. что отдѣлять слѣдуетъ; но въ практическомъ смыслѣ дѣло стоитъ иначе, и вопросъ этотъ рѣшается не такъ-то легко, потому что рискованнымъ является также и разъединеніе дѣтей. Я лично настаиваю на изоляціи только тяжелыхъ случаевъ скарлатины или если въ данной семьѣ есть маленькія дѣти, въ возрастѣ до 2 лѣтъ, или дѣти очень истощенныя, хворыя, для которыхъ и нетяжелая скарлатина можетъ быть опасна.

Значеніе характера эпидеміи выражается не въ одной только интенсивности заболѣванія и % смертности, но также въ частотѣ появленія тѣхъ или другихъ осложненій и въ ихъ характерѣ; очень странно, напр., что во время одной

эпидемія въ Роттердамѣ въ 1778—79 году послѣскарлатинозная водянка всегда появлялась на 6-й день послѣ высыпанія, а въ Saint-dié въ 1842-мъ водянка поражала только мальчиковъ, хотя скарлатина у дѣвочекъ наблюдалась даже чаще, именно въ пропорціи 20 : 14 (Barthez-Rilliet, Handb. 1856, S. 223).

Относительно другихъ свойствъ скарлатинознаго яда намъ извѣстно, что онъ очень стоекъ или живучъ, легко пристааетъ къ неодушевленнымъ предметамъ и въ теченіе долгаго времени сохраняется на нихъ, напр. въ стѣнахъ комнаты, гдѣ лежалъ больной, или на вещахъ, бывшихъ съ нимъ въ соприкосновеніи. Сколько именно времени можетъ такимъ образомъ сохраняться ядъ, мы въ точности не знаемъ, но, во всякомъ случаѣ, не менѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а можетъ-быть даже лѣтъ, а потому очень трудно отвѣчать на вопросъ, который такъ часто задается врачу, а именно — чрезъ какой срокъ можно переселить здоровыхъ дѣтей въ комнату, гдѣ лежалъ скарлатинозный, не рискуя заразить ихъ? Отвѣтъ на это можно дать такой: если произведена основательная дезинфекція, то — тотчасъ по окончаніи ея, а если дезинфекціи настоящей не было, то безъ риска нельзя переселять дѣтей даже и черезъ три мѣсяца. Случаи заболѣванія дѣтей вслѣдъ за переведеніемъ ихъ въ прежнее помѣщеніе черезъ нѣсколько недѣль принадлежатъ къ числу самыхъ обычныхъ. Къ сожалѣнію, подобныя зараженія нерѣдко встрѣчаются даже и въ такихъ квартирахъ, которыя были дезинфицированы самымъ тщательнымъ образомъ сулемой или какъ-нибудь иначе, такъ что занимая помѣщеніе, въ которомъ находился скарлатинозный больной, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ полной безопасности этого жилища; лучше ли стоять дѣло послѣ дезинфекціи формалиномъ — за недостаткомъ наблюденій пока еще рѣшить нельзя.

Благодаря стойкости яда и способности его приставать къ вещамъ, скарлатина часто переносится третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ, или игрушками, а также и животными. У Thomas'a (Ziems., Handb. II, S. 151 и 152) собрано множество такихъ примѣровъ, и вопросъ этотъ въ настоящее время спору не подлежитъ.

Само собою разумѣется, что переносъ третьимъ лицомъ происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ дольше находилось это лицо въ соприкосновеніи съ больными; по этой причинѣ, напр., сидѣлка или мать легче занесетъ на своемъ платьѣ заразу, чѣмъ случайный посѣтитель больного или докторъ. Нельзя отрицать, конечно, что заразные микробы, носящіеся въ атмосферѣ больного, могутъ осаждаться вмѣстѣ съ пылью и на кратковременнаго посѣтителя и слѣдовательно могутъ быть занесены этимъ послѣднимъ куда угодно, но дѣло въ томъ, что при зараженіи играетъ роль не одно только качество заразы, но также и количество ея; съ небольшимъ числомъ болѣзнетворныхъ зародышей организму справиться легче, чѣмъ съ миллиономъ ихъ; на этомъ основаніи очень рѣдко случается, чтобъ передатчикомъ заразы былъ лѣчащій врачъ, переѣзжающій отъ заразнаго больного къ незаразному; въ виду того, однако, что подобные случаи все-таки описаны, врачи дѣлаютъ хорошо, принимая нѣкоторые мѣры предосторожности, напр., входя въ комнату больного, надѣваютъ халатъ или завертываются простыней, моютъ руки и т. п.

Скарлатинозный больной начинает распространять заразу уже съ 1-го дня заболѣванія и можетъ-быть даже въ периодѣ инкубаціи, но, какъ кажется, въ началѣ болѣзни контагій дѣйствуетъ еще слабо, такъ какъ изоляція здоровыхъ, предпринятая на 1-й или 2-й дни болѣзни, обыкновенно, вполне ведетъ къ цѣли, чего отнюдь нельзя сказать, напр., про корь; но Hüttenbrenner и нѣкоторые другіе заходятъ ужъ слишкомъ далеко, если утверждаютъ, что въ периодѣ развитія и цвѣтенія сыпи скарлатина навѣрное совсѣмъ не заражаетъ (Handb. d. Kinderkr., S. 484). Вообще, считается, что наибольшая заразительность скарлатины бываетъ въ периодѣ полного развитія болѣзни, т.-е. отъ 4-го до 7-го дня, но какъ долго продолжается заразительность, сказать очень трудно, — вѣроятно, не менѣе какъ до конца періода шелушенія, такъ какъ несомнѣнно, что въ чешуйкахъ кожицы ядъ сохраняется очень долго, и если нѣкоторые врачи, какъ, напр., Volz, Dawson, Bergé, Moizard (Tr. de mal. des enf. I, p. 118), отрицаютъ ихъ заразительность, то поступаютъ совсѣмъ несправедливо, въ виду, напр., случаевъ, подобныхъ тому, что рассказываетъ Saupé: одна вдова, жившая съ своей дочерью въ Бретани, въ мѣстности совершенно свободной отъ скарлатины, получила въ августѣ 1877 года письмо отъ бывшей гувернантки своей дочери изъ Германіи. Она писала, что перенесла скарлатину, которая теперь въ периодѣ шелушенія и что чешуекъ отпадаетъ такъ много, что она нѣсколько разъ должна была стряхивать ихъ съ письма. Черезъ нѣсколько дней по полученіи этого письма и мать, и дочь заболѣли скарлатиной, отъ которой мать умерла, а дочь была при смерти, но выздоровѣла.

Bergé, а за нимъ и Meizard думаютъ, что чешуйки кожи заразительны не сами по себѣ, а только потому, что поверхность кожи, подобно постельному бѣлью, пачкается и слюной больного, и другими путями и что повторными ваннами можно устранить ея заразительность. Какъ бы то ни было, но достовѣрно то, что контагій скарлатины содержится не въ однѣхъ только чешуйкахъ, что видно изъ того, во-1-хъ, что больной начинаетъ заражать еще въ периодѣ предвѣстниковъ, когда о шелушеніи нѣтъ еще и помину; во-2-хъ скарлатина заразительна и въ тѣхъ формахъ, что протекаютъ совсѣмъ безъ сыпи, и въ-3-хъ, что больной можетъ оказаться заразительнымъ даже и тогда, когда онъ совсѣмъ выздоровѣлъ, периодъ шелушенія давно кончился, и больной взялъ нѣсколько ваннъ. Baginsky не сомнѣвается, что выздоровѣвшій скарлатинозный больной можетъ служить источникомъ зараженія даже и черезъ 3 мѣс. послѣ начала болѣзни.

По правиламъ, изданнымъ медицинскимъ департаментомъ, ученикъ, имѣвшій скарлатину, допускается въ школу не ранѣе 5 недѣль со дня появленія сыпи, когда шелушеніе совершенно окончилось.

Такъ какъ у однихъ больныхъ периодъ лупленія кончается раньше, у другихъ поздне, то думали, что по этой причинѣ и заразительный периодъ тянется не у всѣхъ одинаковое время; все, что ускоряетъ шелушеніе кожицы, укорачиваетъ тѣмъ самымъ и периодъ заразительности, а потому смазываніе кожи больныхъ жирными веществами и теплыя ванны въ теченіе всего періода выздоровленія рекомендовались въ этомъ отношеніи весьма энергично. Значеніе

жирной смазки кожи въ дѣлѣ обеззараженія усматривалось еще и въ томъ, что сухая чешуйка гораздо легче отдѣляется отъ кожи и летитъ въ воздухъ, осаждаясь потомъ на мебели и стѣнахъ, тогда какъ, смазанная жиромъ, она остается на мѣстѣ и удаляется ванной. Все это до нѣкоторой степени справедливо, но для полной безопасности этого все-таки недостаточно; слѣдуетъ позаботиться также объ дезинфекціи или чистомъ содержаніи рта и носа; по аналогіи съ дифтеріей можно думать, что и при скарлатинѣ на слизистой оболочкѣ этихъ частей контактій можетъ сохраняться очень долго.

Въ дѣлѣ распространенія скарлатины играетъ также роль и молоко, но не потому, что оно получается отъ зараженныхъ скарлатиной коровъ (онѣ къ скарлатинѣ не восприимчивы — Arch. f. Kinderh. V, S. 429), а вслѣдствіе способности молока воспринимать въ себя изъ воздуха различные микроорганизмы, а въ томъ числѣ и патогенные. Не такъ давно въ англійскихъ газетахъ появились указанія на то, что будто у коровъ встрѣчается болѣзнь, хотя и не похожая на скарлатину человѣка, но по этиологіи, вѣроятно, все-таки скарлатина. Такъ, въ *Concours medical* отъ 12 іюня (см. „Врачъ“ 1886 г., № 24) описанъ случай распространенія скарлатины молокомъ отъ коровъ, на вымени которыхъ находились пузырьки съ гнойнымъ содержимымъ и небольшія язвочки. Содержимое гнойничковъ, будучи привито телятамъ, вызвало у нихъ такіе же гнойнички и, кромѣ того, злокачественную лихорадку. У одного павшаго теленка вскрытіе показало измѣненія во внутреннихъ органахъ и въ особенности въ почкахъ, какъ при скарлатинѣ у человѣка. Въ этомъ гноѣ Klein нашель цѣпочки ковка, растущаго особенно хорошо въ молокѣ. Этотъ-то ковокъ и считается Klein'омъ виновникомъ распространенія скарлатины молокомъ. Случай этотъ обратилъ на себя вниманіе правительства, была назначена коммиссія для изслѣдованія его и, въ концѣ концовъ, изъ доклада Crookshank'a оказалось, что болѣзнь коровъ была обыкновенной коровьей оспой, а микробъ, выдѣленный Klein'омъ — простымъ стрептококкомъ. Если скарлатина распространяется молокомъ, то заболѣвають, главнымъ образомъ, тѣ, которые пьютъ много молока и притомъ въ сыромъ видѣ.

Микробъ скарлатины еще не найденъ. Въ гноѣ при разныхъ осложненіяхъ скарлатины, въ налетахъ зѣва при скарлатинозномъ дифтеритѣ, а въ тяжелыхъ (септическихъ) случаяхъ — въ крови и во внутреннихъ органахъ постоянно встрѣчается *улотчатый коккъ*; на него смотрять какъ на причину разнообразнѣйшихъ осложненій скарлатины и считаютъ его за результатъ *вторичной инфекции*.

Контактій скарлатины трудно передается прививкой, и опыты, произведенные съ этою цѣлью съ кровью, чешуйками и т. п., удавались далеко не всегда.

Восприимчивость къ скарлатинѣ распространена среди дѣтей не такъ сильно, какъ къ кори и къ оснѣ, и потому гораздо больше можно встрѣтить людей, никогда не имѣвшихъ скарлатины, но перенесшихъ корь, нежели наоборотъ. Невосприимчивость бываетъ или временная, или постоянная. Въ первомъ случаѣ субъектъ до поры до времени не заражается скарлатиной, несмотря на удобные къ тому поводы, а потомъ вдругъ заболѣваетъ, хотя на этотъ разъ подвергся, можетъ-быть, дѣйствию болѣе слабого яда и въ теченіе менѣе продолжитель-

наго времени. Постоянная невосприимчивость бывает или врожденная (интересно бы прослѣдить, какъ стоитъ въ этомъ отношеніи дѣло у дѣтей, мать которыхъ перенесла скарлатину во время беременности; известно, что мать, заразившаяся во время беременности сифилисомъ, можетъ родить здороваго ребенка, не восприимчиваго къ этой болѣзни, — не встрѣчается ли нѣчто подобное и въ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ?), или приобретенная, встрѣчающаяся у тѣхъ дѣтей, которыя уже имѣли скарлатину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, разъ перенесенная скарлатина предохраняетъ субъекта отъ новаго заболѣванія, но, какъ и при другихъ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, не всегда; для скарлатины исключенія изъ этого правила встрѣчаются даже, какъ будто, чаще, чѣмъ для кори и оспы.

Вторичное заболѣваніе скарлатиной не слѣдуетъ смѣшивать съ ложнымъ возвратомъ и рецидивомъ. Подъ именемъ ложнаго возврата — *reversio eruptivis* — Thomas понимаетъ собственно возвратъ поблѣднѣвшей уже сыпи, рецидивомъ же онъ называетъ появленіе сыпи и лихорадки черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ исчезанія сыпи, но еще до полнаго выздоровленія. Второе заболѣваніе отличается отъ рецидива тѣмъ, что оно появляется *отъ новаго зараженія*, т.-е. независимо отъ контагія, вызвавшаго первое заболѣваніе. Время, чрезъ которое можно во второй разъ заразиться скарлатиной, колеблется отъ 6 недѣль до 20 и болѣе лѣтъ. По наблюденіямъ Thomas'a, второе заболѣваніе по силѣ своей бываетъ, обыкновенно, обратно пропорціо-нально первому, т.-е. чѣмъ сильнѣе было первое, тѣмъ слабѣе будетъ второе, и наоборотъ. (Не смѣшивается ли въ такихъ случаяхъ скарлатина съ краснухой, это еще вопросъ, котораго мы коснемся въ главѣ о скарлатинозной краснухѣ).

Индивидуальная восприимчивость (у кого она есть) не у всѣхъ одинакова, такъ какъ одинъ и тотъ же ядъ у однихъ производитъ легкое заболѣваніе, а у другихъ тяжелое (то же самое наблюдается и относительно контагія другихъ болѣзней). Замѣчательно, что если взрослые, невосприимчивые къ скарлатинѣ, подвергаются продолжительному вліянію яда (напр., матери, ухаживающія за больными дѣтьми), то они все-таки получаютъ нерѣдко скарлатину, но только аномальную, въ видѣ катарральной жабы безъ сыпи и съ незначительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, а то такъ и совсѣмъ безъ него.

Дѣти, въ возрастѣ до 6 мѣсяцевъ, часто оказываются невосприимчивыми къ скарлатинѣ; всего чаще заболѣваютъ дѣти отъ 2 до 7 лѣтъ, а послѣ 15 восприимчивость снова значительно ослабѣваетъ. Можетъ ли ребенокъ заразиться скарлатиной въ утробѣ матери — съ точностью не известно, хотя возможность такого зараженія, по аналогіи съ оспой, очень вѣроятна. Рѣшить этотъ вопросъ прямыми наблюденіями затруднительно, именно въ виду физиологической гипереміи кожи и послѣдовательнаго шелушенія эпидермиса у новорожденныхъ. По этой причинѣ случаи Tourtual'я, Gregory и Stiebel'я, цитированные Thomas'омъ (l. c. S. 168) не особенно убѣдительны. Въ случаѣ Tourtual'я дѣло касается 30-лѣтней женщины, никогда не имѣвшей скарлатины, но съ 8-го мѣсяца и до конца беременности ходившей за двумя скарлатинозными больными. Она разрѣшилась мальчикомъ, который не могъ глотать и имѣлъ необыкновенно красную кожу. Т. призналъ эту красноту за скарлатину, такъ какъ аркан

краснота замѣчалась также и на языкѣ и вообще во рту. Если это была дѣйствительно скарлатина, то случай Т. интересенъ еще и въ томъ отношеніи, что ребенокъ заразился скарлатиной въ матѣ, тогда какъ мать осталась здоровой. Что мать, больная скарлатиной, можетъ родить здороваго ребенка доказываютъ случаи Murchison'a и Elsässer'a.

Скрытый періодъ при скарлатинѣ отличается отъ инкубационнаго стадіи другихъ заразныхъ болѣзней своей короткостью и непостоянною продолжительностью. Въ литературѣ описаны несомнѣнные случаи скарлатины съ 24-часовымъ скрытымъ періодомъ. Одинъ изъ подобныхъ случаевъ встрѣтился и мнѣ: мать, жившая въ деревнѣ около ст. Одинцово, поѣхала въ Москву навѣстить свою дочь, лежавшую въ скарлатинѣ въ одномъ изъ институтовъ. 1-го февраля она вернулась въ деревню, а 2-го числа ея другая дочь, остававшаяся дома и не имѣвшая другого случая заразиться, какъ только черезъ мать, къ вечеру была уже въ жару, а 3-го февраля у нея показалась и сыпь.

Среднюю продолжительность инкубациі при скарлатинѣ различные авторы опредѣляютъ различно: такъ, напр., Trousseau считаетъ ее въ 1—2 сутокъ, Thomas — отъ 4 до 7 дней, Gerhardt — отъ 7 до 11 дней, Hagenbach — отъ 7 до 14 и т. д. На основаніи собственныхъ наблюденій я присоединяю къ мнѣнію Thomas'a и за средній срокъ инкубациі для большинства случаевъ скарлатины считаю отъ 3 до 7 дней. Gerhardt думаетъ, что если зараженіе произошло отъ свѣжаго случая скарлатины, то скрытый періодъ тянется дольше, а если зараженіе произошло отъ больного, находившагося въ періодѣ шелушенія, то инкубациа будетъ короче, но это едва ли справедливо; въ вышеупомянутомъ случаѣ мать навѣстила свою дочь во время разгара болѣзни.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Скарлатина не характеризуется на трупѣ никакими, ей только свойственными, измѣненіями внутреннихъ органовъ. Сыпь, поскольку она зависѣла отъ гипереміи кожи, послѣ смерти большею частью исчезаетъ и остается только мѣстами, гдѣ она имѣла геморрагическій характеръ. Эти-то остатки сыпи, вмѣстѣ съ явленіями со стороны зѣва, и служатъ главными основаніями для посмертной діагностики скарлатины у субъектовъ, умершихъ въ первые дни болѣзни.

Сущность измѣненій кожи состоитъ въ налитіи глубокихъ кожныхъ капилляровъ и въ серозной инфильтраціи подкожной клѣтчатки и нижнихъ слоевъ эпидермиса. По Мандельштаму („Медиц. Обзор.“ Т. XXIV, стр. 106), патологическій процессъ при скарлатинѣ аналогиченъ съ воспаленіемъ кожи, и воспаленіе это одинаково касается какъ рогового слоя, такъ и собственно кожи и состоитъ въ значительной гипереміи сосудовъ, отежѣ и набуханіи соединительной ткани, равно какъ въ инфильтраціи кожи лимфоидными элементами. Специальное изслѣдованіе анатомической сущности скарлатин. дифтерита принадлежитъ Neubner'у (Jahrb. f. Kinderh. XIV, B. I, 1871). Сравнивъ его съ обыкновенною дифтеріей, онъ нашелъ, что при скарлатинѣ чаще, чѣмъ

при дифтеріи, встрѣчается настоящій коагуляціонный некрозъ слизистой оболочки. Макроскопическое отличіе по Н. состоитъ въ томъ, что при дифтеріи пленки толще и легче снимаются, при скарлатинѣ же тоньше и могутъ быть отдѣлены только мелкими влочками.

На третьемъ съѣздѣ Пироговскаго Общества на ту же тему дѣлалъ докладъ д-ръ Черняевъ (С.-Пб.), работа котораго касается гистологическихъ измѣненій органовъ зѣва въ 10 случаяхъ скарлатины и въ 10 случаяхъ дифтеріи. Онъ пришелъ къ выводу, что въ гистологическомъ отношеніи скарлатинозный дифтеритъ не тождественъ съ обыкновеннымъ; при первомъ — налетъ представляетъ мелкозернистую массу, какъ конечный продуктъ воспалительнаго инфильтрата, а при второмъ — налетъ представляетъ своеобразную, гіалиновую сѣтку, какъ результатъ специфическаго омертвѣнія ткани; основная ткань при скарлатин. дифтеритѣ представляетъ разлитой, глубокой, острый сосудисто-грануляціонный воспалительный процессъ, а при дифтеріи сама основная ткань подвергается коагуляціонному некрозу, а воспаление есть явленіе второстепенное; при скарлатинѣ поврежденіе зѣва разлитое, при дифтеріи — болѣе гнѣздное („Дневникъ“ № 6, стр. 175). Къ этому добавимъ, что при скарлатинозномъ дифтеритѣ наблюдается постоянно стрептококкъ, проникающій на значительную глубину въ слизистую и подслизистую оболочки и сопровождаемый гнѣздами некроза и распада въ глубинѣ ткани, а при самостоятельномъ дифтеритѣ играютъ роль палочки Klebs-Löffler'a, встрѣчающіяся лишь въ верхнихъ и среднихъ слояхъ перепонъ и не достигающія поверхности слизистой оболочки.

Въ трупахъ субъектовъ, умершихъ отъ скарлатины въ первые дни заболѣванія, встрѣчается, далѣе, темная, жидкая кровь, гиперемія мозговыхъ оболочекъ и катарръ слизистой оболочки желудка, доходящій иногда до степени интерстиціального гастрита.

До нѣкоторой степени характерно для скарлатины поврежденіе фолликулярнаго аппарата кишечника; подобно тому какъ въ тифѣ, здѣсь тоже припухаютъ не только Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы, но и брыжеечныя железы. Печень увеличена, дрябла, въ состояніи мутнаго набуханія, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. По Стооке самыя рѣзкія измѣненія состоятъ въ интерстиціальномъ воспаленіи печени, каковое онъ встрѣчалъ во всѣхъ своихъ случаяхъ, но только въ разной степени.

Siredey, изслѣдуя печень у умершихъ отъ оспы, брюшнаго тифа, холеры, скарлатины и дифтерита пришелъ къ убѣжденію, что измѣненія печени при заразныхъ болѣзняхъ, какъ макро-, такъ и микроскопически мало разнятся между собой, и что нѣкоторое различіе зависитъ и отъ времени наступленія смерти. Заразные болѣзни вызываютъ не паренхиматозное только, а разлитое воспаленіе печени, причемъ сначала межучочный процессъ даже преобладаетъ, жировое же перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ наступаетъ позднѣе („Врачъ“ 1886, № 26).

Объ измѣненіяхъ почекъ будетъ подробно сказано ниже. Селезенка не представляетъ постоянныхъ измѣненій и бываетъ увеличена не всегда.

Если больной умираетъ позднѣе, то на кожѣ остаются слѣды скарлатинознаго шелушенія, а во внутреннихъ органахъ тѣ разнообразныя измѣненія, о которыхъ будетъ упомянуто въ главѣ объ осложненіяхъ.

СИМПТОМЫ.

Самымъ характернымъ симптомомъ скарлатины справедливо считается *сыпь*. Скарлатинозная сыпь описывается иногда какъ сплошная, равномерная краснота, занимающая всю поверхность тѣла, кромѣ лица, и не оставляющая среди себя промежутковъ нормальной кожи. Но такое описаніе невѣрно во многихъ отношеніяхъ. Во-1-хъ, скарлатинозная сыпь хотя и сплошная, но она отнюдь не имѣетъ вида равномерной красноты, какъ это бываетъ, напр., при erythema salicicum, сливной кори или при рождѣ, напротивъ того, краснота эта *пестрая* или *мраморная*, такъ какъ она *состоитъ изъ безчисленнаго множества красныхъ точекъ, тѣсно сидящихъ около другъ друга* и оставляющихъ между собой столько пространства, сколько онѣ сами занимаютъ (Thomas).

Эти точки сидятъ на блѣдно-розовомъ фонѣ, который всегда замѣтнѣе, если придавить на минуту кожу пальцемъ; по отнятіи пальца, на придавленномъ мѣстѣ остается на нѣсколько секундъ блѣдное пятно, рѣзко выступающее своей бѣлизной среди окружающаго его краснаго фона; черезъ нѣсколько мгновений на этомъ блѣдномъ пятнѣ появляются сначала отдѣльныя красныя точки, а вслѣдъ за тѣмъ восстанавливается и розовый фонъ. Точечный характеръ сыпи бросается въ глаза и простолюдинамъ, которые, принося дѣтей на совѣтъ, часто заявляютъ, что у ребенка показалась мелкая сыпь, „словно макомъ его обсыпали“.

Въ случаяхъ очень рѣзко окрашенной сыпи, преимущественно въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, общій фонъ можетъ быть такъ красенъ, что никакихъ точекъ на немъ замѣтить уже нельзя, и краснота дѣлается, слѣдовательно, сплошной, но и въ такихъ случаяхъ *мѣстами* (особенно на конечностяхъ) *все-таки сыпь остается мраморной или точечной*. Сливная, „какъ кумачъ“, сыпь всего чаще встрѣчается на спинѣ.

Во-2-хъ, несправедливо также и то, будто скарлатинозная сыпь щадитъ лицо; это хотя и встрѣчается въ дѣйствительности, но только въ исключительномъ рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно же кожа лица измѣняется при скарлатинѣ настолько своеобразно, что легко узнать эту болѣзнь прямо по лицу, даже не раздѣвая и не спрашивая больного. *Характерность состоитъ именно въ рѣзкомъ контрастѣ между блѣдностью губъ и подбородка, съ одной стороны, и яркой краснотой щекъ — съ другой*. Скарлатинозная сыпь на лицѣ отличается отъ сыпи на туловищѣ тѣмъ, что пунктиръ замѣчается только на вискахъ и отчасти на лбу, щеки же представляются сплошного краснаго цвѣта, симулируя лихорадочную красноту щекъ, тогда какъ носъ, подбородокъ и верхняя губа остаются нормальнаго цвѣта и кажутся даже блѣднѣе обыкновеннаго.

Во-3-хъ, несправедливо и то, будто скарлатинозная сыпь занимаетъ всю поверхность тѣла, не оставляя нормальныхъ участковъ кожи. Для большинства нормальныхъ случаевъ это, пожалуй, и вѣрно, но дѣло въ томъ, что не мало встрѣчается случаевъ скарлатины вообще нормальной, но представляющей отклоненіе отъ нормы въ томъ отношеніи, что сыпь, сливная на туловищѣ, оказывается на конечностяхъ далеко не сливной и особенно обширныя участки

нормальной кожи остаются на голеняхъ и предплечьяхъ. Вотъ такіе случаи и принимаются начинающими нерѣдко за корь.

Цвѣтъ нормальной скарлатинозной сыпи свѣтло-розовый, но оттѣнки его колеблются отъ едва замѣтной красноты до темно-краснаго и даже съ синева-тымъ оттѣнкомъ. Въ большинствѣ случаевъ, чѣмъ сильнѣе скарлатина, тѣмъ краснѣе и сыпь, а фіолетовый или синеватый оттѣнокъ встрѣчается только въ опасныхъ случаяхъ. Если Trousseau говорить, что опасность отъ скарлатины стоитъ въ прямомъ отношеніи съ напряженностью высыпанія, то это надо понимать, по моему мнѣнію, въ смыслѣ интенсивности окраски сыпи, а отнюдь не распространенности ея. Въ тяжелыхъ случаяхъ сыпь можетъ быть очень ограниченной, но цвѣтъ ея будетъ все-таки темный, и наоборотъ — самые легкіе случаи характеризуются именно тѣмъ, что сыпь при нихъ бываетъ очень распространенная, но блѣдно-розовая, а лихорадка не высокая.

Скарлатинозная сыпь начинается обыкновенно съ шеи и верхнихъ частей груди и спины и потомъ въ *несколько часовъ* распространяется на лицо и на все туловище, а къ *концу сутокъ* и на конечности; всего замѣтнѣе она на спинѣ, потомъ на передней поверхности туловища и на сгибательныхъ сторонахъ конечностей, а менѣе всего на голеняхъ и на наружной поверхности бедра.— Высыпаніе ея часто сопровождается небольшимъ зудомъ.

Время появленія сыпи не отличается постоянствомъ; вообще она показывается раньше, чѣмъ при кори и оспѣ, такъ какъ, въ большинствѣ случаевъ, она ясно замѣтна уже къ *концу первыхъ сутокъ отъ начала болѣзни*, а иногда уже черезъ 5—6 часовъ; но бываютъ случаи, когда она запаздываетъ до 3 сутокъ, а въ исключительныхъ случаяхъ, при тяжелыхъ осложненіяхъ, еще больше: такъ, напр., въ случаѣ Trousseau мальчикъ 6—7 лѣтъ въ теченіе цѣлой недѣли представлялъ симптомы менингита: въ началѣ рвота и головная боль, потомъ косоглазіе, замедленіе пульса, апатія и сонливость. Вплоть до 7-го дня Trousseau стоялъ за менингитъ и сдѣлалъ самое дурное предсказаніе, но на 8-й день показалась сыпь скарлатины, и съ этого момента нервные припадки исчезли совершенно, и скарлатина приняла обычное теченіе.

Раннее появленіе сыпи при скарлатинѣ служитъ причиной того, что болѣзнь эту удастся распознать на 1-й день болѣзни, чего нельзя сказать про оспу и корь.

Скарлатинозная сыпь появляется не только на кожѣ, но и на слизистыхъ оболочкахъ, именно въ зѣвѣ и на языкѣ. Въ *зѣвѣ* сыпь прежде всего появляется на мягкомъ нёбѣ, въ центрѣ его. На первый день болѣзни нерѣдко удастся наблюдать около корня языка мелкопятнистую или точечную сыпь, иногда петехіального характера, которая уже на слѣдующій день превращается въ диффузную красноту, распространяющуюся и на миндалины.

Языкъ въ первые дни заболѣванія представляется обложеннымъ, но на 2—3-й день онъ начинаетъ очищаться съ кончика и краевъ и черезъ день или два дѣлается интенсивно-краснаго цвѣта съ значительно припухшими сосочками (малиновый или скарлатинозный языкъ). Такой языкъ очень характеренъ для скарлатины, такъ какъ въ своей рѣзкой формѣ встрѣчается только при ней, что зависитъ отъ высыпанія на его слизистой оболочкѣ скарлатинозной сыпи. Несомнѣнно, что въ сомнительныхъ случаяхъ, напримѣръ, при скарлатинѣ безъ

сыпи, видъ языка можетъ рѣшить діагностику; не слѣдуетъ только ожидать этого признака на первый же день. Скарлатинозная сыпь падаетъ иногда языкъ, а потому отсутствіе скарлатинознаго языка не можетъ служить опроверженіемъ діагностики, если существованіе скарлатины доказывается этиологическими моментами или сыпью на коожѣ и другими симптомами.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ только по языку удается поставить ретроспективную діагностику скарлатины, такъ какъ во многихъ случаяхъ *характерный видъ языка держится дольше, чѣмъ сыпь на коожь* (въ легкихъ случаяхъ сыпь исчезаетъ къ 7-му дню, а языкъ принимаетъ нормальный видъ къ 9-му дню или къ концу второй недѣли). Далѣе свойства языка имѣютъ важное значеніе для отличія *легкихъ случаевъ скарлатины* отъ всякаго рода *эритемъ*, такъ какъ при послѣднихъ языкъ не принимаетъ участія въ сыпи, и потому эпителий его не сходитъ.

Высыпаетъ ли скарлатинозная сыпь на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, мы не знаемъ; рвота въ началѣ болѣзни не можетъ служить признакомъ пораженія желудка, такъ какъ она можетъ быть сведена на общую инфекцію организма, т.-е. на вліяніе скарлатинознаго яда на центральную нервную систему; большую доказательную силу въ пользу сыпи на слизистой оболочкѣ желудка имѣетъ тотъ фактъ, что при вскрытіи дѣтей, умершихъ въ первые дни тяжелой скарлатины, нерѣдко встрѣчается острый катарръ желудка и кишекъ.

Скарлатинозная сыпь сопровождается иногда, именно въ тяжелыхъ случаяхъ или, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ очень интенсивной сыпи, серозной инфильтраціей подкожной клетчатки лица, половыхъ органовъ и кистей и точечными геморагіями въ нѣжныхъ мѣстахъ кожи, преимущественно въ локтевыхъ и коленныхъ сгибахъ. Эти точечныя петехіи, являющіяся на ограниченныхъ мѣстахъ, не имѣютъ дурного прогностическаго значенія. Во многихъ случаяхъ въ началѣ высыпанія и въ періодѣ цвѣтенія скарлатинозной сыпи замѣчается болѣе или менѣе выраженный зудъ; въ легкихъ случаяхъ онъ наблюдается чаще нежели въ тяжелыхъ, а потому зудъ кожи при скарлатинѣ имѣетъ до нѣкоторой степени благопріятное значеніе для предсказанія.

Уклоненія со стороны сыпи характеризуютъ аномальную скарлатину. Скарлатина можетъ протекать совсѣмъ безъ сыпи или съ очень рудиментарной сыпью; объ этой формѣ мы скажемъ нѣсколько словъ позднѣе. Подъ именемъ *scarl. miliaris* понимаютъ такую скарлатину, при которой на многихъ мѣстахъ тѣла, а главнымъ образомъ на шеѣ, сгибательныхъ поверхностяхъ конечностей и вообще на нѣжныхъ мѣстахъ, но также и на спинѣ появляются многочисленные, очень тѣсно сидящія и очень мелкіе бѣлые пузырьки, наполненные серознымъ содержимымъ; такая миліарная сыпь занимаетъ иногда очень ограниченное мѣсто, гдѣ былъ положенъ, напр., горчичникъ или лежалъ какой-нибудь пластырь и т. п. Миліарной сыпи при скарлатинѣ не придается особаго прогностическаго значенія; я же лично считаю ее скорѣе за благопріятный признакъ, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, она встрѣчалась мнѣ при скарлатинѣ умѣренной силы, протекавшей безъ серьезныхъ осложнений.

Scarlatina papulosa характеризуется тѣмъ, что тѣ точки, которыя придаютъ скарлатинозной сыпи мраморный видъ и которыя въ нормальныхъ слу-

чанхъ совсѣмъ не выдаются (*scarl. laevigata*), здѣсь выстоять надъ поверхностью кожи и придаютъ ей шагреновый видъ. Возвышенія эти, или папулы, величиной меньше булавоочной головки, подчасъ легче узнаются осязаніемъ, чѣмъ глазомъ. Я никогда не видалъ, чтобы такой характеръ сыпи былъ на всей поверхности тѣла, напротивъ того, папулезная сыпь нерѣдко встрѣчается на тыльной поверхности кистей и на голенихъ; на послѣднемъ мѣстѣ папулы бывають значительно бѣльшей величины (съ булавоочную головку) и соотвѣтствуютъ обыкновенно волосянымъ мѣшечкамъ.

Scarlatina variegata характеризуется, по авторамъ, мелкопятнистой или розеолезной сыпью. Пятна, *roseolae*, бывають различной величины, напр. отъ чечевицы до боба, и неправильной формы. По описанію Thomas'a, пятна эти могутъ сливаться и образуютъ тогда равномерную красноту, совсѣмъ не похожую на нормальную, точечную скарлатинозную сыпь. Подобной сыпи мнѣ не случалось видѣть, и потому я не могу судить, дѣйствительно ли легко принять такую скарлатину за корь.

Scarl. haemorrhagica характеризуется появленіемъ на кожѣ болѣе или менѣе обширныхъ петехій, какъ при Верлгофовой болѣзни, и кровотеченіемъ изъ слизистыхъ оболочекъ, главнымъ образомъ изъ носа. Такая форма скарлатины встрѣчается очень рѣдко и справедливо считается весьма опасной. Наоборотъ, точечная геморрагическая сыпь, при которой геморрагіи также мелки и точно такъ же расположены, какъ нормальныя для скарлатинозной сыпи красныя точки, встрѣчается очень часто, но только не на всей поверхности тѣла, а, какъ уже сказано выше, на излюбленныхъ мѣстахъ; иногда, впрочемъ, такія точечныя геморрагіи занимають все туловище и отчасти конечности и служатъ причиною того, что скарлатинозная сыпь остается на нѣсколько дней дольше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Подобную геморрагическую сыпь случается встрѣчать и въ сравнительно легкихъ случаяхъ, именно, если при этомъ нѣтъ кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ.

Скарлатинозная сыпь, появившись на первый или второй день болѣзни, въ нѣсколько часовъ распространяется на все тѣло и держится въ легкихъ случаяхъ дня 3—4, въ болѣе тяжелыхъ 7—9 дней и потомъ безслѣдно исчезаетъ, не оставляя пигментации, а нѣсколько дней спустя начинается шелушеніе кожицы.

Скарлатинозное шелушеніе настолько характерно, что позволяетъ діагностировать бывшую скарлатину даже и безъ анамнеза. Характерность его состоитъ въ томъ, что на конечностяхъ, въ особенности на *пальцахъ, ладоняхъ и подошвахъ* кожица *лущится большими пластами*, а на туловищѣ и лицѣ — мелкими кусочками, напоминающими отруби. Мѣстами и на туловищѣ, а также на *ягодицахъ* и около большихъ сочлененій тоже удаётся отдѣлять кожицу въ видѣ довольно большихъ кусковъ. По свидѣтельству нѣкоторыхъ авторовъ, вмѣстѣ съ кожицей сходятъ иногда и ногти, но это явленіе крайне рѣдкое и мнѣ лично до сихъ поръ еще не встрѣчалось, гораздо чаще, напротивъ, выпадаютъ волосы, которые замѣняются потомъ новыми. Время появленія шелушенія, продолжительность его и сила бывають не всегда одинаковы, такъ какъ это зависитъ отчасти отъ характера сыпи, отчасти же отъ внѣшнихъ вліяній. Всего раньше начинается шелушеніе въ случаяхъ скарлатины съ милиарной

сыпью. Лупленіе кожи идетъ здѣсь съ засохшихъ и лопнувшихъ пузырьковъ уже очень рано, иногда еще до полного исчезанія сыпи, тогда какъ въ другихъ случаяхъ проходитъ отъ 2 до 14 дней послѣ окончанія лихорадочнаго періода скарлатины, прежде чѣмъ можно замѣтить первые слѣды шелушенія. Въ среднемъ оно появляется дней черезъ 5—7 послѣ окончанія лихорадки и тянется недѣли 2 или 3, а нерѣдко и до 6 недѣль. Періодъ шелушенія значительно укорачивается при методическомъ употребленіи теплыхъ ваннъ въ періодъ выздоровленія. Иногда случается, что одно и то же мѣсто или даже все тѣло лупится нѣсколько разъ, и въ такомъ случаѣ шелушеніе можетъ затянуться до двухъ мѣсяцевъ и дольше. Обыкновенно бываетъ такъ, что чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ обильнѣе бываетъ и шелушеніе, но полная пропорціональность между этими двумя явленіями замѣчается не всегда; извѣстно, напр., что, по наблюденіямъ многихъ авторитетныхъ врачей, шелушеніе появляется и послѣ скарлатины безъ сыпи. Предполагается, что пропотѣваніе серозной жидкости въ Мальпигіевъ слой, служащей причиной послѣдовательнаго шелушенія, происходитъ иногда и безъ значительнаго налитія кожныхъ капилляровъ, т.-е. безъ замѣтной сыпи. Въ случаяхъ очень легкой скарлатины, протекающей съ незначительною сыпью, кожа никогда не сходитъ пластами, и все шелушеніе выражается едва замѣтною шероховатостью кожи.

Вторымъ, характернымъ для скарлатины симптомомъ является воспаленіе горла или, такъ называемая, *скарлатинозная жаба*.

Узнать скарлатину по однимъ лишь измѣненіямъ слизистой оболочки зѣва можно только на первый день болѣзни, пока существуетъ мелкоточечная краснота мягкаго нѣба, т.-е. пока гинеремія слизистой оболочки носитъ на себѣ характеръ скарлатинозной сыпи. Красныя точки здѣсь такъ же мелки и такъ же тѣсно сидятъ другъ около друга, какъ и на кожѣ; нерѣдко онѣ принимаютъ иетехіальный характеръ. Если сыпь на нѣбѣ не сопровождается точечными петехіями, то она очень скоро уступаетъ мѣсто разлитой краснотѣ, которая характерна, до нѣкоторой степени, только потому, что занимаетъ сначала центръ мягкаго нѣба (въ отличіе отъ катарральной жабы, локализующейся, большею частію на миндалинахъ) и въ первое время все-таки сохраняетъ, до нѣкоторой степени, свой неравномѣрный, мраморный характеръ; какъ на отличительную ея особенность, можно указать еще на *рѣзкія границы* скарлатинозной жабы (Monti) и на *ярко-красный цвѣтъ* пораженной слизистой оболочки.

Черезъ день или два специфическій характеръ исчезаетъ: краснота дѣлается разлитой и распространяется на миндалины и на заднюю стѣнку глотки.

Интенсивность и характеръ скарлатинозной жабы зависятъ отъ силы самой скарлатины. Въ легкихъ случаяхъ, протекающихъ при умѣренной лихорадкѣ и при блѣдно-розовой, но хорошо развитой сыпи, измѣненія слизистой оболочки зѣва соответствуютъ обыкновенной катарральной жабѣ: больной жалуется на легкую боль при глотаніи, и при осмотрѣ оказывается разлитая краснота дужекъ и миндалинъ; шейныя и подчелюстныя железы замѣтнымъ образомъ не припухаютъ, и дня черезъ 3—4 все приходитъ къ нормѣ.

Въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, скарлатинозная жаба соответствуетъ фолликулярной ангинѣ, отъ которой не отличается ни-

какими особенными признаками. Боль при глотаніи здѣсь сильнѣе, чѣмъ въ предыдущей формѣ, но главное отличіе состоитъ въ томъ, что на покраснѣвшихъ и слегка припухшихъ миндалинахъ замѣчаются многочисленныя, желтоватаго цвѣта, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, возвышенныя пятнышки, служащія выраженіемъ припухшихъ и нагноившихся слизистыхъ железокъ; черезъ нѣсколько часовъ или черезъ сутки нарывчики вскрываются, и желтые островки исчезаютъ безслѣдно. При этой формѣ подъ угломъ нижней челюсти, съ одной или съ обѣихъ сторонъ, замѣчается припуханіе железъ.

Помимо этихъ желтоватыхъ островковъ на миндалинахъ встрѣчаются при скарлатинѣ еще и другого рода пятнышки или цѣлыя бляшки, не имѣющія ничего общаго съ дифтеритомъ; онѣ почти совсѣмъ бѣлаго цвѣта, легко удаляются висточкой (если только не сидятъ въ лакунахъ миндалевидной железы) и обязаны своимъ происхожденіемъ гиперплазіи шелушащагося эпителия и усиленному отдѣленію слизи.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины воспаленіе слизистой оболочки зѣва усиливается до степени дифтеритическаго воспаленія, но что еще вовсе не значитъ, что скарлатина осложнилась дифтеріей, или что больной заразился двумя ядами; если бы мы, по формѣ жабы, вздумали судить объ ея этиологіи, то съ такимъ же правомъ могли бы предположить, что легкіе случаи скарлатины всегда осложняются простудною жабой, что, конечно, никому не приходитъ въ голову. Всѣ признаютъ за скарлатинознымъ ядомъ способность вызывать воспаленіе зѣва различной степени интенсивности и нѣтъ основаній не допускать возможности развитія подъ вліяніемъ того же стимула съ образованіемъ дифтеритическаго экссудата. Такъ какъ при скарлатинозномъ дифтеритѣ всегда можно найти въ экссудатѣ стрептококка, то именно ему и приписывается роль производителя этой злокачественной жабы при скарлатинѣ.

Но объ этомъ мы уже подробно говорили въ главѣ о дифтеритѣ и возвращаться къ вопросу о самостоятельности скарлатинознаго дифтерита считаемъ излишнимъ; замѣтимъ только, что, ради устраненія путаницы номенклатуры, слѣдовало бы, согласно совѣту Непосч'а, изгнать изъ употребленія названіе скарлатинозный дифтеритъ и замѣнить его ничего не предвѣщающимъ терминомъ — *злокачественная скарлатинозная жаба*.

Третій кардинальный симптомъ скарлатины есть *лихорадка*. Кривая температуры при скарлатинѣ не настолько типична, чтобы можно было узнать скарлатину при одномъ взглядѣ на температурный листъ. Большинство случаевъ нормальной скарлатины характеризуется быстрымъ повышеніемъ температуры, короткимъ фастигіумомъ съ незначительными утренними пониженіями и сравнительно медленнымъ, но критическимъ окончаніемъ.

Лихорадка начинается вдругъ, у болѣе взрослыхъ дѣтей со зноба и уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 39—39,5°; въ теченіе 1—2 слѣдующихъ дней t° еще немного подымается и, достигнувъ 40,0—40,5°, стоитъ на этой высотѣ до 4-го или 5-го дня, а потомъ начинаетъ постепенно, но прогрессивно опускаться и дня черезъ 3 или 4 достигаетъ нормы, такъ что лихорадочный періодъ при нормальной, неосложненной скарлатинѣ продолжается приблизительно 7—9 дней.

Въ другихъ случаяхъ, независимо отъ легкости или тяжести заболѣванія, лихорадка начинается далеко не такъ бурно, и на первый вечеръ t° достигаетъ лишь 38,2—38,5 $^{\circ}$, но за симъ съ каждымъ днемъ усиливается и достигаетъ своего maximum'a на 4-й или даже только на 5-й день, а потомъ или начинается дефервесценція, или, подъ вліяніемъ осложненій, затягивается, какъ лихорадка перваго типа, на неопредѣленное время. Въ виду подобныхъ случаевъ, нельзя согласиться съ Cadet de Gassicourt'омъ, когда онъ говоритъ, что тяжелая скарлатина всегда начинается сильно (l. c., p. 416).

Въ чистыхъ случаяхъ обыкновенно бываетъ такъ, что лихорадка держится дольше сыпи дня на 3—4, или же случается такъ, что прекратившаяся было лихорадка черезъ день, два или позднѣе вдругъ появляется снова, возбуждаетъ во врачѣ напрасныя опасенія насчетъ появленія какого-либо осложненія и дня черезъ два, много черезъ 5—7 или еще позднѣе снова проходить.

Эта, такъ называемая, *послѣдовательная лихорадка* можетъ въ теченіе нѣсколькихъ дней держать врача въ большомъ смущеніи, такъ какъ онъ рѣшительно не знаетъ, какъ ее объяснить, чему приписать и на вопросъ родителей не можетъ отвѣтить, скоро ли она кончится. Эта послѣдовательная лихорадка, не зависящая отъ какихъ-либо осложненій, послужила предметомъ изслѣдованій д-ру Gumprecht'y (Deut. medic. Wochenschr. 1888, № 27). Изъ 228 случаевъ скарлатины онъ встрѣтилъ ее 13 разъ. Онъ различаетъ 4 типа: первый, самый частый типъ состоитъ въ томъ, что тотчасъ по окончаніи первоначальной скарлатинной лихорадки или нѣсколько дней спустя температура начинаетъ снова медленно повышаться, черезъ нѣсколько дней достигаетъ высшей точки и затѣмъ такъ же медленно или нѣсколько быстрѣе спускается до нормы (такихъ случаевъ было у автора 6); это — типъ *возвратной лихорадки*. Въ случаяхъ втораго типа лихорадка, несмотря на поблѣднѣіе сыпи, остается нѣсколько дней на прежней высотѣ: типъ *затянувшейся дефервесценціи* (4 случая). Въ случаяхъ 3-го типа лихорадка незамѣтно присоединяется къ первоначальной, вызывая быстрый скачокъ t° , долго не обнаруживающей наклонности къ паденію: типъ *стаціонарной послѣдовательной лихорадки*; наконецъ, въ случаѣ 4-го типа t° по окончаніи скарлатинной лихорадки достигаетъ сразу высшей точки, затѣмъ въ теченіе цѣлыхъ недѣль дѣлаетъ рѣзкія неправильныя колебанія: типъ *атипической послѣдовательной лихорадки*. Въ виду отсутствія какихъ бы то ни было мѣстныхъ причинъ для объясненія лихорадки, можно думать, что послѣдняя есть результатъ вліянія самого скарлатинознаго яда, который еще не успѣлъ выдѣлиться изъ организма или переработаться имъ; къ этой же категоріи относятся, вѣроятно, и случаи, описанные Thomas'омъ подъ именемъ скарлатинознаго тифа: лихорадочное состояніе, безъ мѣстныхъ очаговъ, затягивается недѣли на 3 и протекаетъ при тифозныхъ симптомахъ: бредъ, большая слабость, сухой языкъ, жидкій стулъ, опухоль селезенки. Скарлатинозная сынь является не съ самаго начала болѣзни, а нѣсколько дней спустя, и бываетъ слабо выражена.

Въ 9 случаяхъ за послѣдовательной лихорадкой не слѣдовало никакихъ осложненій, но въ остальныхъ впослѣдствіи развились по разу — отитъ, аденитъ, нефритъ, перикардитъ. Диагностика послѣдов. лихорадки можетъ быть

поставлена лишь съ крайней осторожностью послѣ тщательнаго изслѣдованія больного, между прочимъ — его ушей, носа, сердца и мочи. Сущность лихорадки авторъ видитъ въ общемъ (нигдѣ не локализованномъ) вліяніи стрептококковъ (отъ нихъ вообще зависятъ многія осложненія скарлатины) на организмъ (патогенное дѣйствіе). Замѣчательно, что послѣдовательная лихорадка наблюдается иногда и въ самыхъ легкихъ случаяхъ, протекающихъ безъ малѣйшихъ осложненій.

Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ maximum t^o можетъ быть достигнуто уже на первый день, еще до высыпанія. Помимо этого, тяжелая скарлатина отличается вообще очень высокими температурами и ничтожными утренними пониженіями.

Какъ долго можетъ тянуться лихорадка при осложненіяхъ, этого сказать нельзя, такъ какъ все зависитъ отъ характера осложненій. Въ первое время всего чаще поддерживаетъ лихорадку дифтеритъ зѣва, носа и въ особенности ушей, а также зависящіе отъ него нарывы въ железахъ и шейной клѣтчаткѣ. Подъ вліяніемъ только этихъ процессовъ лихорадка затянулась въ одномъ изъ моихъ случаевъ, у дѣвочки 6 лѣтъ, до 53-го дня.

Причиной подобной продолжительности лихорадки нужно считать, конечно, не мѣстный нагноительный процессъ, а отравленіе крови — septicemia.

Изъ скрытно протекающихъ болѣзней, могущихъ быть причиной лихорадки въ періодѣ выздоровленія, слѣдуетъ имѣть въ виду пери- и эндокардитъ, которые присоединяются къ скарлатинѣ не особенно часто, а также нефритъ, воспаленіе средняго уха и насморкъ въ заднихъ частяхъ носа.

Вопросъ о томъ, можетъ ли легкая скарлатина протекать совсѣмъ *безъ лихорадки*, въ чемъ сомнѣваются нѣкоторые авторы, я, на основаніи собственныхъ наблюденій, долженъ рѣшить въ утвердительномъ смыслѣ, въ какомъ высказывается также и Thomas.

Кромѣ трехъ поименованныхъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы — сыпь, жаба и лихорадка, при скарлатинѣ встрѣчается еще не мало другихъ признаковъ со стороны различныхъ органовъ.

Со стороны *органовъ пищеваенія* на первомъ планѣ должны быть поставлены рвота и измѣненія языка.

Рвота въ началѣ остро-лихорадочныхъ болѣзней при быстромъ повышеніи температуры встрѣчается у дѣтей не рѣдко, но при скарлатинѣ она зависитъ, повидимому, не столько отъ быстрого повышенія температуры, сколько отъ специфическаго дѣйствія яда. Къ такому заключенію мы приходимъ не только потому, что въ началѣ скарлатины рвота встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, но также и потому, во-1-хъ, что рвота бываетъ обыкновенно и въ легкихъ случаяхъ, протекающихъ съ очень умеренной лихорадкой, а во-2-хъ, еще и потому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она оказывается очень упорной. Мнѣ случилось, напр., наблюдать 2-дневную и 2¹/₂-дневную рвоту у двухъ братьевъ, имѣвшихъ скарлатину безъ сыпи (см. стр. 280, семья Осѣкиныхъ), (angina follicularis, умеренная лихорадка и рвота) и выздоровѣвшихъ черезъ 4—5 дней. Нерѣдко встрѣчается, впрочемъ, и однократная рвота. Что она происходитъ подъ вліяніемъ скарлати-

нознаго яда, видно и изъ того, что отъ нея не избавлены и болѣе взрослые дѣти, у которыхъ, какъ извѣстно, простая лихорадочная рвота бываетъ очень рѣдко.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ рвота появляется на 1-й день болѣзни, обыкновенно послѣ какого-нибудь питья или приѣма лѣкарства, рѣже — на второй. Содержимое рвоты сначала состоитъ изъ остатковъ пищи, принятой наканунѣ, а потомъ изъ слизистой жидкости съ примѣсью желчи.

Диагностическое значеніе рвоты состоитъ въ томъ, что она даетъ право подозрѣвать начало скарлатины, если у ребенка вмѣстѣ со рвотой появилась лихорадка и простая или фолликулярная жаба. Въ легкихъ случаяхъ скарлатины наблюдается обыкновенно однократная рвота, въ тяжелыхъ иногда тоже однократная, но большею частью повторная; въ громадномъ большинствѣ случаевъ даже и очень часто повторяющаяся рвота не продолжается долѣе 24 час.

Скарлатинозный языкъ пользуется у врачей большою извѣстностью; о свойствахъ его мы говорили на стр. 268.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины языкъ тоже очищается, но характерность его держится не долго, такъ какъ онъ скоро высыхаетъ, трескается и покрывается темно-бурыми корками.

Потеря аппетита, усиленная жажда и склонность къ запорамъ, спутники всякаго сильнаго жара, встрѣчаются, конечно, и при скарлатинѣ. Въ *тяжелыхъ случаяхъ* нерѣдко съ первыхъ же дней появляется *неудержимый поносъ*, пользующійся весьма дурной репутацией въ прогностическомъ отношеніи; поносъ умѣренной силы, напр. 2—3 раза въ день, не имѣетъ дурного значенія. Вообще говоря, жидкія испраженія въ началѣ скарлатины встрѣчаются рѣже, чѣмъ при кори.

Печень и селезенка, въ большинствѣ случаевъ, не представляютъ замѣтныхъ измѣненій; но въ тяжелыхъ случаяхъ иногда удается замѣтить при перкусіи умѣренное увеличеніе этихъ органовъ.

Моча при скарлатинѣ въ первые дни болѣзни представляетъ обычныя свойства лихорадочной мочи: она насыщеннаго цвѣта, большого удѣльнаго вѣса и въ уменьшенномъ количествѣ. Непослѣ обратилъ вниманіе на тотъ интересный фактъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ скарлатины въ разгарѣ лихорадки вдругъ начинается отдѣляться моча замѣчательно блѣдная, больше похожая на воду, чѣмъ на продуктъ дѣятельности почекъ. Такую мочу не разъ приходилось видѣть и намъ и, притомъ, какъ въ тяжелыхъ, даже въ смертельныхъ случаяхъ, такъ и въ сравнительно легкихъ.

Во многихъ случаяхъ скарлатины, въ періодъ лихорадки и цвѣтенія сыпи, въ мочѣ появляется бѣлокъ, обыкновенно въ незначительномъ количествѣ, въ сопровожденіи скудныхъ гиалиновыхъ цилиндровъ и небольшого числа перерожденныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Моча при этомъ остается свѣтла, количество ея уменьшается незначительно, она не содержитъ крови и не даетъ осадка, словомъ — совсѣмъ непохожа на мочу при настоящемъ нефритѣ, развивающемся въ періодъ выздоровленія. Черезъ нѣсколько дней альбуминурия исчезаетъ; до развитія водянки и уреміи дѣло никогда не доходитъ, если только эта альбуминурия не переходитъ въ настоящій нефритъ, что случается, впрочемъ, по общему отзыву авторовъ, крайне рѣдко.

Анатомическою причиною скарлатинозной альбуминурии можно считать катарр почевъ или зернистое перерожденіе почечнаго эпителия, преимущественно извитыхъ канальцевъ.

Въ первый періодъ скарлатины микроскопическія измѣненія почекъ, по крайней мѣрѣ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, состоятъ, по Klebs'у, въ томъ, что почка представляется увеличенной на счетъ корковаго вещества, которое въ разрѣзѣ оказывается анэмичнымъ и своимъ сѣровато-желтымъ цвѣтомъ рѣзко отличается отъ темно-сине-краснаго, полнокровнаго вещества. По сѣрому фону коры часто удастся видѣть налитые кровью и потому красные клубочки; мѣстами канальцы клубочка разрываются, и кровь не только выполняетъ капсулу его, но изливается и въ начальные участки извитыхъ канальцевъ, доходя такимъ образомъ до поверхности почки.

Friedlaender чаще встрѣчалъ въ этотъ періодъ почки почти вовсе неизмѣненными со стороны своихъ микроскопическихъ свойствъ; онѣ были нормальной величины и только нѣсколько полнокровнѣе, чѣмъ въ нормѣ; микроскопическія же измѣненія сводились къ помутнѣнію и отслойкѣ эпителия извитыхъ, а отчасти и прямыхъ канальцевъ.

По изслѣдованіямъ Полубинскаго („Къ вопросу о пораженіи почекъ при скарлатинозномъ процессѣ“, дисс., 1886) и Crooke (Fortschr. d. Med. 1885, № 20), въ первый періодъ скарлатины поражается не только эпителий извитыхъ канальцевъ, но и самые клубочки. Главнѣйшія измѣненія состоятъ въ размноженіи эндотелиальныхъ ядеръ клубочка, въ глиановомъ перерожденіи капилляровъ и отслойкѣ эпителия Баумановской капсулы.

Въ первые дни по прекращеніи лихорадки моча при скарлатинѣ очень часто даетъ обильный бѣлый осадокъ или муть отъ прибавленія азотной кислоты. Неопытные могутъ признать въ такомъ случаѣ альбуминурію, но, чтобы не впасть въ ошибку, надо только подогрѣть мочу, и бѣлый осадокъ при этомъ быстро исчезаетъ. Эта реакція зависитъ отъ избытка мочекислыхъ солей въ мочѣ, а не отъ пропептона, который тоже даетъ осадокъ отъ азотной кислоты, исчезающій при нагрѣваніи.

Со стороны *легкихъ и сердца* въ 1-й періодъ скарлатины не бываетъ, обыкновенно, никакихъ характерныхъ для нея измѣненій, хотя почти всѣ авторы указываютъ на чрезвычайную частоту пульса, какъ на симптомъ, специально свойственный скарлатинозной лихорадкѣ. Дѣйствительно, нерѣдко въ первые дни болѣзни можно насчитать 160—180, а у маленькихъ дѣтей даже 200 ударовъ въ минуту; но такъ какъ такой пульсъ сопровождается очень высокою температурой, то діагностическое значеніе его не велико: такой же пульсъ можно встрѣтить, напр., въ началѣ пневмоніи и др.

Припадки со стороны *нервной системы* бываютъ обыкновенно прямо пропорціональны высотѣ температуры и силѣ инфекціи, такъ что *по степени развитія нервныхъ явленій можно судить о большей или меньшей опасности даннаго случая*. Въ самыхъ легкихъ формахъ скарлатины, протекающихъ при умѣренной лихорадкѣ, нервныхъ явленій можетъ совсѣмъ не быть; въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, больные жалуются на головную боль, большую слабость и плохо спятъ по ночамъ, иногда бредятъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ больной оказывается въ возбужденномъ состояніи; онъ совсѣмъ не спитъ по ночамъ, а днемъ находится въ полубезсознательномъ состояніи, иногда бредитъ съ открытыми глазами, возится въ постели, или впадаетъ въ коматозное состояніе; бѣлки налиты; зрачки узки. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, съ 1-го или 2-го дня, появляются эclamпическія судороги, смѣ-

няющіяся сонливостью или спячкой. При изслѣдованіи больной выходитъ изъ себя, злится, сопротивляется изъ всѣхъ силъ, даже дерется. Къ этимъ симптомамъ мы еще вернемся, когда будемъ говорить о теченіи тяжелой скарлатины.

Изъ органовъ чувствъ — глаза, носъ и уши при легкой скарлатинѣ не поражаются. Въ тяжелыхъ случаяхъ глазныя яблоки краснѣютъ отъ инъекціи сосудовъ *conjunctivae bulbi*, а при дифтеритѣ зѣва процессъ можетъ распространяться на вѣки и потомъ вести къ разрушенію роговыхъ оболочекъ и къ атрофіи глаза. Тотъ же процессъ, распространяясь на среднее ухо, производитъ здѣсь обширныя разрушенія барабанныхъ перепонокъ и вызываетъ въ сравнительно благоприятномъ случаѣ многодѣльную течь изъ ушей, которая очень скоро дѣлается вонючей, несмотря на шприцеванія, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ процессъ можетъ закончиться потерей слуховыхъ косточекъ и значительной и даже полной глухотой. Иногда въ самый разгаръ процесса, кромѣ разрушенія барабанной перепонки и обильной течи, развивается параличъ лицевого нерва. Признакъ этотъ указываетъ, что тѣмъ или инымъ путемъ въ воспаленіи заинтересованъ и *n. facialis*, но было бы ошибкой считать въ такомъ случаѣ, что Фаллопиевъ каналъ уже разрушенъ косточкой и что дѣло непоправимо; напротивъ того, съ ослабленіемъ воспаленія въ ушахъ во многихъ случаяхъ не только параличъ, но до нѣкоторой степени восстанавливается и слухъ. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе распространяется на влѣтки сосцевиднаго отростка, что выражается чрезвычайно болѣзненностью этого отростка при давленіи, а потомъ образованіемъ абсцесса сзади уха.!

Скарлатинозное воспаленіе ушей можетъ быть причиной смертельнаго исхода, если, напр., оно даетъ поводъ къ тромбозу синусовъ и воспаленію мозговыхъ оболочекъ (даже и безъ косточды височной кости). *Otitis scarlatinosa* всегда отличается большимъ упорствомъ, и хотя въ большинствѣ случаевъ она и проходитъ безслѣдно, не оставляя даже замѣтной тугости слуха, но во всякомъ случаѣ не ранѣе какъ черезъ нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ.

Различныя формы скарлатины.

Скарлатина въ отличіе отъ кори представляетъ замѣчательное разнообразіе въ теченіи и многочисленныя осложненія. Вообще, принято отличать нормальную форму скарлатины отъ аномальной.

Нормальная скарлатина характеризуется умѣреннымъ и пропорціональнымъ другъ другу развитіемъ всѣхъ симптомовъ: лихорадкѣ въ 39,5—40° соответствуетъ повсемѣстная, ярко-красная, но безъ синеватаго оттѣнка, сыпь и умѣренная боль при глотаніи, вслѣдствіе фолликулярной или ограниченной дифтеритической жабы; нервныя явленія состоятъ въ головной боли, легкой сонливости днемъ и бреда по ночамъ, но безъ признаковъ особаго возбужденнаго состоянія и бессонницы. Пульсъ можетъ быть очень частъ, напр., 140 у дѣтей старшаго возраста, и 160 у маленькихъ, но онъ хорошаго наполненія; железы шеи хотя и увеличиваются, но остаются подвижными и при ощупываніи катются подъ пальцемъ и неболезненны. — Нормальный ходъ скарлатины не нарушается тѣмъ, что лихорадка затягивается дня на 2—4 дольше сыпи или

тѣмъ, что почти прекратившаяся уже лихорадка снова вспыхиваетъ безъ всякой замѣтной причины на 2 или 5 дней; напротивъ, и то и другое встрѣчается такъ часто, что можетъ считаться характернымъ для нормальной скарлатины.

Эта послѣдняя *начинается* обыкновенно *сразу*; ребенокъ не только не расхварывается предварительно, но даже и наканунѣ болѣзни бываетъ веселъ, какъ всегда. Чрезмѣрная веселость и живость наканунѣ заболѣванія, по Geisslerу, имѣютъ дурное прогностическое значеніе, такъ какъ наблюдаются обыкновенно предъ началомъ тяжелой скарлатины. Въ подкрѣпленіе этого мнѣнія Geissler'a, я могъ бы привести нѣсколько случаевъ изъ своей практики, когда матери указывали на чрезмѣрную веселость ребенка даже и безъ распросовъ въ этомъ направленіи.

Прежде всего больной жалуется на чувство царапанія въ горлѣ или легкую боль при глотаніи, но къ этому вскорѣ присоединяются сильный жаръ, головная боль и рвота, болшею частью однократная (унорная рвота даетъ право опасаться тяжелаго теченія скарлатины). Температура на первый же вечеръ достигаетъ приблизительно до 39,5° и продолжаетъ подыматься еще дня 2 или 3, такъ что максимум ^{t°} приходится на 3—4-й день. Періодъ инфекціонной лихорадки или, такъ называемый, періодъ предвѣстниковъ отличается при скарлатинѣ чрезвычайною короткостью, потому что черезъ нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни, много черезъ сутки, на лицѣ, шеѣ и груди появляется уже характерная сыпь. Первые 3 дня вмѣстѣ съ лихорадкой прогрессируетъ также и сыпь, и боль горла; черезъ сутки сыпь распространяется на все тѣло и съ каждымъ днемъ дѣлается все ярче; ангина за это время изъ простой катаральной превращается въ фолликулярную или ложно-дифтеритическую съ легко-снимающимися налетами, языкъ очищается, и скарлатина доходитъ до своего акме, на которомъ остается очень недолго, такъ какъ уже на слѣдующій день (4—5) замѣчается поблѣднѣніе сыпи и ослабленіе лихорадки; къ концу недѣли исчезаютъ сыпь и боль горла, а къ 9-му дню прекращается и лихорадка, которая (въ неосложненныхъ случаяхъ скарлатины почти никогда не тянется дольше 12 дней). Шелушеніе начинается на 2—3-й недѣлѣ (тѣмъ ранше, чѣмъ сильнѣе была сыпь) и продолжается отъ двухъ до трехъ недѣль, такъ что весь процессъ заканчивается въ 3—6 недѣль.

Аномальная скарлатина можетъ быть легкая и тяжелая.

Легкая форма характеризуется или тѣмъ, что всѣ кардинальные симптомы скарлатины, т.-е. лихорадка, сыпь и жаба развиты слабо, или тѣмъ, что тотъ или другой изъ этихъ признаковъ совсѣмъ отсутствуетъ.

Замѣчательно, что рвотой часто начинается и легкая форма. Переходъ отъ легкой, но вполне развитой скарлатины къ случаямъ безлихорадочнымъ составляютъ тѣ случаи, въ которыхъ лихорадка исчезаетъ прежде сыпи. Нѣкоторые авторы сомнѣваются въ существованіи совсѣмъ безлихорадочной скарлатины, но такіе случаи несомнѣнно встрѣчаются. Болѣзнь характеризуется ясно выраженной скарлатинозною сыпью по всему тѣлу и легкою краснотой слизистой оболочки зѣва, но общее состояніе остается не пораженнымъ и термометръ показываетъ нормальную ^{t°} какъ по утрамъ, такъ и вечеромъ съ перваго дня появленія сыпи и до ея исчезанія. Въ еще болѣе легкихъ случаяхъ скарла-

тинозная сыпь протекает не только без лихорадки, но и без пораженія зѣва, или если температура повышается, то очень немного ($38-38,5^{\circ}$) и ненадолго. Эти формы скарлатины, если онѣ появляются въ видѣ спорадическихъ случаевъ, для которыхъ источникъ зараженія остается неизвѣстнымъ, могутъ быть приняты за скарлатинозную краснуху (см. объ этой болѣзни).

Гораздо чаще встрѣчается и потому болѣе извѣстна *скарлатина безъ сыпи*, которая въ однихъ случаяхъ можетъ быть очень легкой, въ другихъ очень тяжелой, смотря по характеру жабы. Образчикомъ легкой скарлатины безъ сыпи могутъ служить случаи скарлатинозной жабы у взрослыхъ, ухаживающихъ за больными дѣтьми: они жалуются на боль при глотаніи, общую разбитость, головную боль и лому вѣ членахъ; при осмотрѣ зѣва замѣчается краснота слизистой оболочки миндалинъ, иногда съ желтоватыми точками отъ припухшихъ или изъязвленныхъ фолликулъ. Термометръ показываетъ отъ $37,5$ до 39° . Дня черезъ три всѣ болѣзненные симптомы исчезаютъ, и больной выздоравливаетъ безъ всякихъ послѣдствій.

Несомнѣнно, что подобныя abortивныя формы встрѣчаются и у дѣтей, никогда не имѣвшихъ прежде скарлатины. Если въ домѣ, гдѣ заболѣлъ ребенокъ, нѣтъ скарлатинозныхъ больныхъ, то подобную аномальную скарлатину легко смѣшать съ обыкновенной катарральной жабой. Предполагать ея скарлатинозное происхожденіе можно въ томъ случаѣ, если она начинается со рвоты и въ особенности, если въ самомъ началѣ болѣзни можно замѣтить пунктированную красноту мягкаго нѣба или если въ дальнѣйшемъ теченіи получается скарлатинозный языкъ (въ подобныхъ случаяхъ сосочки его припухаютъ незначительно, такъ что характернымъ остается только его сплошной красный цвѣтъ). Если при существованіи того или другого изъ приведенныхъ признаковъ у одного ребенка, въ данной семьѣ другой ребенокъ заболѣетъ настоящей скарлатиной, то діагностика дѣлается безспорной.

Такія формы скарлатины Trousseau назвалъ удачнымъ названіемъ *scarlatina frusta* — стертая скарлатина, аналогичная стертой надписи археологовъ, когда по одной, двумъ оставшимся буквамъ приходится возстановлять цѣлыя слова. Что *scarl. frusta* должна быть признана за дѣйствительную скарлатину, несмотря на полное ихъ симптоматическое несходство, слѣдуетъ изъ того, во-1-хъ, что между самой легкой формой скарлатины безъ сыпи, или безъ жабы и самыми тяжелыми случаями, кончающимися смертью въ 2—3 дня, существуютъ всевозможныя переходныя формы, а, во-2-хъ, и главнымъ образомъ на основаніи свойствъ ихъ контагія. Почти всѣ острые заразные болѣзни встрѣчаются какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ формахъ, весьма не похожихъ другъ на друга по симптомамъ, но, несомнѣнно, тождественныхъ по этиологіи, что выражается въ томъ, во-1-хъ, что отъ легкой формы могутъ произойти путемъ зараженія самыя тяжелыя заболѣванія и наоборотъ, и во-2-хъ, въ томъ, что легкія формы заболѣванія дѣлаютъ человѣка иммуннымъ относительно новаго зараженія.

Сила заболѣванія при каждомъ отдѣльномъ случаѣ зависитъ отъ двухъ условій: съ одной стороны, отъ силы яда, съ другой — отъ почвы, на которую онъ попадаетъ, т. е. отъ расположенія организма къ зараженію. Если у даннаго субъекта совсѣмъ нѣтъ расположенія,

то онъ не заразитъся, какъ бы силенъ ни былъ контактъ; если же расположеиіе невелико, то зараженіе произойдетъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ сильнѣе ядъ, но и самый сильный ядъ произведетъ при случаѣ только легкое abortивное заболѣваніе; наоборотъ, при очень развитомъ расположеніи и слабый контактъ можетъ вызвать опасное заболѣваніе. Известно вѣдь, что способъ предохранительной прививки натуральной оспы оставленъ былъ, между прочимъ, и вслѣдствіе того, что лимфа, взятая отъ больного легкой оспой, вызывала у нѣкоторыхъ инокулированныхъ сливную и даже смертельную оспу. То же самое наблюдается и при естественной, передачѣ скарлатины, что встрѣчалось, конечно, каждому занятому врачу. Изъ своей практики приведу, напр., случай въ семействѣ Осѣкиной. Въ маѣ 1886 года я былъ приглашенъ къ мальчику 10 лѣтъ, у котораго лихорадочное состояніе около 40° сопровождалось фолликулярной жабой и упорной двухдневной рвотой, на основаніи которой я заподозрилъ въ этомъ случаѣ скарлатину безъ сыпи, о чемъ и сообщилъ матери, но она не отдѣлила двухъ другихъ дѣтей. Приблизительно черезъ недѣлю точно такая же жаба и съ еще болѣе упорной рвотой (2½ сутокъ) появилась у его 6-лѣтняго брата, а еще черезъ нѣсколько дней заболѣлъ и третій братъ (8 лѣтъ), но уже не жабой только, а несомнѣнной скарлатиной, съ обширной дифтеритической ангиной. Только что отхворавшіе два брата опять не были изолированы и тѣмъ не менѣе не заразились больше.

Тяжелая или злокачественная скарлатина характеризуется или чрезвычайнымъ развитіемъ симптомовъ со стороны горла и сосѣднихъ органовъ, или припадками общаго отравленія организма, причемъ злокачественное вліяніе яда выражается, главнымъ образомъ, очень *высокой температурой, упадкомъ дѣятельности сердца* (очень частый и слабый, едва ощутимый пульсъ) и *бурными симптомами со стороны центральной нервной системы*. По Непосч'у, злокачественность скарлатины выражается, главнымъ образомъ, въ двухъ направленіяхъ: во-1-хъ, въ чрезвычайной склонности болѣзни осложняться некротизирующими воспаленіями (такъ называемый дифтеритъ зѣва и друг. органовъ, напр., мочушницъ мѣсть кожи, половыхъ частей и пр.), и во-2-хъ, въ специфическомъ вліяніи яда на сердце и центральную нервную систему. Говоря о скарлатинозной жабѣ, мы уже упоминали про то, что интенсивность ея зависитъ отъ силы самой скарлатины, т.-е. въ легкихъ случаяхъ скарлатины встрѣчаются катарральныя формы воспаленія зѣва, а въ случаяхъ тяжелой скарлатины мы имѣемъ дѣло съ такъ называемымъ скарлатинознымъ дифтеритомъ. Объ отличіяхъ этой формы жабы отъ дифтеріи мы говорили въ предыдущей главѣ, здѣсь же ограничимся замѣчаніемъ, что скарлатинозный дифтеритъ никогда не появляется съ перваго дня болѣзни, въ это время можно только опасаться его появленія въ недалекомъ будущемъ, именно во всѣхъ случаяхъ, когда больной производитъ впечатлѣніе тяжелой формы скарлатины (t° выше 40°, сухость языка, затемненное сознаніе и проч.). Первые признаки дифтеритическаго экссудата появляются обыкновенно на 3—4-й день и прежде всего, именно, на миндалинахъ и на краю нѣбной занавѣски и язычка; позднѣе (черезъ 1—3 дня) весь зѣвъ, не исключая и задней стѣнки, покрывается желтовато-грязнымъ экссудатомъ и изъ носа начинается выдѣляться гнойная слизь, разѣдающая кожу ноздрей и верхней губы; опухоль мягкихъ частей зѣва бываетъ обыкновенно не велика, но скоро замѣтно припухаютъ подчелюстныя и другія шейныя железы. Пока железки не срстаются съ кожей и при изслѣдованіи пальцемъ оказываются подвижными и не особенно болѣзненными, до тѣхъ поръ скарлатинозный дифтеритъ не можетъ быть названъ тяжелымъ,

хотя бы дифтеритическій экссудатъ и занималъ довольно обширное пространство; но какъ только вовлекается въ воспаленіе и шейная клѣтчатка, какъ только появляется плотная и разлитая опухоль шеи, такъ состояніе больного дѣлается гораздо болѣе опаснымъ; въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ флегмона занимаетъ всю подбородочную область и всю переднюю поверхность шеи, и больной обыкновенно не дожидается до образованія гноя, а умираетъ большею частью около 10—13-го дня. Если дѣло доходитъ до нагноенія, то при вскрытіи абсцесса вмѣстѣ съ сѣрымъ гноемъ выдѣляются клочки омертвѣлой клѣтчатки и получается глубокая полость, дно которой образуютъ совсѣмъ обнаженные, какъ бы отпрепарованныя мышцы. Если больной дожилъ до вскрытія нарыва, то обыкновенно онъ выздоравливаетъ.

Въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ, извѣстныхъ подъ именемъ *скарлатинознаго отравленія крови*, смерть можетъ наступить на первый день болѣзни, еще до появленія сыпи, такъ что діагностика выясняется лишь на основаніи этиологическихъ моментовъ, т.-е. если въ томъ же домѣ почти одновременно появляются болѣе ясно выраженные случаи; если же скарлатиновыхъ въ домѣ нѣтъ, то сильный жаръ, рвота, бредъ и судороги даютъ поводъ подозревать скарлатину, если вмѣстѣ съ этими припадками появляется интенсивная, съ синеватымъ оттѣнкомъ краснота слизистой оболочки зѣва. Подобная картина (но безъ пораженія зѣва) бываетъ еще при оспѣ и при менингитѣ.

Злокачественная скарлатина тоже начинается внезапно со рвоты, большею частью повторной, и сильнаго жара, но съ тою только разницей отъ нормальныхъ случаевъ, что, во-1-хъ, температура уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ 40,5—41° и, во-2-хъ, что очень скоро появляется помраченіе сознанія, сопровождающееся или спячкой, или, напротивъ того, очень возбужденнымъ состояніемъ въ видѣ полной безсонницы, вскакиванія съ постели, непрерывнаго бреда съ открытыми глазами и общихъ судорогъ. Самые смирныя и послушныя дѣти дѣлаются чрезвычайно буйными и оказываютъ сильнѣйшее противодѣйствіе врачу, желающему изслѣдовать горло, и т. п. Пульсъ при этомъ необычайно частъ, до 200 ударовъ, и легко сдавимъ, конечности холодны, глаза блестящи съ суженными зрачками. Смерть въ простраціи можетъ наступить уже на первый день. Trousseau рассказываетъ про одну женщину, умершую меньше чѣмъ черезъ 11 часовъ отъ начала болѣзни; у нея былъ бредъ, ужасное возбужденіе и необыкновенно частый пульсъ.

Если больной переживаетъ первые дни, то лихорадка, оставаясь попрежнему высокой, отличается ничтожностью утреннихъ ремиссій; нервные симптомы еще болѣе усиливаются, сыпь высыпаетъ или очень дѣлливо, появляясь лишь на нѣкоторыхъ мѣстахъ, или, наоборотъ, очень обильно, но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ она отличается отъ нормальной фіолетовымъ оттѣнкомъ — родъ цианоза вслѣдствіе ослабленной дѣятельности сердца. Пораженіе зѣва уже на 3-й день принимаетъ дифтеритическій характеръ и быстро распространяется на сосѣднія части, что особенно замѣтно по мягкому и твердому нёбу; одновременно распухаютъ или мѣтатическія железы шеи, и первые признаки флегмоны можно констатировать уже на 5-й день. Большинство такихъ больныхъ умираетъ отъ 4-го до 7-го дня.

Эклямпсію въ началѣ скарлатины Trousseau считалъ болѣе опаснымъ признакомъ, чѣмъ судороги при ослѣ и при кори, что подтвердилось и въ случаяхъ, встрѣтившихся мнѣ, такъ какъ всѣ такіе больные умирали въ теченіе первой недѣли болѣзни. Barthez et Rilliet тоже не видали ни одного случая выздоровленія, если судороги появлялись въ первый періодъ скарлатины (l. c. S. 242).

Для маленькихъ дѣтей скарлатинозная эклямпсія, можетъ-быть, и не имѣеть такого безусловно дурного прогностическаго значенія, такъ какъ въ этомъ возрастѣ судороги вообще являются легче и для происхожденія ихъ не требуется непременно сильнаго вліянія яда на центральную нервную систему, — достаточно одной высокой температуры.

Опаснымъ предзнаменованіемъ Trousseau считалъ также *одышку* безъ всякихъ замѣтныхъ измѣненій въ легкихъ и обильный, неудержимый поносъ, при многодневной желчной рвотѣ, какъ признакъ пораженія узловатой нервной системы.

По справедливому замѣчанію Hensch'a, бурное начало скарлатины, въ видѣ очень высокой лихорадки и признаковъ сильнаго возбужденія или угнетенія нервной системы, само по себѣ еще не доказываетъ непремѣнной злокачественности, такъ какъ бывають случаи, когда послѣ 3-го или 4-го дня наступаетъ вдругъ улучшение, и скарлатина течетъ нормальнымъ образомъ; это именно тѣ случаи, въ которыхъ противолихорадочное лѣченіе, въ особенности ваннами, съ перваго же раза доставляетъ больному замѣтное облегченіе. Настоящіе злокачественные случаи отличаются, по его наблюденіямъ, тѣмъ, что ни ванны, ни другіе antipyretica не производятъ никакого эффекта.

Къ числу безусловно смертельныхъ болѣзней относится также и *геморрагическая скарлатина*, характеризующаяся тѣмъ, что, помимо тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ, появляются болѣе или менѣе многочисленныя и обширныя петехіи и кровоподтеки на кожѣ и кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ, преимущественно изъ носа, но также изъ десенъ, кишекъ и почекъ.

Совсѣмъ другой характеръ имѣють случаи *тяжелой скарлатины безъ сыпи*. Лихорадка бываетъ обыкновенно очень высока (40° съ чѣмъ-нибудь), жаба принимаетъ дифтеритическій характеръ и сопровождается опуханіемъ шейныхъ железъ и клѣтчатки, пораженіемъ носа и ушей, и словомъ, все какъ при тяжелой скарлатинѣ, но только при отсутствіи сыпи.

Такая форма скарлатины часто смѣшивается съ обыкновенной дифтеріей, но въ большинствѣ случаевъ легко избѣжать ошибки посредствомъ тщательнаго осмотра поверхности тѣла; очень часто, именно, удается при этомъ открыть кое гдѣ зачатки скарлатинной сыпи; всего чаще можно замѣтить ее въ пахахъ, на нижней части живота, на лобкѣ, подъ мышками, а иногда и на лицѣ. Дифтеритическая скарлатинозная жаба безъ сыпи встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, но всего чаще, какъ кажется, у грудныхъ, для которыхъ она очень опасна, и если они не всегда умирають отъ нея, то во всякомъ случаѣ значительно истощаются отъ продолжительной лихорадки, боли въ ушахъ и абсцессовъ на шеѣ вслѣдствіе нагноенія лимфатическихъ железъ.

Выше мы сказали, что бурное начало не служитъ еще ручательствомъ того, что теченіе будетъ тяжелое, но зато и, наоборотъ, нельзя быть покойнымъ за

больного, у котораго скарлатина началась съ очень легкихъ припадковъ. — Сравнительно нерѣдко случается, что на первый день болѣзни, при ясно замѣтной скарлатинозной сыпи, больной жалуется только на неловкость при глотаніи и представляетъ ничтожное повышеніе t° , напр. не выше $38,5^{\circ}$ вечеромъ, такъ что нѣтъ ничего, что указывало бы на предстоящую опасность, и врачъ легко можетъ высказаться въ это время за то, что у больного очень легкая скарлатина и что черезъ нѣсколько дней онъ будетъ здоровъ, но вмѣсто того съ каждымъ днемъ состояніе больного ухудшается и на 3-й, 4-й день, когда лихорадка достигаетъ своего maximum'a, въ зѣвѣ появляется дифтеритическій экссудатъ, по быстрому распространенію котораго врачъ теперь, конечно, догадывается, насколько опасно положеніе больного; на основаніи нѣсколькихъ случаевъ я всегда опасаясь такого хода болѣзни, если на первый день, при легкой лихорадкѣ и при хорошемъ общемъ состояніи, въ зѣвѣ замѣчается точечная, *нетехиальная* сыпь на переднихъ дужкахъ мягкаго нѣба или въ центрѣ его, около язычка. Параллельно съ распространеніемъ дифтерита на нѣбо, носъ и уши быстро развиваются скарлатинозные бубоны и флегмона шейной клѣтчатки. Такіе больные нерѣдко умираютъ въ теченіе второй недѣли, а если выздоравливаютъ, то не иначе какъ черезъ нѣсколько недѣль, когда успѣютъ образоваться обширные и глубокіе гнойники на шеѣ, послѣ вскрытія которыхъ обнажаются обыкновенно шейные мускулы, а иногда и сосуды. Въ подобныхъ случаяхъ лихорадка принимаетъ пѣмическій характеръ и постоянно поддерживается какими-нибудь осложненіями, вродѣ воспаленія сочлененій или надкостницы трубчатыхъ костей, образованіемъ абсцессовъ въ отдаленныхъ органахъ, воспаленіемъ почекъ и др.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни при скарлатинѣ чрезвычайно многочисленны и притомъ часто встрѣчаются не только въ тяжелыхъ, но и въ легкихъ случаяхъ скарлатины; однако, тяжелая скарлатина и скарлатина средней силы, но съ плохо развитою сыпью, богаче осложненіями, чѣмъ нормальные случаи.

Дифтеритическая жаба съ ея послѣдствіями, въ видѣ пораженія носа, ушей и шейныхъ железъ съ окружающей ихъ клѣтчаткой, описаны уже выше, такъ какъ все это составляетъ почти необходимую принадлежность тяжелой скарлатины. Замѣтимъ еще, что между опухолью железъ и пораженіемъ зѣва пропорціональность въ степени развитія бываетъ не всегда. Нерѣдко, именно при сравнительно легкой ангиѣ, безъ всякаго дифтерита, железы все-таки припухаютъ сильно и иногда переходятъ въ нагноеніе, и притомъ въ такомъ позднемъ періодѣ болѣзни, когда отъ скарлатинозной жабы не осталось и слѣдовъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ шейныя железы, въ особенности лежащія пониже уха, вдоль задняго края *musc. st.-cl.-mastoidei*, начинаютъ припухать не во время скарлатины, а послѣ исчезанія лихорадки и всѣхъ мѣстныхъ явленій со стороны горла, носа и ушей. Увеличеніе железокъ идетъ или очень медленно и безъ лихорадочнаго состоянія, или быстро и съ жаромъ; въ первомъ случаѣ онѣ рѣдко достигаютъ величины болѣе чѣмъ тѣснаго орѣха, при давленіи на нихъ боль бываетъ не велика, железка катается подъ пальцемъ; въ лихора-

дочныхъ случаяхъ железы достигаютъ до величины грецкого орѣха или небольшого яблока и сопровождаются гораздо большею болѣзненностью. Въ нагноеніе онѣ переходятъ очень рѣдко, но въ хроническое затвердѣніе — довольно часто, особенно у золотушныхъ субъектовъ. Эти *послѣдовательные адениты* аналогичны послѣдовательнымъ нефритамъ (см. ниже); какъ тѣ, такъ и другіе являются слѣдствіемъ того, что скарлатинозный ядъ остается въ организмѣ еще довольно долго по исчезаніи сыпи и лихорадки и оказываетъ свое дѣйствіе то на однѣ только почки, то на однѣ лимфатическія железы, а то такъ и на то и другое одновременно; по этой причинѣ аденитъ послѣ скарлатины нерѣдко совпадаетъ съ нефритомъ и можетъ служить до нѣкоторой степени полезнымъ симптомомъ для ретроспективной діагностики скарлатины, протекшей безъ замѣтной сыпи или вообще такъ легко, что родители даже и врача не звали.

Гораздо рѣже — и притомъ только въ тяжелыхъ случаяхъ — появляется флегмонозное воспаленіе въ области *carotis* или абсцессы клѣтчатки въ отдаленныхъ отъ шеи мѣстностяхъ, напр. на конечностяхъ, гдѣ встрѣчаются также и гнойныя воспаленія надкостницы съ исходомъ въ некрозъ кости или безъ онаго. — Въ тяжелыхъ же случаяхъ развиваются иногда гангрена кожи въ видѣ потае или пролежней и гнилостная флегмона шейной клѣтчатки съ образованіемъ икорознаго гноя.

Весьма опаснымъ осложненіемъ скарлатины является иногда обильное, большею частію смертельное, кровотеченіе изъ шейныхъ сосудовъ, вслѣдствіе разрушенія ихъ стѣнокъ при глубокихъ нагноеніяхъ на шеѣ. Что выздоровленіе возможно даже и при артеріальномъ кровотеченіи, доказываетъ, напр., случай д-ра Зеленкова (Врачъ 86, № 12), въ которомъ была произведена перевязка *art. carotis* въ гнойникѣ.

Помимо этого, скарлатина всего чаще осложняется воспаленіемъ почекъ и различныхъ серозныхъ оболочекъ (въ отличіе отъ кори, поражающей преимущественно слизистыя оболочки).

Воспаленіе почекъ составляетъ обыкновенно не осложненіе, а послѣдовательную болѣзнь, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ начинается отъ 11 до 21-го дня и очень рѣдко послѣ 4—5-й недѣли. Отъ скарлатинозной альбуминурии, свойственной лихорадочному періоду скарлатины, воспаленіе почекъ позднѣйшаго періода, извѣстное подъ именемъ *послѣдовательнаго нефрита*, рѣзко отличается какъ по симптомамъ и теченію, такъ и по анатомической своей сущности.

Частота появленія этого осложненія всецѣло зависитъ отъ характера эпидеміи и колеблется отъ 1 до 80%.

Время появленія нефрита опредѣляется авторами различно: West (Handb. d. Kinderh. 1872, S. 402) говоритъ, что всего чаще начало альбуминурии приходится на конецъ первой или на начало 2-й недѣли, Barthez и Rilliet — на 2-й или 3-й недѣль, Trousseau — отъ 15-го до 20-го дня послѣ исчезновенія сыпи, Steiner — отъ 13-го до 21-го дня и т. д. Самый поздній срокъ опредѣляется авторами отъ 40 до 60 дней отъ начала болѣзни.

Что касается до патолого-анатомическихъ измѣненій почекъ при послѣскарлатинозномъ нефритѣ, то едва ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что они не

во всѣхъ случаяхъ одинаковы, а потому авторы расходятся не только при описаніи микроскопическихъ измѣненій почекъ, но даже и относительно микроскопическаго вида больной почки.

Въ учебникахъ послѣскарлатинозный нефритъ описывается подъ именемъ остраго паренхиматознаго нефрита, при которомъ почка является значительно увеличенной въ объемѣ и именно насчетъ корковаго вещества, которое отличается отъ полнокровнаго, краснаго мозгового вещества своимъ сѣроватымъ оттѣнкомъ, вслѣдствіе анеміи; на этомъ сѣромъ фонѣ выступаютъ налитые клубочки въ видѣ красныхъ точекъ.

Микроскопическія измѣненія состоятъ въ зернистомъ или жировомъ перерожденіи эпителия извитыхъ канальцевъ и въ инфильтраціи междуточной соединительной ткани лимфодными элементами, причѣмъ клубочки, помимо налитія сосудовъ, не представляютъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій. По Wagner'у (Ziems. Handbuch Nierenkrankheiten 3 Aufl., S. 139), кромѣ этого, какъ онъ называетъ, остраго лимфоматознаго нефрита, при скарлатинѣ часто встрѣчается еще *большая бѣлая почка* съ многочисленными геморрагіями или безъ нихъ, причѣмъ увеличеніе почки происходитъ только на счетъ гипереміи органа и набуханія эпителия мочевыхъ канальцевъ, тогда какъ строма остается интактною и клубочки, за исключеніемъ незначительной набухлости и ожиренія эпителия, не представляютъ никакихъ измѣненій. Въ случаѣ геморрагій кровь почти никогда не изливается въ междуточную соединительную ткань, а всегда въ просвѣтъ мочевыхъ канальцевъ или капсулы клубочковъ. Это, слѣдовательно, та же форма, которая въ болѣе легкой степени постоянно встрѣчается и при лихорадочной альбуминуриі (зернистое перерожденіе почки).

По изслѣдованіямъ Klebs'a, напротивъ, острый паренхиматозный нефритъ встрѣчается при скарлатинѣ крайне рѣдко, типическимъ же для нея процессомъ онъ считаетъ такъ назыв. *гломерулонефритъ*, рѣдко отличающійся отъ предыдущаго уже по макроскопическому виду почки, который мало чѣмъ отличается отъ нормальнаго. Объемъ почки при *glomerulonephritis* не увеличенъ, вещество почки въ разрѣзѣ оказывается нѣсколько полнокровнымъ, но на этомъ красномъ фонѣ выступаютъ бѣдныя точки, которыя суть не что иное какъ безкровныя клубочки, капилляры которыхъ славлены размножившимися ядрами межсосудистой соединительной ткани или отъ утолщенія самой сосудистой стѣнки и размноженія эндотелиальныхъ ядеръ (Friedlaender).

На основаніи собственныхъ наблюденій я готовъ согласиться съ Wagner'омъ, по которому чистыя формы гломерулонефрита встрѣчаются вовсе не такъ часто, какъ утверждаютъ Klebs и Friedlaender, а что не менѣе часто попадаютъ случаи такъ называемаго остраго паренхиматознаго нефрита, при которомъ, между прочимъ, поражаются и клубочки, и строма. Возможно, что различныя измѣненія почекъ стоятъ въ связи съ характеромъ данной эпидеміи.

Много споровъ вызвалъ также и вопросъ о *патогенезѣ* послѣскарлатинознаго нефрита. Несомнѣнно, что простуда въ дѣлѣ развитія скарлатинознаго нефрита, если и играетъ какую нибудь роль, то далеко не главную, такъ какъ извѣстно, во-1-хъ, что на частоту появленія нефрита влияетъ главнымъ образомъ характеръ эпидеміи, а во-2-хъ, что нефритъ сплошь и рядомъ поражаетъ дѣтей, не оставляющихъ постели и самымъ тщательнымъ образомъ оберегаемыхъ отъ простуды, тогда какъ въ другія эпидеміи не заболѣваютъ даже и уличныя дѣти.

Указаніе авторовъ на то, что нефритъ чаще встрѣчается послѣ тяжелыхъ случаевъ скарлатины, тоже не говоритъ въ пользу простуднаго происхожденія воспаленія почекъ, такъ какъ такія дѣти остаются въ постели дольше трехъ недѣль, этого обычнаго срока для появленія нефрита. Въ настоящее время почти всѣ авторы высказываются за токсическое происхожденіе нефрита, причѣмъ нѣкоторые (Jurgensen) предполагаютъ, что нефритъ можетъ быть вызванъ самимъ скарлатинознымъ ядомъ, а другіе думаютъ (французскіе авторы), что онъ есть результатъ вторичной инфекціи и вызывается стрептококкомъ.

Если признать за доказанное, что типическимъ признакомъ скарлатинознаго нефрита является *glomerulitis*, то одно уже пораженіе клубочковъ и первичное измѣненіе эпителия капсулы и извитыхъ канальцевъ прямо бы указывало на то, что вреднодѣйствующія вещества приносятся кровью въ клубочки и дѣйствуютъ здѣсь измѣняющимъ образомъ на сосудистыя стѣнки и эпителий начальныхъ мочевыхъ канальцевъ. Но въ пользу токсической теоріи гово-

рять не только анатомическія данныя, но и клиническія наблюденія, именно, во-1-хъ, то обстоятельство, что на частоту появленія послѣскарлатинознаго нефрита, по общепринятому взгляду, большое вліяніе оказываетъ характеръ эпидеміи, зависящій, конечно, отъ свойствъ яда скарлатины, и, во-2-хъ, частое появленіе извѣстныхъ измѣненій почекъ въ первый періодъ скарлатины, — измѣненій, носящихъ характеръ инфекціоннаго происхожденія. Въ большинствѣ случаевъ инфекціонный катарръ почекъ 1-го періода проявляется въ формѣ альбуминурии и другихъ незначительныхъ измѣненій мочи и скоро исчезаетъ, но въ другихъ случаяхъ, по наблюденіямъ Steiner'a и Eisenschitz'a, катарръ этотъ можетъ усилиться до степени настоящаго паренхиматознаго нефрита. Взглядъ этотъ подтверждается микроскопическими изслѣдованіями Полубинскаго и Сгооке, которые дѣйствительно находили въ первомъ періодѣ скарлатины какъ бы переходныя формы отъ катарральнаго нефрита къ гломерулиту.

Но если даже мы и допустимъ справедливость токсической теоріи, то имѣемъ ли мы въ такомъ случаѣ право считать безразличнымъ вліяніе простуды? Я думаю, что нѣтъ, вѣдь простуда въ нѣкоторыхъ случаяхъ способна вызвать острый нефритъ даже у вполне здороваго человѣка, такъ возможно ли отрицать ея вліяніе на почки, ужъ и безъ того расположенныя къ воспаленію, а потому слѣдуетъ считать вполне рациональнымъ общепринятый обычай — держать въ постели выздоравливающихъ отъ скарлатины, по крайней мѣрѣ, 3 недѣли послѣ окончанія лихорадки. Но едва ли можно согласиться съ Cadet de Gassicourt'омъ, который говоритъ, что опасной степени водянка или уремія встрѣчаются только у дѣтей, слишкомъ рано выпущенныхъ на воздухъ или вообще не уберженныхъ отъ простуды. По его наблюденіямъ, тяжелый нефритъ никогда не развивается у дѣтей безъ вліянія простуды, а если и появляется у нихъ альбуминурия послѣ скарлатины, то она всегда скоро якобы исчезаетъ. Онъ держитъ больныхъ въ постели до 15-го или 20-го дня смотря по тяжести случая) и не позволяетъ выходить изъ комнаты до 6 недѣль. Такого же взгляда держится и Sanné (Tr. cl. et prat. des mal. de l'enf. Bartz et Sanné, t. III, 1890).

Симптомы и теченіе скарлатинознаго нефрита, какъ и самой скарлатины, отличаются большимъ разнообразіемъ.

Самыми важными симптомами нефрита являются, конечно, *измѣненія мочи*. На изслѣдованіи мочи основывается не только діагностика, но также и прогностика и терапия нефритовъ. Во всѣхъ случаяхъ остраго нефрита, по крайней мѣрѣ въ разгарѣ болѣзни, *количество мочи* болѣе или менѣе значительно *уменьшается*, а иногда дѣло доходитъ даже до полной ануріи; *моча* темна и *мутна*, иногда кровяно-краснаго цвѣта и при стояніи *дастъ осадокъ*, состоящій изъ *мочекислыхъ солей, бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, эпителиальныхъ клетокъ и различныхъ мочевыхъ цилиндровъ*; моча при остромъ скарлатинозномъ нефритѣ всегда содержитъ бѣлокъ, количество котораго, въ большинствѣ случаевъ, прямо пропорціонально тяжести заболѣванія. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, при ничтожномъ выдѣленіи мочи, бѣлка можетъ быть такъ много, что при кипяченіи мочи она свертывается цѣликомъ, образуя желеобразную массу; въ обыкновенныхъ случаяхъ бѣлокъ осаждается при кипяченіи крупными хлопьями, но иногда его бываетъ такъ мало, что отъ прибавленія азотной кислоты или при кипяченіи образуется только муть, которая черезъ нѣсколько минутъ осаждается, потому что мельчайшія частицы бѣлка, образующія муть, остаются взвѣшенными въ жидкости.

Удѣльный вѣсъ мочи при нефритѣ больше нормальнаго (иногда даже больше удѣльнаго вѣса крови — Bartels), такъ же какъ и относительное количество мочевины, но абсолютно ея всегда бываетъ меньше, чѣмъ въ нормѣ, такъ же какъ и мочевоы кислоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи, иногда уже съ первыхъ дней заболѣванія, въ другихъ случаяхъ много позднѣе, появляется *подкожная во-*

дianka и водянка полостей, иногда уремiя, а также расширенiе и гипертрофiя сердца.

Начало болѣзни, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, обозначается сильнымъ жаромъ и рвотой, въ другихъ — повышенiя температуры почти не бываетъ и начало болѣзни ускользаетъ отъ наблюденiя. Нѣкоторые авторы, напр. Rosenstein, сомнѣваются въ способности остраго нефрита вызывать значительную лихорадку, но въ дѣтскомъ возрастѣ подобные случаи не принадлежатъ къ исключенiямъ.

Не слѣдуетъ думать, что всѣ перечисленные свойства мочи всегда идутъ рука объ руку и параллельно другъ другу, — напротивъ того, въ преобладанiи того или другого припадка замѣчается большое разнообразiе, особенно отно-ительно бѣлка и форменныхъ элементовъ. Въ иныхъ случаяхъ моча, очень богатая бѣлкомъ, оказывается бѣдной цилиндрами и бѣлыми кровяными шариками, тогда какъ въ другихъ случаяхъ бываетъ, наоборотъ, много цилиндровъ и даже красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и мало бѣлка. Малому количеству мочи почти всегда соответствуетъ большое содержанiе бѣлка, но не наоборотъ, такъ какъ сильная альбуминуриа встрѣчается иногда и при обильной мочѣ.

По всей вѣроятности, въ основѣ этихъ диаметрально противоположныхъ свойствъ мочи лежитъ различная анатомическая сущность нефритовъ, которая, однако, за недостаткомъ наблюденiй не поддается точному клиническому опредѣленiю при постели больного; теоретическое же разсужденiе позволяетъ ставить не картины болѣзни различныхъ формъ скарлатинаго нефрита, а только контуры этихъ картинъ въ главныхъ чертахъ. Господствующiй въ настоящее время взглядъ на дѣятельность почекъ состоитъ въ томъ, что пропотѣванiе бѣлка совершается въ клубочкахъ, здѣсь же фильтруется и вода мочи, тогда какъ азотистыя вещества доставляются эпителиемъ канальцевъ, здѣсь же при нефритахъ происходитъ отслойка почечнаго эпителия и образованiе цилиндровъ, слѣдовательно, при чистомъ и распространенномъ гломерулонефритѣ мы должны ожидать малаго количества мочи высокаго удѣльнаго вѣса, очень богатой бѣлкомъ, но почти или даже совсѣмъ свободной отъ почечнаго эпителия и бѣдной цилиндрами. При зернистомъ перерожденiи почечнаго эпителия, безъ пораженiя соединительной ткани почекъ и клубочковъ, мочи должно бы быть много и она была бы богата отслоившимся почечнымъ эпителиемъ и эпителиальными цилиндрами, но бѣдна бѣлкомъ и азотистыми составными частями мочи; при геморрагической формѣ зернистаго перерожденiя почки, въ мочѣ было бы много еще и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (и все-таки мало бѣлка); при остромъ паренхиматозномъ нефритѣ съ инфильтрацiей межуточной ткани въ мочѣ должны бы были появиться въ большомъ числѣ и лимфоидные элементы.

Такъ какъ при постели больного въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ комбинацiю всѣхъ этихъ признаковъ (мало мочи, много бѣлка, бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, цилиндровъ и эпителия), то имѣемъ право заключить, что при скарлатинозномъ нефритѣ обыкновенно поражаются всѣ элементы почки, т.-е. какъ клубочки, такъ и эпителий и соединительная ткань. Выводъ этотъ подтверждается также и результатами патолого-анатомическаго изслѣдованiя тѣхъ авторовъ, которые считаютъ анатомической сущностью скарлатинознаго нефрита, такъ назыв., острое паренхиматозное воспаленiе почки.

Но, кромѣ этихъ обыкновенныхъ нефритовъ, почти всѣ авторы описываютъ еще и легкіе, и, наоборотъ, очень тяжелые случаи воспаленiя почекъ. Первые выражаются незначительной альбуминурией съ цилиндрами при достаточномъ количествѣ мочи и по легкости теченiя нисколько не уступаютъ, такъ называемой, лихорадочной альбуминурии 1-го перiода скарлатины и должны быть объяснены легкимъ пораженiемъ (зернистымъ нерерожденiемъ) эпителия извитыхъ канальцевъ, тогда какъ вторые характеризуются бурнымъ началомъ, почти пол-

ной анурией и быстрымъ развитіемъ уреміи. — Это, вѣроятно, по преимуществу результатъ пораженія клубочковъ (glomerulonephritis).

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ нефрита заслуживаютъ особаго вниманія три, именно: водянка, уремія и гипертрофія сердца. Относительно *скарлатинозной водянки* мы остановимся прежде всего на патогенезѣ ея и посмотримъ, подъ вліяніемъ какихъ причинъ она появляется, и бываетъ ли водянка послѣ скарлатины безъ нефрита? Чтобъ отвѣтить на этотъ вопросъ, надо припомнить прежде всего характеръ скарлатинозной водянки и тѣ условія, при которыхъ она обыкновенно развивается

Скарлатинозная водянка начинается обыкновенно съ подкожной клетчатки, именно съ лица и ногъ, и потомъ распространяется на все тѣло; изъ полостей прежде всего поражается животъ, потомъ полости плевры и перикардія. Развитіе водянки идетъ или очень медленно, такъ что maximum ея достигается лишь по истеченіи нѣсколькихъ дней, или, наоборотъ, чрезвычайно быстро, и ребенокъ за одну ночь изъ очень худого превращается въ полнаго; по наблюденіямъ Troussseau, водянка въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ своего maximum'a въ 24 часа. Характерна для водянки, даже самой незначительной, рѣзко выраженная блѣдность лица и вообще кожи и слизистыхъ оболочекъ. Смерть отъ водянки можетъ наступить или отъ задушенія, вслѣдствіе быстро наступающаго отека гортани, или отъ сдавленія легкихъ чрезмѣрно скопившейся жидкостью въ полостяхъ плевры.

Въ большинствѣ случаевъ, появленію отековъ и водянки полостей предшествуютъ явленія болѣе или менѣе тяжелаго нефрита, со скуднымъ выдѣленіемъ мочи и съ задержкой воды въ организмѣ, причемъ химическій анализъ крови показываетъ въ ней процентное уменьшеніе бѣлка и увеличеніе количества воды. Эта-то гидремическая плевора, по мнѣнію нѣкоторыхъ, и въ особенности по Bartels'у, и служитъ причиною водянки. Но подобное объясненіе, при всей его заманчивой простотѣ, годится лишь для большинства случаевъ, но отнюдь не для всѣхъ. Помимо того, что оно опровергается экспериментальными работами Conheim'a, показавшаго, что одно разжиженіе крови, даже до степени гораздо большей, чѣмъ оно встрѣчается у водяночныхъ больныхъ, не ведетъ къ подкожной водянкѣ; взглядъ Bartels'a опровергается и клиническими наблюденіями, показывающими, во-1-хъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ водянка появляется одновременно съ другими симптомами нефрита или даже раньше альбуминурии и уменьшенія количества мочи, когда, слѣдовательно, о гидремической плеворѣ не можетъ быть и рѣчи; во-2-хъ, водянка можетъ отсутствовать въ теченіе многихъ дней, несмотря на полную анурию; въ-3-хъ, очень не рѣдко степень водянки вообще непропорціональна количеству теряемаго черезъ почки бѣлка и степени уменьшенія мочи, да и быстрота развитія водянки далеко не всегда соотвѣтствуетъ почечнымъ симптомамъ: у одного больного мы встрѣчаемъ, напр., очень мало мочи при отсутствіи водянки, тогда какъ у другого и мочи довольно много, и бѣлка въ ней мало, а водянка, тѣмъ не менѣе, появляется; въ-4-хъ, иногда особенно сильно отекаютъ извѣстныя части тѣла, напр. лицо или мошонка, безъ замѣтной причины, но, конечно, отъ какихъ-нибудь мѣстныхъ условій, а не отъ общей гидреміи только; въ-5-хъ,

наконецъ, что водянка не стоитъ въ прямой и исключительной зависимости отъ воспаленія почекъ, видно и изъ того, что при скарлатинозномъ нефритѣ и при простудномъ она встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при нефритахъ иного происхожденія, напр. послѣ дифтеріи.

Изъ всего сказаннаго мы дѣлаемъ тотъ выводъ, что скарлатинозную водянку нельзя считать простымъ слѣдствіемъ задержанія воды въ организмъ, такъ какъ водянка эта обладаетъ известной самостоятельностью, выражающеюся въ часто замѣчаемой диспропорціи между водянкой и другими явленіями нефрита. Только что указанная особенность скарлатинозной водянки подмѣчена многими авторами, которые и старались дать ей подходящее объясненіе. Thomas, напр., не признающій существованія водянки безъ нефрита, нашелъ себя вынужденнымъ допустить, что въ патогенезѣ скарл. водянки должны быть замѣшаны также и вазомоторы (Ziems. Handb. II. B., S. 241). Wagner (Ziems. Handb. Krank. d. Harnap. 3 Aufl., S. 82) замѣчаетъ, что причины водянки въ различныхъ случаяхъ Брайтовой болѣзни, вѣроятно, различны, но до сихъ поръ еще недостаточно выяснены и въ числѣ ихъ приводятъ, рядомъ съ разжиженіемъ крови, между прочимъ, и предполагаемая измѣненія кожи, въ видѣ паралича или увеличенной порозности капиллярныхъ стѣнокъ. Въ пользу этого послѣдняго условія, какъ главной причины водянки, говорятъ также и экспериментальныя изслѣдованія Conheim'a и Lichtheim'a. По ихъ теоріи, гидремія является лишь одной изъ причинъ нарушеннаго питанія сосудистыхъ стѣнокъ и увеличенной ихъ порозности, но и то и другое можетъ произойти при скарлатинѣ и безъ гидреміи, напр. вслѣдствіе прямого вліянія яда, циркулирующаго въ крови.

Теоретически, слѣдовательно, вполне возможно допустить, что при скарлатинѣ уже однихъ измѣненій капилляровъ можетъ быть достаточно, чтобы вызвать водянку и безъ посредства воспаленія почекъ, но въ дѣйствительности, въ большинствѣ случаевъ, измѣненія капилляровъ бывають не такъ значительны, и водянка появляется лишь тогда, когда къ этой причинѣ присоединяется еще и другая, именно — гидремическая плетора. Хотя скарлатинозный ядъ дѣйствуетъ на капилляры всего тѣла, но измѣненія ихъ не вездѣ достигаютъ одинаковой степени, отъ чего и зависитъ преобладаніе отековъ то въ однихъ частяхъ, то въ другихъ.

Существованіе скарлатинозной водянки безъ нефрита подтверждается и клиническимъ наблюденіемъ, такъ какъ фактъ, что водянка бываетъ безъ альбуминурии, засвидѣтельствованъ почти всѣми авторами, хотя онъ и не считается за вполне доказательный, потому что допускаетъ и иное объясненіе.

Bartels, напр., подобно Thomas'у и Bohn'у, не признающій скарлатинозной водянки безъ нефрита, думаетъ, что въ такомъ случаѣ дѣло идетъ о скрытно протекающемъ воспаленіи почекъ, при которомъ больные участки почки совсѣмъ не даютъ мочи, а незначительное количество ея доставляется здоровыми частями. Что подобная случайность возможна, доказывается ссылкой на извѣстный случай Henoch'a (l. c., S. 524); 12-лѣтній мальчикъ поступилъ въ клинику Henoch'a съ отеками лица и мошонки въ періодѣ скарлатинознаго шелушенія. Моча отдѣлялась въ незначительномъ количествѣ, была кисла и давала оса-

докъ изъ мочевиныхъ солей, но не содержала ни бѣлка, ни цилиндровъ. Черезъ 2 дня появились уремическія судороги, маниакальное возбужденіе, мидриазъ и едва ощутимый пульсъ съ цианозомъ и похолоданіемъ конечностей. Моча въ это время была уже богата бѣлкомъ и цилиндрами. Черезъ день ребенокъ умеръ, и при аутопсіи былъ найденъ двусторонній паренхиматозный нефритъ. — Но, во-1-хъ, подобные случаи принадлежатъ къ исключеніямъ, тогда какъ водянка безъ альбуминуриі во время нѣкоторыхъ эпидемій является очень часто, какъ доказываютъ, напр., наблюденія Philipp'a, встрѣтившаго подобную водянку во время одной изъ берлинскихъ эпидемій въ 60%, или Sanné, который изъ 124 случаевъ водянки не нашелъ альбуминуриі въ 33, а во-2-хъ, объясненія Bartels'a нельзя принять безъ большой натяжки для случаевъ водянки, протекающихъ при *нормальной по количеству и блѣдной мочѣ*. Изъ того факта, что скудная моча, богатая уратами при скарлатинозной водянкѣ изрѣдка и временами оказывается безъ бѣлка, по моему мнѣнію, отнюдь нельзя заключать, что и *обильная*, свободная отъ уратовъ и вообще во время водянки нормальная моча тоже отдѣлялась бы больными почками.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча у такого рода больныхъ, оставаясь блѣдной и свободной отъ осадка и не содержащая ни цилиндровъ, ни бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, по временамъ показываетъ при изслѣдованіи азотною кислотой слѣды бѣлка (какъ это было, напр., и въ случаяхъ Quinque — Berl. Wochenschr. 82, № 27), но одной ничтожной альбуминуриі, конечно, еще недостаточно для діагностики нефрита: — помимо другихъ причинъ, легкая альбуминуриі можетъ быть слѣдствіемъ отека почки, потому что и почечные капилляры могутъ измѣняться подобно капиллярамъ кожи и другихъ областей тѣла.

Само собой разумѣется, что спорный вопросъ о существованіи водянки безъ пораженія почекъ всего проще было бы рѣшить посредствомъ аутопсіи, но препятствіемъ въ этомъ случаѣ является то, что подобныя водянки (безъ альбуминуриі) почти никогда не кончаются смертью. За послѣдніе годы среди скарлатинозныхъ клиническихъ больныхъ водянка безъ альбуминуриі встрѣчалась сравнительно часто и совпадала обыкновенно съ явленіями сердечной слабости (см. ниже); при питательной діетѣ и возбуждающихъ (вино, кофеинъ) такіа водянки исчезали чрезвычайно быстро, гораздо быстрѣе, чѣмъ водянки почечнаго происхожденія. Въ настоящее время мы держимся того взгляда, что водянка въ періодѣ выздоровленія отъ скарлатины встрѣчается и безъ воспаленія почекъ и, именно, подъ вліяніемъ двухъ причинъ: 1) измѣненія стѣнокъ капилляровъ и 2) слабости сердца, причемъ и то и другое есть результатъ вліянія скарлатинознаго яда на сосудистую систему. При удачѣ жизнедѣятельности сосудистыхъ стѣнокъ уже и незначительныя расстройства кровообращенія застойнаго характера (въ данномъ случаѣ отъ слабости сердца) достаточны для того, чтобы возникли болѣе или менѣе распространенныя отеки (Подвысоцкій — Основы Общей Патологіи, 3-е изд. 1899, стр. 555). Подобнаго рода водянки безъ бѣлка, быстро исчезающія при укрѣпляющемъ лѣченіи, не разъ встрѣчались намъ и въ періодѣ выздоровленія послѣ катарровъ кишекъ. Слабость сердца наблюдалась и у нихъ; мы предполагаемъ, что токсины

всосавшіеся изъ кишечника, вредно подѣйствовали какъ на сердце, такъ и на сосудистыя стѣнки, и въ результатѣ получилась водянка безъ пораженія почекъ.

Уремія у дѣтей протекаетъ при тѣхъ же симптомахъ, какъ и у взрослыхъ. Развитію ея предшествуетъ обыкновенно значительное уменьшеніе мочи въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ или быстрое исчезаніе отековъ, если они были. Но не слѣдуетъ думать, что уремія всегда является уже послѣ отековъ и водянки, —напротивъ того, уремія обладаетъ полной самостоятельностью: она можетъ отсутствовать у сильно водяночнаго больного и, наоборотъ, вдругъ развиться у нефритика, у котораго нѣтъ и слѣда отековъ. Начало уремія можно подозрѣвать въ томъ случаѣ, если у больного, страдающаго воспаленіемъ почекъ, вдругъ появляются *головная боль и рвота* безъ всякой замѣтной причины. Пульсъ при этомъ бываетъ или очень напряженъ и замедленъ (60 въ минуту), или, по крайней мѣрѣ, нормальной частоты, или, наоборотъ, онъ малъ, слабъ и значительно учащенъ; температура какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ или остается нормальной, или повышается. Въ теченіе дня головная боль продолжается, и рвота повторяется нѣсколько разъ послѣ каждой пищи и питья. Въ счастливомъ случаѣ эти припадки не развиваются дальше, и больной черезъ день или два выздоравливаетъ, т.-е. приходитъ *in statum quo ante*; при неблагоприятномъ ходѣ дѣла теченіе бываетъ различное и развивается или *коматозная форма* уремія, или *конвульсивная*. Первая чаще наблюдается у больныхъ съ слабымъ и частымъ пульсомъ. Больной, послѣ того какъ его нѣсколько разъ вырвало, жалуются на общую слабость и дѣлается чрезвычайно апатиченъ и сонливъ; губы его слегка цианотичны, конечности холодны. Общая слабость и сонливость увеличиваются съ каждымъ днемъ вмѣстѣ съ частотой и слабостью пульса, и дня черезъ два-три можетъ наступить тихая смерть безъ агоніи или послѣ явленій отека легкихъ.

Конвульсивная форма уремія встрѣчается чаще первой. Она характеризуется явленіемъ эclamическихъ судорогъ, которыя могутъ ограничиться или только однимъ приступомъ, послѣ котораго больной скоро приходитъ въ себя и быстро поправляется, или приступы судорогъ повторяются въ теченіе одного, двухъ дней нѣсколько разъ и иногда слѣдуютъ другъ за другомъ такъ часто, что больной не успѣваетъ проснуться отъ одного приступа, какъ слѣдуетъ ужъ новый, и, такимъ образомъ, больной не выходитъ изъ спячки и можетъ умереть; въ случаѣ улучшенія приступы дѣлаются рѣже, больной приходитъ въ себя и первое время жалуются только на головную боль.

Уремическая эclamсія всегда почти сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ температуры, иногда до 40°, и потому ее не легко отличить отъ остраго менингита.

Послѣ уремическихъ судорогъ остается иногда внезапно наступающая слѣпота, при которой офтальмоскопическое изслѣдованіе или не открываетъ ничего ненормальнаго на днѣ глаза, или не болѣе какъ отекъ сѣтчатки. Уремическая слѣпота или остается на всю жизнь, или, что бываетъ гораздо чаще, скоро (черезъ нѣсколько часовъ) проходитъ и притомъ иногда такъ же внезапно, какъ и появилась, или постепенно. Реакція зрачка или сохраняется

во время слѣпоты, или вполне отсутствовать. Въ первомъ случаѣ можно вполне надѣяться на восстановление зрѣнія (Graefe).

На *гипертрофію сердца* при остромъ воспаленіи почекъ врачи обратили вниманіе лишь въ недавнее время. Благодаря патолого-анатомическимъ изслѣдованіямъ Friedlaender'a и клиническимъ наблюденіямъ Silbermann'a (Jahrb. f. Kinderheilk. 1881, XVII B., S. 178) и Riegel'я (Berl. Wochenschr. 82, №№ 23 и 24), возможность развитія гипертрофіи сердца въ теченіе острого скарлатинознаго нефрита въ настоящее время можно считать вполне доказанной. Вопросъ идетъ лишь о томъ, какъ часто встрѣчается это страданіе сердца при скарлатинозномъ нефритѣ и при какихъ именно формахъ его, а также о причинахъ гипертрофіи.

По Friedlaender'у сердце нефритиковъ нерѣдко бываетъ въ $1\frac{1}{2}$ раза тяжелѣе нормальнаго, что, конечно, не можетъ зависѣть отъ простого расширенія полостей сердца. Гипертрофія сердечной мышцы развивается иногда замѣчательно быстро: такъ, напр., въ случаѣ Riegel'я, у 15-лѣтняго мальчика уже на 2-й день нефрита появилось напряженіе пульса, а на 3-й день можно уже было констатировать замѣтную гипертрофію сердца, выразившуюся увеличеніемъ тупого звука и усиленіемъ сердечнаго толчка. Смерть на 10-й день. При аутопсіи найдены glomerulonephritis и гипертрофія сердца. Riegel особенно отмѣчаетъ раннее появленіе *напряженнаго пульса* при остромъ нефритѣ и считаетъ такой пульсъ при тяжелыхъ нефритахъ за явленіе постоянное. По его наблюденіямъ, чѣмъ сильнѣе нефритъ, тѣмъ раньше возникаетъ и усиленное напряженіе артерій, такъ что по качеству пульса можно судить объ интенсивности пораженія почекъ. Менѣе постояннымъ симптомомъ онъ считаетъ *замедленіе пульса*, составляющее, по Thomas'у, замѣчательную особенность скарлатинознаго нефрита. Riegel встрѣчалъ этотъ симптомъ лишь при сильныхъ степеняхъ артеріальнаго давленія; въ подобныхъ случаяхъ пульсъ держится между 40 и 60 ударами, но иногда падаетъ еще ниже (въ одномъ случаѣ Riegel'я до 36). Между замедленіемъ пульса и его твердостью существуетъ, повидимому, тѣсная зависимость, причемъ сначала всегда является напряженіе пульса, а потомъ уже замедленіе. Напряженіе пульса Riegel особенно часто встрѣчалъ именно при скарлатинномъ нефритѣ, что объясняется, по его мнѣнію, тѣмъ, что при скарлатинѣ особенно часто бываетъ пораженіе клубочковъ, т. е. сдавленіе почечныхъ капилляровъ. На замедленіе и неправильность пульса въ теченіе скарлатинознаго нефрита указываетъ и Henoch, считающій это явленіе за результатъ разстройства иннерваціи n. vagi, можетъ-быть, подъ влияніемъ легкой степени уреміи.

Относительно патогенеза гипертрофіи сердца при остромъ нефритѣ, существуютъ лишь болѣе или менѣе вѣроятныя предположенія. По всей вѣроятности, препятствія въ почкахъ не служатъ единственною причиною, такъ какъ между продолжительностью и тяжестью нефрита, съ одной стороны, и явленіями со стороны пульса и сердца, съ другой, не существуетъ достаточной пропорціональности. По Friedlaender'у, усиленная работа сердца, ведущая къ гипертрофіи его, обуславливается различными моментами, а именно: во-первыхъ, закрытіемъ просвѣта капилляровъ почекъ, преимущественно въ клубочкахъ; во-вторыхъ,

отъ накопленія въ крови мочевины и другихъ продуктовъ обратнаго метаболизма, дѣйствующихъ на вазомоторный центръ и вызывающихъ этимъ путемъ суженіе всѣхъ периферическихъ сосудовъ. По Боткину, напротивъ, гипертрофія сердца при скарлатинозныхъ нефритахъ развивается не вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ почкахъ, а отъ перерожденія нѣкоторыхъ волоконъ сердечной мышцы, подъ вліяніемъ инфекціонной болѣзни; на долю оставшихся волоконъ достается, такимъ образомъ, больше работы, отчего онѣ и гипертрофируются (Лекціи. Вып. 2-й 1886 г.). Этотъ взглядъ кажется намъ наиболѣе вѣроятнымъ, такъ какъ, слѣдя за дѣятельностью сердца у выздоравливающихъ отъ скарлатины, мы неоднократно замѣчали, что признаки *ослабленія сердечной дѣятельности наступали или на нѣсколько дней раньше появленія альбуминурии, или послѣдняя не проявлялась вовсе*. Особенно много подобныхъ случаевъ встрѣтилось намъ въ клиникѣ осенью 1894 года. Въ самыхъ типичныхъ случаяхъ, т.-е. въ случаяхъ наиболѣе доказательныхъ въ пользу самостоятельности пораженія сердечной мышцы у выздоравливающихъ отъ скарлатины мы наблюдали слѣдующее: скарлатина средней силы протекла безъ осложнений, лихорадочный періодъ окончился къ 10—12-му дню. На 3-й недѣлѣ замѣчается замедленный, неправильный, легко сдавимый пульсъ, толчекъ сердца едва ощутимъ или его и вовсе нельзя ощупать на обычномъ мѣстѣ, а между тѣмъ замѣчается легкая пульсація подъ ложечкой, и тупой звукъ сердца нѣсколько заходитъ за правый край грудины (*dilatatio cordis*); такъ проходитъ нѣсколько дней, пока появятся симптомы пассивной гипереміи печени: она на нѣсколько пальцевъ выходитъ изъ-подъ края реберъ и болѣзненна при давленіи; количество мочи замѣтно падаетъ, въ ней — слѣды бѣлка (иногда нѣтъ и слѣдовъ), но она остается свѣтлой и при стояніи не даетъ осадка; микроскопическое изслѣдованіе не открываетъ въ ней ни цилиндровъ, ни лейкоцитовъ, ни кровяныхъ тѣлецъ; въ этотъ періодъ (т.-е. когда печень уже замѣтно увеличена и сердечная тупость увеличена вправо) появляется асцитъ, а потрѣжъ и общая подкожная водянка. Теплую ванну подобные больные не переносятъ, у нихъ появляются въ ваннѣ головокруженіе и дурнота, но подъ вліяніемъ кофеина они поправляются быстро. Это средство при подобныхъ условіяхъ является лучшимъ мочегоннымъ; уже черезъ сутки количество мочи съ 400 грм. подымается до 800 и больше, головная боль, если она была, исчезаетъ, вскорѣ замѣчается уменьшеніе водянки, наконецъ уменьшается и печень. Въ случаяхъ менѣе рѣзкихъ дѣло не доходитъ ни до водянки, ни до увеличенія печени, и все дѣло ограничивается слабостью пульса и сердечнаго толчка и увеличеніемъ сердечной тупости; еще въ другихъ случаяхъ вслѣдъ за симптомами сердечной слабости развивался нефритъ. Цѣлая серія случаевъ, представлявшихъ всевозможныя переходныя степени отъ едва замѣтной неправильности пульса до рѣзко выраженной картины упадка сердечной дѣятельности, протекавшей въ нѣкоторыхъ случаяхъ до конца безъ альбуминурии или при ничтожномъ количествѣ бѣлка въ свѣтлой мочѣ привела насъ къ заключенію, что *пораженіе сердца у скарлатинозныхъ реконвалесцентоѡ можетъ развиваться совершенно независимо отъ нефрита*, вѣроятно подъ вліяніемъ того же ирритаента, который производитъ и нефритъ, и потому

нѣтъ ничего удивительнаго, что иногда замѣчается одновременное существованіе и нефрита, и кордита. Скарлатинозный кордитъ, протекающій безъ нефрита, допускаетъ очень хорошее предсказаніе, все равно — сопровождается ли онъ водянкой, или нѣтъ. Мы назначали такимъ больнымъ молочную діету, кофеинъ по 0,03—0,05 раза 4—6 въ день и десертными ложками вино; ванны мы считаемъ рѣшительно неумѣстными.

Познакомившись съ симптомами нефрита, мы скажемъ теперь нѣсколько словъ о теченіи его. Удобства ради можно отличать три типическихъ формы нефрита, между которыми существуютъ, конечно, всевозможныя переходныя степени. Эти формы слѣдующія: остро-лихорадочный или тяжелый нефритъ съ ясно опредѣленнымъ началомъ; подострый или нефритъ средней силы, протекающій съ легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ, и безлихорадочный легкой нефритъ.

Отличіе этихъ формъ основывается не на силѣ лихорадочнаго состоянія и не на продолжительности болѣзни, а главнымъ образомъ — на быстротѣ развитія припадковъ и на свойствахъ и количествѣ мочи, отъ которыхъ зависятъ и другіе опасные симптомы нефрита, именно водянка и уремія. При тяжеломъ нефритѣ maximum болѣзни достигается въ первые дни заболѣванія, такъ что почти полная анурія наступаетъ уже на 1-й, 2-й или 3-й день; въ случаяхъ средней силы можно ясно замѣтить періодъ усиленія болѣзни, въ видѣ прогрессивнаго уменьшенія мочи и увеличенія въ ней количества бѣлка и форменныхъ элементовъ, періодъ maximum'a и періодъ ослабленія всѣхъ припадковъ; наконецъ, въ легкихъ формахъ нефрита незначительныя припадки нефрита, разъ появившись, не усиливаются въ дальнѣйшемъ теченіи, а, напротивъ того, скоро исчезаютъ. Вообще говоря, чѣмъ меньше мочи и чѣмъ больше въ ней бѣлка, тѣмъ тяжелѣе и теченіе. Смертельный исходъ вслѣдствіе водянки или уреміи можетъ наступить и въ среднихъ случаяхъ, но только далеко не такъ скоро, какъ въ тяжелыхъ. Исходъ въ хроническую форму скарлатинознаго нефрита почти никогда не наблюдается. Оборвать или остановить дальнѣйшее развитіе разъ начавшагося нефрита мы не въ состояніи, какъ не можемъ сдѣлать этого и при другихъ типически протекающихъ воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ, напр. при pneumoniae.

Остро-лихорадочный нефритъ начинается внезапно сильнымъ повышеніемъ температуры (до 40°), рвотой и иногда знобомъ. Съ первыхъ же часовъ моча представляетъ всѣ характерныя свойства остраго нефрита: количество ея значительно уменьшено (100—200 грм. pro die); она темна, мутна, сильно окрашена кровью и очень богата бѣлкомъ; въ осадкѣ много красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, цилиндровъ и уратовъ. Боль въ поясницѣ (въ области почекъ) обыкновенно бываетъ не сильна, и дѣти чаще жалуются на нее при давленіи чѣмъ самопроизвольно. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, черезъ день или два, дѣло доходитъ до полной анурии, которая, однако, никогда не продолжается долго, такъ какъ скоро развивается уремія, которая и убиваетъ больного; если же онъ переживаетъ самую тяжелую первую недѣлю, то замѣчается уже наклонность къ улучшенію, выражающемуся прежде всего увеличеніемъ количества мочи, свойства которой въ теченіе 7—14 дней остаются

въ прежнемъ видѣ; лихорадка рѣдко кончается ранѣе 10-го дня. Въ теченіе второй недѣли, а иногда и раньше, появляются сначала отеки лица и ступней, потомъ водянка полостей и прежде всего живота. Если больной не умираетъ ни отъ водянки, ни отъ уреміи, то съ прекращеніемъ лихорадки наступаетъ рѣшительное улучшеніе, такъ какъ количество мочи увеличивается съ каждымъ днемъ и нерѣдко превосходить не только норму, но и все количество принятой за день воды, что сопровождается быстрымъ всасываніемъ водяночныхъ трансудатовъ (и иногда приступами уреміи); количество бѣлка и цилиндровъ тоже замѣтно уменьшается, и недѣли черезъ 4—8 отъ начала болѣзни наступаетъ полное выздоровленіе.

Въ случаяхъ *средней силы*, составляющихъ большинство, начало болѣзни удается опредѣлить лишь посредствомъ ежедневнаго изслѣдованія мочи у выздоравливающаго скарлатинознаго болѣлаго. Моча, оставаясь первое время нормальнаго вида и свѣтлой, оказывается содержащей бѣлокъ, а въ теченіе слѣдующихъ дней она принимаетъ обычныя свойства нефритической мочи и отдѣляется въ уменьшенномъ количествѣ; въ это время появляется легкое лихорадочное состояніе, съ вечерними повышеніями до 38,5°, которыхъ, впрочемъ, можетъ и не быть; въ періодъ разгара болѣзни, т. е. отъ 7-го до 14—20-го дня, количество мочи падаетъ приблизительно на половину нормальнаго (среднее суточное количество мочи, по Шабановой, у дѣтей 2—5 лѣтъ 760 грм., отъ 5 до 9 л.—1043, отъ 10 до 13 л.—1430), а бѣлокъ, осажденный кипяченіемъ, занимаетъ обыкновенно отъ $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ столба мочи, взятой въ пробирку (отъ 1 до 6 на тысячу). Раньше или позднее появляются отеки и т. д. Боль въ поясницѣ здѣсь бываетъ далеко не всегда; важнѣе для діагностики частые позывы на мочеиспусканіе, несмотря на уменьшенное отдѣленіе мочи, что зависитъ, вѣроятно, отъ того, что мочевой пузырь раздражается непривычнымъ для него ненормальнымъ составомъ мочи. — Продолжительность этой формы, приблизительно, тоже отъ 4 до 8 недѣль. Иногда альбуминурия въ видѣ единственнаго симптома протекающаго нефрита остается на довольно продолжительное время, напр. мѣсяца на 2—3, или она временами исчезаетъ, а потомъ появляется снова подвляніемъ моціона, обильной ѣды или безъ замѣтныхъ причинъ.

Легкія формы нефрита протекаютъ почти совсѣмъ безъ симптомовъ и нерѣдко узнаются только потому, что врачъ ежедневно изслѣдовалъ мочу на всякій случай. Самые легкіе нефриты кончаются выздоровленіемъ въ нѣсколько дней; въ такихъ случаяхъ количество и цвѣтъ мочи остаются нормальными, но появляется легкая альбуминурия, а въ скудномъ осадкѣ удается открыть гіалиновые цилиндры, бѣлые и даже красные кровяные шарики и почечный эпителий. Черезъ нѣсколько дней эти явленія гипереміи почекъ исчезаютъ и не возвращаются болѣе. Чаще, однако, бываетъ такъ, что подобные симптомы со стороны мочи держатся недѣли двѣ, и за это время больной хотя и ни на что не жалуется, но теряетъ аппетитъ, блѣднѣетъ, и лицо его дѣлается одутловатымъ. Эта одутловатость и блѣдность лица сами по себѣ настолько характерны, что позволяютъ съ большой вѣроятностью предположить страданіе почекъ даже и безъ помощи уроскопіи. Легкія формы нефрита требуютъ къ себѣ самаго серіознаго отношенія со стороны врача, такъ какъ онѣ очень наклонны

къ переходу въ болѣе тяжелыя формы, въ особенности подъ вліяніемъ простуды и грубыхъ погрѣшностей въ діетѣ.

Что водянкой могутъ сопровождаться даже и самыя легкіе нефриты, это разумѣется само собой, послѣ того, какъ мы говорили выше о существованіи такъ называемой эссенціальной скарлатинозной водянки, при которой не бываетъ даже и альбуминуриі.

Предсказаніе при скарлатинозномъ нефритѣ много зависитъ отъ характера эпидеміи. Въ нѣкоторыя эпидеміи умираютъ почти всѣ нефритики, въ другія — почти никто. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ меньше мочи и чѣмъ богаче она бѣлкомъ. Много мочи богатой бѣлкомъ все-таки лучше, чѣмъ мало мочи, хотя бы и бѣдной бѣлкомъ. Головная боль и рвота при уменьшенномъ количествѣ мочи указываютъ на приближающуюся уремію и потому имѣютъ дурное прогностическое значеніе; если появились судороги, то положеніе больного дѣлается опаснымъ, но отнюдь не безнадежнымъ даже и въ томъ случаѣ, если эclamпические припадки повторяются разъ за разомъ, и больной не выходитъ изъ сопорознаго состоянія. Процентъ выздоровленія отъ уреміи различными авторами опредѣляется отъ 40 до 60% (у West'a изъ 12 случаевъ выздоровѣли 7, у Rilliet и Barthez'a изъ 13 сл. — 10, у Cadet de Gassicourt'a выздоровѣла половина больныхъ, у Sanné изъ 14 случ. — 6). West говоритъ, что если больной пережилъ 24 часа послѣ 1-го приступа судорогъ, то можно считать, что опасность миновала; по нашимъ наблюденіямъ, это правило допускаетъ лишь рѣдкія исключенія.

Предсказаніе несравненно хуже при той формѣ уреміи, которая выражается цианозомъ и частымъ, слабымъ пульсомъ. Дурное прогностическое значеніе имѣютъ быстро возрастающая водянка, особенно hydrotorax и hydropericardium, еще хуже явленія отека легкихъ или гортани.

Выше было уже сказано, что скарлатина всего чаще осложняется пораженіемъ почекъ и воспаленіемъ различныхъ серозныхъ оболочекъ. Изъ этихъ послѣднихъ не всѣ поражаются одинаково часто: всего рѣже страдаютъ мозговые оболочки и брюшина, потомъ въ восходящемъ порядкѣ идутъ эндо- и перикардій, плевра и серозныя сумки сочлененій.

Всѣ эти воспаленія серозныхъ оболочекъ, за исключеніемъ синовитовъ, не представляютъ никакихъ особенностей, и потому говорить о нихъ не будемъ, отмѣтимъ только, что скарлатинозный плевритъ и перикардитъ оказываютъ большую склонность къ переходу въ гнойную форму. Мы остановимся только на скарлатинозныхъ артритяхъ.

Воспаленіе сочлененій при скарлатинѣ бываетъ двухъ родовъ: 1) съ серознымъ экссудатомъ и 2) съ гнойнымъ.

Серозные синовиты rheumatismus scarlatinus (Trousseau). Synovitis scarlatinosa (Henoch) не принадлежитъ къ числу рѣдкихъ осложненій скарлатины; въ различныхъ эпидеміи серозные синовиты встрѣчаются отъ 1 до 10%.

Воспаленіе сочлененій встрѣчается какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины; оно можетъ появиться уже на первой недѣлѣ болѣзни, но чаще отъ 9-го до 16-го дня, т.-е въ началѣ періода шелушенія. Сходство съ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ состоитъ въ томъ, что почти всегда

поражаются *нѣсколько* сочлененій (2—3) за-разъ, причемъ появляется и лихорадочное состояніе и мѣстные воспалительные симптомы со стороны пораженныхъ сочлененій въ видѣ припухлости, красноты и боли при движеніяхъ и при давленіи на больной суставъ; а главное отличіе проявляется въ сравнительной легкости теченія скарлатинознаго синовита. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ дѣло ограничивается только болью того или другого сочлененія, безъ опухоли и красноты, и даже иногда безъ повышенія темпер.; дня черезъ 2—3 все проходитъ. Если кромѣ боли замѣчается также и опухоль, то лихорадка держится нѣсколько дольше, но все-таки скоро проходитъ даже и безъ лѣченія, что зависитъ и отъ того, что скарлатинозный синовитъ не оказываетъ склонности перебрасываться съ одного сочлененія на другое и обыкновенно не возвращается въ то сочлененіе, гдѣ онъ уже былъ (Trousseau). Всего чаще поражается запястье и пальцы, а изъ большихъ сочлененій колѣни и голеностопныя сочлененія. Graves описалъ 4 случая скарлатинознаго ревматизма шейной части позвоночника. Больные жаловались на сильныя боли въ задней части шеи, усиливавшіяся при всякомъ движеніи шеи и головы; голова была закинута назадъ, и выпрямленіе ея, пассивное или активное, вызывало нестерпимыя боли; глотаніе было затруднено. Продолжительность и интенсивность этихъ случаевъ была очень различна; всѣ они кончились выздоровленіемъ. Cadet de Gassicourt, у котораго мы заимствовали это описаніе, наблюдалъ только одинъ случай съ такими же симптомами, но больной этотъ умеръ, и при вскрытіи оказалось, что у него былъ не *arthritis cervicalis*, а гнойный цереброспинальный менингитъ, а потому Cadet задается вопросомъ, не было ли ограниченаго менингита и въ случаяхъ Graves.

Самъ по себѣ скарлатинозный синовитъ нисколько не опасенъ и всегда скоро проходитъ, но дурное значеніе его состоитъ въ томъ, что онъ осложняется воспаленіемъ другихъ серозныхъ оболочекъ (Henoch), въ чемъ еще разъ проявляется сходство скарлатинознаго воспаления сочлененій съ обыкновеннымъ ревматизмомъ. Какъ очень рѣдкій исходъ скарлатинознаго синовита, встрѣчается иногда переходъ въ хроническую форму и *tumor albus* (по Vokaж, вѣроятно, вслѣдствіе золотушной дискразіи) и въ нагноеніе сочлененія, причемъ боль, краснота и опухоль сочлененія значительно усиливаются, лихорадка принимаетъ адинамическій характеръ, сопровождается бредомъ и другими тяжелыми нервными симптомами и, по Trousseau, неминуемо кончается скорой смертію; однако Henoch и Vokaж наблюдали и болѣе медленное теченіе гнойныхъ синовитовъ съ исходомъ въ выздоровленіе послѣ нѣсколько-мѣсячнаго страданія, съ вскрытіемъ гнойника наружу и образованіемъ анкилоза.

Нѣкоторые авторы (Hüttenbrener, Senator) считаютъ скарлатинозный синовитъ тождественнымъ съ обыкновеннымъ ревматизмомъ, но въ виду легкости теченія скарлатинознаго ревматизма взглядъ этотъ мало вѣроуменъ, а потому большинство (Trousseau, Henoch, Vokaж и др.) считаютъ воспаленіе сочлененій при скарлатинѣ за слѣдствіе вліянія яда этой болѣзни на серозныя оболочки суставовъ.

Гнойный скарлатинозный синовитъ, если онъ развивается не изъ предыдущей формы, а появляется таковымъ съ самаго начала, всегда служитъ

выраженіем піэмі и осложняетъ только тяжелые случаи скарлатины, сопровождающіеся обширной флегмоной или гангреней шейной вѣтчатки. По мнѣнію Непосч'а, они имѣютъ обыкновенно эмблическое происхожденіе, причѣмъ пробки заносятся или изъ мелкихъ сосудовъ флегмонозно-воспаленной вѣтчатки, или образуются вслѣдствіе распадѣнія тромба в. jugularis. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ такіе больные умираютъ очень скоро (въ 2—3 дня), но иногда болѣзнь затягивается и по прошествіи многихъ мѣсяцевъ можетъ окончиться выздоровленіемъ, конечно, съ большимъ или мѣньшимъ нарушеніемъ функціи пораженнаго сочлененія.

Гнойные синовиты отличаются отъ серозныхъ гораздо большею болѣзненностью пораженныхъ сочлененій и рѣзкой краснотой и опухолью, а также тяжелымъ общимъ состояніемъ, соответствующимъ картинѣ септико-піэміи (высокая лихорадка, апатія и сопоръ, сухой, покрытый бурнымъ налетомъ языкъ и т. п.). Они обязаны своимъ происхожденіемъ, конечно, не самому скарлатинозному яду, а вторичной инфекціи стрептококкомъ, котораго находятъ въ такихъ случаяхъ и въ гною сочлененія, и въ крови.

Непосчъ приводитъ въ своемъ руководствѣ 3 случая гнойнаго синовита совсѣмъ иного происхожденія, именно вслѣдствіе вскрытія въ сочлененіе періартикулярнаго абсцесса. Такая случайность принадлежитъ къ числу весьма рѣдкихъ.

Jurgensen (Nothnagel's Handb. IV. B. S. 162) обратилъ вниманіе, что при скарлатинѣ рѣдко замѣчается болѣзненность при давленіи и въ длинныхъ костяхъ.

Въ случаяхъ скарлатины, сопровождающейся обширными дифтеритическими экссудатами въ зѣвѣ и флегмоной шейной вѣтчатки, — словомъ, въ тяжелыхъ случаяхъ, — встрѣчаются иногда особаго рода сыпи, по всей вѣроятности *милокровнаго происхожденія*. Сыпи эти сами по себѣ не причиняютъ больному никакого беспокойства, но онѣ имѣютъ дурное прогностическое значеніе, такъ какъ большинство больныхъ, имѣющихъ эти сыни, умираютъ спустя немного дней. Гнилокровныя сыпи встрѣчаются всего чаще у дѣтей на первомъ году жизни (около 20%), а потомъ съ каждымъ годомъ все рѣже и рѣже, а послѣ 5 лѣтъ приблизительно въ 0,5% (Manning). Сыпь появляется обыкновенно въ самый разгаръ болѣзни (вторая недѣля) и сопровождается тяжелымъ общимъ состояніемъ. Сыпь имѣетъ видъ ярко-красныхъ пятенъ съ рѣзко-обозначенными краями, иногда возвышенныхъ; любимыя ихъ мѣста — костаные выступы, т.-е. лодыжки, локти, плечи, но иногда они являются на лицѣ, шеѣ, а то такъ и на всемъ туловищѣ. Величина пятенъ отъ чечевицы до гривенника и больше. Смертельный исходъ наблюдается приблизительно въ 80% и притомъ въ большинствѣ случаевъ не позднѣе какъ черезъ недѣлю.

Къ числу послѣдовательныхъ болѣзней относятся анэмія, глухота и вообще всевозможныя послѣдствія тѣхъ или иныхъ осложнений (менингитъ при гнойномъ отитѣ, искривленіе грудной вѣтки послѣ плеврита, контрактуры членовъ послѣ воспаленія сочлененій и др.).

Какъ на рѣдкое осложненіе или послѣдовательную болѣзнь скарлатины, укажу еще на скорбутъ. Скорбутъ въ дѣтскомъ возрастѣ вообще встрѣчается

крайне рѣдко, и потому меня особенно заинтересовали два случая этой болѣзни, встрѣтившіеся мнѣ въ теченіе послѣдняго года на консультативной практикѣ съ д-рами Веревкинымъ и Соколовымъ. Въ первомъ случаѣ у гимназиста, лѣтъ 11, недѣли черезъ двѣ отъ начала весьма легкой скарлатины, слѣдовательно въ періодъ выздоровленія, появилась упорнѣйшая рвота въ теченіе нѣсколькихъ дней съ сильнѣйшею болью живота, съ небольшими кровоизлияніями на конечностяхъ и съ скорбутическимъ воспаленіемъ рта: десны какъ на верхней, такъ и нижней челюсти были чрезвычайно сильно распухшими, такъ что прикрывали коронки коренныхъ зубовъ и были изъязвлены, изо рта значительная вонь какъ при stomacase. Въ діагностическомъ отношеніи случай былъ не совсѣмъ ясенъ, такъ какъ трудно было объяснить причину столь сильныхъ болей живота и упорной рвоты; легко было исключить перитонитъ, такъ какъ животъ не былъ ни вздутъ, ни напряженъ, и давленіе не усиливало боли; всего вѣроятнѣе было считать эти боли аналогичными тѣмъ болямъ живота, что встрѣчаются при такъ называемой Непосн'ской пурпурѣ, при которой боли живота нерѣдко сопровождаются кровавыми испражненіями и обусловливаются, вѣроятно, кровоизліяніями въ стѣнки кишекъ. Такое предположеніе въ дальнѣйшемъ теченіи подтвердилось тѣмъ, что дня черезъ 3 у мальчика дѣйствительно появилась въ испражненіяхъ кровь. Лихорадочнаго состоянія у больного не было, равно какъ не было и нефрита (въ періодъ постоянной рвоты мочи было, конечно, очень мало, такъ какъ никакое питье не оставалось въ желудкѣ). Больной этотъ выздоровѣлъ.

Въ другомъ случаѣ скорбутическое воспаленіе десенъ и кровоизліянія на конечностяхъ, главнымъ образомъ на голеняхъ и около локтей, появились у мальчика лѣтъ 6 на 3-й недѣлѣ послѣ скарлатины, въ періодъ довольно рѣзко выраженного нефрита. Въ этомъ случаѣ не было ни рвоты, ни болей живота, ни кровавыхъ испражненій. Въ этиологическомъ отношеніи отмѣтимъ, что ни тотъ, ни другой больной каломелемъ не лѣчились. Лѣченіе въ обоихъ случаяхъ состояло въ употребленіи домашняго лимонада, хиннаго декокта и въ смазываніи десенъ *t-rae gallacum* и полосканьи *kalі oxumar*. Въ первомъ случаѣ въ періодъ рвоты и болей живота давали глотать ледъ и клали на животъ холодные компрессы.

Предсказаніе.

Скарлатина принадлежитъ къ числу самыхъ коварныхъ болѣзней, такъ какъ различныя осложненія, ей свойственныя, и въ особенности воспаленіе почекъ, можетъ присоединиться ко всякому случаю, какъ бы правильно онъ ни тебѣ и какимъ бы легкимъ онъ ни казался, а потому, имѣя дѣло съ скарлатиной, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ благополучномъ ея окончаніи, и хорошее предсказаніе въ легкихъ и среднихъ случаяхъ можно ставить не иначе, какъ съ резервомъ. Интенсивность лихорадки на 1-й и 2-й день болѣзни ничего не даетъ для предсказанія, такъ какъ сравнительно низкая температура (около 38,5°) не гарантируетъ легкаго теченія въ будущемъ, также какъ и t° въ 40,5° не доказываетъ тяжести заболѣванія; съ предсказаніемъ слѣдуетъ повременить до 4-го дня; въ случаяхъ не тяжелыхъ на 4-й день или на 5-й начинается улуч-

шеніе, а въ серіозныхъ случаяхъ къ этому времени появляется дифтеритическая жаба, опухоль железъ, скарлатинозный насморкъ и проч. Въ случаяхъ высокой температуры можно рассчитывать на благополучное теченіе, если заворачиваніе въ мокрыя простыни или ванны въ 25—22° R. понижаютъ t° хоть на 1° и больной получаетъ временное улучшеніе.

При предсказаніи необходимо прежде всего сообразоваться съ характеромъ эпидемій, отъ котораго зависитъ не только болѣе частое появленіе тяжелыхъ или легкихъ случаевъ, но и преобладаніе того или иного осложненія съ тѣмъ или инымъ исходомъ; бывають, напр., эпидеміи скарлатины, во время которыхъ воспаленіе почекъ является очень рѣдко, и, наоборотъ, встрѣчаются эпидеміи, при которыхъ послѣдовательный нефритъ является какъ правило и протекаетъ или сплошь въ видѣ легкихъ случаевъ (у Bartels'a, напр., въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ не было ни одного смертельнаго случая), или, напротивъ, почти всегда кончается смертью (у него же въ 1863 г. умерли всѣ 13 пациентовъ). То же можно сказать и про другія осложненія. Вообще говоря, эпидемію скарлатины можно считать доброкачественной, если % смертности не превосходитъ 10; въ большинствѣ случаевъ онъ держится отъ 13 до 18%, а въ тяжелыхъ эпидеміи подымается до 30—40% (Thomas l. c., S. 273).

Во-2-хъ, надо сообразоваться съ характеромъ даннаго случая. Нормальная скарлатина, протекающая при температурахъ около 40°, безъ тяжелыхъ нервныхъ явленій и безъ дифтерита никогда не ведетъ къ смерти, если только остается свободной отъ серіозныхъ осложненій. Сильный зудъ кожи и мліарную сыпь можно считать за весьма благопріятные признаки, такъ какъ и то и другое встрѣчается почти исключительно только въ легкихъ случаяхъ скарлатины.

Въ тяжелой скарлатинѣ пользуются дурной репутаціей въ прогностическомъ отношеніи: 1) высокая лихорадка (41° и больше) съ первыхъ дней заболѣванія, не уступающая противолихорадочному способу лѣченія; 2) тяжелыя нервныя явленія въ началѣ болѣзни, въ видѣ затемненнаго сознанія, бреда при открытыхъ глазахъ, вскакиванья съ постели и въ особенности эclamпическихъ судорогъ у дѣтей послѣ 5 лѣтъ. Со стороны органовъ пищеваренія: очень сухой языкъ, упорная желчная рвота и неуправляемый поносъ въ началѣ болѣзни и обширный дифтеритъ въ дальнѣйшемъ теченіи. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія: частый и малый пульсъ (180—200), похолоданіе конечностей, диспнеа, ціанозъ (признакъ близкой смерти); со стороны сыпи: медленное и необильное высыпаніе, несмотря на высокую лихорадку, или синеватый оттѣнокъ сыпи, хотя бы и очень обильной; большое количество петехій на кожѣ (петехиальный характеръ сыпи въ нѣжныхъ мѣстахъ, напр., въ локтевыхъ и подколенныхъ сгибахъ, какъ уже замѣчено выше, встрѣчается очень часто при совершенно нормальной скарлатинѣ и дурного значенія не имѣетъ); обширная инфильтрація шейной вѣтчатки, въ особенности съ исходомъ въ гангрену (безусловно смертельна), periparotitis, гнойный синовитъ.

При появленіи нефрита можно руководствоваться признаками, приведенными нами при характеристикѣ тяжелыхъ, среднихъ и легкихъ формъ воспаленія

почезъ. По Thomas'у, лучшее предсказаніе допускаютъ нефриты съ постепеннымъ началомъ въ концѣ 3-й или 4-й недѣли скарлатины; вообще, чѣмъ позднѣе онъ начинается, тѣмъ лучше (l. c., стр. 232). Тотъ же взглядъ высказываетъ и West (l. c., стр. 402).

Плевритъ, осложняющій скарлатину, принимаетъ обыкновенно гнойный характеръ и потому онъ всегда значительно ухудшаетъ предсказаніе. Перикардить большею частью остается сухимъ и скоро проходитъ, но если дѣло дошло до экссудата въ полости перикардія, то онъ бываетъ большею частью гнойнымъ и чрезвычайно ухудшаетъ состояніе больного.

Въ-3-хъ, на предсказаніе оказываетъ влияніе и возрастъ: чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ больше шансовъ, что онъ не перенесетъ скарлатину, хотя не мало бываетъ случаевъ выздоровленія и грудныхъ дѣтей. Вообще послѣ 10 лѣтъ, смертность отъ скарлатины значительно уменьшается.

Діагностика.

Распознаваніе нормальной скарлатины съ хорошо развитой сыпью не представляетъ никакихъ трудностей для того, кто хоть разъ ее видѣлъ, но тѣмъ не менѣе молодые врачи и въ особенности студенты часто смѣшиваютъ ее съ корью. Такая ошибка происходитъ вслѣдствіе того, что скарлатинозная сыпь описывается какъ сплошная, не оставляющая нормальныхъ участковъ кожи, между тѣмъ какъ при кори, будь она даже сливная, мѣстами всегда можно видѣть нормальную кожу. Но, какъ я уже говорилъ при описаніи сыпи, этотъ критерій недостаточно надеженъ, такъ какъ аномальная сыпь при скарлатинѣ нерѣдко бываетъ не сплошной; гораздо большее значеніе для діагностики имѣетъ точечный или мраморный видъ скарлатины, въ отличіе отъ пятнистой сыпи при кори (см. корь). — Но, кромѣ этого, нормальная скарлатина отличается отъ нормальной кори характеромъ сыпи на лицѣ и пораженіемъ слизистыхъ оболочекъ: при скарлатинѣ губы и подбородокъ никогда не занимаютъ сыпью и своимъ блѣднымъ видомъ рѣзко отличаются отъ ненормально красныхъ щекъ; тогда какъ при кори сыпь не только не падаетъ этихъ частей лица, но именно здѣсь-то и еще на носу она и показывается прежде всего.

Что касается до слизистыхъ оболочекъ, то для скарлатины особенно характерно пораженіе зѣва и нѣсколько позднѣе скарлатинозный языкъ; но глаза, гортань и бронхи не поражаются, а потому не бываетъ ни кашля, ни хрипоты, ни слезотеченія.

Діагностика скарлатины въ первые часы заболѣванія, т.-е. до появленія сыпи, можетъ быть сдѣлана только въ томъ случаѣ, если при быстромъ поднятіи температуры, боли горла, рвотѣ и очень частомъ пульсѣ, въ зѣвѣ замѣтна точечная (иногда петехиальная) сыпь. Если пораженіе зѣва съ самаго начала является въ видѣ разлитой красноты, то распознаваніе не идетъ дальше вѣроятности, да и то если есть рвота, въ противномъ же случаѣ врачъ можетъ даже и не подозрѣвать скарлатину, пока не появится сыпь. Если въ домѣ есть уже скарлатинозный больной, то діагностика новыхъ заболѣваній, конечно, легче; при такомъ условіи можно правильно оцѣнить даже и самые аномальные случаи.

Легкая скарлатина безъ жабы можетъ быть смѣшана съ различными сыпями, имѣющими сходство съ скарлатинозною эвзантемой.

На первомъ мѣстѣ я поставилъ бы здѣсь потницу, *sudamina rubra*. Она очень часто встрѣчается у дѣтей до 2 лѣтъ, особенно у рахитиковъ, и по своему виду иногда поразительно похожа на скарлатину, но главное ея отличие состоитъ въ локализаци: она занимаетъ только тѣ мѣста, которыя сильно потѣютъ, именно шею, грудь и верхнюю половину спины, меньше лобъ и внутреннія поверхности бедеръ; характернымъ отличіемъ служитъ далѣе то, что животъ при потницѣ или совсѣмъ свободенъ отъ сыпи, или здѣсь ее очень мало. Потница отличается еще своей летучестью, т.-е. она замѣтно усиливается при тепломъ содержаніи больного и значительно блѣднѣетъ или даже исчезаетъ при прохладномъ, и такимъ образомъ держится цѣлую недѣлю или дольше, или часто возвращается.

Другая сыпь, тоже очень похожая на скарлатинозную, является у дѣтей послѣ смазыванія ихъ различными домашними средствами, напр. деревяннымъ масломъ, саломъ, вазелиномъ. Подобная сыпь занимаетъ большею частью только мѣста съ нѣжной кожей, напр. животъ, грудь и щадить спину и конечности.

Такъ какъ публика очень часто прибѣгаетъ къ смазыванію тѣла ребенка при всякомъ жарѣ, то легко можетъ случиться, что послѣ смазки высыпнѣтъ и настоящая скарлатинозная сыпь, если смазываніе произведено во время продромальной лихорадки; анамнезомъ, слѣдовательно, нужно пользоваться осторожно и имѣть въ виду, что искусственная сыпь отъ масла никогда не занимаетъ всей поверхности тѣла, какъ это бываетъ при скарлатинѣ.

Къ этой же категоріи случаевъ относятся и искусственныя эритемы, вызванныя внутренними приемами лѣкарствъ. Особенной извѣстностью пользуется въ этомъ отношеніи хининъ. Диагностика лѣкарственныхъ сыпей иногда бываетъ очень не легка, и въ случаѣ сомнѣнія для повѣрки диагностики назначаютъ больному снова тотъ приемъ лѣкарства, отъ котораго появилась сыпь. *Лѣкарственная сыпь характеризуется именно тѣмъ, что она можетъ быть вызвана у того же самого субъекта по произволу тѣмъ же самымъ приемомъ, отъ котораго она явилась и въ первый разъ.*

Дальнѣйшее отличіе „лѣкарственной“ скарлатины отъ настоящей состоитъ въ отсутствіи при первой жабы и характернаго для скарлатины языка; но лихорадка можетъ быть очень значительная. Кромѣ хинина подобную сыпь вызываютъ иногда хлораль-гидратъ, опиій, наперстянка, іодистый калий, белладона (атропинъ) и въ особенности пнѣевціи противодифтерійной сыворотки.

Но и помимо лѣкарственной эритемы встрѣчается иногда сыпь скарлатинознаго характера, занимающая всю поверхность тѣла и кончающаяся обильнымъ шелушеніемъ эпидермиса, причѣмъ на ладоняхъ и подошвахъ кожа сходитъ пластами, т.-е. совершенно какъ при скарлатинѣ. Болѣзнь эта, описанная Wilson'омъ иодъ именемъ *dermatitis exfoliativa*, оказываетъ наклонность къ рецидивамъ и потому нерѣдко поражаетъ одного и того же субъекта нѣсколько разъ въ жизни, почему и названа Férol'емъ *erytheme desquamatif scarlatiniforme recidivant*. Такъ какъ сама сыпь не представляетъ особыхъ отличій отъ скарлатины, то диагностика должна основываться на побочныхъ

обстоятельствахъ, изъ числа которыхъ, какъ на главныя, можно указать на отсутствіе жабы и скарлатинознаго языка; далѣе имѣеть значеніе, что шелушеніе начинается на нѣкоторыхъ мѣстахъ очень рано, еще до полнаго исчезанія сыпи и что рѣзко выраженная сыпь совершенно не соотвѣтствуетъ незначительному повышенію температуры (до 38—38,2°) и хорошему общему состоянію. Если десквамативный дерматозъ наблюдается у даннаго субъекта повторно, то діагностика легче. По словамъ Litten'a (цит. у Jurgensen'a l. c., S. 224) всего труднѣе отличить скарлатину отъ нѣкоторыхъ *эритемъ септической* происхожденія: и видъ сыпи и распространеніе ея совершенно какъ при скарлатинѣ, такъ что авторъ не можетъ указать ни одного отличительнаго признака; даже и послѣдовательное шелушеніе бываетъ такое же, какъ послѣ скарлатины. Такъ какъ такого рода септическія сыпи намъ никогда не попадались, то по поводу діагностики ихъ мы ничего не можемъ сказать. Вообще слѣдуетъ имѣть въ виду, что скарлатина безъ жабы принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ и потому *ставитъ діагностику скарлатины на основаніи одной только сыпи, дѣло очень и очень рискованное.*

За скарлатину можетъ быть принята иногда и оспа, именно въ продромальномъ періодѣ, когда на второй день послѣ жара и рвоты появляется распространенная, продромальная, оспенная эритема, которая, впрочемъ, не имѣеть точечнаго характера.

Объ отличіи скарлатины отъ скарлатинозной краснухи, см. объ этой послѣдней.

Скарлатина безъ сыпи, но съ лихорадкой и ангиной, можетъ быть смѣшана, смотря по характеру измѣненій зѣва, то съ простой катарральной жабой, то съ фолликулярной или дифтеритической. Діагностика основывается на этиологическихъ моментахъ, на начальной рвотѣ и на измѣненіяхъ языка; во многихъ случаяхъ распознаваніе не идетъ далѣе болѣе или менѣе вѣроятнаго предположенія и выясняется лишь при новыхъ случаяхъ заболѣванія въ той же семьѣ или при появленіи какого-нибудь характернаго осложненія, напр., воспаленія почекъ, водянки, остраго синовита. При сходствѣ съ дифтеритомъ, отсутствіе Löffler'скаго бацилла рѣшаетъ вопросъ противъ дифтериса и за дифтероидную жабу.

Случаи скарлатины, кончающіеся смертью въ первые часы болѣзни еще до сыпи, могутъ быть приняты за острый менингитъ, тяжелый тифъ или оспу; правильная діагностика возможна лишь на основаніи этиологическихъ моментовъ, если же источникъ зараженія неизвѣстенъ, то и вскрытіе не много помогаетъ выясненію дѣла, и діагностика останавливается на предположеніи какого-то отравленія крови.

Иногда приходится рѣшать вопросъ о томъ, была ли скарлатина у больного, у котораго сыпь уже исчезла. Въ подобныхъ случаяхъ обращаютъ вниманіе на свойства языка и на характеръ шелушенія (объ этомъ было говорено выше).

Изъ осложненій скарлатины чаще всего просматривается экссудативный плевритъ, перикардитъ и эндокардитъ, такъ какъ всѣ эти процессы могутъ протекать въ первое время скрытно, т.-е. не вызывая субъективныхъ жалобъ больного. Въ виду этого необходимо тщательное объективное изслѣдованіе больного

при всякомъ лихорадочномъ состояніи, появляющемся у скарлатинознаго въ неурочное время, т.-е. если оно затягивается послѣ исчезанія сыпи или вновь появляется въ періодъ выздоровленія.

Чтобы не просмотрѣть начало нефрита, который можетъ протекать и безъ лихорадки, слѣдуетъ принять за правило, изслѣдовать мочу больнаго ежедневно, но крайней мѣрѣ до конца 4-й недѣли.

Лѣч е н і е.

Такъ какъ противодія противъ зараженія скарлатинознымъ ядомъ мы не знаемъ, то намъ остается только предохранительное и симптоматическое лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе состоитъ въ полной изоляціи заболѣвшаго отъ здоровыхъ. По вопросу о томъ, нужно ли изолировать больнаго, заболѣвшаго легкой скарлатиной, мнѣнія авторовъ сводятся къ тому, что изоляція и здѣсь необходима; въ главѣ объ этиологіи я привелъ нѣсколько соображеній въ пользу того, чтобы не отдѣлять больнаго отъ здоровыхъ, но взять на себя отвѣтственность и дать такой совѣтъ — врачъ не можетъ. Такъ какъ несомнѣнно, что скарлатина можетъ передаваться черезъ третье лицо, остающееся здоровымъ, и черезъ вещи, то необходимо обратить вниманіе и на эту сторону дѣла: больной долженъ имѣть особую прислугу, свою посуду, мебель и проч. Многіе врачи требуютъ безусловнаго запрещенія посѣщать школы братьямъ и сестрамъ заболѣвшаго, что, конечно, вполне рационально, но только въ томъ случаѣ, если больной не строго изолированъ, въ противномъ случаѣ они могутъ посѣщать школу черезъ 11 дней, т.-е. по окончаніи срока инкубаціи. Непосѣдъ предлагаетъ штрафовать врачей, которые не даютъ знать въ полицію о появленіи въ извѣстномъ домѣ скарлатины.

Въ теченіе какого времени самъ больной долженъ считаться заразительнымъ, сказать трудно. Такъ какъ считается доказаннымъ, что чешуйки эпидермиса содержатъ въ себѣ заразу, то больнаго признаютъ заразительнымъ до конца шелушенія, т.-е. до конца 4-й или 6-й недѣли. Если бы это было дѣйствительно такъ, то понятно, что при помощи жирныхъ смазокъ (вазелинъ, прованское масло и т. п.) и теплыхъ ваннъ въ періодъ выздоровленія можно бы было значительно ускорить процессъ лупленія, а тѣмъ самымъ укоротить и періодъ заразительности, но, къ сожалѣнію, дѣло не такъ просто, такъ какъ зараза распространяется не одними лишь чешуйками. Наблюденія какъ изъ больницы, такъ и изъ частной практики очень часто показываютъ, что полное окончаніе періода шелушенія, хотя бы больной взялъ послѣ того 2—3 мыльныхъ ванны, вовсе не составляетъ гарантіи того, что заразительный періодъ въ данномъ случаѣ уже кончился. Въ нашей клиникѣ мы держимъ реконвалесцентоу до конца шелушенія, и тѣмъ не менѣе сравнительно не рѣдко наши пациенты возвратившись домой заражали своихъ братьевъ и сестеръ; подобныя зараженія возможны и много спустя послѣ 40 дней (общепринятый срокъ для изоляціи; онъ же примѣняется и къ ученикамъ учебныхъ заведеній въ силу извѣстнаго циркуляра мин. внутр. дѣлъ), напр., черезъ 60 и даже 80 дней отъ начала заболѣванія. Подобныя наблюденія указываютъ на то, что зараза гдѣ-то сохра-

няется реконвалесцентомъ помимо кожи, и по аналогіи съ дифтеріей слѣдуетъ думать, что производитель скарлатины въ теченіе извѣстнаго времени остается на слизистыхъ оболочкахъ носа, зѣва и носоглоточнаго пространства, но какъ долго можетъ онъ тамъ сохраняться — мы рѣшительно не знаемъ, а если судить опять по аналогіи, то можно только сказать, что въ разныхъ случаяхъ бываетъ по-разному: одинъ больной утратитъ заразительность недѣли въ 2—3, тогда какъ у другого она сохранится въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ. Официально, какъ уже сказано, заразительный періодъ скарлатины принимается въ 40 дней: для большинства случаевъ этого довольно.

Къ предохранительнымъ же средствамъ относится и дезинфекція помѣщенія и вещей больного по правиламъ, изложеннымъ въ главѣ о дифтеріѣ.

Для предохраненія больного отъ осложненій принято держать его въ постели въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, но сколько именно, на этотъ счетъ опредѣленныхъ правилъ нѣтъ. Большинство осложненій при скарлатинѣ появляется въ теченіе 2-й и 3-й недѣли, а потому до конца третьей недѣли больной обязательно долженъ лежать въ постели даже и послѣ легкой скарлатины. Если къ этому сроку моча не содержитъ бѣлка, то больной можетъ встать и лѣтомъ въ теплую погоду выходить на воздухъ, а зимой оставаться въ комнатѣ еще съ недѣлю, т.-е. до конца шелушенія на туловищѣ.

Лежать въ постели всѣ 40 дней слишкомъ томительно для больного и, по моему мнѣнію, бесполезно; вѣдь главная причина осложненій не простуда, а вліяніе яда. Въ видахъ предохраненія больного отъ послѣдовательнаго нефрита, Вонн настоятельно рекомендуетъ теплыя ванны, какъ только кончился лихорадочный періодъ, а Baginsky съ тою же цѣлью рекомендуетъ ихъ уже съ самаго начала болѣзни; послѣ ванны онъ смазываетъ все тѣло саломъ и одѣваетъ въ чистое бѣлье. Онъ съ увѣренностью утверждаетъ, что такимъ образомъ всегда можно предотвратить развитіе тяжелой водянки, но это ужъ увлеченіе.

Semola (Vorles. üb. exper. Pharmakologie. Vien 1890), исходя изъ того предположенія, что картина тяжелой скарлатины обуславливается не однимъ лишь скарлатиновымъ ядомъ, но также и различными ядами, всасывающимися изъ кишекъ или вообще продуктами неправильнаго кишечнаго пищеваренія, совѣтуетъ въ видахъ предохраненія больного отъ вліянія этихъ ядовъ дезинфицировать кишечникъ. Съ этою цѣлью въ началѣ скарлатины можно дать слабительное, всего лучше calomel по $\frac{1}{2}$ —1 гр. (0,03—0,06) на приемъ черезъ часъ до дѣйствія, а потомъ magnesiā sulfurosā. Слабительное показано не только при запорѣ, но также и въ тѣхъ случаяхъ скарлатины, въ которыхъ съ самаго начала бываетъ поносъ, а именно при вонючихъ испражненіяхъ (такія испражненія и бываютъ обыкновенно при поносѣ, сопровождающемъ начало скарлатины). Magnesia sulfurosa въ водѣ не растворяется и потому требуется прибавка acidi sulfurosi, напр., Rp. Magnesia sulfurosaе, Ac. sulfurosi aa 5,0, Aq. destill. 170,0, Syr. simpl. 25,0. MDS. Черезъ часъ по чайной или столовой (смотря по возрасту) ложкѣ. Лѣкарство это безвредное, хорошо переносится желудкомъ и непротивно на вкусъ. Названіе слѣдуетъ писать полными буквами, иначе аптекарь можетъ отнустить слабительную magnesiā sulfuricā.

Симптоматическое лѣченіе скарлатины состоитъ въ борьбѣ съ лихорадкой и въ устраненіи другихъ опасныхъ симптомовъ.

Увлеченіе жаропонижающимъ способомъ лѣченія въ настоящее время уже значительно стихло и какъ разъ въ то время, когда были найдены самыя сильныя и вѣрныя *antipyretica*; очень возможно, что эти-то средства и подорвали кредитъ у самого метода, такъ какъ, владѣя вѣрно дѣйствующими жаропонижающими средствами, не трудно было убѣдиться, что въ случаяхъ тяжелой скарлатины пониженіе температуры не приноситъ пользы больному. Поэтому мы и видимъ, что когда зашла рѣчь о лѣченіи скарлатины на VIII съѣздѣ Общества дѣтскихъ врачей въ Бременѣ въ 1890 г. (*Verhandl. d. VIII Versaml. d. Gesellsch. f. Kinderh. 1891*), то за энергическое пониженіе температуры уже никто не стоялъ; рекомендовались только постепенно охлаждаемыя теплыя ванны и осторожныя дозы антипирина и др., да и то не всѣми: Steffen, напр., прежде горячій приверженецъ салициловаго натра и т. п. средствъ, теперь прямо заявилъ, что тяжелые случаи скарлатины не слѣдуетъ лѣчить ни холодною водою, ни противолихорадочными средствами (l. c. S. 17), къ каковому заявленію всецѣло присоединился и Meinert изъ Дрездена, тогда какъ Hochsinger (Вѣна) пошелъ еще дальше и считаетъ новѣйшія *antipyretica*, каковы антипиринъ и антифебринъ, прямо вредными, какъ располагающія къ коллапсу и слабости сердца.

Итакъ, что касается до лихорадки, то, конечно, антипиретическій способъ лѣченія показанъ далеко не во всѣхъ случаяхъ скарлатины. Легкіе и средніе по силѣ случаи, съ лихорадкой до 40°, при умѣренно выраженныхъ нервныхъ симптомахъ, не требуютъ никакихъ жаропонижающихъ средствъ, такъ какъ высокая t° держится не долго и не угрожаетъ больному ничѣмъ серьезнымъ; другое дѣло — при очень высокой лихорадкѣ (41—42°) и при тяжелыхъ нервныхъ припадкахъ. Чѣмъ злокачественнѣе скарлатина, тѣмъ упорнѣе оказывается и жаръ и тѣмъ энергичнѣе приходится дѣйствовать, но, къ сожалѣнію, далеко не всегда можно ручаться за успѣхъ.

Въ настоящее время всѣ отдають преимущество лѣченію водою, тогда какъ внутреннія средства совсѣмъ въ загонѣ; для дѣтей рекомендуются обыкновенно постепенно охлаждаемыя, такъ называемыя, Ziemssen'sкія ванны: больного сажаютъ въ ванну 26° R. и въ теченіе 20—30 минутъ, пока онъ сидитъ въ ней, охлаждають воду прибавкой холодной воды, до 24—22°. Смотри по результату, ванну повторяють 2—3 раза въ день. Такія ванны часто остаются безъ результата, а потому Cadet de Gassicourt совѣтуетъ прибѣгать прямо къ холоднымъ ваннамъ; онъ сажаетъ больного въ 19—20° C. воду и держитъ его въ ваннѣ 30 и даже 45 минутъ (до появленія зноба) и повторяетъ такія ванны 2—3 раза въ день. Такое купанье можно считать рискованнымъ, такъ какъ оно вызыветъ иногда коллапсъ, но у нѣмецкихъ авторовъ можно встрѣтить еще болѣе энергичное лѣченіе; Jurgensen, напр. (*Nottnagel, Handb. IV, B, S. 238*), рекомендуетъ для маленькихъ дѣтей ванны въ 16° R., а для старшихъ — 12° R. въ теченіе 5 минутъ, отъ 4 до 6 разъ въ день (при 40°), или, если t° держится около 41—42°, то каждый часъ или черезъ 2 часа! Противопоказаніемъ для холодныхъ ваннъ онъ считаетъ: 1) симптомы сердечной

слабости; 2) затрудненное дыханіе вслѣдствіе сѣуженія верхнихъ дыхательныхъ путей; 3) кровотеченіе изъ носа и явленія кровоточиваго діатеза; 4) воспаленіе сочлененій. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ, кромѣ ваннъ, приходится назначать еще и внутренніи средства, изъ которыхъ лучшими въ смыслѣ сравнительной безвредности ихъ для сердца мы считаемъ фенацетинъ и лактофенинъ, изъ коихъ послѣднему приписывается не только жаропонижающее, но и седативное дѣйствіе на нервную систему, а потому онъ особенно умѣстенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда высокая температура сопровождается сильнымъ бредомъ, вскакиваніемъ съ кровати и др. симптомами возбужденія. Оба средства назначаются по 0,1—0,3 на приемъ, смотря по возрасту 2—3 раза въ день. Дѣйствіе этихъ и имъ подобныхъ средствъ необходимо контролировать градусникомъ: повторять приемъ можно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда температура, измѣренная черезъ 3 часа послѣ перваго приема, оказывается не ниже 39,5.

онятно, что при первыхъ признакахъ ослабленной дѣятельности сердца лѣченіе жаропонижающими должно быть прекращено.

Холодные заворачиванія въ простыни по силѣ дѣйствія уступаютъ Ziemsseu'sкимъ ваннамъ, но до нѣкоторой степени все-таки замѣняютъ ихъ. Какъ и при тифѣ, для заворачиванія берется простыня, смоченная комнатной водой и посланная поперекъ постели; на нее кладется больной такимъ образомъ, чтобы верхній край простыни приходился въ подмышки; потомъ больной заворачивается съ ногами въ простыню и быстро растирается до полного согрѣванія простыни; минутъ черезъ 10 его заворачиваютъ въ другую простыню и такъ повторяютъ раза 3—4.

Заворачиванія особенно показаны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно произвести отвлеченіе на кожу, напр., при слишкомъ слабо выраженной сыпи; нѣкоторые англійскіе врачи, напр., Taylor, Ellis (Man. prat. des maladies des enf. 1884) при тяжелыхъ нервныхъ симптомахъ, слабомъ пульсѣ и блѣдной кожѣ рекомендуютъ горчичныя заворачиванія, причѣмъ простыня смачивается водой, въ которой распущена горчица (на три стакана воды десертную ложку, наравнѣ съ краями, горчицы).

Противъ тяжелыхъ нервныхъ припадковъ, въ началѣ скарлатины, Trousseau особенно хвалилъ обливанія холодной водой. Больного сажаютъ въ пустую ванну и выливаютъ на него 3—4 ведра воды, температурой въ 20—25° С. Обливаніе продолжается $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ до минуты. Затѣмъ пациента тотчасъ заворачиваютъ въ простыню и кладутъ въ постель не обтирая, а только хорошо укрывши. Обливанія повторяются разъ или два въ сутки, смотря по силѣ припадковъ. Они должны быть начаты тотчасъ же, какъ только нервные припадки дойдутъ до значительной напряженности, и продолжаться до существеннаго улучшенія (Лекціи Труссо. Т. II, стр. 141, перев. Кристофа). Такія обливанія хотя и не всегда спасаютъ больного, но въ рукахъ Trousseau всегда облегчали припадки и, повидимому, замедляли наступленіе гибельнаго исхода. Изъ внутреннихъ средствъ въ случаяхъ рѣзко выраженныхъ симптомовъ возбужденія могутъ быть примѣнены кромѣ фенацетина и лактофенина еще и разныя *sedativa*, какъ напр. бромистый натръ (4⁰/₀ по десерт.—стол. ложкѣ черезъ 2 часа), хлораль (2⁰/₀) и даже морфій (0,1—25,0, столько капель, сколько больному лѣтъ).

Противъ ангины, если она носить фолликулярный характеръ, достаточно полосканія изъ бертолетовой соли или борной кислоты (того или другого чайную ложку верхомъ на стаканъ воды), а при появленіи дифтеритическаго экссудата, кромѣ того, еще и паровыя пульверизаціи, всего лучше салициловымъ натромъ (2^o/о) или бензойнокислымъ натромъ (4^o/о), напр., Rр. Natri benzoici 8,0, Aq. destill. 200,0, DS. Для пульверизаціи. Rр. Natri salicylici 4,0, Aq. destill. 200,0, DS. Для пульверизаціи. Вообще при лѣченіи скарлатинознаго дифтерита зѣва, носа и ушей главная суть состоитъ въ соблюденіи возможной чистоты и въ удаленіи скопляющагося отдѣляемаго, посредствомъ шприцованія рта, носа и ушей безвредными дезинфицирующими растворами, напр. 3^o/о растворомъ ас. boracisі, а еще лучше простой водой. Что касается до подкожнаго впрыскиванія антидифтеритной сыворотки при скарлатинозномъ дифтеритѣ, то она оказалась совершенно бесполезной, такъ же какъ и антистрептококковая сыворотка Magmoreck'a.

Въ 1886 году Neubner предложилъ лѣчить скарлатинозный дифтеритъ паренхиматозными инъекціями 3^o/о карболовой кислоты, два раза въ день по 1/2 шприца Праваца въ миндаляныя железы и въ мягкое нѣбо; вмѣсто обыкновенной иглы Праваца, онъ предложилъ свою канюлю въ 11 см. длиной и съ утолщеніемъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ конца иглы, чтобы послѣдняя не могла быть вколота слишкомъ глубоко. Способъ этотъ не пользуется популярностью, хотя онъ заслуживаетъ полнаго вниманія. Техника этой маленькой операціи настолько проста, что со стороны врача не требуетъ никакой предварительной подготовки. Кромѣ инструмента нуженъ еще подходящий помощникъ для полной фиксаціи головы больного, котораго помощникъ беретъ къ себѣ на колѣни. Если нѣтъ подъ руками роторасширителя, то его можно замѣнить или пробкой, вставляемой между зубовъ верхней и нижней челюстей, или рукояткой чайной ложечки, обернутой чѣмъ-нибудь мягкимъ. Вкалываніе иглы въ ткань миндалявидной железы и самое впрыскиваніе 3^o/о раствора ас. carbolicі не болѣзненны. Начинать инъекціи слѣдуетъ по возможности раньше во всѣхъ случаяхъ тяжелой или по крайней мѣрѣ обѣщающей быть таковою скарлатины, т.-е. когда въ зѣвѣ появился дифтерит. экссудатъ, и начинаютъ опухать лимфатическія железы шеи. Инъекціи продолжаются въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ (3—10), пока не улучшатся мѣстныя явленія въ зѣвѣ и въ железахъ, и не ослабѣетъ лихорадка.

При значительныхъ аденитахъ, склонныхъ къ исходу въ нагноеніе (объемистая, плотная, неподвижная опухоль изъ спаявшихся железъ, напряженная, слегка покраснѣвшая кожа) и при флегмонѣ шейной вѣтчатки нѣкоторые совѣтуютъ класть ледъ, пока еще нѣтъ флюктуаціи; но такъ какъ достигнуть разрѣшенія такимъ способомъ, все равно, не удастся, то лучше ужъ съ самаго начала содѣйствовать скорѣйшему образованію абсцесса и съ этою цѣлью класть постоянныя припарки изъ льняного сѣмени и при первыхъ признакахъ флюктуаціи вскрывать нарывъ и дренировать.

Явленія сердечной слабости, въ видѣ очень частаго, но слабаго пульса, похолоданія конечностей и легкаго ціаноза, всего ранѣе выражающагося по синѣніемъ сыпи, требуютъ возбуждающихъ средствъ (вино, валерьяна, мускусъ,

углекислый аммоній и проч.), напр. Rp. Tr. valerian. aet. t-rae moschi aa 10,0. DS. По 10 капель черезъ часъ, или Rp. Moschi orient. 0,015—0,05, Ammon. carbon. 0,015—0,05, Sacch. 0,2, Mf. pulv. D. t. dos. № 12. Черезъ 2 часа по порошокъ. Еще вѣрнѣе дѣйствуютъ подкожныя впрыскиванія кофеина. Rp. Cof. natr. benz. 1,0, Aq. destill. 20,0. DS. По $\frac{1}{2}$ шприца 3 раза въ день; или камфоры (Rp. Camph. tr. 1,0, Ol. provinc. 10,0. DS. По $\frac{1}{2}$ шприца 2 раза въ день).

При *воспаленіи почекъ*, въ какой бы легкой степени оно ни появилось, безусловно необходимо уложить больного въ постель, такъ какъ, по общему отзыву авторовъ, равномерная и умѣренная гиперемія кожи, поддерживаемая постельнымъ содержаніемъ, значительно способствуетъ благоприятному теченію нефрита.

Вторымъ важнымъ факторомъ въ терапіи нефрита является діета. Самой подходящей для нефритика пищей признается молоко и притомъ въ какомъ угодно количествѣ, лишь бы переносилъ желудокъ. Молоко принадлежитъ между прочимъ къ числу отличныхъ и нѣжно дѣйствующихъ мочегонныхъ. Что касается до мяса, то одни (Bartels, Rosenstein) разрѣшаютъ нефритикамъ легкіе сорта его, а другіе (Senator, Thomas) запрещаютъ, такъ какъ мясная пища по нѣкоторымъ наблюденіямъ увеличиваетъ потерю бѣлка черезъ почки и по содержанію экстрактивныхъ веществъ располагаетъ больного къ уреміи. При настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній, я предпочитаю воздержаться отъ назначенія мяса нефритикамъ и ограничиваюсь молокомъ и яйцами. Вино въ свѣжемъ случаѣ абсолютно запрещается. Для питья — простая или щелочная вода. Нѣкоторые думаютъ, что если выздоравливающаго скарлатинознаго больного кормить въ теченіе трехъ недѣль исключительно молокомъ, то можно навѣрное избавить его отъ нефрита (метода Zenker'a.), но это неправда, — такой способъ профилактики мы испытывали и вскорѣ отказались отъ него вовсе, потому что онъ, во-1-хъ, не даетъ полной гарантіи, а во-2-хъ, потому, что такая діета не всѣми переносится: у однихъ развиваются упорнѣйшіе запоры, а у другихъ появляется трудно преодолимое отвращеніе къ молоку.

Нѣкоторые возстаютъ даже и противъ молока; Aufrecht, напр., рекомендуетъ для первыхъ 7—10 дней остраго нефрита исключительно безазотистую діету въ видѣ слизистыхъ суповъ и крахмалистыхъ веществъ. Къ концу 2-й недѣли онъ позволяетъ молоко, а еще позднѣе — супъ. Посредствомъ такой діеты Aufrecht имѣетъ въ виду уменьшить образованіе азотистыхъ продуктовъ обмѣна и тѣмъ дать отдыхъ больному эпителию почекъ. По его наблюденіямъ, такой діеты вполне достаточно для успѣшнаго лѣченія остраго нефрита даже безъ помощи какихъ бы то ни было потогонныхъ или мочегонныхъ и т. п. средствъ (Berl. Wochenschr. 1853, № 51).

Что касается до терапевтическихъ средствъ, то, кажется, всѣ согласны въ томъ, что при настоящемъ состояніи нашихъ свѣдѣній мы не въ состояніи остановить развитіе остраго нефрита, какъ бы рано ни было начато лѣченіе. За общее или мѣстное кровопусканіе, хотя бы въ самомъ началѣ тяжелаго нефрита у вѣрпкихъ дѣтей, высказывается мало голосовъ и еще меньше за большія дозы каломеля, рвотный камень и т. п., а о малыхъ дозахъ каломеля, который почему-то въ большемъ ходу въ Москвѣ, никто изъ авторовъ даже и

не упоминаетъ. Однимъ словомъ, вопросъ можетъ идти только о симптоматическомъ лѣченіи нефрита и, главнымъ образомъ, о лѣченіи водянки и уремии.

Какъ наилучшее отвлекающее средство, регулирующее кровообращеніе въ почкахъ и такимъ образомъ *способствующее отдѣленію мочи* и, главнымъ образомъ, какъ *противоводяночное*, наибольшимъ довѣріемъ пользуются горячія ванны по методу Liebermeistera, т.-е. больного съ холоднымъ компрессомъ на головѣ сажаютъ въ 30° воду и постепеннымъ подливаніемъ горячей воды доводятъ температуру ванны до 32—33° R., а послѣ ванны закутываютъ больного часа на 2 въ шерстяныя одѣяла. Разногласія касаются только противопоказаній. Aufrecht считаетъ горячія ванны вообще неумѣстными при остромъ нефритѣ, но такое мнѣніе слишкомъ исключительно, большинство же авторовъ абсолютнымъ противопоказаніемъ считаетъ лишь такіе симптомы, какъ отекъ легкаго, капиллярный бронхитъ, слабую дѣятельность сердца, ціанозъ.

Но спрашивается, можно ли сажать больного въ горячую воду, если ему угрожаетъ приступъ уремическихъ судорогъ, или если эclamпическіе припадки уже появились, но пульсъ при этомъ не слабъ? Многіе считаютъ горячія ванны лучшимъ симптоматическимъ средствомъ не только противъ водянки, но и противъ уремии, въ какой бы формѣ она ни проявилась (Wagner, Bartels, Rosenstein). Другіе, наоборотъ, совѣтуютъ пріостановиться съ ваннами, если больному угрожаютъ уремическія судороги (Thomas). Я лично не считаю возможнымъ рѣшать этотъ вопросъ одинаково для всѣхъ случаевъ, но, съ другой стороны, не могу также указать и на тѣ признаки, руководствуясь которыми можно бы было прямо сказать, полезны ли будутъ ванны въ данномъ случаѣ, или нѣтъ. Несомнѣнно только одно, что есть случаи уремии, когда ванны дѣйствуютъ отлично, но есть и другіе, когда судороги упорно повторяются послѣ ваннъ или впервые являются послѣ нихъ. Рѣшить поставленный нами вопросъ можетъ только опытъ; во всякомъ случаѣ надо попробовать, и если послѣ первой ванны не будетъ замѣтнаго улучшенія, или если послѣдуетъ даже ухудшеніе, то дальнѣйшее употребленіе ваннъ можно считать неумѣстнымъ.

Я припоминаю по этому поводу случай весьма тяжелой уремии у 10-лѣтней дѣвочки Клеммъ, которую я дѣлалъ вмѣстѣ съ д-ромъ Гурвичемъ. Нефритъ умѣренной силы появился у нея на 3-й недѣлѣ легкой скарлатины и протекалъ безъ отековъ. Къ концу 2-й недѣли дѣло пошло, какъ казалось, къ выздоровленію: количество мочи съ каждымъ днемъ увеличивалось, а бѣлка становилось все меньше и меньше, какъ вдругъ больная стала жаловаться на головную боль и рвоту. Послѣ первой горячей ванны головная боль сдѣлалась сильнѣе и рвота чаще. Назначены ванны 2 раза въ день. На третій день — первый приступъ уремическихъ судорогъ, а второй повторился во время ванны. Несмотря на пиявки за уши и вдыханія хлороформа, судороги сдѣлались почти постоянными, температура поднялась до 40,5; больная не выходила изъ сопорознаго состоянія и лежала въ постели съ закинутой назадъ головой; пульсъ былъ полонъ и замедленъ: въ виду того, что погруженіе больной въ воду каждый разъ вызывало усиленіе эclamпсіи, ванны были отбѣнены, и больная завернута въ мокрую простыню и шерстяныя одѣяла. Съ перваго же завертыванія судороги прекратились и съ тѣхъ поръ не повторялись болѣе.

Но рядомъ съ этимъ случаемъ я припоминаю и другой, который я наблюдалъ какъ разъ въ то же самое время, какъ и дѣвочку Клеммъ, на консультаціи съ д-ромъ Верязевымъ. Это былъ 8-лѣтній мальчикъ Бѣльскій. Здѣсь тоже при нефритѣ умѣренной силы и при ничтожной водянкѣ появились головная боль, рвота и апатія; также назначены ванны, но только съ совсемъ другимъ результатомъ, такъ какъ дѣло обошлось совсемъ безъ судорогъ.

Одно только я могу сказать съ увѣренностью, что *если лѣченіе ваннами продолжалось уже нѣсколько дней подрядъ и, несмотря на то, появляются предвѣстники уреміи, то нечего ждать пользы отъ дальнѣйшаго употребленія ваннъ, а слѣдуетъ обратиться къ другимъ средствамъ.*

Прямыхъ противопоказаніемъ для ваннъ мы считаемъ симптомы ослабленной дѣятельности сердца, каковы слабый пульсъ, едва замѣтный сердечный толчекъ, расширение сердечной тупости вправо, увеличеніе печени вслѣдствіе пассивной гиперэміи, неправильный пульсъ.

Не слѣдуетъ также продолжать ванны въ томъ случаѣ, если припадки уреміи сопровождаются быстрымъ исчезаніемъ отековъ, такъ какъ потогонное лѣченіе способствуетъ еще болѣе быстрому всасыванію трансудатовъ, а вмѣстѣ съ ними всасываются различныя экстрактивныя вещества, входящія въ ихъ составъ, отчего уремія бываетъ иногда прямымъ слѣдствіемъ слишкомъ энергичнаго противоводячнаго лѣченія.

Второй вопросъ состоитъ въ томъ, можно ли дѣлать горячія ванны при лихорадочномъ состояніи? Вohn считаетъ при лихорадочномъ состояніи и кровавой мочѣ противопоказанными всѣ мочегонныя и потогонныя средства; онъ совѣтуетъ назначать въ такихъ случаяхъ наперстянку и полуторохлористое желѣзо; противъ ваннъ высказывается и Thomas, тогда какъ другіе рекомендуютъ въ такихъ случаяхъ и ванны, и легкія мочегонныя, въ родѣ kali acet., кремортаргара и т. п., и рѣшительно высказываются противъ вяжущихъ вообще и противъ fer. sesquichl. въ частности. Я лично держусь послѣдняго мнѣнія, а кто боится ваннъ, тотъ можетъ прибѣгнуть къ способу Ziemssen'a, при которомъ больного завертываютъ въ мокрую простыню, смоченную не холодной, а *горячей* водой, и потомъ въ шерстяныя одѣяла. Этотъ способъ замѣняетъ горячія ванны также при слабой дѣятельности сердца и при одышкѣ (Wagner).

Противъ водянки употребляются также *мочегонныя*, повазаніемъ для которыхъ служитъ *малое количество* мочи. Кромѣ горячихъ ваннъ, лучшимъ мочегоннымъ средствомъ считается обильное питье, напр. молоко въ чистомъ видѣ или съ щелочными минеральными водами, каковы Вильдунгенъ, Боржомъ, Випи и др. При запорѣ лучше назначать карлсбадскій Mülbrunnen по столовой ложкѣ черезъ 2 часа, отдѣльно отъ молока, которому онъ портитъ вкусъ. Изъ лѣкарствъ при частомъ и маломъ пульсѣ — digitalis или кофеинъ. Rr. cofeini patri benzoici 0,05—0,1—0,2 на приемъ, раза 4 въ день, смотря по возрасту, а при нормальной дѣятельности сердца — щелочныя минеральныя воды или соли органическихъ кислотъ, въ особенности кремортаргаръ (2,0—100,0 по десертной или столовой ложкѣ черезъ 2 часа, который дѣйствуетъ въ то же время и слегка послабляющимъ образомъ, что очень важно, такъ какъ при нефритѣ запоры весьма не желательны; если больной все-таки не имѣетъ ежедневнаго стула, то, какъ уже сказано, карлсбадъ или 2% растворъ patri sulphurici по десертной или столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Къ числу невинныхъ мочегонныхъ средствъ, весьма удобныхъ въ дѣтской практикѣ, относится между прочимъ и арбузъ. Я давалъ его нѣсколькимъ нефритикамъ въ теченіе многихъ дней подрядъ по 2—4 круглыхъ куса въ день безъ всякаго вреда, но, какъ казалось мнѣ, съ пользой, потому что количество

мочи обыкновенно увеличивалось, и она становилась свѣтлѣе. Съ тою же цѣлью д-ръ Поповъ рекомендуетъ ягоды морошки въ видѣ отвара („Врачъ“ 1886 г. № 4). Мочегонное дѣйствіе ягодъ зависитъ отъ кислоты, которую Поповъ, на основаніи своихъ опытовъ, относитъ къ настоящимъ мочегоннымъ, т.-е. дѣйствующимъ исключительно на почечную ткань, не влияя нисколько на сердце и сосудистую систему. Морошку можно давать и въ видѣ варенья, напр., съ чаемъ.

Если водянка полостей достигаетъ чрезмѣрной степени и угрожаетъ жизни больного, то прибѣгаютъ къ хирургической помощи; чаще всего приходится дѣлать проколъ грудной кѣтки при чрезмѣрномъ hydrothorax.

Противъ *уреміи* въ качествѣ профилактическихъ средствъ считается полезнымъ все то, что увеличиваетъ отдѣленіе мочи и способствуетъ выдѣленію изъ крови продуктовъ метаморфоза черезъ кожу, почки и кишки; слѣдовательно, всѣ вышеприведенныя потогонныя и мочегонныя средства и, кромѣ того, слабительныя, напр., salomel по $\frac{1}{2}$ —1 гр. черезъ 1—2 часа до дѣйствія, или inf. laxat. Wien. черезъ часъ по десертной или столовой ложкѣ. Чѣмъ меньше мочи, тѣмъ болѣе показаны слабительныя. Къ этимъ слабительнымъ мы особенно охотно прибѣгаемъ въ началѣ остраго нефрита, который начинается сразу значительнымъ повышеніемъ температуры и запоромъ, причѣмъ мочи мало и она мутна или кровяниста; слабительныя показаны также при первыхъ признакахъ уреміи, т.-е. при появленіи головной боли и рвоты.

Спеціально противъ уремическихъ судорогъ рекомендуются мѣстныя кровопусканія (піявки за уши), холодъ на голову, вдыханія хлороформа, влистанія съ хлораль-гидратомъ, подкожныя инъекціи пилокарпина. Послѣдній только при хорошей дѣятельности сердца, при полномъ (и замедленномъ) пульсѣ; противопоказаніемъ для него служатъ: слабый, частый пульсъ, сильный бронхитъ, одышка.

При той формѣ уреміи, которая протекаетъ безъ судорогъ, но выражается головною болью, рвотой, общей слабостью, одышкой и слабымъ, частымъ пульсомъ, показаны возбуждающія, особенно камфора въ видѣ подкожныхъ инъекцій и піявки за уши (несмотря на слабый пульсъ).

Другія показанія для назначенія тѣхъ или иныхъ терапевтическихъ средствъ при остромъ нефритѣ вытекаютъ изъ свойствъ мочи. Если мочи мало и она содержитъ много бѣлка и крови, то Вohn настоятельно рекомендуетъ liq. ferri sesquichloratum по 2—3 капли на приемъ 4—6 разъ въ день. По его наблюденіямъ, подъ вліаніемъ этого средства не только кровь исчезаетъ изъ мочи, но также и бѣлокъ, а количество мочи при этомъ увеличивается; полуторохлористое желѣзо, по его словамъ, дѣйствуетъ настолько вѣрно, что онъ не находилъ пужнымъ пробовать какія-либо другія рекомендованныя средства. Однако другіе, и я въ томъ числѣ, не были такъ счастливы съ этимъ препаратомъ, какъ Вohn; гораздо больше пользы я видѣлъ въ такихъ случаяхъ опять-таки отъ слабительныхъ, изъ которыхъ всего чаще назначаю или каломель (по $\frac{1}{2}$ —1 гр. черезъ 2 часа до дѣйствія), или вѣское питье, по десертной или столовой ложкѣ черезъ 2 часа. Очень нерѣдко уже на слѣдующій день кровь изъ мочи исчезаетъ, количество бѣлка уменьшается, моча дѣлается свѣтлѣе и отдѣляется въ большемъ количествѣ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ это улучшеніе оказывается лишь временнымъ, но иногда прочнымъ.

Когда явленія нефрита исчезли, но осталась блѣдность покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, да затянулась можетъ быть альбуминурія, то показано укрѣпляющее лѣченіе: питательная, мясная и молочная діета, желѣзные препараты и вино.

Необходимо помнить, что нефритъ очень склоненъ къ рецидивамъ, и потому въ періодъ выздоровленія слѣдуетъ очень бояться простуды и въ первое время выходить на воздухъ, особенно осенью и зимой, не иначе какъ въ шерстяной фуфайкѣ на голомъ тѣлѣ.

Обыкновенные случаи *скарлатинознаго синовита* исчезаютъ большею частью въ нѣсколько дней и не требуютъ назначенія саліц. натра, который здѣсь не оказываетъ такого быстраго дѣйствія на боль, какъ при обыкновенномъ ревматизмѣ (Вокај); впрочемъ въ сравнительно упорныхъ случаяхъ можно безъ всякихъ опасеній назначить больному салициловый натръ по столыку гранъ, сколько больному лѣтъ, раза 4 въ день. Наружное лѣченіе состоитъ въ ватной повязкѣ и въ смазываніи больного сочлененія масломъ съ хлороформомъ (Rr. Ol. amygdal. 25,0, Chloroformi 10,0. DS). Воспаленіе другихъ серозныхъ оболочекъ при скарлатинѣ ведется по общимъ правиламъ.

Въ свѣжихъ случаяхъ peri- и endocarditis мы рекомендуемъ мушки на область сердца, если у больного нѣтъ ясно выраженаго нефрита; въ случаѣ небольшой альбуминурии мы хотя и ставили мушку, но не болѣе какъ на 8 часовъ.

Resumé. Если ребенокъ заболѣетъ нормальною скарлатиной, съ температурой не выше 40°, то кромѣ надлежащей гигиендіететической обстановки никакихъ особыхъ мѣръ не требуется. Больного слѣдуетъ отдѣлнить отъ другихъ дѣтей, дать ему просторную и, по возможности, пустую комнату, свободную отъ ковровъ и лишней мебели и въ которой можно бы было держать температуру около 14—15° и очищать воздухъ (вентиляторы, каминъ, отвореніе форточекъ). Больного укладываютъ въ постель, но не слишкомъ тепло укутываютъ. Больной въ теченіе всей болѣзни можетъ умываться и мыть руки комнатной водой и можетъ мѣнять бѣлье хотъ каждый день. Діета жидкая: молоко и супъ, а для питья — свѣжая вода, лимонадъ, сельтерская вода (лимонадъ лучше, если нѣтъ поноса). Все тѣло смазывается въ періодъ лихорадки 2 раза въ день прованскимъ масломъ комнатной температуры, а если сыпь высыпаетъ медленно и неравномѣрно, то для смазыванія берется масло почти горячее, но чтобъ его свободно терпѣла рука (32° R.). Для полосканья — растворъ борной кислоты: чайную ложку вѣрхомъ на стаканъ воды или 2% растворъ kali chlorici. Дѣтямъ, не умѣющимъ полоскать, — ас. boracicumъ внутрь (Rr. As. borac. 1,0, Aq. destill. 50,0, Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной — десертной ложкѣ черезъ 2 часа). На голову холодный компрессъ. По окончаніи лихорадки всѣ лѣкарства огмѣняются; при появленіи аппетита даютъ больному мясо. Въ видахъ ускоренія періода шелушенія и предохраненія отъ нефрита, въ этотъ періодъ начинаютъ дѣлать черезъ день или два тепловатыя ванны (28—29° R.) и послѣ ванны смазываютъ кожу масломъ. Въ виду того, что нефритъ появляется обыкновенно до 21-го дня, больной до конца третьей недѣли не долженъ вставать съ постели и до конца шелушенія выходить на воздухъ (лѣтомъ до 3 недѣль).

Если скарлатинозная лихорадка съ самаго начала очень высока и сопровождается бредомъ и другими нервными явленіями, то показано слабительное и *magnesia sulfurosa*, а для пониженія температуры постепенно охлаждаемая ванны (съ 28 до 24 и до 22° R.) въ теченіе 20—30 мин., смотря по надобности, 1—3 раза въ день. Если отъ ваннъ температура понижается недостаточно, то вмѣстѣ съ ними назначается хининъ, фенацетинъ или лактофеинъ, всѣ три по столько депигр., сколько больному лѣтъ *pro die*, въ 3 приема. Въ отчаянныхъ случаяхъ, когда сильная лихорадка не уступаетъ вышеприведеннымъ средствамъ, а между тѣмъ появляются тяжелыя нервныя явленія, въ видѣ коматознаго состоянія или сильнаго возбужденія и судорогъ при очень частомъ, но не слабомъ пульсѣ, безъ похолоданія конечностей и цианоза — обливанія холодной водой (16—14° R.) въ пустой ваннѣ, и внутрь — возбуждающія, какъ напр. вино по 1/2 чайной до десертной ложки портвейна черезъ часть), мускусъ, углекислый аммоній, камфора и т. д. Напр. Rp. Moschi orient., ammon. carbon. aa 0,01—0,05, Sacch. 0,2. M. f. pulv. № 12. S. Черезъ часъ по порошокъ, или Rp. Camphor. tritae gr. 1/6—1/2 (0,01—0,03), Acidi benzoici gr. 1/2 (0,03), Sacch. gr. jij. (0,02). M. f. pulv. D. t. dos. № 12 in char. cerat. S. Черезъ 2 часа по порошокъ, или: Rp. Inf. rad. valerian. ex Эж ad ʒij (1,25—60,0), Liq. ammon. anis. gtt. XX; Syr. simpl. ʒij (8,0). MDS. Черезъ 1—2 часа по чайной или десертной ложкѣ.

При упадкѣ дѣятельности сердца, выражающемся цианотичною сыпью, похолоданіемъ конечностей и нитевиднымъ пульсомъ, ванны и обливанія противопоказаны, остаются возбуждающія внутрь или подъ кожу (кофеинъ, камфора).

При сильномъ жарѣ и плохо развитой (очень неравномерной) сыпи — горчичныя завертыванія или раздражающія теплыя ванны (съ горчицей).

При сильномъ воспаленіи зѣва или при появленіи дифтеритическаго экссудата, кромѣ очистительныхъ полосканій (у маленькихъ дѣтей шпринцованій) рта, назначаются паровыя пульверизаціи растворомъ *natri salicylici* (2%), или *natri benzoici* (4%), или *aq. calcis* (1:2 чч. *aq. destill.*) нѣсколько разъ въ день, въ тяжелыхъ случаяхъ — каждый часъ, и паренхиматозныя инъекціи 3% *ac. carbol.* въ миндалевидныя железы. — При пораженіи носа и ушей — шпринцованія этихъ частей растворомъ борной кислоты (3%), а внутрь, если позволяетъ желудокъ, *ferrum sesquichloratum* (Rp. *Liq. fer. sesquichl.* ʒij. DS. По 2 капли черезъ 2—3 часа).

При воспаленіи лимфатич. железъ на шеѣ, въ легкихъ случаяхъ — помазванія тинктурой іода или *ung. iodatum*, s. *ung. camphor.* и ватная повязка, а при склонности къ нагноенію — припарки изъ льняного сѣмени и при первыхъ признакахъ флюктуаціи — вскрытіе нарыва и дренажъ.

При послѣдовательномъ нефритѣ — постельное содержаніе и молочная діета. При лихорадочной формѣ нефрита, когда мочи мало и въ ней значительная примѣсь крови, слабительное (*calomel* по 1 gr. (0,06) черезъ 2 часа до дѣйствія), или *inf. laxativ.* Wien. по десертной или стол. ложкѣ, сухія банки на поясницу и согрѣвающий компрессъ на область почекъ; потомъ щелочныя минеральныя воды, кремортартаръ и т. п.

То же лѣченіе и при водянкѣ, а если она продолжаетъ увеличиваться, то кромѣ легкихъ мочегонныхъ еще горячія ванны съ послѣдовательнымъ закутываніемъ въ шерстяныя одѣяла.

Bronchitis capill., отекъ легкаго и угрожающая эклампсія (появленіе уремическихъ симптомовъ, въ видѣ головной боли, рвоты и апатіи, несмотря на повторное употребленіе ваннъ) противопоказуютъ дальнѣйшее назначеніе горячихъ ваннъ. — При первыхъ признакахъ уреміи — слабительныя (inf. laxat. salomet), и если еще не дѣлали ваннъ, то горячія ванны, въ противномъ случаѣ — завертыванія въ мокрыя простыни и одѣяла; холодъ на голову; при появленіи уремическихъ судорогъ — вдыханія хлороформа, пиявки за уши (столько штукъ, сколько ребенку лѣтъ) и клистирь съ хлораль-гидратомъ (трехлѣтнему ребенку 10 gr. (0,6) на клизму изъ dt. sem. lini; 6—8-лѣтнему по $\mathcal{E}j$ (1,0). При твердомъ пульсѣ и хорошей дѣятельности сердца — подкожныя инъекціи пилокарпина ($\frac{1}{10}$ gr. на разъ), а если черезъ $\frac{1}{4}$ часа нѣтъ эффекта, то повторить приемъ (Rp. Pilocarpini muriat. crust. gr. j (0,06), Aq. destill. $\mathcal{z}j$ (5,0). DS. 6 кап. на инъекцію). При подкожной водянкѣ пилокарпинъ всасывается мало и потому часто остается безъ дѣйствія. Если уремія протекаетъ безъ судорогъ и выражается, кромѣ головной боли и рвоты, очень слабымъ пульсомъ, сонливостью и одышкой, то возбуждающія внутрь и подъ кожу.

При лѣченіи нефрита не слѣдуетъ забывать блистательныхъ результатовъ, полученныхъ Aufrecht'омъ при вполнѣ индифферентномъ лѣченіи, но при постельномъ содержаніи и строгой, безазотистой діетѣ. Въ этихъ двухъ условіяхъ, да еще въ устраненіи запоровъ лежитъ центръ тяжести всей терапіи остраго нефрита.

При серозномъ синовитѣ — сухая теплота и масло съ хлороформомъ, внутрь — natrum salicylicum, остальные осложнения — по общимъ правиламъ,



Скарлатинозная краснуха. RUBEOLA SCARLATINOSA.

Существует ли скарлатинозная краснуха как самостоятельная болѣзнь, или это есть легкая скарлатина, — еще не выяснено; въ современныхъ учебникахъ такой болѣзни не значитя, а прежніе авторы описывали подѣ именемъ *rubeola scarlatinosa* не всегда одно и то же, а потому я долженъ прежде всего выяснить, что собственно понимаю я подѣ этимъ именемъ. Одни изъ прежнихъ писателей признавали, какъ болѣзни самостоятельныя, двѣ формы краснухи, изъ которыхъ одна, по сыпи похожая на корь, называлась коревой краснухой — *rub. morbillosa*, а другая — сходная съ скарлатиной — скарлатинозной краснухой — *rub. scarlatinosa*. Другіе, напр., Raasch (*Journ. f. Kinderk.* XXI, S. 75), подѣ именемъ *rub. scarl.* понимали просто случаи легкой, хотя по этиологии и несомнѣнной, скарлатины; третьи наконецъ, какъ, напр., Niemeuer, оставляютъ это названіе для сомнительныхъ случаевъ кори и скарлатины. „Подѣ именемъ *rub. scarl.*, — говоритъ онъ, — понимаютъ скарлатину, при которой характеръ сыпи напоминаетъ корь, между тѣмъ какъ сильная лихорадка, пораженіе зѣва и иногда послѣдовательная водянка соотвѣтствуютъ скарлатинѣ. Названіемъ *rub. morb.* обозначаютъ извѣстную форму кори, при которой сыпь сливается и дѣлается похожей на скарлатинозную, между тѣмъ какъ заболѣваніе слизистой оболочкой дыхательныхъ органовъ не оставляетъ никакого сомнѣнія насчетъ коревой природы болѣзни“ (*Handb.* 8 Aufl. 1871. 1. 606).

Что касается меня, то я держусь мнѣнія тѣхъ изъ прежнихъ авторовъ, напр. Lebert'a (*Handb. d. pract. Medic.* 1851, гл. I, стр. 42), которые признавали двѣ формы краснухи за двѣ отдѣльныя болѣзни. Одна изъ нихъ всѣмъ извѣстная, похожая на корь и описанная въ слѣдующей главѣ, а также почти во всѣхъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ: это — *rubeola morbillosa*; другая менѣе извѣстная, въ настоящее время признаваемая и похожая на скарлатину — *rub. scarlatinosa*.

Слѣдовательно, подѣ именемъ скарлатинозной краснухи я понимаю самостоятельную, острую, инфекционную и заразительную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ скарлатинообразной сыпи, но отличается отъ скарлатины постоянно легкимъ теченіемъ, а главнымъ образомъ — особенностями своего контагія.

Эта болѣзнь стоитъ къ скарлатинѣ въ совершенно такомъ же отношеніи, какъ обыкновенная краснуха къ кори.

Симптомы ея тождественны съ признаками самой легкой скарлатины; та же, слегка зудящая, блѣдно-розовая, сплошная, но не равномерная, а мелко-точечная

или мраморная сыпь, занимающая, главнымъ образомъ, туловище и боковыя части лица и щадящая носъ, губы и подбородокъ (въ противоположность кори и коревой краснухѣ, при которыхъ эти центральныя части лица всегда занимаются сыпью); то же легкое повышеніе температуры ($38-38,5^{\circ}$) и ничтожная краснота зѣва; во многихъ случаяхъ не бываетъ ни жабы, какъ при *scarlatina sine angina*, ни лихорадки, а сыпь держится всего лишь нѣсколько часовъ; въ обыкновенныхъ случаяхъ болѣзнь продолжается 2—3 дня. У немногихъ больныхъ, у которыхъ я, какъ мнѣ казалось, имѣлъ право діагностировать скарлатинозную краснуху, послѣдовательнаго шелушенія не было, но возможности его появленія, хотя бы на нѣкоторыхъ мѣстахъ, отрицать нельзя.

Спрашивается, однако, существуетъ ли такая болѣзнь въ дѣйствительности? не есть ли она плодъ моей фантазіи? Если за рѣшеніемъ этого вопроса мы обратимся къ учебникамъ, то должны будемъ заключить, что такой болѣзни нѣтъ, такъ какъ никто изъ авторовъ ее не только не описываетъ, но даже и не упоминаетъ. Только одинъ Thomas въ руководствѣ Ziemssen'a посвящаетъ занимающему насъ вопросу нѣсколько строкъ. По его наблюденіямъ, сыпь краснухи имѣетъ сходство только съ сыпью кори и ни малѣйшаго съ нормальной сыпью скарлатины. Онъ нисколько не отвергаетъ возможности такого же рода специфическаго пораженія съ скарлатинообразнымъ заболѣваніемъ кожи, хотя ему лично подобная форма ни разу еще не встрѣтилась (Руководство Ziemss. T. II, стр. 113).

Я, съ своей стороны, думаю, что скарлатинозная краснуха, какъ самостоятельная форма существуетъ. Мнѣніе это сложилось у меня подъ вліяніемъ наблюденій, описанныхъ мной въ № 48 „Русской Медицины“, за 1885 годъ.

Наблюденія эти относятся къ небольшой домовой эпидеміи, состоявшей какъ бы изъ случаевъ abortивной скарлатины, которая, однако, поражала также и дѣтей, уже прежде имѣвшихъ скарлатину, и не предохранила отъ скарлатины въ будущемъ тѣхъ, кто еще не имѣлъ ея. Вотъ на основаніи этихъ-то свойствъ контактія я и высказался за существованіе скарлатинозной краснухи, какъ самостоятельной формы, хотя и сознаю, что небольшого числа моихъ наблюденій еще не достаточно для окончательнаго рѣшенія вопроса: можетъ-быть, я имѣлъ дѣло съ разновидностью обыкновенной краснухи, при которой сыпь бываетъ довольно разнообразна, какъ по величинѣ отдѣльныхъ пятенъ, такъ и по распредѣленію ихъ. Numann, напр., упоминаетъ о мелко-точечной сплошной краснотѣ при обыкновенной краснухѣ; но такъ какъ онъ эту сыпь подробно не описываетъ, то изъ его описанія я не могъ составить себѣ понятія, была ли эта сыпь похожа на скарлатинозную, или нѣтъ. Онъ говоритъ только, что на блѣдно-розовой кожѣ просвѣчивали неясно ограниченныя, нѣсколько арче окрашенныя точки, не подымавшіяся надъ поверхностью кожи (Oest. Jahrb. f. Paed. 1873, S. 125). Сыпь занимала и лицо. Но дальше, на стр. 138, онъ прямо говоритъ, что въ его случаяхъ сыпь была вовсе не похожа на скарлатинозную.

Что касается до діагностики скарлатинозной краснухи отъ скарлатины, то она основывается, главнымъ образомъ, на характерѣ эпидеміи и на анамнезѣ (не имѣлъ ли прежде кто-либо изъ заболѣвшихъ скарлатины), причѣмъ слѣ-

дуетъ имѣть въ виду, что иногда и настоящая скарлатина бываетъ 2 и даже 3 раза у одного и того же субъекта, такъ что одинъ случай ничего еще не доказываетъ; но если скарлатинозная краснуха или якобы легкая скарлатина въ данную эпидемію поражаетъ одинаково какъ имѣвшихъ, такъ и не имѣвшихъ скарлатины, то это очень доказательно въ пользу краснухи. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ въ пользу дѣйствительной скарлатины и противъ краснухи говорить, на 1-й и 2-й день болѣзни, ясно выраженная жаба и лихорадочное состояніе до 39° и больше; на 3—4-й дни — тѣ же симптомы и скарлатинозный языкъ, который встрѣчается даже въ случаяхъ скарлатины безъ сыпи; на 2—3-й недѣль — послѣдовательное шелушеніе кожицы на ладоняхъ и пальцахъ.

Предсказаніе, какъ и при коревой краснухѣ, всегда хорошее. Можетъ ли скарлатинозная краснуха вести къ какимъ-нибудь осложненіямъ или постѣдовательнымъ болѣзнямъ, въ особенности къ нефриту — пока еще не извѣстно.

Лѣченія эта безопасная болѣзнь не требуетъ, кромѣ развѣ комнатнаго содержанія во время лихорадочнаго состоянія и сыпи.



Корь. MORBILLI. *

Подъ именемъ кори понимаютъ острую контагіозную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ красной, пятнисто-папулезной сыпи, лихорадкой и катаррами слизистыхъ оболочекъ носа, глазъ и дыхательныхъ вѣтвей.

Изъ всѣхъ инфекціонныхъ болѣзней, за исключеніемъ гриппа, корь составляетъ самую частую дѣтскую болѣзнь, такъ что въ публикѣ составилось даже твердое убѣжденіе въ неизбѣжности для каждаго, когда-нибудь въ своей жизни, перенести корь; а потому, въ случаѣ появленія въ семьѣ кори, здоровыхъ дѣтей не только не отдѣляютъ отъ заболѣвшихъ, но, напротивъ того, даже стараются перезаразить всѣхъ, чтобы скорѣе и заодно отдѣлаться отъ этой повинности, причемъ имѣется въ виду еще и то обстоятельство, будто дѣти переносятъ корь легче взрослыхъ. Посмотримъ, насколько основателенъ такой образъ дѣйствій. Что касается до неизбѣжности кори, то это отчасти справедливо, но только отчасти, такъ какъ она неизбѣжна постольку, поскольку трудно избѣгнуть случая заразиться. Корь такъ часто передается въ школахъ, что въ большомъ городѣ, конечно, почти каждый человекъ найдетъ случай заразиться и, слѣдовательно, захворать, но неизбѣжность кори не лежитъ въ природѣ человека, и она вовсе не обязательна въ томъ смыслѣ, какъ обязательно, напр., выпаденіе молочныхъ зубовъ у дѣтей или посѣдніе волосъ въ старости, и потому въ мѣстностяхъ, свободныхъ отъ заразы, корью заболѣть нельзя, и тамъ, слѣдовательно, она не есть болѣзнь обязательная.

Что рѣдкій человекъ избѣгаетъ кори, объясняется, во-1-хъ, тѣмъ, что воспримчивость у субъектовъ, не имѣвшихъ кори, сохраняется до глубокой старости, такъ что извѣстны случаи заболѣванія даже 80-лѣтнихъ стариковъ, и, во-2-хъ, тѣмъ, что корь начинаетъ заражать съ самаго начала періода предвѣстниковъ, когда болѣзнь еще не можетъ быть узнана, и когда больной продолжаетъ еще выходить изъ дому и посѣщаетъ учебное заведеніе, гдѣ и распространяетъ заразу.

Что касается до вліянія возраста на воспримчивость къ кори, то она всего меньше у дѣтей до 6 мѣсяцевъ, а послѣ года быстро растетъ и достигаетъ почти 100%. Такъ, напр., по наблюденіямъ Pfeilsticker'a (Zur Pathol. d. Masern. 1863. Tübingen), въ деревнѣ Hageloch, во время коревой эпидеміи въ 1861 году, всѣхъ дѣтей въ возрастѣ до 14 лѣтъ было 197 и изъ нихъ заболѣли корью 185 (93%), не заразились — 12 и въ томъ числѣ 8 дѣтей въ возрастѣ отъ 9 недѣль до 1/2 года. По Madsen'у, въ 1875 году, во время эпи-

демии кори на Фарерскихъ островахъ (первая, описанная Rapin'омъ, была въ 1846 году) изъ 1634 жителей, не имѣвшихъ кори, было 954 человекъ, изъ нихъ заболѣли въ 1875 году — 882, не заразились — 72 (7,5%).

Менѣе основательна вторая посылка, будто въ дѣтскомъ возрастѣ корь не такъ опасна, какъ для взрослыхъ. Несомнѣнно, что корь тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, и особенно опасна для дѣтей до 2 лѣтъ, но даже и у болѣе старшихъ дѣтей смертность отъ кори все-таки больше, чѣмъ у взрослыхъ. Сравнительно бѣлая опасность кори для маленькихъ объясняется тѣмъ, что коревые больные умираютъ обыкновенно отъ осложнений, изъ которыхъ главную роль играютъ катарры кишекъ и катарральная пневмонія, т.-е. именно тѣ болѣзни, къ которымъ маленькія дѣти особенно расположены (до 4—5 лѣтъ къ легочнымъ процессамъ, а на 1-мъ году жизни, кромѣ того, еще и къ поносамъ).

Во время эпидеміи въ Abeville, по наблюдениямъ Несquet, умерло дѣтей отъ 8 до 15 лѣтъ изъ 10 — одинъ; отъ 4 до 8 лѣтъ изъ 3 — одинъ; отъ 1½ года до 4 лѣтъ изъ 7 — четверо; отъ 15 до 20 лѣтъ не было ни одного смертнаго случая. Относительно смертности отъ кори взрослыхъ данныя нѣсколько противорѣчивы: такъ въ Копенгагенѣ, въ промежутокъ времени отъ 1867 по 1879 годъ заболѣло корью 1330 взрослыхъ и изъ нихъ умерло только 6 = 0,45%, тогда какъ у дѣтей отъ 0—1 года смертность за то же время = 14,2%; отъ 1—5 лѣтъ — 4,2%; отъ 5—15 лѣтъ = 0,6%. Съ другой стороны Uézien сообщаетъ, что изъ 46 заболѣвшихъ солдатъ многіе перенесли тяжелыя осложнения и трое умерли (6,5%); въ итальянской арміи въ 1877 году было 1789 случаевъ кори, изъ которыхъ умерло 112.

Въ виду сказаннаго, мы приходимъ къ тому заключенію, что хотя корь въ большихъ городахъ и можетъ считаться за болѣзнь почти неизбѣжную, но тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ отдѣлять здоровыхъ дѣтей все-таки нужно, именно всѣхъ дѣтей до 4—5 лѣтъ, и въ особенности расположенныхъ къ туберкулезу, каковы всѣ рахитики и золотушныя, часто страдавшія бронхитами, у которыхъ можно предполагать пораженіе бронхиальныхъ железъ. Корь служитъ оселкомъ ихъ прочности, и если железы уже поражены, то корь и безъ осложнения воспаленіемъ легкихъ, можетъ служить сильнымъ толчкомъ для развитія общаго милиарнаго туберкулеза; она имѣетъ способность обострять старые, какъ бы заглохнувшіе туберкулезные фокусы. Правда, въ виду ранней заразительности кори, изоляція рѣдко ведетъ къ цѣли, но это ужъ не по винѣ врача.

У здоровыхъ дѣтей въ возрастѣ послѣ 5 лѣтъ корь отличается весьма правильнымъ теченіемъ и, въ противоположность скарлатинѣ, не наклонна къ осложнениямъ и потому не опасна, а слѣдовательно и изоляція въ такихъ случаяхъ не нужна.

Корь всего сильнѣе заражаетъ въ періодъ предвѣстниковъ, меньше ужъ во время цвѣтенія сыпи и почти вовсе не заражаетъ въ періодъ шелушенія. Съ этимъ согласны, кажется, всѣ, хотя насчетъ возможности зараженія въ періодъ шелушенія нѣкоторые авторы требуютъ подтвержденія посредствомъ несомнѣнныхъ случаевъ. Благодаря тому, что заразительность кори особенно велика въ періодъ предвѣстниковъ, когда она еще не можетъ быть узнана и когда больной еще продолжаетъ выходить изъ дому и посѣщать школу, коревого больного никогда не удастся изолировать достаточно рано, т.-е. прежде чѣмъ онъ успѣетъ заразить своихъ товарищей по классу; по этой причинѣ,

если корь случайно попала въ общую палату больницы, то нельзя прекратить эпидемію путемъ изоляціи заболѣвшаго, а приходится прекратить пріемъ новыхъ больныхъ до тѣхъ поръ пока не пройдетъ 13 дней послѣ послѣдняго заболѣванія. Что заразительность кори всего сильнѣе проявляется въ періодѣ предвѣстниковъ, часто можно видѣть при наблюденіи семейныхъ эпидемій кори. Если въ семьѣ, состоящей изъ нѣсколькихъ человѣкъ дѣтей, у одного изъ нихъ появится корь, то можно рассчитывать, что слѣдующія заболѣютъ черезъ 9—11 дней; изъ оставшихся здоровыми если кто заразится, то ужъ не отъ перваго больного, а отъ втораго, и слѣдовательно заболѣетъ опять черезъ 9—11 дней; если бы заразительность въ періодѣ цвѣтенія кори и во время шелушенія была такъ же сильна, какъ въ самомъ началѣ, то слѣдующіе случаи заболѣванія отдѣлялись бы другъ отъ друга не 11 днями, а слѣдовали бы другъ за другомъ черезъ меньшіе промежутки времени, что встрѣчается, однако, рѣдко.

Чешуйки эпидермиса при кори обладаютъ ничтожной заразительностью, что видно изъ отрицательныхъ опытовъ съ прививками ихъ Мауер'омъ; но что до нѣкоторой степени онѣ все-таки заразительны, это доказали успѣшныя прививки Монго и Look'a. Напротивъ того прививки носовой слизи, взятой отъ больного въ періодѣ предвѣстниковъ, удаются легко, и если не практикуются въ качествѣ предохранительнаго средства, то только потому, что привитая корь протекаетъ нисколько не легче, чѣмъ обыкновенная (Мауер).

Микробиологія кори пока еще не выяснена; въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманіе работы Döhle и въ особенности Conon'a и Pielicke. Первый нашелъ въ крови и отчасти въ кровяныхъ шарикахъ протоплазматическія тѣльца съ жгутиками, а С. и Р. — бациллы, культивирующіеся въ бульонѣ. Бациллы эти легко открываются какъ въ крови въ періодѣ первыхъ дней высыпанія, такъ и въ носовой слизи. Д-ръ Григорьевъ, подтвердившій находку С. и Р. въ 13 случаяхъ изъ Московской дѣтской клиники, рекомендуетъ слѣдующій способъ окраски препарата изъ крови: покровное стекло съ слоемъ крови опускалось для фиксаціи въ абсолютный спиртъ на 10 минутъ и затѣмъ погружалось въ 1% растворъ въ 60°-мъ спиртѣ эозина, смѣшаннаго съ равною частью дистиллированной воды, на 3 минуты. Затѣмъ послѣ промывки препаратъ опускался на 1/2 минуты въ концентрированный растворъ метиленовой синьки съ равною частью aq. dest. и тотчасъ послѣ окраски тщательно вымывался. Палочки окрашиваются въ синій цвѣтъ и выступаютъ очень рѣзко.

Ядъ кори, сравнительно съ скарлатинознымъ, отличается меньшею стойкостью, но большею летучестью. Въ силу меньшей стойкости коревого яда, комната, гдѣ лежалъ больной, не требуетъ даже дезинфекціи, достаточно провѣтрить ее, и корь гораздо труднѣе, чѣмъ скарлатина, переносится третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ, или вещами, хотя подобные случаи все-таки встрѣчаются (см., напр., случай Jöel'я. „Врачъ“ 1886 г., стр. 450).

Нѣкоторые авторы оспариваютъ возможность передачи кори черезъ 3-е лицо, но, по моему мнѣнію, это не основательно, напр., въ виду такихъ фактовъ, какъ заболѣваніе корью дѣтей, нѣсколько недѣль не выходившихъ изъ комнаты, по случаю какой-нибудь другой болѣзни. Въ 1885 году, напр., я имѣлъ на рукахъ 8-лѣтняго мальчика, заболѣвшаго скарлатиной; на 3-й недѣлѣ бо

лѣзни, не вставая съ постели, онъ получилъ нефритъ, а еще черезъ 2 недѣли, не выздоровѣвъ отъ воспаления почекъ, онъ получилъ корь. Такъ какъ въ томъ домѣ, гдѣ жилъ больной, кори не было, то остается предположить, что зараза была еѣмъ-нибудь занесена изъ навѣщавшихъ больного.

Большая летучесть коревого яда выражается въ томъ, что появившись напр. въ больницѣ, корь, не ограничивается одной палатой, а разбрасывается по всѣмъ. Противъ этой предполагаемой „большой летучести“ коревого контагія въ настоящее время возстаютъ французскіе врачи (Tr. des maladies des enf. Grancher, t. I, p. 203, 1897). Grancher, напр., въ виду „малой летучести“ яда кори не выводитъ коревыхъ изъ общихъ палатъ, а ограничивается тѣмъ, что окружаетъ кровать больного металлической рѣшеткой, высотой въ $1\frac{1}{2}$ метра, и поручаетъ его отдѣльной сидѣлкѣ, которая уже не касается другихъ больныхъ, и, по его словамъ, этого достаточно, чтобъ сосѣди больного не заражались! Также поступаетъ онъ и съ скарлатиной и другими заразными болѣзнями. Французскіе врачи слѣдовательно заботятся только, чтобъ не было передачи черезъ третье лицо (черезъ сидѣлку), но не признаютъ передачи кори черезъ воздухъ даже на короткомъ пространствѣ одной палаты; этотъ взглядъ стоитъ въ прямомъ противорѣчій съ только-что изложеннымъ, и я рѣшительно не понимаю, какимъ образомъ подобныя мѣры могутъ предохранить другихъ дѣтей отъ зараженія. Въ нашу клинику корь заносится почти ежегодно, и мы постоянно видимъ, что отъ перваго больного заражаются не одни только ближайшіе сосѣди, за которыми ухаживаетъ одна и та же сидѣлка, но заражаются нерѣдко дѣти въ другомъ концѣ корридора или даже въ другомъ этажѣ, гдѣ и сидѣлки и доктора другіе. Вотъ на основаніи подобныхъ наблюденій, я продолжаю настаивать на большой летучести коревого яда и думаю, что хотя переносъ его вещами или 3-мъ лицомъ и возможенъ, но главнымъ образомъ онъ передается непосредственно больнымъ черезъ воздухъ.

Въ виду чрезвычайно распространенной воспримчивости къ кори и сильной заразительности ея, эпидеміи кори распространяются быстро, скоро достигаютъ своего maximum'a, но зато не долго продолжаются, за недостаткомъ воспримчивой почвы, такъ какъ субъектъ, разъ имѣвшій корь, въ большинствѣ случаевъ получаетъ иммунитетъ на всю жизнь; случаи двукратнаго и даже трехкратнаго заболѣванія корью хотя и встрѣчаются, но только довольно рѣдко.

Чѣмъ рѣже въ какой-либо мѣстности появляется корь, тѣмъ она бываетъ сильнѣе и тѣмъ больше, конечно, процентъ заболѣвшихъ, такъ какъ скопляется больше дѣтей, не имѣвшихъ кори и, слѣдовательно, не приобрѣтшихъ невоспримчивости.

Поль не оказываетъ замѣтнаго вліянія на воспримчивость къ кори, а что касается до возраста, то хотя корь и принадлежитъ къ числу почти исключительно дѣтскихъ болѣзней, но только потому, что иммунитетъ взрослыхъ приобрѣтена ими въ дѣтствѣ, вслѣдствіе уже перенесенной кори; но въ мѣстностяхъ, въ которыхъ эпидемій кори не было въ теченіе десятковъ лѣтъ, взрослые заболѣваютъ не менѣе дѣтей.

Меньшая воспримчивость къ кори замѣчается только у грудныхъ дѣтей и въ особенности въ первую половину года, хотя невоспримчивость эта не абсо-

лютнал, такъ какъ въ литературѣ описано не мало случаевъ кори въ первые мѣсяцы и даже въ первые дни или недѣли жизни. Lomer, напр., видѣлъ случай кори у новорожденного черезъ 12 часовъ послѣ родовъ; мать его заболѣла корью и не доносила; Gautier приводитъ 6 подобныхъ случаевъ: дѣти либо рождались въ сыпи, либо получали ее вскорѣ послѣ рожденія (Jahrb. f. Kinderh. XXXII, S. 1893). Въ случаѣ Wissing'a (ibid., S. 206, XXXIV) мать заболѣла корью черезъ 24 часа послѣ родовъ, а ребенокъ черезъ 40 часовъ. Одновременное появленіе сыпи у матери и у ребенка указываетъ на то, что ребенокъ въ утробѣ матери заражается не отъ нея, а одновременно съ ней.

Thomas (въ руководствѣ Ziemssen'a) цитируетъ нѣсколько случаевъ врожденной кори у дѣтей, родившихся отъ матерей, имѣвшихъ корь въ послѣдніе дни беременности, а изъ своей практики приводитъ случай, доказывающій, что корь у матери на 5-мъ мѣсяцѣ беременности не уничтожила воспримчивости къ кори у ребенка, который перенесъ ее потомъ на 9-мъ году жизни.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Кромѣ остатковъ сыпи на кожѣ, корь не оставляетъ на трупѣ никакихъ измѣненій, которыя были бы для нея патогномичны. Смертельный исходъ при кори рѣдко обуславливается злокачественностью яда, обыкновенно же коревые больные умираютъ отъ осложнений, изъ которыхъ всего чаще встрѣчаются при вскрытіи капиллярный бронхитъ, бронхопневмонія и милиарный туберкулезъ.

Сыпь при кори обуславливается главнымъ образомъ гипереміей и серозной инфильтраціей ограниченныхъ мѣстъ кожи. По Neumann'у характерна для кори клѣтчатая инфильтрація вокругъ кожныхъ сосудовъ, потовыхъ и салъныхъ железъ. Въ трупѣхъ дѣтей, умершихъ въ первую недѣлю болѣзни, обыкновенно находятъ припухлость Пейеровыхъ бляшекъ, подобно тому какъ при тифѣ, но до изъязвленія ихъ дѣло никогда не доходитъ.

Симптомы и теченіе.

Къ числу кардинальныхъ симптомовъ кори принадлежатъ сыпь, лихорадка и катарръ дыхательныхъ путей и глазъ.

Коревая сыпь рѣзко отличается отъ мелкоточечной и разлитой скарлатинозной сыпи своимъ разбросанно-пятнистымъ характеромъ. Отдѣльное коревое пятно представляется величиной отъ чечевицы до серебрянаго пятнышка, ярко-краснаго цвѣта, съ неровными, какъ бы изгрызанными или лучистыми краями; посредствомъ осязанія не трудно убѣдиться, что пятно это нѣсколько возвышается надъ уровнемъ нормальной сосѣдней кожи; въ центрѣ пятна во многихъ случаяхъ легко замѣтить, какъ глазомъ, такъ и осязаніемъ, присутствіе, величиной въ булавочную головку, папулы, такого же цвѣта, какъ и само пятно, такъ что можно сказать, что коревое пятно состоитъ изъ двухъ частей— изъ центральной папулы и окружающаго его, неправильно очерченнаго, краснаго фона.

Въ однихъ случаяхъ папула выражена очень рѣзко, въ другихъ, напротивъ, очень слабо, такъ что можно отличать гладко-пятнистую и папулезную

корь, для рѣзко выраженныхъ случаевъ которой французы дали названіе *rougeole boutonuse*. Обѣ эти разновидности коревой сыпи нерѣдко встрѣчаются у одного и того же больного, именно на лицѣ и конечностяхъ преобладаетъ въ такихъ случаяхъ папулезная сыпь, а на туловищѣ — пятнистая.

Въ практическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ началѣ высыпанія коревая сыпь можетъ имѣть чисто папулезный характеръ, т.-е. на кожѣ лица появляются блѣдно-розовыя папулы, совсѣмъ не окруженныя краснымъ фономъ, вслѣдствіе чего коревая сыпь получаетъ поразительное сходство съ начальной папулезной сыпью при оспѣ. Если фонъ вокругъ папулы не образуется и на второй день, а между тѣмъ начинаютъ появляться такія же папулы и на туловищѣ, то ошибка въ діагностикѣ въ пользу оспы дѣлается весьма важной, а если къ тому же и катарральные симптомы запаздываютъ своимъ появленіемъ, то въ ошибку можетъ впасть даже и самый опытный врачъ, хотя бы лишь на нѣсколько часовъ. Для такихъ именно не совсѣмъ правильныхъ случаевъ вполне примѣнимы слова Неггъ, что всего легче смѣшать корь съ оспой и что очень извинительно, если врачъ на 3—4-й день болѣзни не рѣшается опредѣленно діагностировать корь. Для такихъ случаевъ Неггъ не можетъ указать никакихъ характерныхъ признаковъ и совѣтуетъ просто выждать, не разовьются ли дня черезъ два изъ этихъ папулъ оспенные пузырьки (*Hebra Handb. T. I, S. 137*). Cadet de Gassicourt во 2-мъ томѣ своихъ *Traité clinique des maladies de l'enfance* (р. 357) упоминаетъ про случай кори, который онъ не назвалъ оспой только благодаря своей „чрезмѣрной“ осторожности, ради которой онъ воздержался отъ окончательной діагностики до слѣдующаго дня. На эту трудность діагностики кори отъ оспы, я указываю съ особымъ удареніемъ: во-1-хъ потому, что не разъ имѣлъ случай встрѣчаться съ ней у постели больного, и во-2-хъ потому, что въ руководствахъ на это обстоятельство обращено мало вниманія, такъ что даже Thomas, такъ подробно и прекрасно описавшій корь въ руководствѣ Ziemssen'a, объ этомъ именно не говоритъ ни слова. Къ этому вопросу я вернусь еще, когда буду говорить о діагностикѣ кори.

Коревая сыпь является прежде всего на лицѣ, причѣмъ особенно характерно для нея именно то, что первые слѣды сыпи занимаютъ *центръ лица*, т.-е. носъ, губы, подбородокъ и части щекъ по сосѣдству съ носомъ.

Корь высыпаетъ не пятнами, а мелкими, величиной съ головку булавки или просяное зерно, красноватыми папулами, которыя сидятъ сначала довольно разсѣянно и только на указанныхъ мѣстахъ; черезъ нѣсколько часовъ число папулъ замѣтно увеличивается, онѣ занимаютъ лобъ и остальные части лица, и въ то же время около прежнихъ папулъ начинаетъ появляться красный фонъ и, такимъ образомъ, коревая папула превращается въ коревое пятнышко. Если папулы сидѣли близко другъ отъ друга, то фонъ ихъ сливаются, черезъ что образуются большія, неправильной формы, красныя пятна, по волнообразнымъ контурамъ которыхъ можно еще судить, что онѣ произошли отъ слившихся пятнышекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сыпь высыпаетъ еще гуще и дѣлается сливной, т.-е. все лицо представляется сплошнаго краснаго цвѣта и слегка одутловатымъ.

Такой же порядок развитія сыпи замѣчается и на туловищѣ и на конечностяхъ. Въ свѣжихъ случаяхъ и здѣсь рядомъ съ отдѣльными пятнышками встрѣчаются и папулы безъ фона, и болѣе или менѣе крупныя пятна, происшедшія изъ слитія маленькихъ. Часто, именно на спинѣ, можно найти большее количество крупныхъ пятенъ, тогда какъ на груди встрѣчаются еще только папулы и мелкія пятнышки.

Коревая сыпь высыпаетъ не сразу на всемъ тѣлѣ, а распространяется сверху внизъ въ теченіе трехъ дней, такъ что по степени распространенія сыпи можно дѣлать довольно вѣроятное заключеніе о днѣ болѣзни. Обыкновенно бываетъ такъ: на первый день высыпанія, съ утра, замѣчается на лицѣ немного сыпи, которая къ вечеру значительно увеличивается и распространяется отчасти на верхнюю часть спины и груди; на 2-й день утромъ сыпь на лицѣ достигаетъ maximum'a и дѣлается почти сливной; на туловищѣ сыпи довольно много въ видѣ папулъ и пятенъ; начало высыпанія на внутренней поверхности бедра и плечъ; на 3-е утро сыпь занимаетъ и конечности вплоть до пальцевъ, а на лицѣ начинаетъ блѣднѣть.

То обстоятельство, что кисти рукъ поражаются при кори поздно, можетъ имѣть при случаѣ весьма важное діагностическое значеніе для отличія нѣкоторыхъ случаевъ начинающейся кори отъ оспы, при которой сыпь хотя тоже начинается съ лица и идетъ потомъ книзу, но съ тою разницей отъ кори, что оспа оказываетъ кистямъ особое предпочтеніе, такъ что папулы на тыльной поверхности фалангъ и пястья появляются почти въ то же время, какъ и на лицѣ, т.-е. когда на туловищѣ и конечностяхъ еще вовсе нѣтъ сыпи.

Въ самомъ началѣ высыпанія кори, когда сыпь состоитъ только изъ папулъ, эти послѣднія не настолько характерны, чтобы по нимъ однимъ можно было признать корь, но, несмотря на то, діагностика кори въ это время въ громадномъ большинствѣ случаевъ не только возможна, но даже и не трудна. Она основывается, во-1-хъ, на локализациі папулъ (центръ лица) и, во-2-хъ, на существованіи въ это время сыпи на мягкомъ небѣ.

Въ руководствахъ, обыкновенно, описывается, что сначала является разлитая краснота слизистой оболочки зѣва, т.-е. миндалинъ, мягкаго неба и задней стѣнки глотки, а потомъ, примѣрно черезъ сутки, на этомъ красномъ фонѣ появляются болѣе красныя мѣста въ видѣ пятенъ, но въ дѣйствительности чаще бываетъ такъ, что красныя пятнышки, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, въ болѣе или менѣе ограниченномъ числѣ, появляются на мягкомъ и отчасти на твердомъ небѣ среди нормальной, т.-е. не покрасившей слизистой оболочки, инъекціа которой является обыкновенно позднѣе, напр. черезъ сутки, а еще черезъ день краснота дѣлается настолько сплошной, что отдѣльныя пятнышки ступеньваются: въ это время ихъ легче замѣтить на другихъ частяхъ рта, въ особенности на слизистой оболочкѣ губъ и щекъ.

Важное діагностическое значеніе этой сыпи мягкаго неба состоитъ въ томъ, что она является на 24—36 и даже 48 часовъ раньше сыпи на кожѣ и, такимъ образомъ, дѣлаетъ возможнымъ распознаваніе кори еще въ періодѣ предвѣстниковъ, почему эта сыпь и носитъ названіе *продромальной сыпи*.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сыпь на мягкомъ небѣ западываетъ своимъ появленіемъ и высыпаетъ одновременно съ сыпью на лицѣ или даже еще позднеѣ, а потому *отсутствіе продромальной сыпи не можетъ служить доказательствомъ того, что у больного начинается не корь.* — Нерѣдко, напр., она отсутствуетъ у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ.

Подобную же пятнистую красноту удается иногда замѣтить на конъюнктивѣ вѣкъ и посредствомъ ларингоскопа — въ гортани (Gerhardt). По наблюденіямъ Monti, хроническіе катарры зѣва или вѣкъ мѣшаютъ развитію сыпи; вмѣсто пятенъ въ такихъ случаяхъ появляется разлитая краснота.

Во второмъ изданіи этой книги (въ 1895 г.) я описалъ еще одинъ симптомъ, позволяющій распознать корь въ періодѣ предвѣстниковъ во многихъ случаяхъ за день или за два до появленія продромальной сыпи; симптомъ этотъ состоитъ въ *отрубевидномъ шелушеніи эпителия* на слизистой оболочкѣ губъ и щекъ. При внимательномъ осмотрѣ внутренней поверхности губъ, щекъ и дѣсенъ во многихъ случаяхъ удается замѣтить, что слизистая оболочка этихъ частей какъ бы посыпана весьма нѣжными, бѣловатыми отрубями, т.-е. мельчайшими клочками слущающагося эпителия. Въ одномъ случаѣ на основаніи этого признака намъ удалось отдѣлить больного изъ общей больничной палаты и помѣстить въ сомнительное отдѣленіе за 6 дней до появленія сыпи. Мы думаемъ, что столь ранней изоляціей намъ удалось предотвратить зараженіе корью многихъ изъ сосѣдей этого больного. Въ прошломъ году, когда книга моя появилась уже и на нѣмецкомъ языкѣ, д-ръ Koplick (Америва) описалъ это отрубевидное шелушеніе, какъ никѣмъ, будто, не описанный новый симптомъ наступающей кори; въ настоящее время это явленіе встрѣчается въ литературѣ подъ именемъ „симптома Koplick'a“.

Коревая сыпь на кожѣ держится не долго; она блѣднѣетъ въ томъ же порядкѣ, какъ появлялась: сначала на лицѣ (3-й день), потомъ на туловищѣ (4-й день) и, наконецъ, на конечностяхъ. Послѣ исчезанія сыпи на мѣстѣ бывшей гипереміи остается пигментация, и красныя пятна превращаются въ блѣдно-желтоватыя, не исчезающія отъ давленія пальца; дней черезъ 6—8 пропадаютъ и эти слѣды.

Чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ раньше наступаетъ шелушеніе кожицы, которое всего замѣтнѣе бываетъ на лицѣ; на туловищѣ оно нерѣдко совсѣмъ отсутствуетъ, особенно если больного во время сыпи смазывали масломъ. Коревое шелушеніе отличается отъ scarlatinosнаго тѣмъ, что эпидермисъ никогда не сходитъ большими пластами, а всегда въ видѣ мелкихъ кусочковъ (отрубевидное шелушеніе).

Шелушеніе послѣ кори продолжается не долго, дней 5—7, и иногда сопровождается легкимъ зудомъ.

Аномалии коревой сыпи не имѣютъ особаго значенія, за исключеніемъ только крупно-папулезной разновидности (*rougeole boutonuse s. morbilli papulosi*), о которой было говорено выше. Какъ противоположную разновидность отличаютъ гладкую коревую сыпь — *morbilli laeves*, когда папулы развиты очень слабо, что бываетъ въ большинствѣ нормальныхъ случаевъ.

Изрѣдка встрѣчаются случаи кори, протекающіе съ образованіемъ на кожѣ miliarныхъ пузырьковъ съ жидкимъ содержимымъ — morbilli vesiculosi s. miliaris.

Если папулы высыпаютъ такъ густо, что фоны ихъ сливаются другъ съ другомъ, не оставляя нормальной кожи, то такая корь называется сливной — morbilli confluentes. Чрезвычайно рѣдко встрѣчается корь сливная на всемъ тѣлѣ; я лично видѣлъ только одинъ такой случай, когда корь высыпала у мальчика, только что отдѣлавшагося отъ скарлатины, вслѣдствіе чего почва для коревой сыпи была хорошо подготовлена; въ большинствѣ же случаевъ, такъ называемой, сливной кори сплошная краснота замѣчается лишь на нѣкоторыхъ мѣстахъ, — всего чаще, именно, на лицѣ, потомъ на конечностяхъ, очень рѣдко на груди и животѣ. Діагностика подобной кори не трудна, такъ какъ одновременно съ сливной краснотой нѣкоторыхъ мѣстъ на другихъ частяхъ встрѣчается обыкновенная пятнистая сыпь.

Корь сливная на всемъ тѣлѣ встрѣчается такъ рѣдко, что Hebra, напр., даже сомнѣвается въ существованіи подобныхъ случаевъ (l. c., стр. 127).

Если большинство коревыхъ пятенъ принимаетъ вслѣдствіе кровоизліянія сине-багровый цвѣтъ и не исчезаетъ отъ давленія пальцемъ, то корь получаетъ названіе *петехіальной*; эту вполне доброкачественную форму не слѣдуетъ смѣшивать съ геморрагической корью, которая отличается, во-1-хъ, тѣмъ, что кровоизліянія на кожѣ появляются и въ мѣстахъ свободныхъ отъ сыпи, а во-2-хъ, еще тѣмъ, что въ этой формѣ появляются кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ. Геморрагическая корь почти обязательно смертельна, а петехіальная не опасна, если нѣтъ какихъ-либо осложнений.

Отклоненія могутъ состоять также въ порядкѣ высыпанія: такъ, напр., сыпь, минуя лицо, появляется прежде всего на туловищѣ, и притомъ на очень ограниченномъ мѣстѣ, напр. на пятнахъ хронической сквамозной экземы, и даже за нѣсколько дней до общаго высыпанія, т.-е. съ первыхъ же дней періода предвѣстниковъ, или на такихъ мѣстахъ, которыя раздражались горчичниками, мазями и т. п. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ коревая сыпь густо высыпала на нижней половинѣ туловища и на ногахъ и почему-то не пошла кверху; въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, свободными отъ сыпи остаются ноги, что бываетъ, напр., по наблюденіямъ Гебры, при параличѣ нижнихъ конечностей отъ костоѣды позвоночника.

Нерѣдко случается, что первые слѣды сыпи на лицѣ появляются сутокъ за двое до общаго высыпанія и даже еще раньше, и, до поры до времени, сыпь какъ бы застываетъ въ этомъ положеніи, а потомъ вдругъ высыпаетъ сразу на всемъ тѣлѣ.

Катарры слизистыхъ оболочекъ носа, глазъ, гортани и бронховъ являются при кори раньше сыпи; прежде всего (съ перваго же дня предвѣстниковъ, а иногда и раньше) появляется насморкъ и небольшой кашель, а позднѣе, черезъ 24—48 часовъ, поражаются и глаза. Сначала, какъ при фарингитѣ, кашель бываетъ короткій и сухой, но позднѣе онъ, въ большинствѣ случаевъ, дѣлается хриплымъ и лающимъ, какъ при ложномъ крупѣ.

При сильной кори, въ особенности у маленькихъ дѣтей, коревой катарръ гортани выражается не только хриплымъ и лающимъ кашлемъ, но еще и при-

ступами стеноза гортани въ видѣ болѣе или менѣе затрудненнаго дыханія. Эти приступы являются большею частью по ночамъ и продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до цѣлыхъ часовъ. Приступы удушья могутъ повторяться 2—3 ночи подрядъ, но чаще они появляются только въ первую ночь и потомъ не повторяются.

Физикальное изслѣдованіе груди въ періодъ предвѣстниковъ и высыпанія даетъ отрицательные результаты; дыханіе остается везикулярнымъ, хриповъ нѣтъ. Въ періодъ блѣднѣнія сыпи, когда катарръ бронховъ начинаетъ разрѣшаться, появляются какъ спереди, такъ и сзади влажные хрипы въ незначительномъ количествѣ. Если сухіе и влажные хрипы являются рано или сконцентрировываются въ большомъ количествѣ въ заднихъ, нижнихъ частяхъ грудной кѣтки, то это указываетъ на осложненіе кори болѣе сильнымъ бронхитомъ. У маленькихъ дѣтей такого рода бронхитъ нерѣдко переходитъ въ пневмонію.

Сухой и частый кашель, насморкъ и свѣтобоязнь продолжаютъ обыкновенно съ недѣлю, т.-е. до періода наибольшаго развитія сыпи, а когда послѣдняя начинаетъ блѣднѣть, то катарры разрѣшаются, кашель дѣлается влажнымъ и рѣдкимъ, но совсѣмъ прекращается не ранѣе, какъ черезъ 1—2 недѣли послѣ исчезанія сыпи.

Лихорадка при кори не отличается постоянствомъ типа, и кривая температуры въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ довольно разнообразна. Наиболѣе характерна для кори лихорадка съ двумя максимум'ами и съ быстрымъ окончаніемъ послѣ короткаго фастигіума. Первый максимум (около 39,5°) достигается температурой на первый день предвѣстниковъ, второй максимумъ приходится на первый (рѣже на второй) день высыпанія; эти два максимум'а отдѣляются другъ отъ друга двухъ- или трехдневнымъ періодомъ сравнительно низкихъ температуръ; утромъ на 2-й день предвѣстниковъ (т.-е. послѣ 1-го максимум'а) температура нерѣдко падаетъ даже до нормы и можетъ оставаться таковой сутки и даже двое сутокъ и потомъ начинаетъ подыматься, сначала медленно, а при началѣ высыпанія быстро, такъ что черезъ 24 часа достигаетъ второго максимум'а, который почти безъ исключенія всегда на нѣсколько десятыхъ выше перваго (около 40°). Вообще говоря, тѣмъ слабѣе корь, тѣмъ ниже бываетъ абсолютная высота температуры во время максимум'овъ и тѣмъ ближе къ нормѣ спускается она на второй день предвѣстниковъ.

Для случаевъ кори средней силы, Pfeilsticker составилъ слѣдующую схему хода температуры, выведенную имъ какъ среднюю изъ нѣсколькихъ десятковъ случаевъ кори.

1-й день предвѣстниковъ	39,9°
2-й " "	38,1
3-й " "	39,2
4-й " "	39,5
1-й день высыпанія	40,1
2-й " "	39,8
3-й " "	39,5
4-й " "	38,4

Въ тяжелыхъ случаяхъ кори температура, поднявшись на первый день предвѣстниковъ приблизительно до 40 градусовъ, на второй день не пони-

жается, а остается на той же высотѣ вплоть до высыпанія, когда подымается еще выше (до 41—41,5°). Сравнительно не рѣдко встрѣчаются, наконецъ, и такіе случаи кори, въ которыхъ температура поднимается съ перваго дня предвѣстниковъ очень мало и потѣмъ прогрессивно, но постепенно достигаетъ maximum'a во время высыпанія. Фастигумъ коревой лихорадки отличается короткостью; если наибольшая температура пришла на вечеръ, то паденіе начинается съ слѣдующаго утра, а если maximum былъ достигнутъ утромъ, то онъ держится обыкновенно до вечера. Болѣе продолжительный фастигумъ характеризуетъ тяжелую корь.

Окончаніе лихорадки при кори совершается обыкновенно быстро, иногда критически, особенно въ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ нормальная температура получается уже на 5-й день болѣзни; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ паденіе температуры идетъ медленнѣе, и лихорадка кончается на 6-й или 7-й день, рѣдко на 9-й.

Что касается до другихъ органовъ, то они не представляютъ при кори никакихъ серьезныхъ измѣненій. Языкъ, въ противоположность скарлатинѣ, во все время болѣзни остается покрытымъ бѣлымъ налетомъ и влажнымъ, несмотря на лихорадочное состояніе. Корь очень рѣдко бываетъ настолько сильна, чтобы языкъ при ней представлялся сухимъ и покрылся бурой корой. Высыпаніе сыпи на слизистой оболочкѣ рта сопровождается обыкновенно катарральнымъ воспаленіемъ рта, припухлостью дѣсенъ и довольно значительною вонью изо рта. Аппетитъ пропадаетъ обыкновенно съ перваго дня лихорадки и снова появляется по окончаніи ея, примѣрно на 6—7-й день, рѣдко раньше. Рѣдко также встрѣчается при кори и начальная рвота, такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ, особенно когда діагностику между корью и скарлатиной приходится ставить на основаніи анамнеза, симптомъ этотъ можетъ имѣть важное значеніе.

Гораздо чаще, чѣмъ рвота, въ началѣ кори встрѣчается *поносъ*, въ особенности у *маленькихъ дѣтей* (до 5 лѣтъ) въ началѣ періода высыпанія. Въ этомъ возрастѣ, по Rilliet и Barthez'у, поносъ никогда не отсутствуетъ. Trousseau тоже считалъ его въ этомъ возрастѣ за явленіе постоянное и серьезное. На появленіе поноса оказываетъ большое вліяніе характеръ эпидеміи кори. Иногда поносъ появляется только у маленькихъ дѣтей и притомъ въ легкой степени, въ видѣ 2—3 жидковатыхъ испражнений въ сутки, а въ другое время имъ часто заболѣваютъ и болѣе взрослые дѣти, причемъ поносъ принимаетъ серьезный характеръ, являясь въ формѣ фолликулярнаго энтерита, который характеризуется, какъ извѣстно, частыми, слизистыми, иногда съ примѣсью крови, зеленоватыми испражнениями, выдѣляющимися при теназмахъ и боляхъ живота. Въ виду склонности кори осложняться поносомъ, многіе авторы справедливо предостерегаютъ отъ назначенія въ началѣ кори слабительныхъ, дѣйствіе которыхъ можетъ зайти далеко за желательные предѣлы.

Принадлежности со стороны *нервной системы* при кори выражены слабо, такъ какъ коревая лихорадка въ большинствѣ случаевъ отличается весьма доброкачественнымъ характеромъ; несмотря на 40°, маленькіе пациенты не желаютъ оставаться въ постели и ни на что не жалуются, за исключеніемъ головной боли, нерѣдко болѣе сильной въ періодѣ предвѣстниковъ; въ періодѣ сыпи,

напротивъ, преобладаетъ наклонность къ бреду по ночамъ и легкая апатія и даже нѣкоторая сонливость днемъ. Сонъ большею частью покоенъ вслѣдствіе сухого кашля.

Эклямпсіи въ началѣ кори или какихъ-либо тяжелыхъ „тифозныхъ“ симптомовъ въ видѣ спячки, сильнаго бреда, дрожанія и т. п. припадковъ, нерѣдко встрѣчающихся при тяжелой скарлатинѣ вслѣдствіе злокачественныхъ свойствъ яда, при кори почти никогда не бываетъ, и даже такой опытный человѣкъ, какъ Непосн, не встрѣтилъ въ своей практикѣ ни одного подобнаго случая „динамической“ кори. Конвульсіи въ началѣ кори изрѣдка встрѣчаются только у маленькихъ дѣтей, страдающихъ ларингоспазмомъ, у рахитиковъ или вообще у субъектовъ, расположенныхъ къ эклямпсическимъ припадкамъ.

Изъ органовъ чувствъ, кромѣ глазъ и носа, при кори иногда поражаются и уши, вслѣдствіе распространенія катарра съ зѣва на среднее ухо; коревой отитъ встрѣчается рѣже скарлатинознаго и отличается отъ послѣдняго сравнительно болѣе легкимъ теченіемъ, такъ какъ въ основѣ скарлатинознаго воспаления ушей лежитъ обыкновенно дифтеритическій процессъ, а не катарральный, какъ при кори, при которой, сколько мнѣ извѣстно, дѣло никогда не доходитъ до полной глухоты на оба уха.

Различныя формы кори.

Въ нормальной кори различаютъ 4 періода: скрытый періодъ, періодъ предвѣстниковъ, періодъ высыпанія и періодъ шелушенія.

Скрытый періодъ кори или періодъ инкубаціи продолжается отъ момента зараженія до наступленія лихорадочнаго состоянія и катарральныхъ явленій. Продолжительность его въ большинствѣ случаевъ равняется 8—9 днямъ, но исключенія изъ этого правила не рѣдки, такъ какъ во многихъ случаяхъ періодъ инкубаціи при кори бываетъ или короче 8 дней или длиннѣе 9, причемъ соотвѣтственнымъ образомъ, но только въ противоположномъ смыслѣ, измѣняется и продолжительность періода предвѣстниковъ, т.-е. чѣмъ длиннѣе скрытый періодъ, тѣмъ короче предвѣстники, и наоборотъ, такъ что *время, протекающее отъ момента зараженія до появленія сыпи во всѣхъ случаяхъ кори остается постояннымъ и равняется 13 днямъ съ колебаніемъ въ ту или другую сторону на одинъ день.*

Такъ какъ заболѣвшій корью заражаетъ своихъ братьевъ и сестеръ въ большинствѣ случаевъ на первый день предвѣстниковъ, т.-е. за 4 дня до появленія сыпи, то бываетъ обыкновенно такъ, что промежутокъ времени отъ появленія сыпи у перваго больнаго до высыпанія кори у слѣдующихъ равняется довольно точно 10 днямъ, а до первыхъ явленій періода предвѣстниковъ — 6 днямъ.

Періодъ инкубаціи кори, въ отличіе отъ того же періода при скарлатинѣ и оспѣ, отличается, между прочимъ, тѣмъ, что во многихъ случаяхъ онъ бываетъ не совсѣмъ чистъ, т.-е. не свободенъ отъ кой-какихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Эти симптомы состоятъ или въ эфемерномъ, но иногда повторномъ повышеніи температуры, до 38,5—39°, или въ легкихъ катарральныхъ

явленіяхъ первыхъ, воздухоносныхъ путей, преимущественно въ видѣ кашля. Если новышеніе температуры съ кашлемъ или даже одинъ кашель появляется въ послѣдніе дни скрытаго періода, то они причисляются ужъ къ періоду предвѣстниковъ и такимъ образомъ скрытый періодъ укорачивается. Этимъ объясняется, между прочимъ, показаніе нѣкоторыхъ авторовъ, что періодъ предвѣстниковъ при кори затягивается иногда до 12—13 дней.

Безлихорадочный и вообще легкій кашель, свойственный скрытому періоду кори, имѣетъ весьма важное значеніе въ дѣлѣ распространенія эпидемій кори вообще и въ школахъ въ особенности, такъ какъ ради ничтожнаго кашля никто изъ родителей не находитъ нужнымъ не пускать ребенка въ гимназію, тѣмъ болѣе, что возможность кори и въ голову не приходитъ, а между тѣмъ въ этотъ періодъ больной уже заразителенъ.

Періодъ предвѣстниковъ кори начинается сразу значительнымъ повышеніемъ температуры (приблизительно до 39—39,5° на 1-й вечеръ), которому предшествуетъ у болѣе взрослыхъ дѣтей повторное познабливаніе, рѣже знобъ, а у маленькихъ похолоданіе конечностей. Одновременно съ лихорадкой появляются обычные спутники ея въ видѣ головной боли, потери аппетита и общей слабости и, кромѣ того, легкій кашель и насморкъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ катарральныя явленія предшествуютъ лихорадкѣ дня за 2, за 3 и даже больше; въ другихъ, наоборотъ, лихорадка раньше катарровъ; на второй день утромъ температура опускается почти совсѣмъ до нормы, ребенокъ чувствуетъ себя бодрымъ, но катарральныя явленія или остаются безъ перемѣнъ, или усиливаются; къ концу вторыхъ сутокъ или въ началѣ третьихъ глаза дѣлаются мутными, слегка краснѣютъ, и на нѣбѣ появляется продромальная сыпь; на 3-й день лихорадка снова дѣлается сильнѣе, мѣстные симптомы постепенно усиливаются и больныхъ особенно беспокоитъ сухой кашель; на 4-й день на лицѣ появляются уже первые зачатки сыпи въ видѣ блѣдно-розовыхъ, очень мелкихъ точекъ или папулъ, сидящихъ, главнымъ образомъ, на спинкѣ носа и на сосѣднихъ частяхъ щекъ, а также на вискахъ и губахъ.

На 5-й день лихорадка значительно усиливается и наступаетъ 3-й періодъ — *высыпанія*, продолжающійся трое сутокъ: первая сутки (5-й день болѣзни) сыпь густо высыпаетъ на лицѣ и кое-гдѣ, въ видѣ отдѣльныхъ (безъ фоновъ) папулъ на туловищѣ; къ вечеру этого дня или утромъ на слѣдующій день лихорадка достигаетъ своего maximum'a; на 2-я сутки (6-й день) густая, пятнистая сыпь занимаетъ все туловище и отчасти конечности (въ видѣ папулъ); на 3 сутки (7-й день) лихорадка уже спускается почти до нормы, сыпь на лицѣ начинаетъ блѣднѣть, но на конечностяхъ она въ полномъ разгарѣ. Быстрое распространеніе сыпи, именно въ теченіе 24 часовъ съ лица до ступней, описываемое Непосч'омъ какъ нормальное, встрѣчается рѣже постепеннаго и только въ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ и лихорадка кончается быстро, примерно на 5-й день отъ начала болѣзни. Что касается до катарральныхъ явленій, то кашель, насморкъ и свѣтобоязнь съ покраснѣніемъ глазныхъ яблокъ и припухлостью вѣкъ усиливаются только до перваго дня высыпанія, потомъ сутки остаются *in statu quo*, а на 3-й день, когда сыпь на лицѣ блѣднѣетъ, катарры начинаютъ разрѣшаться, кашель дѣлается влажнымъ и не столь частымъ, глаза

блѣднѣють, насморкъ быстро исчезаетъ. Выслушиваніе и постукиваніе груди за все это время даютъ отрицательные результаты, часто не бываетъ даже и хриповъ, по крайней мѣрѣ, до наступленія разрѣшенія катарра. *Большое количество хриповъ въ періодъ высыпанія* указываетъ на то, что кашель обусловливается раздраженіемъ не одной только гортани и трахеи, но также и бронховъ, и *заставляетъ опасаться развитія пневмоніи*, въ особенности, если дѣло идетъ о ребенкѣ въ возрастѣ до 4 лѣтъ.

Періодъ шелушенія слѣдуетъ непосредственно за поблѣднѣніемъ сыпи; присутствіе мелкихъ, бѣловатыхъ чешуекъ эпидермиса можно замѣтить на лицѣ еще до поблѣднѣнія всей сыпи. Чѣмъ сильнѣе была сыпь, тѣмъ обильнѣе бываетъ и образование чешуекъ; наоборотъ, если сыпь была разсѣянная, или если больной сильно потѣлъ, или кожу его смазывали масломъ, то на туловищѣ можно совсѣмъ не найти чешуекъ. Шелушеніе кончается въ 3, 5—7 дней; къ этому же сроку исчезаетъ обыкновенно и желтоватая пигментация, остающаяся на мѣстѣ бывшихъ коревыхъ пятенъ, а также прекращается и кашель; такъ что къ концу — 2-й недѣли больной совсѣмъ выздоравливаетъ, если не появится за это время какихъ-нибудь осложнений. Случаи кори, представляющіе въ своемъ теченіи болѣе или менѣе существенныя отклоненія отъ нормы, описываются подъ именемъ *аномальной кори*.

Зуда относятся, напр., случаи очень легкой, такъ называемой *абортивной кори*, встрѣчающейся въ двухъ разновидностяхъ, именно въ видѣ кори безъ лихорадки и кори безъ сыпи — *morbilli apyretici* и *morb. sine exanthemate*.

Существованія *кори совсѣмъ безъ лихорадки*, судя по аналогіи съ другими инфекціонными болѣзнями (скарлатина, тифъ) отрицать нельзя, но во всякомъ случаѣ, если таковыя случаи и встрѣчаются, то крайне рѣдко, и я лично не наблюдалъ ни одного; чаще встрѣчаются случаи съ очень непродолжительной лихорадкой, исчезающей раньше сыпи, какъ, напр., въ случаѣ *Ziemssen'a* (*Masern u. ihre Complicationen. 1863. S. 40*): температура пала черезъ 24 часа послѣ появленія сыпи, и во время цвѣтенія ея 5-лѣтній больной былъ совсѣмъ безъ лихорадки.

То же самое нужно сказать и по поводу *кори безъ сыпи*: полное отсутствіе сыпи у ребенка, заразившагося вмѣстѣ съ своими сродичами и заболѣвшаго одновременно съ ними припадками періода предвѣстниковъ, встрѣчается рѣдко; но случаи кори почти безъ сыпи встрѣчаются чаще и отличаются чрезвычайно легкимъ теченіемъ.

Вотъ, напр., подобный случай: дѣвочка 12 лѣтъ, имѣвшая случай заразиться корью, черезъ нѣсколько дней послѣ того, именно 7-го мая, была невесела и чуть-чуть покашливала. 8-го мая, при температурѣ 37,9°, на лицѣ кое-гдѣ показалось нѣсколько штукъ коревыхъ папулъ и нѣсколько характерныхъ *пятенъ на нѣбѣ*, подтвердившихъ діагностику кори. 9-го мая пятна на нѣбѣ исчезли, на лицѣ остались безъ перемѣнъ, нѣсколько новыхъ папулъ появилось на спинѣ и на груди; вообще папулъ такъ мало, что ихъ не трудно было бы сосчитать; t° 37,3. 10-го мая сыпь исчезла и не появлялась больше.

Подобный же случай, но съ болѣе значительной продромальной лихорадкой, описывается, между прочимъ, и у *Ziemssen'a* (l. c. 48): мальчикъ 5 лѣтъ заразился корью вмѣстѣ съ двумя сестрами, и всѣ трое заболѣли черезъ нѣсколько дней (5-го ноября) кашлемъ и легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ. Въ ночь съ 7-го на 8-е мальчикъ былъ непокоенъ и съ утра остался

въ постели; сильный насморкъ, сухой кашель, инъекція конъюнктивъ. t^0 утромъ — 40,2, вечеромъ—38,8; 9-го: больной чувствуетъ себя гораздо лучше. 10-го: кашель и насморкъ продолжаютъ, t^0 38,7—37,6. Къ вечеру на щекахъ и на лбу вдоль волосистаго края разбросанные узелки; кашель меньше. — Дальнѣйшаго высыпанія не послѣдовало.

Въ одномъ случаѣ я счелъ себя въ правѣ діагноспировать корь, несмотря на полное отсутствіе не только сыпи на кожѣ, но и катарральныхъ явленій. Корь появилась въ семьѣ доктора. Е., состоявшей изъ трехъ человекъ дѣтей. Первымъ заболѣлъ, 25 сентября 1886 года, мальчикъ 6 лѣтъ. Періодъ предвѣстниковъ протекалъ у него въ видѣ довольно тяжелаго ложнаго крупа; сыпь (29/9) была очень обильная, maximum лихорадки 40° съ десятиыми. Черезъ 10 дней (4 октября) послѣ него въ одинъ день заболѣли его старшая сестра 8 лѣтъ и младшій братъ. У послѣдняго корь протекала совершенно нормальнымъ порядкомъ (сыпь 8 октября), но у дѣвочки въ теченіе трехъ дней была только незначительная лихорадка и въ послѣдній день на мягкомъ небѣ появилось три-четыре пятнышка и больше ничего — ни кашля, ни насморка, ни сыпи на кожѣ. Температура у нея шла такъ: 5 октября (2-й день) вech. 38,7; 6-го — 38—39; 7-го — 37,9—38,3; 8-го — 36,3. Случай этотъ, по моему мнѣнію, доказываетъ, что корь безъ сыпи и безъ катарровъ несомнѣнно существуетъ, но только діагностика ея внѣ эпидеміи не всегда возможна. Если при лихорадочномъ состояніи появляются насморкъ, слезотеченіе и кашель, то при отсутствіи сыпи врачъ скорѣе, конечно, подумаетъ о гриппѣ, чѣмъ о кори, даже и въ томъ случаѣ, если на небѣ появится пятнистая краснота, каковая, по наблюденіямъ Tigri, во время нѣкоторыхъ эпидемій встрѣчается и при гриппѣ явобы не рѣдко.

Аномалии періода предвѣстниковъ кори при нормальномъ дальнѣйшемъ теченіи встрѣчаются нерѣдко. Такъ, предвѣстники могутъ продолжаться ненормально долго или, наоборотъ, слишкомъ коротко. Если катарральные симптомы появляются съ лихорадкой, то періодъ предвѣстниковъ вмѣсто 3 дней въ аномальныхъ случаяхъ рѣдко затягивается долѣе 6 дней, но одни катарры, безъ повышения температуры, въ особенности кашель, могутъ тянуться и дольше, и именно на счетъ періода инкубаціи, которая въ такихъ случаяхъ бываетъ очень коротка.

Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, періодъ предвѣстниковъ продолжается всего 1—2 дня или даже совсѣмъ отсутствуетъ, и корь начинается прямо съ сыпи, а катарры появляются уже послѣ нея; въ такихъ случаяхъ не бываетъ и продромальной сыпи на небѣ.

Аномалии продромальнаго періода обуславливаются иногда какими-нибудь осложненіями, исчезающими въ дальнѣйшемъ теченіи; такими осложненіями всего чаще бываютъ ложный крупъ, поносъ или какіе-либо нервные симптомы.

Politzer, напр., приводитъ два интересныхъ въ этомъ отношеніи случая (Jahrb. f. Kinderh. 1871. V. IV; S. 307). Одинъ изъ нихъ касается мальчика 6 лѣтъ, который въ теченіе 8 дней представлялъ картину, всего болѣе напоминавшую тифъ, такъ какъ при сравнительно невысокой лихорадкѣ больной былъ въ угнетенномъ состояніи; съ появленіемъ обильной коревой сыпи, симптомы адинаміи исчезли, и корь приняла свое обыкновенное теченіе.

Въ другомъ случаѣ дѣло было еще болѣе запутано: мальчикъ 4 лѣтъ въ теченіе четырехъ дней лежалъ въ сильномъ жару, при явленіяхъ полной простраціи и при полномъ отсутствіи какихъ-либо мѣстныхъ явленій; на 5-й день развилась картина холеры съ значительнымъ

коляисомъ, наконецъ, на 6-й день, показалась коревая сыпь, причеиъ холерные симитомы ослабли, и корь пошла обыкновеннымъ порядкомъ.

Сюда же относится, конечно, и случай Somma (Jahrb. f. Kinderh. XXVI B., S. 138), принятый имъ за острый менингитъ съ исходомъ въ выздоровленіе: 7-мѣсячная дѣвочка заболѣла внезапно повторной рвотой и судорогами; пульсъ 120, t^0 38,0; на 2-й день — t^0 39, на 3-й день — 40⁰; сведеніе конечностей, сопоръ, нистагмусъ, аритмичный пульсъ. На слѣдующій день, послѣ назначеннаго каломея, быстрое паденіе t^0 и улучшеніе общаго состоянія; на 5-й день — насморкъ, кашель и необильная высыпь кори.

Аномаліи періода высыпанія состоятъ главнымъ образомъ въ различныхъ аномаліяхъ сыпи, о которыхъ мы говорили выше.

Къ числу аномальныхъ формъ кори относится также *тяжелая корь*. Корь можетъ быть тяжела вслѣдствіе злокачественнаго дѣйствія яда или вслѣдствіе осложнений. Аномальной корью могутъ быть названы только случаи первой категоріи.

Злокачественная корь, опасная сама по себѣ, т.-е. безъ посредства осложнений, и кончающаяся смертью въ нѣсколько дней, встрѣчается крайне рѣдко. По описанію авторовъ можно различать три формы злокачественной кори: адинамическую, геморрагическую и диспнейную. Злокачественный характеръ болѣзни проявляется или ужь въ періодѣ предвѣстниковъ, или въ началѣ высыпанія. *Адинамическая форма* кори характеризуется тѣмъ, что при очень высокой температурѣ (до 41⁰) больной очень слабъ и сонливъ, языкъ вскорѣ высыхаетъ и дѣлается фулигинознымъ, сознаніе помрачено, больной бредитъ; иногда появляются упорная рвота и поносъ, у маленькихъ дѣтей легко наступаютъ судороги, за которыми слѣдуетъ спячка; пульсъ очень частъ и слабъ, конечности холодны; смерть можетъ наступить раньше, чѣмъ успѣетъ появиться сыпь; въ другихъ случаяхъ сыпь хотя и показывается, но въ скудномъ количествѣ, съ синеватымъ оттѣнкомъ. При *геморрагической формѣ* появляются петехіи на кожѣ (черная корь Willan'a) и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, въ особенности изъ носа и почекъ; общее состояніе больного производитъ при этомъ впечатлѣніе тяжелаго заболѣванія. Смерть наступаетъ обыкновенно такъ скоро (дня черезъ 2—4 послѣ высыпанія), что значительныя анатомическія измѣненія внутреннихъ органовъ не успѣваютъ развиться; иногда, впрочемъ, встрѣчаются въ трупѣ геморрагическія воспаленія и инфаркты серозныхъ оболочекъ. Въ случаяхъ *диспнейной кори* (rougeole à forme dyspnèique d'Espine et Picot или конгестивная корь West'a) больной съ самаго начала представляетъ значительную степень одышки, для объясненія которой физикальное изслѣдованіе не даетъ достаточныхъ основаній (въ началѣ только ослабленное везикулярное дыханіе и разбросанныя хрипы, позднѣе появляются распространенные мелкопузырчатые хрипы), сыпь при этомъ запаздываетъ, высыпаетъ скудно и скоро получаетъ синеватый оттѣнокъ.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Осложненія при кори являются или вслѣдствіе злокачественнаго свойства яда (характеръ эпидеміи), или подъ вліяніемъ дурныхъ гигиеническихъ условий, или вслѣдствіе индивидуальнаго расположенія даннаго субъекта къ тѣмъ или инымъ процессамъ, но всего меньше отъ простуды.

Осложнения встрѣчаются обыкновенно со стороны тѣхъ органовъ, которые поражаются и при нормальной, неосложненной кори. Всего чаще, слѣдовательно, со стороны слизистыхъ оболочекъ.

Носовое кровотеченіе появляется или въ періодѣ предвѣстниковъ, или въ первые дни высыпанія и достигаетъ иногда такой степени, что требуетъ энергическаго вмѣшательства врачебной помощи. Однократное и незначительное носовое кровотеченіе не имѣетъ значенія для предсказанія; обильный epistaxis можетъ считаться опаснымъ симптомомъ въ томъ случаѣ, если одновременно замѣчаются еще и другія геморрагіи, напр. на кожѣ, въ видѣ петехій на мѣстахъ, свободныхъ отъ сыпи (петехиальная сыпь не имѣетъ такого дурного значенія, какъ эти петехіи между сыпью), кровотеченія изъ почекъ, кишечъ.

Язвенное воспаленіе десенъ — stomacase. Катарральное воспаленіе слизистой оболочки рта и непріятный запахъ изо рта при кори — явленія обычныя, но иногда воспалительный процессъ сосредоточивается на деснахъ; онѣ сильно припухаютъ, легко кровоточатъ и изъязвляются на свободномъ краѣ. Процессъ этотъ сопровождается сильною вонью изо рта и отличается прогрессивнымъ развитіемъ, если только ходъ его не останавливается назначеніемъ хлорноватокислаго калия.

Послѣдствіемъ язвеннаго воспаленія десенъ можетъ быть выпаденіе зубовъ и частичное омертвѣніе челюсти, или, что гораздо хуже, нота — омертвѣніе щеки. *Нота*, какъ извѣстно, никогда не встрѣчается, какъ первичное страданіе, у дѣтей здоровыхъ, а всегда у истощенныхъ какими-нибудь хроническими или острыми болѣзнями и всего чаще именно послѣ кори. Посредствующимъ звеномъ между корью и номой едва ли не всегда является stomacase. Обычный ходъ болѣзни бываетъ такой: язвенный процессъ съ десенъ путемъ зараженія переходитъ на соотвѣтствующія мѣста слизистой оболочки щеки, вслѣдствіе чего на внутренней поверхности ихъ образуется продолговатое, съ желтымъ дномъ изъязвленіе, какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ щека прилегаетъ къ изъязвленнымъ деснамъ. Въ теченіе слѣдующихъ дней изъязвленіе распространяется, главнымъ образомъ, вглубь и сравнительно мало по поверхности. Вотъ это-то изъязвленіе и принимаетъ иногда гангренозный характеръ, причемъ поверхность язвы дѣлается грязно-сѣраго или чернаго цвѣта, вонь изо рта усиливается и дѣлается еще болѣе отвратительной (довольно своеобразный запахъ гангрены), и что особенно характерно, такъ это то, что разрушеніе мягкихъ частей щеки, которое до сихъ поръ шло медленно, съ момента наступленія гангрены распространяется чрезвычайно быстро; уже черезъ день омертвѣніе проникаетъ всю толщю щеки, и на кожѣ является темно-бурое пятно, а еще черезъ сутки щека пробуравливается, и гангренозная язва начинаетъ распространяться по мягкимъ частямъ лица, и если больной проживетъ нѣсколько дней, то челюстные кости обнажаются на большомъ протяженіи. Пока язва не пробилась еще наружу, щека представляется въ состояніи отековой припухлости, кожа натянута, восковидно-блѣдна и блестяща; незадолго до омертвѣнія на мѣстѣ послѣдняго появляется красноватое пятно. Самопроизвольная остановка гангрены, путемъ демаркаціоннаго воспаленія, хотя и встрѣчается, но только въ исключительныхъ случаяхъ; нѣсколько чаще наблюдается

это послѣ сильныхъ прижиганій каленымъ желѣзомъ или азотною кислотою или послѣ присыпокъ *cali chlorico*; но болѣе обыкновенный исходъ номы все-таки смерть отъ истощенія подѣ влияніемъ поноса, охотно присоединяющагося къ номѣ, вѣроятно вслѣдствіе проглатыванія ихорозныхъ массъ, или отъ пневмоніи, принимающей иногда исходъ въ гангрену легкыхъ. Если этихъ осложненій не появляется, то больной при номѣ не лихорадитъ и нерѣдко сохраняетъ отличный аппетитъ, при каковыхъ условіяхъ и можетъ выздоровѣть.

На развитіе номы громадное вліяніе оказываетъ обстановка больного и состояніе питанія. Въ дурно устроенныхъ больницахъ и въ подвальныхъ этажахъ она встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ въ частной практикѣ. Изъ терапевтическихъ средствъ къ этому осложненію располагаетъ каломель и другіе ртутные препараты, напр. втиранія сѣрой мази при коревомъ ларингитѣ.

Что на слизистой оболочкѣ зѣва въ началѣ болѣзни появляется коревая сыпь которая смѣняется потомъ катарральной краснотой — объ этомъ было говорено выше; болѣе серьезныя воспаленія зѣва кори не свойственны (въ отлчіе отъ скарлатины). Что касается до дифтеріи, то эта болѣзнь осложняетъ корь только въ больницахъ, когда въ коревую палату какъ-нибудь попадетъ дифтерійный больной; при этомъ условіи корь даетъ удобную почву для прививки бацилла *Löfflera*, и дифтерія, осложняящая корь, принимаетъ болѣею частью очень злокачественное теченіе, и смертность отъ кори достигаетъ тогда 50—70%.

Поносъ при кори встрѣчается довольно часто, въ особенности у маленькихъ дѣтей до 4 лѣтъ, хотя онъ не падитъ и болѣе взрослыхъ. По наблюденіямъ Trousseau, у дѣтей до 5 лѣтъ поносъ при корѣ есть явленіе постоянное. Онъ начинается обыкновенно вмѣстѣ съ первымъ появленіемъ сыпи, но иногда уже въ періодѣ предвѣстниковъ.

Сила и характеръ поноса въ различныхъ случаяхъ не одинаковы; онъ является то въ видѣ жидкихъ испраженій 2—3 раза въ день, то въ видѣ очень частаго, слизистаго и даже кровянистаго, какъ при дизентеріи, съ тенезмами и болью живота. Такого рода дизентерическій поносъ или обильный водянистый является довольно опаснымъ осложненіемъ кори и служитъ иногда причиной смерти маленькихъ дѣтей, въ особенности лѣтомъ или въ холерное время, когда, по *Wohn*'у, коревой поносъ нерѣдко прямо переходитъ въ холерный. По наблюденіямъ *Barthez* и *Rilliet*, большинство легкихъ формъ поноса начинается въ періодѣ предвѣстниковъ, а самыя тяжелыя — послѣ высыпанія. Въ виду наклонности кори осложняться поносомъ, многіе авторы совѣтуютъ не прибѣгать въ началѣ кори къ слабительнымъ, а въ случаѣ запора довольствоваться клистирами.

Laryngitis. Воспаленіе гортани при кори встрѣчается въ двухъ формахъ: въ видѣ простаго катаррального *lar. catarrhalis* и крупознаго — *lar. stuposa*. Катарръ гортани или ложный крупъ встрѣчается по преимуществу въ началѣ кори, въ періодѣ предвѣстниковъ, тогда какъ настоящій крупъ болѣе свойствененъ періоду высыпанія или шелушенія. Такъ какъ припадки этихъ двухъ формъ ларингита въ началѣ своего развитія бывають при случаѣ очень схожи другъ съ другомъ, то время появленія этихъ припадковъ можетъ до нѣкоторой степени помочь діагностикѣ.

Въ обоихъ случаяхъ появляется грубый, дающій кашель, хриплый голосъ и затрудненное дыханіе вслѣдствіе стеноза гортани. Существенное различіе между ними состоитъ, во-1-хъ, въ способъ развитія стеноза и, во-2-хъ, въ свойствѣ симпъ припадковъ.

Ложный крупъ характеризуется тѣмъ, что *стенозъ гортани* при немъ *развивается* чрезвычайно *быстро*, такъ что ребенокъ, легшій спать съ едва замѣтною хрипотою, просыпается ночью съ рѣзко затрудненнымъ дыханіемъ и отъ недостатка воздуха мечется въ постели; но такая сцена, производящая переполохъ въ домѣ и сильно пугающая родителей, продолжается недолго: черезъ часъ, черезъ два, много черезъ 3, стенозъ уменьшается, и ребенокъ снова засыпаетъ и просыпается утромъ съ едва замѣтнымъ стенозомъ или и совсѣмъ безъ него.

Совсѣмъ не то при *настоящемъ крупѣ*: *развивается* онъ *постепенно* и потому своимъ началомъ родителей не пугаетъ и переполоха въ домѣ не производитъ, но зато не дѣлаетъ и перемежекъ, а напротивъ того *стенозъ, сначала едва замѣтный, съ каждымъ днемъ прогрессируетъ* и черезъ 3—5 дней доводитъ больного до полной асфиксіи.

Степень стеноза для діагностики ложнаго крупа отъ настоящаго не имѣетъ значенія, такъ какъ и при первомъ она можетъ быть очень значительна; другое дѣло — способъ развитія и *продолжительность*: стенозъ гортани хотя бы и не сильный, но продолжающійся долѣе 24-хъ часовъ безъ перерыва, долженъ возбуждать сильное подозрѣніе на присутствіе перепонокъ въ гортани.

Что касается до свойства припадковъ, то подозрительно для крупа *пропорциональное развитіе* всѣхъ трехъ *кординальныхъ припадковъ*, т.-е. лающего кашля, хриплаго голоса и стенотического дыханія; тогда какъ довольно чистый голосъ, несмотря на затрудненное дыханіе и грубый кашель, указываетъ на ложный крупъ, при которомъ истинныя голосовыя связки нерѣдко остаются нормальными, а стенозъ и лающій кашель обуславливаются отечной припухлостью ложныхъ голосовыхъ связокъ.

Предсказаніе при этихъ двухъ формахъ ларингита совершенно различное: ложный крупъ, начавшись во время предвѣстниковъ, продолжается обыкновенно до періода высыпанія, а съ появленіемъ сыпи катарръ гортани начинается разрѣшаться и скоро проходитъ, между тѣмъ какъ настоящій крупъ, постепенно прогрессируя, кончается въ громадномъ большинствѣ случаевъ смертью.

Само собою разумѣется, что время появленія крупозныхъ симптомовъ еще не рѣшаетъ діагностики, такъ какъ при случаѣ и ложный крупъ можетъ появиться въ періодъ псезанія сыпи, а настоящій — въ самомъ началѣ кори.

Что касается до сущности коревого крупа и его происхожденія, то по этому поводу можно сказать то же самое, что было говорено о сущности скарлатинознаго дифтерита, т.-е. что коревой крупъ есть не что иное какъ высшая степень коревого ларингита, для происхожденія котораго вовсе не требуется вліянія Löffler'скаго бацилла.

Концентрированнымъ нашатырнымъ спиртомъ легко вызвать у кролика крупозное воспаленіе гортани, но, разбавляя спиртъ водой, можно вызвать простое

катарральное воспаленіе различной степени интенсивности, смотря по количеству прибавленной воды; такъ и при кори встрѣчаются воспаленія различной силы, начиная отъ легкаго катарра и кончая крупознымъ воспаленіемъ; понятно, что въ силу существованія переходныхъ формъ, иногда очень трудно бываетъ поставить точную діагностику между ложнымъ и настоящимъ крупомъ.

Bronchitis — катарръ крупныхъ и среднихъ бронховъ — характеризуется появленіемъ на всемъ пространствѣ грудной влѣтки, но больше на спинѣ, грубыхъ, влажныхъ хриповъ; болѣе взрослые дѣти отхаркиваютъ при этомъ слизисто-гноиную мокроту. Небольшое количество хриповъ въ періодъ блѣднѣнія сыпи принадлежитъ къ числу постоянныхъ спутниковъ кори, и потому говорить о бронхитѣ, какъ объ осложненіи кори, можно лишь въ томъ случаѣ, если этихъ хриповъ очень много, или если подъ вліяніемъ бронхита затягивается лихорадочное состояніе. Простой бронхитъ — явленіе неопасное, особенно у дѣтей болѣе взрослыхъ, но у маленькихъ или у дѣтей, расположенныхъ къ катарру бронховъ, онъ можетъ затянуться на нѣсколько недѣль или, что еще хуже, дать поводъ къ развитію капиллярнаго бронхита — *bronchitis capillararis*, который для дѣтей до 2-лѣтняго возраста является очень опаснымъ осложненіемъ, а для грудныхъ почти всегда смертельнымъ; чѣмъ быстрѣе развивается капиллярный бронхитъ, тѣмъ онъ опаснѣе. Очень острые случаи катарральной пневмоніи, описанные французами подъ именемъ *pneumonie catarrhale suavis* суть не что иное какъ распространенный капиллярный бронхитъ, кончающійся смертью въ 2—5 дней, при явленіяхъ отравленія углекислотой (блѣдное лицо, похолоданіе конечностей, слабый и очень частый пульсъ, ціанозъ, поверхностное, до 80 въ минуту, дыханіе). До образованія воспалительныхъ фокусовъ въ такихъ случаяхъ дѣло не доходитъ, а при вскрытіи находятъ только разлитой капиллярный бронхитъ и болѣе или менѣе обширные ателектазы.

Воспаленіе легкихъ принадлежитъ къ числу опасныхъ и весьма обыкновенныхъ осложненийъ кори. Оно встрѣчается въ двухъ типическихъ формахъ, въ видѣ *катарральной пневмоніи*, иначе называемой бронхопневмоніей или лобулярнымъ воспаленіемъ легкихъ и въ формѣ *крупозной пневмоніи* или лобарной.

Главное отличіе этихъ двухъ формъ воспаленія легкихъ состоитъ въ различной быстротѣ развитія уплотнѣнія легочной ткани и въ продолжительности лихорадочнаго состоянія. При катарральной пневмоніи уплотнѣніе легкаго появляется первоначально въ видѣ небольшихъ островковъ, величиной, примѣрно, въ лѣсной орѣхъ, которые потомъ могутъ увеличиваться въ объемъ, сливаться другъ съ другомъ и такимъ образомъ вести къ уплотнѣнію цѣлой доли легкаго (псевдолобарная пневмонія), но для этого требуется, по крайней мѣрѣ, недѣли двѣ или около того, тогда какъ при крупозной пневмоніи уплотнѣніе цѣлой доли или болѣе ея части развивается быстро, въ 2—3 дня.

Что касается до лихорадочнаго состоянія, то, сообразно медленному развитію катарральной пневмоніи, лихорадочное состояніе продолжается довольно долго, рѣдко меньше трехъ недѣль, но зато температура не имѣетъ склонности долго оставаться на высокихъ градусахъ, а напротивъ того, часто замѣ-

чаются колебанія, съ паденіемъ температуры почти до нормы и съ новымъ поднятіемъ черезъ нѣсколько часовъ до 39—40°. Такия колебанія повторяются черезъ неправильные промежутки времени, напр. черезъ 2—3 дня или каждый день. Окончаніе лихорадки всегда совершается лизисомъ.

При крупозномъ воспаленіи температура, какъ и при типической пневм. сцироза, съ первыхъ же дней достигаетъ своего maximum'a (40—41°) и остается на этой высотѣ при незначительныхъ утреннихъ ремиссияхъ, нѣсколько дней (5—7—9) и кончается кризисомъ, причемъ въ 12—24 часа температура падаетъ съ 40° до нормы и даже ниже.

Дальнѣйшее отличіе этихъ двухъ пневмоній состоитъ въ способѣ ихъ развитія. Самое названіе „бронхопневмонія“ показываетъ, что при катарральномъ воспаленіи легкихъ всегда поражаются и бронхи; иначе и быть не можетъ, такъ какъ катарральная пневмонія всегда развивается изъ бронхита и, слѣдовательно, безъ послѣдняго не можетъ быть и первой. Развитіе процесса идетъ такимъ образомъ, что прежде, чѣмъ появятся какіе-либо признаки уплотнѣнія легкаго, больной представляетъ симптомы капиллярнаго бронхита: при болѣе или менѣе значительной, неправильно ремиттирующей лихорадкѣ замѣчается учащенное дыханіе (у дѣтей до 2-лѣтнаго возраста до 70 въ минуту и больше) съ раздуваніемъ ноздрей и иногда со втягиваніемъ мѣсть прикрѣпленія діафрагмы (перипневмоническая бороздка); постукиваніе даетъ отрицательные результаты, но при выслушиваніи замѣчается большое количество мелко-пузырчатыхъ хриповъ, въ тяжелыхъ случаяхъ почти по всей груди, а въ болѣе легкихъ преимущественно *сзади, по обѣимъ сторонамъ позвоночника*, соотвѣтственно заднимъ частямъ нижнихъ долей легкихъ. Въ этихъ именно мѣстахъ прежде всего появляется и пневмонія, начало которой нерѣдко обозначается значительнымъ усиленіемъ лихорадки, еще болѣшимъ учащеніемъ дыханія и болѣе частымъ и иногда болѣзненнымъ кашлемъ; пока воспалительные фокусы уплотнѣнія еще невелики и сидятъ разбросанно среди нормальной (т.-е. воздухъ содержащей) легочной ткани, до тѣхъ поръ постукиваніе все еще даетъ отрицательные результаты, но при выслушиваніи слышатся мѣстами мелко-пузырчатые, *консонирующіе* хрипы; въ дальнѣйшемъ теченіи постукиваніе даетъ тимпаническій звукъ, потомъ притупленный и, наконецъ, почти совсѣмъ тупой, на большемъ или меньшемъ пространствѣ обѣихъ нижнихъ долей, преимущественно въ заднихъ частяхъ; въ это время аускультация открываетъ, кромѣ мелко-пузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, еще и бронхофонию и бронхиальное дыханіе.

Такъ какъ бронхитъ при кори всегда бываетъ двухсторонній, то и катарральная пневмонія, которая изъ него развивается, обыкновенно тоже бываетъ симметричной, расположенной по обѣимъ сторонамъ позвоночника.

Итакъ, характерные симптомы бронхопневмоніи состоятъ въ слѣдующемъ: *двухстороннее появленіе въ заднихъ частяхъ нижнихъ долей, мелко-пузырчатые, консонирующіе хрипы, иногда рядомъ съ бронхиальнымъ дыханіемъ, бронхофоніей и притупленнымъ звукомъ, значительная одышка, высокая, но неправильнаго типа, лихорадка*. Это — болѣзнь преимущественно маленькихъ дѣтей, до 4-лѣтнаго возраста.

Патологическая анатомія учитъ, что развитію катаррал. пневмоніи предшествуетъ обыкновенно спаденіе легочной ткани (ателектазъ), и потому нѣкоторые авторы (напр. Jürgensen въ Nothnagel's Hndb. — Masern. 1895 г. стр. 114) — пытаются установить діагностическіе признаки ателектаза отъ пневмоніи, но такая тонкая діагностика не имѣетъ большого практическаго значенія, такъ какъ если дѣло дошло при ателектазѣ до замѣтнаго притупленія, то всегда есть уже и пневмоническіе фокусы, потому что обыкновенно переходъ ателектаза въ воспаленіе совершается очень быстро. Если замѣтная тупость обусловливается главнымъ образомъ или исключительно спаденіемъ легкаго, то дифференціальнымъ признакомъ такого ателектаза будетъ временное исчезаніе тупости послѣ нѣсколькихъ глубокихъ вдыханій, вызванныхъ, напр., холодными обливаніями.

Крупозное воспаленіе легкаго рѣдко бываетъ двухстороннимъ, обыкновенно же оно занимаетъ одну какую-нибудь долю легкаго во всемъ ея объемѣ или, по крайней мѣрѣ, бѣльшую часть, откуда и названіе — лобарное воспаленіе. Уплотненіе развивается быстро, такъ что тупой звукъ, бронхофонія и бронхіальное дыханіе, соотвѣтственно пораженной долѣ, достигаютъ своего полнаго развитія въ 2—3 дня; но зато такъ же быстро наступаетъ и разрѣшеніе, обозначающееся критическимъ окончаніемъ лихорадки и появленіемъ на мѣстѣ тупого звука крепитирующихъ хриповъ.

Нерѣдко коревыя пневмоніи, по быстротѣ своего развитія, по характеру лихорадки и по другимъ физикальнымъ признакамъ, занимаютъ какъ бы переходное мѣсто между катарральной и крупозной формой и больше похожи на воспаленія легкаго при гриппѣ (см. главу о гриппѣ), и тогда трудно бываетъ рѣшить, съ какаго рода воспаленіемъ легкаго имѣемъ дѣло.

Относительно исходовъ и предсказанія при коревыхъ пневмоніяхъ слѣдуетъ замѣтить, что и то и другое стоитъ въ большой зависимости, во-1-хъ, отъ возраста паціента, во-2-хъ, отъ предшествовавшаго состоянія здоровья и, въ 3-хъ, отъ формы пневмоніи.

Что касается до возраста, то всякая пневмонія при кори тѣмъ опаснѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, и особенно опасна, почти всегда смертельна, у дѣтей до двухъ лѣтъ.

Предшествовавшее состояніе здоровья имѣетъ значеніе въ томъ отношеніи, что плохо переносятъ пневмонію рахитики, золотушныя и дѣти, обладающія наследственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу.

Изъ различныхъ формъ коревого воспаленія легкихъ чаще кончаются выздоровленіемъ, особенно у дѣтей старше 5 лѣтъ, лобарныя формы, кончающіяся въ 2—3 недѣли. Типическая катарральная пневмонія затягивается на многія недѣли и даже на цѣлые мѣсяцы и кончается либо смертью, при явленіяхъ чахотки, или выздоровленіемъ, которое можетъ наступить даже и въ очень затянувшихся случаяхъ, когда подъ вліяніемъ непрерывной лихорадки, продолжавшейся мѣсяца 2—3, больной сильно истощился и когда изслѣдованіе груди даетъ несомнѣнныя указанія на образованіе въ легкихъ кавернъ (бронхоэктазія); а потому отчаиваться не слѣдуетъ даже и въ самыхъ безнадежныхъ, новидимому, случаяхъ.

Коревая пневмония можетъ появиться въ любой періодъ кори, не исключая и періода предвѣстниковъ, что случается, впрочемъ, очень рѣдко; обыкновенно же коревая пневмония развивается во время блѣднѣнія сыпи, т.-е. въ концѣ первой и въ началѣ второй недѣли. Чѣмъ раньше начинается воспаленіе, тѣмъ саeteris paribus хуже предсказаніе.

Что касается до причинъ коревой пневмоніи, то несомнѣнно, что она можетъ развиваться прямо подѣ влияніемъ коревого катарра бронховъ, безъ какой-либо другой, случайной причины, но вслѣдствіе сильнаго дѣйствія коревого контагія или подѣ влияніемъ благопріятной для него почвы, т.-е. индивидуальных особенностей субъекта, каковы, напр., юный возрастъ, рахитизмъ и особое расположеніе къ бронхитамъ; въ большинствѣ случаевъ, однако, корь является лишь располагающимъ моментомъ, роль же производящей причины иногда играетъ простуда, а гораздо чаще анти-гигіеническія условія со стороны жилища; корь всего чаще осложняется воспаленіемъ легкихъ у дѣтей, живущихъ въ сырыхъ квартирахъ со спертымъ воздухомъ.

Въ числѣ *послѣдовательныхъ* болѣзней кори самую главную роль по частотѣ появленія и по неизбѣжности смертельнаго исхода играетъ туберкулезъ легкихъ и общій милиарный туберкулезъ.

Туберкулезъ легкихъ присоединяется или къ затннувшимся катарральнымъ пневмоніямъ, которыя принимаютъ въ такомъ случаѣ хроническое теченіе, и больной умираетъ отъ чахотки, которая мало чѣмъ отличается отъ туберкулезной чахотки у взрослыхъ, или онъ протекаетъ подѣ маской капиллярнаго бронхита, т.-е. съ сильной одышкой, съ большимъ количествомъ мелко-пузырчатыхъ хриповъ и съ неправильной лихорадкой, кончаясь смертью въ 1—2 недѣли (*острый милиарный туберкулезъ*), или дѣло идетъ объ общемъ милиарномъ туберкулезѣ, протекающемъ скрытно. Эта послѣдняя категорія представляетъ для діагностики большія затрудненія.

Большую частью бываетъ такъ, что корь протекаетъ совершенно правильно, бронхитъ постепенно исчезаетъ, даже до полнаго сокращенія кашля, больной получаетъ аппетитъ, начинаетъ ходить, — словомъ, видимо выздоравливаетъ, но не совсѣмъ; выздоровленіе задерживается тѣмъ, что по вечерамъ или около четырехъ часовъ дня онъ немного лихорадитъ, и термометръ, всякій день около 4—6 часовъ вечера, показываетъ 38,3—38,8; по утрамъ температура можетъ быть нормальной, но чаще она оказывается субфебрильной (37,6—37,8), или слегка лихорадочной (38,1—38,3); но что особенно характерно, такъ это то, что хининъ, даже въ сравнительно большихъ дозахъ, напр. вдвое противъ числа лѣтъ ребенка, не только не уничтожаетъ этой незначительной лихорадки, но нерѣдко температура даже замѣтно повышается послѣ приѣмовъ хинина. Эта-то бесполезность хинина имѣетъ важное діагностическое значеніе, такъ какъ даетъ надежное основаніе для исключенія перемежающейся лихорадки, за которую всего чаще принимается скрытый туберкулезъ.

Подобная, какъ будто „безпричинная“, лихорадка, протекающая безъ кашля или съ ничтожнымъ кашлемъ и безъ всякихъ другихъ мѣстныхъ симптомовъ со стороны какихъ бы то ни было органовъ, оказывается очень упорной и держится съ незначительными колебаніями въ своей силѣ въ теченіе многихъ дней

и даже недѣль, симулируя легкій тифъ (или интермиттентъ), но *только селезенка остается нормальной величины*, что тоже весьма важно для діагностики. Такъ дѣло тянется недѣли 2—3 и до 8 недѣль, пока, наконецъ, туберкулезъ тѣхъ или другихъ важныхъ органовъ не выяснитъ окончательно причину столь упорной лихорадки; всего чаще дѣло кончается развитіемъ острой головной водянки, вслѣдствіе туберкулезнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ.

Диагноспировать скрытый милиарный туберкулезъ до развитія туберкулезнаго менингита нельзя (офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ обыкновенно отрицательные результаты, такъ какъ бугорки на хороидахъ рѣдко встрѣчаются даже и при *meningitis tuberculosa*, а безъ пораженія мозговыхъ оболочекъ еще того рѣже); но, идя путемъ исключеній, его можно съ большой вѣроятностью предполагать, а именно въ томъ случаѣ, если послѣ кори, гриппа или коклюша (словомъ, послѣ общихъ болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу) больной, безъ видимой причины, начинаетъ лихорадить, если по временамъ температура дѣлаетъ чрезвычайно сильныя, но кратковременныя скачки вверхъ, если кининъ не оказываетъ на лихорадку замѣтнаго вліянія и если на 2-й недѣль и позднѣе нельзя констатировать опухоли селезенки. Предположеніе получаетъ еще большую вѣроятность, если у больного есть хотя бы и не сильный, но сухой кашель. Что касается до наследственнаго расположенія къ туберкулезу и до признаковъ гиперплазіи бронхиальныхъ железъ или до золотухи, то всѣ эти анамнестическія данныя могутъ вполне отсутствовать, но вѣроятность въ пользу туберкулеза въ такомъ случаѣ все-таки не сдѣлается значительно меньше. Добавимъ еще, что лихорадка безъ ясно выраженныхъ мѣстныхъ явленій, возбуждающая очень основательныя опасенія насчетъ милиарнаго туберкулеза, въ нѣкоторыхъ случаяхъ тянется много недѣль и кончается выздоровленіемъ. Я не думаю, чтобы такое благополучное окончаніе могло окончательно опровергнуть предположеніе о милиарномъ туберкулезѣ или по крайней мѣрѣ о туберкулезѣ бронхиальныхъ железъ, который можетъ заглухнуть и надолго оставить въ нихъ творожистыя фокусы, ничѣмъ не проявляющіе себя.

Изъ органовъ чувствъ всего чаще поражаются глаза и уши.

Самымъ частымъ осложненіемъ со стороны глазъ бываютъ *conjunctivitis* и *blepharitis*, рѣже *keratitis* и *iritis*, а со стороны ушей — катарръ средняго уха, который, въ отличіе отъ скарлатинознаго страданія ушей, отличается болѣе легкимъ теченіемъ.

Корь сравнительно со скарлатиной весьма рѣдко осложняется воспаленіемъ почекъ и водянкой; довольно рѣдко также поражается при кори эндо- и перикардій и другія серозныя оболочки, за исключеніемъ только мозговыхъ оболочекъ, въ видѣ туберкулезнаго менингита.

Предсказаніе.

Нормальная, не осложненная корь — болѣзнь неопасная. Злокачественная корь, убивающая больного безъ осложнений, принадлежитъ къ числу рѣдкихъ исключеній. Осложненія со стороны легкихъ и кишекъ встрѣчаются тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, и потому до 2 лѣтъ корь можно считать за очень

серіозную болѣзнь. Она серіозна также для дѣтей съ наследственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу или для дѣтей, часто страдавшихъ бронхитомъ, у которыхъ, слѣдовательно, можно подозрѣвать пораженіе бронхиальныхъ железъ. Именно у такихъ дѣтей корь нерѣдко даетъ поводъ къ развитію подострыхъ или хроническихъ пневмоній или милиарнаго туберкулеза. Еще хуже, если корь появляется у субъекта, уже страдающаго воспаленіемъ легкаго или началомъ туберкулеза. Для предсказанія имѣетъ также значеніе и характеръ эпидеміи; изъ сопоставленія данныхъ, собранныхъ Jurgensen'омъ (l. c. S. 145), видно, что смертность отъ кори въ разные времена и въ разныхъ мѣстахъ колеблется въ легкихъ эпидеміяхъ отъ 0,7 до 2,7; въ эпидеміяхъ средней силы — 6,8—8,1% и въ тяжелыхъ (въ больницахъ) 22—30%.

Діагностика.

Ясно выраженная корь не представляетъ затрудненій для распознаванія, такъ какъ ужь самая сыпь достаточно характерна, да къ тому же большой представляетъ еще и катарральныя явленія. Діагностическія затрудненія могутъ встрѣтиться: во-1-хъ, въ періодѣ предвѣстниковъ, во-2-хъ, въ началѣ высыпанія и, въ-3-хъ, въ случаѣ легкой кори.

Въ самомъ началѣ періода предвѣстниковъ, когда у больного лихорадка, кашель и насморкъ, корь легко принять за гриппъ. Но на 2-й или, по крайней мѣрѣ, на 3-й день дифференціальная діагностика въ большинствѣ случаевъ уже возможна, на основаніи присутствія продромальной сыпи въ зѣвѣ. Если этой сыпи еще нѣтъ, то въ пользу кори можетъ говорить, кромѣ характера эпидеміи, значительное паденіе температуры на 2-й день, болѣе выраженный конъюнктивитъ и частое чиханье.

Въ началѣ высыпанія корь всего легче смѣшать съ оспой. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, т.-е. въ громадномъ большинствѣ, діагностика не трудна; она основывается на продромальной сыпи мягкаго нѣба и на рѣзко выраженныхъ катарральныхъ явленіяхъ, да и самая сыпь имѣетъ болѣе пятнистый, чѣмъ папулезный характеръ.

Особенныя затрудненія для распознаванія представляютъ случаи, такъ называемой, папулезной кори съ запоздалымъ появленіемъ катарральныхъ симптомовъ, причемъ обыкновенно отсутствуетъ и продромальная сыпь. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится отложить діагностику до слѣдующаго дня. Въ подобныхъ, сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ принимать во вниманіе слѣдующія соображенія: сыпь при оспѣ высыпаетъ медленнѣе и не такъ густо, какъ при кори, а потому *если на первый день высыпанія на лицо такъ много папулъ, что ихъ трудно сосчитать*, то это говоритъ въ пользу кори. Если сыпь занимаетъ не только лицо, но и туловище, то въ этотъ періодъ болѣзни (минимумъ 2-й день высыпанія) для диагностики важны слѣдующія обстоятельства: 1) Сыпь на животѣ при кори не менѣе обильна, чѣмъ на груди, при оспѣ животъ почти свободенъ отъ сыпи. 2) Если сыпь при оспѣ заняла ужь туловище, то на лицѣ кой-гдѣ можно найти небольшіе пузырьки, такъ что исключительно папулезный характеръ *обильной* сыпи сильно говоритъ въ пользу

кори. 3) Папулы при оспѣ на 2-й и 3-й день высыпанія еще не имѣютъ краснаго фона, а при кори этотъ фонъ обыкновенно бываетъ, если не около всѣхъ, то, по крайней мѣрѣ, хоть около нѣкоторыхъ папулъ, а потому получается неравномѣрная величина сыпи при кори. 4) Корева я папула ярче окрашена, она интенсивно-краснаго цвѣта, а оспенная папула блѣдно-розоваго; *на оспу корева я папула мякая, нѣжная, а оспенная — плотная*. На основаніи этого признака мнѣ удалось одинъ разъ поставить діагностику оспы въ сомнительномъ случаѣ, находившемся въ темной комнатѣ. Распознаваніе было сдѣлано раньше, чѣмъ успѣли зажечь свѣчу, для этого было достаточно провести рукой по лицу больного; 5) лихорадка во время высыпанія коревой сыпи непременно усиливается (она выше, чѣмъ была наканунѣ), а при оспѣ начинаетъ спадать. 6) Оспенная сыпь оказываетъ особенное предпочтеніе тылу кистей и пальцевъ, такъ что здѣсь она высыпаетъ почти одновременно какъ и на лицѣ и во всякомъ случаѣ прежде, чѣмъ на плечахъ и предплечьяхъ; а при кори она спускается по рукамъ постепенно и на предплечьяхъ бываетъ гуще, чѣмъ на кистяхъ. Носовое кровотеченіе въ началѣ высыпанія скорѣе говоритъ въ пользу кори.

Объ отличіяхъ кори отъ сыпного тифа см. въ главѣ о тифѣ. Здѣсь замѣчу только, что гораздо чаще бываетъ затрудненіе при тифѣ, чѣмъ при кори, т.-е. я хочу сказать, что легче принять сыпной тифъ за корь, нежели наоборотъ.

Объ отличіи кори отъ скарлатины см. предыдущую главу. Сливную корь не легко смѣшать съ скарлатиной, такъ какъ сыпь сливная на всемъ тѣлѣ при кори встрѣчается лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ; обыкновенно же на ногахъ или на туловищѣ (животѣ и груди) остается много мѣстъ, представляющихъ обыкновенный характеръ коревой сыпи.

Кромѣ того, при діагностикѣ сливной кори можно руководствоваться и тѣмъ, что сплошная краснота при кори бываетъ равномѣрная, а при скарлатинѣ точечная, мраморная. Гораздо больше затрудненій для діагностики могутъ представить случаи смѣшаннаго зараженія скарлатиной и корью. Картины болѣзней въ подобныхъ случаяхъ бываютъ разнообразны, такъ, напр., сыпь можетъ быть коревая, а пораженіе слизистыхъ оболочекъ — какъ при скарлатинѣ, т.-е. кашли нѣтъ, а сильно болитъ горло и языкъ скарлатинозный или, наоборотъ, — сыпь скарлатинозная, а катарры какъ при кори; въ другихъ случаяхъ на однихъ мѣстахъ высыпаетъ коревая сыпь, напр. на туловищѣ, а на конечностяхъ — несомнѣнно скарлатинозная, причемъ пораженіе слизистыхъ оболочекъ соответствуетъ той или другой болѣзни или обѣимъ одновременно. Подобные случаи встрѣчались мнѣ даже и въ частной практикѣ.

Barthez и Rilliet (l. c., стр. 323, т. III) указываютъ на возможность смѣшенія кори съ кропивницей, именно въ случаяхъ появленія вмѣстѣ съ коревой сыпью волдырей *urticariae*. Хотя такая комбинація встрѣчается рѣдко, но имѣть ее въ виду все-таки слѣдуетъ.

Легче принять за корь различныя формы розеолы, каковы *лекарственные сыпи* (антипиринъ, скипидаръ, хининъ и въ особенности антидифтерійная сыворотка), *roseola syphilitica* и нѣкоторыя пятнистыя сыпи при септицеміи. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ дѣло выясняется сопутствующими симптомами

и анамнезомъ, Лѣкарственная сыпь быстро исчезаетъ вслѣдъ за прекращеніемъ пріемовъ лѣкарства и снова появляется послѣ назначенія того же лѣкарства.

Легкая корь, протекающая почти безъ сыпи или съ незначительными катаррами, хотя бы и съ сыпью, или совсѣмъ не можетъ быть узнаана (если не извѣстенъ источникъ зараженія), или принимается за краснуху, рѣчь о которой — въ слѣдующей главѣ. Главное основаніе для діагностики — характеръ эпидеміи.

Лѣ ч е н і е.

Предохранительное лѣченіе кори, состоящее въ изоляціи заболѣвшихъ отъ здоровыхъ, на практикѣ, въ силу вышесказанныхъ соображеній, рѣдко примѣняется, а если иногда и пускается въ дѣло, то рѣдко ведетъ къ цѣли, такъ какъ заразительность кори рѣзко проявляется уже въ періодъ предвѣстниковъ, тогда какъ изоляція можетъ быть предпринята только послѣ высыпанія, т.-е. слишкомъ поздно. Въ виду того, что восприимчивость къ кори съ возрастомъ не исчезаетъ, а между тѣмъ послѣ 5 лѣтъ болѣзнь эта можетъ считаться безопасной, то въ большинствѣ случаевъ врачу не представляется достаточныхъ основаній рекомендовать изоляцію больныхъ; выгоднѣе перенести корь въ дѣтствѣ, чѣмъ въ гимназическомъ или во взросломъ возрастѣ. Отдѣлять нужно только тѣхъ дѣтей, для которыхъ корь можетъ считаться опасной болѣзью, т.-е., во-1-хъ, всѣхъ дѣтей въ возрастѣ до 4 и особенно до 2 лѣтъ; во-2-хъ, дѣтей, часто страдающихъ бронхитами и притомъ золотушныхъ, у которыхъ, слѣдовательно, можно предполагать пораженіе бронхіальныхъ железъ, и въ 3-хъ, наконецъ — дѣтей съ туберкулезнымъ пораженіемъ костей и вообще наклонныхъ къ туберкулезу. Вопросъ о посѣщеніи школъ братьями и сестрами коревыхъ больныхъ рѣшается различно; имѣя въ виду, что корь заносится въ училища дѣтьми, находящимися въ состояніи періода предвѣстниковъ или въ послѣдніе дни скрытаго періода, когда нѣтъ еще лихорадки, конечно, въ видахъ прекращенія школьной эпидеміи, слѣдуетъ запрещать посѣщеніе школъ братьями и сестрами, но только въ томъ случаѣ, если они еще не имѣли кори; если же они уже отхворали, то, въ виду летучести коревого контакта и зависящей отъ того трудности переноса третьимъ лицомъ, можно бы разрѣшить такимъ братьямъ и сестрамъ больного ходить въ школу, при соблюденіи нѣкоторыхъ предосторожностей, т.-е. чтобы дѣти не приходили въ близкое общеніе съ больнымъ. Труднѣе отвѣтить на вопросъ, какъ долго не долженъ ходить въ школу самъ больной и его братья? По циркуляру министра внутреннихъ дѣлъ, самъ больной можетъ являться въ классъ не ранѣе 3 недѣль, если нѣтъ слѣдовъ шелушенія или кашля, а его братья и сестры — до 2 недѣль. Если здоровые братья и сестры были отдѣлены отъ больного въ другой домъ, то они могутъ начать посѣщать школу по прошествіи 14 дней, такъ какъ въ случаѣ, если они успѣли заразиться до изоляціи, то въ эти 14 дней скрытый періодъ кори уже истекъ бы.

Если корь появилась въ школѣ, особенно въ нисшихъ классахъ, гдѣ собираются дѣти, въ большинствѣ еще не имѣвшихъ кори, то въ видахъ прекра-

щенія эпидеміи необходимо закрыть школу на все время скрытаго періода кори, т.-е. на 2 недѣли.

Что касается до дезинфекціи комнаты, то ядъ кори не настолько страшенъ и не такъ стоекъ, чтобы нужно было предпринимать строгое обеззараживаніе стѣнъ и мебели; достаточно 2—3-дневнаго провѣтриванія, а полъ вымыть мыломъ.

Лѣченіе собственно кори можетъ быть только симптоматическимъ. Для избѣжанія простуды и могущихъ произойти отъ того осложненій, больной долженъ лежать въ постели до полнаго прекращенія кашля, т.-е. въ нормальныхъ случаяхъ недѣли 2; комната не должна быть прохладнѣе 14°, но и не выше 16° R. При болѣе низкой температурѣ кашель беспокоитъ больныхъ больше. Въ виду конъюнктивита, комната должна быть нѣсколько затемнена, но не чрезмѣрно, а лишь настолько, чтобы больной не чувствовалъ свѣтобоязни; въ обыкновенныхъ случаяхъ достаточно легкихъ занавѣсокъ или шторъ, причемъ больной долженъ лежать головой къ окнамъ. Одѣвать больного слѣдуетъ настолько тепло, чтобы ему было пріятно, но укутывать его до появленія пота, какъ это часто практикуется матерями, положительно вредно, такъ какъ въ такомъ случаѣ малѣйшее охлажденіе усиливаетъ кашель. Нерѣдко удается замѣтить, что кашель облегчается при тепломъ содержаніи груди и ногъ, а потому полезно надѣвать на коревого больного вязаную, легкую шерстяную фуфайку, а на ноги — тонкіе шерстяные носки.

Комната, въ которой сильно дуетъ отъ оконъ или изъ полу, опасна для коревыхъ больныхъ, такъ же какъ и сквозной вѣтеръ при вентиляціи черезъ форточки, и едва ли возможно согласиться съ мнѣніемъ Jurgensen'a (l. c., S. 153), будто вполне доказано, что лихорадящій больной не боится простуды, и что сквозной вѣтеръ навредить ему не можетъ. На время очищенія комнатнаго воздуха, больного слѣдуетъ выносить въ другую комнату, а если некуда его вынести, то въ виду безусловной необходимости вентиляціи, отворять форточку все-таки нужно даже и зимой, но на это время больного закрываютъ до шеи одѣяломъ и кровать его защищаютъ со стороны форточки — ширмами. Діета — изъ молока, бѣлаго хлѣба, яицъ всмятку, а смотря по аппетиту, даже и мяса. Въ виду склонности кори осложняться поносомъ, особенно у маленькихъ дѣтей, слѣдуетъ строго запрещать всякаго рода тяжелыя кушанья, какковы, напр., пироги, закуски и фрукты. Для питья — сельтерская вода одна или съ молокомъ, въ подогрѣтомъ видѣ, но только не при поносѣ; тогда лучше давать теплый чай или просто воду. Въ случаѣ запора — елистиды, а не слабительныя. Изъ лѣкарствъ при нормальной кори приходится употреблять только средства противъ кашля: по возможности обильное, тепловатое питье и наркотическія, въ видѣ Доверова порошка или морфія, въ маленькихъ дозахъ, 2—3 раза въ день, напр. Доверовъ порошокъ по 1/2 до 1 гр. (0,03—0,06) на годъ pro die (Rp. Pulv. Doveri gr. X (0,6), Sacch. albi ʒβ (2,0). M. f. pulv. div. in p. aeq. № 10. DS. 2—3 порошокъ въ день — ребенку 4—6 лѣтъ), или по 2 капли на годъ, 2 раза въ день, слѣдующаго раствора морфія: Rp. Morph. acet. gr. j. (0,05), Aq. destill. ʒj (25,0). DS. По 8 капель 2 раза въ день, ребенку 4 лѣтъ. Если послѣ нѣсколькихъ пріемовъ того

или другого средства ребенокъ дѣлается сонливъ, то слѣдуетъ приостановиться съ наркотическими. Дѣтямъ до года, безъ особой нужды, лучше не давать ни опія, ни морфія, такъ какъ въ этомъ возрастѣ *narcotica* оказываютъ иногда несоразмѣрно сильное дѣйствіе; въ случаяхъ средней силы кашля болѣе подходящими оказываются щелочи съ прибавкой лавровишневой воды, напр.: *Rp. Natri bicarbon. gr. vjij (0,5), Aq. dest. ꝯj (60,0), Aq. lauroceras. gtt. X, Syr. ipesac. ꝯj (8,0). DS.* Черезъ 2 часа по чайной ложкѣ.

При сухомъ кашлѣ, кромѣ того, полезны щелочныя минеральныя воды — силезская оберзальдбрунненъ, эмсъ-кренхенъ и др., или отхаркивающія, каковы: *aromorph. muriat. crust., ammon. muriat.* и др. (см. главу о гриппѣ).

При значительномъ количествѣ влажныхъ хриповъ *narcotica* противопоказуются; умѣстнѣе *senega* и *liq. ammon. anis.* (*Rp. Inf. rad. pol. senegae ex ꝯ j (1,0) ad ꝯj (50,0), Liq. ammon. anis. gtt. XV, Syr. simpl. ꝯj (8,0). DS.* По чайной или десертной ложкѣ черезъ 2 часа ребенку 2—4 лѣтъ). Если, несмотря на то, хрипы получаютъ мелкопузырчатый характеръ, больной дышетъ часто и поверхностно, съ раздуваніемъ ноздрей и со втягиваніемъ мѣсть прикрѣпленія діафрагмы, особенно если дыханіе настолько затруднено, что появляются признаки отравленія углекислотой, въ видѣ общей слабости, сонливости и легкаго ціаноза, то показано рвотное, напр.: *Rp. Cupri sulfurici gr. j—vj. (0,2—4), Aq. dest. ꝯj (50,0). DS.* По чайной — десертной ложкѣ черезъ 10 мин. до появленія рвоты, для ребенка 2—6 лѣтъ; или *Rp. Tart. emetici gr. j (0,05), Pulv. rad. ipes. ꝯj (1,0), Aq. destill. ꝯj (25,10), Oxyum. scyl. ꝯβ (15,0). DS.* Черезъ 10 минутъ по чайной или десертной ложкѣ. Тѣ же отхаркивающія (при сухомъ кашлѣ — *narcotica*, при обилии хриповъ *senega* и *ammon.*) употребляются и при коревой пневмоніи и кромѣ того согрѣвающая компрессъ вокругъ всей грудной кѣтки; показаніемъ для компрессовъ служить боль въ груди, напр. при кашлѣ, и затрудненное дыханіе. Компрессы можно дѣлать или изъ холодной воды, или настолько горячей, чтобы только не обжечь кожу. *Bartels*, а потомъ *Ziemssen* и *Krabler* горячо рекомендовали при коревыхъ пневмоніяхъ употребленіе холодныхъ компрессовъ. Насчетъ этого метода лѣченія я не имѣю опытности, такъ какъ ни холодныхъ ваннъ, ни холодныхъ компрессовъ при кори не употреблялъ, но во всякомъ случаѣ, у больныхъ слабыхъ, съ частымъ и малымъ пульсомъ, также у маленькихъ дѣтей, употребленіе холода требуетъ большой осторожности, въ виду возможности наступленія коллапса, на что указываютъ сами же *Bartels* и *Ziemssen*. Въ послѣдніе годы въ нашей клиникѣ не безъ успѣха примѣнялись при коревыхъ бронхо-пневмоніяхъ горячія ванны 30—32° R. Мы прибѣгали къ нимъ только въ тяжелыхъ случаяхъ, протекавшихъ съ большой одышкой, съ распространенными, мелкопузырчатыми хрипами и, конечно, съ лихорадкой. Передъ погруженіемъ въ воду больному давали ложку вина, на голову клали холодный компрессъ. Продолжительность ванны отъ 10 до 15 минутъ, смотря по тому, какъ больной переноситъ ее. Если больной начинаетъ жаловаться, сиди въ ваннѣ, на головокруженіе, или пульсъ его слабѣетъ, то ванна прекращается раньше. Всего лучше если при первой ваннѣ присутствуетъ врачъ, который и можетъ судить насколько хорошо или дурно переноситъ больной ванну. Ванна повто-

рается нѣсколько дней подрядъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже послѣ первой ванны замѣчается рѣзкое ослабленіе всѣхъ припадковъ, особенно одышки и лихорадки, и больной производитъ впечатлѣніе гораздо болѣе бодрого ребенка.

Кромѣ названныхъ средствъ, пр. всякомъ капиллярномъ бронхитѣ, равно какъ и при катарральной пневмоніи, всегда есть показанія для возбуждающихъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ надо поставить хорошее вино (по $\frac{1}{2}$ чайной до десертной ложки портвейна 4—6 разъ въ день, смотря по возрасту), далѣе слѣдуетъ кофеинъ, валерьяна, камфора и др.

При лар нгитѣ — какъ перваго періода кори, такъ и втораго — всего полезнѣе паровыя вдыханія посредствомъ парового пульверизатора или просто помощью губки, смоченной кипяткомъ. Если есть подъ руками пульверизаторъ, то вдыханіе паровъ полезно комбинировать съ пульверизаціей 2% раствора соды или салициловаго натра. Снаружи на шею кладется согрѣвающій компрессъ, а внутрь назначаютъ щелочныя воды и обильное теплое питье. Въ тяжелыхъ случаяхъ большую услугу могутъ оказать горячія ножныя ванны (31—33° R.) или общая теплая ванна (30° съ постепеннымъ поднятіемъ t° до 32° R.) Подобныя ванны, оказывающіяся весьма дѣйствительными при всякомъ ложномъ крупѣ, теоретически могутъ быть оправданы во всякомъ случаѣ, т.-е. смотреть ли на приступъ стеноза, какъ на слѣдствіе спазма голосовой щели, или какъ на результатъ воспалительно-отечной припухлости подслизистой клѣтчатки ниже голосовыхъ связокъ — *laryngitis subglottica* (отвлекающее вліяніе ваннъ). Наконецъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, когда и эти средства не помогаютъ, напр. въ случаяхъ настоящаго крупа, показана интубація гортани (см. лѣченіе дифтеріи), а если въ слизи, взятой изъ глотки больного, открывается присутствіе бацилла *Löffler'a*, то кромѣ интубаціи — еще и инъекція антидифтерійной сыворотки.

При катаррѣ кишекъ, если испраженія имѣютъ слизистый хатактеръ и актъ дефекаціи сопровождается болями живота или тенезмами, всего лучше начинать лѣченіе касторовымъ масломъ и потомъ давать опій; если же испраженія водянисты, то прямо съ опіа, который вмѣстѣ съ тѣмъ удовлетворяетъ и показанію со стороны кашля.

При stomacase — полосканіе изъ 2% раствора *kali chlor.* При переходѣ этого страданія въ ному, присыпка гангренознаго мѣста слизистой оболочки порошкомъ бертолетовой соли, а если гангрена все-таки распространяется, то прижиганіе азотной кислотой или каленымъ желѣзомъ.

Лихорадка при кори настолько непродолжительна, что никогда не требуетъ жаропонижающихъ средствъ, т.-е. ни ваннъ, ни новѣйшихъ *antipyretica*. Если тѣмъ не менѣе нѣкоторые нѣмецкіе врачи рекомендуютъ при высокой коревой лихорадкѣ, протекающей съ мозговыми симптомами (бредъ, затемненное сознаніе, судороги) ванны 14—16° R. съ послѣдовательными холодными обливаніями (не больше 12° R.), то мы отмѣтимъ только, что сами же эти врачи (*Jurgensen l. c., S. 156*) напоминаютъ о возможности упадка дѣятельности сердца подъ вліяніемъ такого лѣченія. Кромѣ нервныхъ симптомовъ, показаніемъ для лѣченія холодной водой *J.* считаетъ еще и явленія разлитого бронхита! Для обыкновенныхъ случаевъ кори онъ рекомендуетъ ванны не

ниже 21° R. По моему мнѣнію, подобныя рекомендаціи являются современнымъ отголоскомъ бывшаго лѣтъ 10—15 тому назадъ нѣмецкаго увлеченія лѣченіемъ холодной водой всѣхъ лихорадочныхъ болѣзней, когда думали, что опасность больному грозитъ со стороны высокой t°, а не отъ свойства инфекціи.

Врачу часто приходится отвѣчать на вопросъ, когда можно выпустить больного на воздухъ и когда можно сдѣлать ванну.

Само собою разумѣется, что лѣтомъ можно выпустить больного раньше, зимой — позднѣе. Лѣтомъ больной долженъ лежать въ постели, пока у него есть лихорадочное состояніе, сухой кашель и свѣтобоязнь. Въ большинствѣ случаевъ кашель разрѣшается въ срединѣ или въ концѣ второй недѣли; въ это время, среди дня, больной можетъ выходить уже на воздухъ. Зимой же надо ждать полнаго превращенія кашля и носидѣть еще нѣсколько дней дома, когда кашель ужъ кончился, такъ что въ легкихъ случаяхъ дѣти остаются въ комнатѣ недѣли 3, а въ болѣе тяжелыхъ до 4 недѣль и даже больше.

Эпидемическая краснуха. RUBEOLA S. ROSEOLA EPIDEMICA.

Подъ именемъ краснухи мы понимаемъ самостоятельную, острую, инфекціонную и заразительную болѣзнь, которая характеризуется появленіемъ на кожѣ мелко-пятнистой, кореподобной сыпи и катаррами слизистыхъ оболочекъ первыхъ воздухоносныхъ путей, но отличается отъ кори постоянно легкимъ теченіемъ, а главнымъ образомъ — особенностями своего контагія.

Особенность контагія краснухи состоитъ въ томъ, во-1-хъ, что онъ *всегда производитъ лишь легкое заболѣваніе*, по симптомамъ похожее на abortивную корь, изъ каковыхъ состоятъ цѣлыя эпидеміи краснухи, тогда какъ при настоящей кори, какъ бы ни была легка эпидемія ея, все же рядомъ съ очень легкими случаями встрѣчается и типическая корь средней силы.

Во-2-хъ, самостоятельность контагія краснухи выражается въ томъ, что эта легкая болѣзнь *поражаетъ безразлично какъ дѣтей, не имѣвшихъ кори, такъ и тѣхъ, что перенесли уже ее*. Краснуха отличается отъ abortивной кори тѣмъ, что первая не предохраняетъ даннаго субъекта отъ кори, но застраховываетъ отъ краснухи, и наоборотъ — корь не застраховываетъ отъ краснухи, но предохраняетъ отъ повторенія кори.

Эпидеміи краснухи встрѣчаются значительно рѣже эпидемій кори (эта болѣзнь не столь обязательная, какъ корь), и такъ какъ воспріимчивость къ ней съ возрастомъ не исчезаетъ, то нерѣдко заболѣваютъ и взрослые, хотя все-таки много рѣже, чѣмъ дѣти.

Скрытый періодъ при краснухѣ въ точности не опредѣленъ; по отзывамъ авторовъ онъ колеблется отъ 15 дней до 3 недѣль; съ увѣренностью можно только сказать, что онъ не такъ строго постояненъ, какъ при кори. Въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ скрытый періодъ могъ быть опредѣленъ съ точностью, онъ продолжался 18 и 22 дня.

По симптомамъ эта болѣзнь, какъ уже сказано, очень похожа на abortивную или легкую корь, такъ что въ отдѣльномъ, спорадическомъ случаѣ врачъ, даже и опытный, подчасъ затруднится рѣшить, имѣетъ ли онъ передъ собой ту или другую болѣзнь.

Самымъ постояннымъ и главнымъ симптомомъ краснухи слѣдуетъ считать сыпь, такъ какъ лихорадочное состояніе и въ особенности катарральныя явленія нерѣдко отсутствуютъ.

Сыпь имѣетъ характеръ коревой сыпи, т.-е. она представляется въ формѣ красныхъ, едва возвышенныхъ пятнышекъ, величиной отъ головки булавки до чечевицы или нѣсколько больше, высыпающихъ, какъ и корь, прежде всего на лицѣ, а потомъ и на всемъ туловищѣ и конечностяхъ. Отъ нормальной коревой сыпи краснуха отличается болѣе блѣдной окраской (блѣдно-розовая при краснухѣ, ярко-красная при кори) и болѣею гладкостью, т.-е. почти полнымъ отсутствіемъ центральныхъ папулъ. Высыпаніе сыпи краснухи совершается быстро, оно оканчивается въ нѣсколько часовъ или въ однѣ сутки, тогда какъ при кори для этого требуется два-три дня. Иногда, впрочемъ, и при краснухѣ высыпаніе идетъ постепенно сверху внизъ въ теченіе трехъ дней, такъ что на лицѣ она уже почти исчезла, тогда какъ на конечностяхъ находится въ полномъ разгарѣ. Такое одновременное цвѣтеніе сыпи на разныхъ мѣстахъ считается нѣкоторыми за вѣрный признакъ краснухи, хотя и неосновательно, такъ какъ нѣчто подобное часто встрѣчается и при кори. Сыпь при краснухѣ можетъ быть очень обильной, но всегда она остается блѣдно-розовой, и это-то *обиліе сыпи, при слабой окраскѣ ея и при отсутствіи* или при незначительности лихорадочнаго состоянія, *очень характерно для краснухи*, такъ какъ при кори чѣмъ обильнѣе сыпь, тѣмъ она краснѣе и тѣмъ сильнѣе лихорадка и явленія катарра.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но далеко не всегда, высыпаніе краснухи сопровождается легкимъ зудомъ.

Пораженіе слизистыхъ оболочекъ при краснухѣ никогда не бываетъ такъ рѣзко выражено, какъ при кори, и все дѣло ограничивается легкимъ насморкомъ и небольшимъ кашлемъ, но во многихъ случаяхъ (по Trousseau — никогда) не бываетъ и этого. Что касается до сыпи на мягкомъ нёбѣ и вообще на слизистыхъ оболочкахъ, доступныхъ осмотру, то несомнѣнно, что иногда она встрѣчается здѣсь даже въ видѣ геморрагическихъ точекъ, хотя нѣкоторые авторы и отрицаютъ ея существованіе.

Лихорадочное состояніе бываетъ тоже не всегда; гдѣ оно есть, тамъ повышение температуры обыкновенно не идетъ далѣе 38,5° и держится отъ 1 до 3 дней. Продолжительной *продромальной лихорадки не бываетъ*, такъ какъ сыпь въ большинствѣ случаевъ появляется черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала лихорадки.

Со стороны другихъ органовъ никакихъ явленій не бываетъ, за исключеніемъ лишь незначительной *припухлости и бользненности* при давленіи *шейныхъ и заднеушныхъ лимфатическихъ железъ*, каковому симптому придается нѣкоторыми авторами незаслуженно большое діагностическое значеніе. Теченіе краснухи не представляетъ разнообразій. Въ большинствѣ случаевъ послѣ легкаго нездоровья, въ видѣ головной боли, вялости и общаго недомоганія, причемъ температура подымается до 38—38,5—39°, черезъ нѣсколько часовъ появляется сыпь на лицѣ, быстро распространяющаяся на все тѣло; одновременно съ высыпью, или за нѣсколько часовъ до нея, появляются легкіе катарральные симптомы со стороны глазъ и носа, а также зѣва и дыхательнаго горла, и въ такомъ состояніи больной остается 2—3 дня и потомъ быстро выздоравливаетъ. Послѣ псезанія сыпи шелушенія не остается. Въ болѣе

легких случаях не бывает ни лихорадки, ни катарральных явлений, а только одна сыпь болѣе или менѣе распространенная, иногда довольно частая, въ другихъ случаяхъ очень рѣдкая или ограниченная небольшимъ пространствомъ, напр. лицомъ и верхней частью туловища. Подобнаго рода случаи Tschamer описалъ подѣ именемъ *местной краснухи* — örtliche Rotteln (Jahrb. f. Kinderh. XXXI, 1).

Ни къ какимъ осложненіямъ или къ послѣдовательнымъ болѣзнямъ краснуха не ведетъ; по наблюдениямъ Енько, часто остается значительная анемія, совершенно непропорціональная легкому лихорадочному состоянію.

Диагностика представляетъ затрудненія только въ началѣ эпидеміи или въ отдѣльныхъ случаяхъ; въ разгаръ эпидеміи распознаваніе не трудно, такъ какъ краснуха похожа только на корь, а эпидемія кори никогда не состоитъ изъ такихъ сплошь легкихъ случаевъ. Первые случаи краснухи могутъ быть приняты за легкую корь. Въ пользу краснухи говоритъ блѣдно-розовый цвѣтъ сыпи, почти полное безлихорадочное состояніе при обильной сыпи и еще то обстоятельство, что сыпь при краснухѣ почти никогда не сливается въ крупные пятна, что такъ обычно для кори.

Далѣе при диагностикѣ отдѣльныхъ случаевъ эпидемической краснухи надо имѣть въ виду краснуху не инфекціоннаго происхожденія и не заразительную. Этиологія такой краснухи не совсѣмъ ясна; сюда относятся различнаго происхожденія сыпи, состоящія изъ красноватыхъ пятнышекъ, величиной отъ чечевицы до ногтя, кругловатой или овальной формы, исчезающихъ при давленіи пальцемъ. Такого рода сыпи, извѣстныя подѣ именемъ краснухи или розеола, всегда являются спутникомъ какой-нибудь другой болѣзни, лихорадочной или безлихорадочной, въ особенности у маленькихъ дѣтей: такъ, она встрѣчается при лихорадкѣ въ теченіе катарровъ или воспаленій дыхательныхъ органовъ, при неопредѣленныхъ, такъ называемыхъ, ревматическихъ или гастрическихъ лихорадкахъ, въ періодъ предвѣстниковъ оспы и проч. Всѣ эти симптоматическія краснухи отличаются отъ эпидемической краснухи тѣмъ, что лихорадка при нихъ обладаетъ полной самостоятельностью, а сыпь является случайнымъ, кратковременнымъ феноменомъ.

Въ другихъ случаяхъ розеола является результатомъ дѣйствія различныхъ лѣкарствъ, напр. хинина, опія, морфія, свипидара и др., и исчезаетъ по прекращеніи приѣмовъ средства.

Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть еще о потовой сыпи, которая особенно часто встрѣчается у маленькихъ дѣтей, то въ видѣ скарлатиноподобной красноты, то въ формѣ пятнистой эритемы, похожей на корь.

Предсказаніе всегда хорошее; изъ всѣхъ сыпныхъ горячекъ краснуха самая легкая болѣзнь; она никогда не ведетъ за собой никакихъ осложнений и потому совершенно безопасна и *леченія* поэтому никакого не требуетъ. Больной можетъ выходить на воздухъ на другой же день по окончаніи лихорадки.

Оспа. VARIOLA.

Оспой называется острая, заразительная, лихорадочная болѣзнь, характеризующаяся появленіемъ на кожѣ многочисленныхъ папулъ, переходящихъ потомъ въ пузырьки и въ пустулы. Оспа принадлежитъ къ числу довольно рѣдкихъ дѣтскихъ болѣзней, такъ что Неносъ, напр., на этомъ основаніи даже не описываетъ ее въ своемъ руководствѣ (съ тѣхъ поръ, какъ онъ завѣдуетъ дѣтской клинкой, т.-е. съ 1872 года, онъ въ своемъ отдѣленіи не видалъ ни одного случая оспы, ни легкой, ни тяжелой!), а Baginsky говоритъ только о видоизмѣненной оспѣ; особенно рѣдко встрѣчается она среди дѣтей состоятельнаго класса, такъ что я, напр., въ теченіе своей 27-лѣтней дѣятельности практическаго врача припоминаю всего 4 случая оспы изъ частной практики, тогда какъ корь и скарлатина считаются десятками. Если принять во вниманіе, что врожденная воспримчивость къ оспѣ въ дѣтскомъ возрастѣ нисколько не меньше, чѣмъ у взрослыхъ, и что въ прошломъ столѣтіи и въ началѣ нынѣшняго дѣтская смертность отъ оспы была наибольшей, то для объясненія сравнительно малой болѣзненности оспой современныхъ дѣтей мы должны признать, что *дѣти рѣдко заболѣваютъ оспой потому, что врожденная воспримчивость къ этой болѣзни у нихъ искусственно подавлена посредствомъ оспопрививанія*. Выводъ этотъ стоитъ въ наукѣ такъ прочно, что его не могутъ поколебать никакіе нападки на оспопрививаніе со стороны его противниковъ, которыхъ, впрочемъ, очень мало.

Сущность оспеннаго contagiа намъ не извѣстна. Особый видъ амѣбы, описанный Guarnieri подъ именемъ *Cytorrhycles variolae*, найденный Loeff'омъ въ крови въ продромальномъ періодѣ оспы и въ кожѣ въ періодѣ высыпанія и всего подробнѣе описанный Pfeiffer'омъ (см. ниже), хотя и считается многими за производителя оспы, но вопросъ этотъ еще не можетъ считаться рѣшеннымъ. Изъ русскихъ врачей за существованіе оспенной амѣбы высказались за послѣднее время д-ра Курловъ и Соловцовъ (Арх. Подвысоцкаго, т. III, 1897 г.), а между тѣмъ изъ литературнаго обзора Voigt'a, помѣщеннаго въ Arch. f. Kinderh. 1899 г., S. 103, видно, что въ теченіе 1898 года появилось нѣсколько работъ, оспаривающихъ значеніе находки Pfeiffer'a; такъ, напр., Mouckton Сореманъ считаетъ протозоа Guarnieri за хроматиновья массы блу-

ждающихъ влѣтокъ, которыя проникли въ клѣтки роговой оболочки; амѣбидныя зернистыя клѣтки, найденныя Loeff'омъ и Pfeiffer'омъ въ крови при оспѣ, встрѣчаются въ крови и здоровыхъ людей. Не зная оспеннаго контагія, мы тѣмъ не менѣе знакомы съ нѣкоторыми изъ его свойствъ. Мы знаемъ, напр., что онъ содержится главнымъ образомъ въ оспенныхъ пузырькахъ и что онъ можетъ передаваться отъ больного здоровому, какъ черезъ воздухъ, такъ и посредствомъ прививки. Это послѣднее свойство, т.-е. способность передаваться прививкой, имѣетъ особое значеніе для вопроса о вакцинаціи, такъ какъ этимъ способомъ можно передать оспу не только отъ человѣка къ человѣку, но даже и различнымъ животнымъ, а отъ нихъ опять человѣку; способность прививаться присуща всѣмъ видамъ оспы, какъ самой тяжелой, такъ и самой легкой. Этой-то хорошей прививаемостью легкая оспа, между прочимъ, рѣзко отличается отъ сходной съ ней болѣзни, но совершенно отличной отъ нея по свойству контагія, именно отъ вѣтреной оспы, которая прививкой передается очень трудно, хотя легко заражаетъ черезъ воздухъ.

Посредствомъ прививки было доказано, что всего больше яда содержится въ оспенной лимфѣ передъ началомъ нагноенія, гораздо меньше въ крови и, какъ кажется, совсѣмъ нѣтъ въ секретахъ (молоко, слюна и др.). Въ это же время, т.-е. передъ нагноеніемъ, больной всего сильнѣе заражаетъ и черезъ воздухъ, такъ какъ контагіи оспы летучъ. Ядъ, выдѣляемый больнымъ, осаждается изъ воздуха на окружающіе больного предметы и въ такомъ видѣ можетъ сохраняться неопредѣленное, но во всякомъ случаѣ довольно долгое время и такимъ образомъ передаваться черезъ вещи или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ; понятно, что ядъ остается и на стѣнахъ помещенія, въ которомъ лежалъ больной, и потому комната послѣ оспеннаго должна быть подвергнута самой надежной дезинфекціи.

Съ какого момента оспенный больной начинаетъ распространять заразу — трудно сказать, но есть указанія, что больной можетъ служить источникомъ зараженія даже ужъ и въ скрытомъ періодѣ оспы, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ Schaper'a.

Въ Charité поступила женщина съ раздробленнымъ предплечьемъ, которое и было ампутировано; такъ какъ женщина эта за нѣсколько часовъ передъ тѣмъ была совершенно здорова, то кожей ампутированной конечности воспользовались для трансплантаціи на язвы четырехъ больнымъ. Черезъ нѣсколько дней послѣ ампутаціи женщина заболѣла оспой и умерла; на 6-й день послѣ пересадки кожи одинъ изъ четырехъ пациентовъ заболѣлъ легкой оспой; у двухъ другихъ на 7-й день появилась рвота, знобъ и жаръ, но сыпи не было (*variola sine exanth.*), и только одинъ четвертый остался вполнѣ здоровымъ.

Другой вопросъ: какъ долго продолжается заразительный періодъ при оспѣ — рѣшается легче. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что контагіи сохраняется и въ оспенныхъ коркахъ, а потому больного надо считать заразительнымъ до тѣхъ поръ, пока не отвалятся всѣ корки.

Мать, больная оспой, можетъ передать заразу утробному плоду, что, впрочемъ, встрѣчается все-таки рѣдко; а еще рѣже бываетъ внутриутробное зараженіе плода, когда мать остается здоровой, но имѣетъ сообщеніе съ оспенными больными. Передается ли въ подобныхъ случаяхъ контагіи прямо черезъ пла-

центарное кровообращеніе, или мать тоже заболѣваетъ, но только оспой безъ сыпи (миѣние Curschmann'a), это остается пока невыясненнымъ. Замѣчательно, что при беременности двойнями, при двухъ отдѣльныхъ послѣдахъ, иногда заболѣваетъ только одинъ ребенокъ.

Ребенокъ, заразившійся въ утробѣ, хотя и можетъ благополучно перенести оспу и родиться живымъ, съ слѣдами оспы, но большею частью онъ умираетъ еще въ маткѣ, и происходитъ выкидышъ. Если ребенокъ родился отъ оспенной матери на видъ здоровымъ, но уже зараженнымъ, то спасти его отъ оспы нельзя ни вакцинаціей, ни отдѣленіемъ его въ другое помѣщеніе.

По поводу двухъ случаевъ Thursfield'a, въ которыхъ матери, больныя оспой, сами кормили своихъ дѣтей (не новорожденныхъ, а нѣсколькихъ недѣль отъ роду), и послѣднія не заразились, Ritter замѣчаетъ (Oest. Jahrb. f. Paed. 72, II), что маленькія дѣти заражаются оспой отъ матери только въ томъ случаѣ, если она заболѣла во время беременности; если же мать заразилась оспой послѣ родовъ, то ребенокъ остается обыкновенно здоровымъ даже и въ томъ случаѣ, если въ первые дни болѣзни сосеть грудь больной матери, такъ какъ, по его наблюденіямъ, сдѣланнымъ въ Пражскомъ воспитательномъ домѣ, дѣти въ первые мѣсяцы жизни очень мало воспримчивы къ оспѣ; миѣние это энергично оспаривается проф. Immermann'омъ (Nothnagel's Handb. IV. B. 1895, 1, 14).

Воспримчивость къ оспѣ распространена между людьми такъ же сильно, какъ и къ кори; врожденная невоспримчивость встрѣчается приблизительно у 3—5%, такъ какъ въ прошломъ столѣтіи, когда инокуляція оспы практиковалась въ большомъ размѣрѣ, прививка не удавалась приблизительно у пяти изъ ста. Послѣ разъ перенесенной оспы или послѣ вакцинаціи воспримчивость къ оспѣ исчезаетъ, — въ первомъ случаѣ у громаднаго большинства на всю жизнь, а послѣ вакцинаціи, по крайней мѣрѣ, на нѣсколько лѣтъ. Двукратное или многократное заболѣваніе оспой принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Какъ на куріозъ, укажемъ на случай, упоминаемый Montefusco (Revue mensuelle des maladies de l'enf., oct. 1886, p. 475): женщина, 60 лѣтъ, перенесла оспу въ своей жизни 7 разъ и притомъ всегда сливную и умерла черезъ 3 мѣсяца послѣ послѣдняго заболѣванія. Второе заболѣваніе оспой наступаетъ послѣ перваго черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до многихъ лѣтъ.

Случаи, приводимые Montefusco въ доказательство того, что второе заболѣваніе оспой наступаетъ иногда черезъ нѣсколько дней послѣ перваго, мало убѣдительны, такъ какъ по легкости теченія и по пузырьчатой формѣ сыпи они скорѣе подходятъ къ вѣтреной оспѣ, чѣмъ къ настоящей.

Анатомо-патологическія измѣненія.

Первоначальная оспенная папула образуется на кожѣ вслѣдствіе набуханія клѣтокъ мальпигіева слоя, которыя теряютъ при этомъ ядра и превращаются въ непрозрачныя, неправильныя глыбки, сильно преломляющія свѣтъ (ограниченное паренхиматозное воспаленіе эпидермиса — по Rindfleisch'у, или дифтеройдное перерожденіе — по Weigert'у; онъ находитъ, что перерожденіе клѣтокъ Мальпигіева слоя при оспѣ сопряжено съ окончательнымъ отживаніемъ

кѣтокъ и напоминаетъ перерожденіе эпителия, описанное Wagner'омъ при дифтеріи). Оспенная папула образуется, слѣдовательно, не подъ эпидермисомъ, а въ немъ самомъ, въ его среднемъ слоѣ; въ сосочковомъ слоѣ кожи наблюдается въ это время только ограниченная гиперемія. По мѣрѣ увеличенія оспинки, она уплощается и получаетъ центральное вдавленіе, происхожденіе котораго еще не достаточно выяснено.

При дальнѣйшемъ ходѣ процесса папула превращается въ пузырекъ и потомъ въ пустулу. Полость оспеннаго пузырька раздѣлена перегородками на нѣсколько камеръ, такъ что однимъ уколомъ опорожнить его нельзя.

По мнѣнію Weigert'a, прозрачная жидкость, выдѣляющаяся изъ сосудовъ сосочковаго слоя, проникаетъ не въ самыя кѣтки, а въ промежутки между ними и раздвигаетъ ихъ, вслѣдствіе чего и образуются маленькія полости, раздѣленные перегородками. По мѣрѣ того, какъ папула превращается въ пузырекъ, эпителиальные элементы, лежащіе вокругъ узелка, подвергаются дифтероидному перерожденію. Центральное вдавленіе (пупокъ), по мнѣнію W., образуется вслѣдствіе того, что увеличеніе объема оспинки происходитъ главнымъ образомъ въ периферическихъ частяхъ, тогда какъ омертвѣвшая центральная часть превращается какъ бы въ шпуръ, соединяющій крышку пузырька съ его основаніемъ.

Содержимое пузырька сначала имѣетъ видъ прозрачной лимфы, которая потомъ мутится отъ примѣси лимфоидныхъ элементовъ и въ концѣ концовъ превращается въ гной. Въ легкихъ случаяхъ оспы процессъ остается поверхностнымъ, а въ тяжелыхъ — нагноеніе распространяется и на сосочковый слой кожи, который разрушается, и образовавшаяся язвочка заживаетъ потомъ характернымъ рубцомъ.

Послѣ кожи вторымъ главнѣйшимъ мѣстомъ локализациі оспы служатъ слизистыя оболочки, доступныя воздуху. Степень измѣненія ихъ, вообще говоря, пропорціональна силѣ высыпи на кожѣ. Пустулы всего чаще встрѣчаются въ зѣвѣ, а также во рту, гортани, трахеѣ и крупныхъ бронхахъ; въ пищеводѣ оспенная сыпь обыкновенно не идетъ дальше верхней трети его; въ прямой кишкѣ она занимаетъ только самый нижній ея отрѣзокъ; въ женскихъ половыхъ органахъ она распространяется на малыя губы и *vagina*. Чѣмъ обильнѣе сыпь на слизистыхъ оболочкахъ, тѣмъ скорѣе присоединяются къ ней неспецифическіе воспалительные процессы, въ формѣ катарральнаго и дифтеритическаго.

Само собою разумѣется, что какъ при скарлатинѣ, такъ и здѣсь присутствіе дифтеритическаго экссудата, конечно, не доказываетъ зараженія оспеннаго больного ядомъ дифтеріи.

Обычными спутниками тяжелой оспы являются, далѣе, воспаленія серозныхъ оболочекъ (всего чаще плевры) и легкихъ (катарральная и крупозная пневмонія), а также жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ: печени, селезенки, сердца, почекъ.

По Klebs'у и Ronfick'у, ни одна изъ острыхъ сыпныхъ болѣзней не вызываетъ такого значительнаго паренхиматознаго перерожденія внутреннихъ органовъ, какъ *variola pustulosa*. Замѣчательно, однако, что въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ оспы, при такъ называемыхъ *varigra variolosa*, паренхиматозныя измѣненія бывають выражены не рѣзко, и даже селезенка оказывается неувеличенной и плотной (Zülzer). Главнѣйшія измѣненія сводятся при ней къ геморрагіямъ въ кожѣ и почти во всѣхъ внутреннихъ органахъ, а въ особенности на слизистой оболочкѣ дыхательныхъ органовъ, въ легкихъ, въ мышцахъ произвольнаго движенія и сердца, въ *костномъ мозгу*, во всѣхъ серозныхъ оболочкахъ и во влагалищѣ

нервовъ. По Zülzer'у для purpura variolosa особенно характерны чрезвычайная ригидность и утолщеніе стѣнокъ венъ и мелкихъ артерій; онъ находилъ, кромѣ того, полную закупорку капилляровъ кожи и нѣкоторыхъ другихъ мѣстъ совершенно своеобразными сферо-бактеріями (Beal. Encykl. Variola). Какъ на процессъ, исключительно свойственный оспѣ, Chiari указываетъ на osteomyelitis и orchitis variolosa. По его наблюденіямъ, уже въ періодѣ предвѣстниковъ какъ въ костномъ мозгу, такъ и въ яичкахъ появляются мелкіе (отъ булавочной головки до чечевицы) фокусы, достигающіе наибольшаго развитія въ періодѣ нагноенія и въ дальнѣйшемъ теченіи подвергающіеся некрозу и распаденію.

Что касается до микробиологии оспы то наиболѣе вѣроятными считаются результаты, полученные L. Pfeiffer'омъ. За производителя оспы онъ считаетъ одноклѣточное животное изъ рода амѣбъ, въ родѣ того, что встрѣчается въ крови при маляріи. Спорозои при оспѣ встрѣчаются какъ въ клѣткахъ мальпигіева слоя кожи, такъ и въ крови. Происхожденіе первоначальнаго некробиотическаго центра оспенной папулы (дафтероидно перерожденныхъ клѣтокъ по Weigert'у, см. выше) всего лучше можно прослѣдить на роговой оболочкѣ животнаго, послѣ прививки къ ней оспенной или вакцинной лимфы, какъ дѣлалъ это Guarnieri. Какъ оказывается, дѣло начинается съ того, что въ протоплазму (не въ ядро) клѣтокъ роговой оболочки проникаетъ амѣбодный паразитъ и начинаетъ тамъ расти, оттѣсняя ядро клѣтки все болше и болше къ периферіи. Около мѣста прививки образуется такимъ образомъ болшей или меньшей величины фокусъ изъ зараженныхъ клѣтокъ; въ первые два дня на мѣстахъ прививки кромѣ спорозой нельзя открыть ни лимфоидныхъ элементовъ, ни какихъ-либо микробовъ. Въ крови амѣбодные паразиты, снабженные жгутиками и подвижные, встрѣчаются у вакцинированнаго животнаго на 7-й день, т.-е. въ періодѣ появленія лихорадки, но не въ кровяныхъ тѣлцахъ, какъ при маляріи, а въ кровяной плазмѣ. Воспалительная инъекція сосудовъ въ окружности оспенной папулы и эмиграція лимфацитовъ начинается позднѣе, такъ же какъ и появленіе различныхъ микробовъ, отчасти патогенныхъ, обуславливающихъ появленіе различныхъ осложненій, какъ результатъ вторичной инъфекціи.

Припадки и теченіе.

Скрытый періодъ оспы въ большинствѣ случаевъ равняется 9—10 днямъ, но иногда затягивается до 12—14 дней. Проф. Eichorst опубликовалъ (Deutsche med. Wochenschr. 1886 г. № 3) 3 случая оспы, въ которыхъ скрытый періодъ могъ быть опредѣленъ съ полною точностью, такъ какъ заболѣвшіе имѣли случай заразиться только въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Двое изъ нихъ заболѣли черезъ 9 дней и 8 часовъ, а третій черезъ 9 дней и 14 часовъ. При геморрагической оспѣ скрытый періодъ, по Zülzer'у, бываетъ вообще короче и колеблется отъ 6 до 9 дней. Во время инкубаціоннаго періода оспа не выражается обыкновенно никакими симптомами.

Періодъ предвѣстниковъ (пер. инъфекціонной лихорадки) при настоящей оспѣ довольно точно равняется тремъ днямъ. По наблюденіямъ Trouseau, чѣмъ короче періодъ предвѣстниковъ, т.-е. чѣмъ раньше начинается высыпаніе, тѣмъ опаснѣе бываетъ дальнѣйшее теченіе, а чѣмъ позднѣе высыпаетъ сыпь, тѣмъ лучше; правило это, справедливое, можетъ-быть, для оспы настоящей, не имѣетъ особаго значенія для вариолоида, при которомъ, несмотря на легкость теченія, продромальная лихорадка нерѣдко бываетъ очень коротка и равняется всего 24—36 часамъ.

Начало его обозначается внезапно жаромъ и нерѣдко знобомъ; температура 39,5—40° и потомъ, съ незначительными ремиссіями по утрамъ, она подымается въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней еще выше и нерѣдко доходитъ до 41°, а на 4-й день, съ появленіемъ сыпи, довольно быстро спадаетъ.

Лихорадка при настоящей оспѣ отличается злокачественнымъ характеромъ, что видно изъ того, что больной съ перваго же дня жалуется на большую слабость, онъ апатиченъ, языкъ его скоро высыхаетъ, кожа тоже суха и ужъ прямо по лицу видно, что больной захворалъ тяжело (потливость благоприятный признакъ по Trousseau). При вариолоидѣ продромальная лихорадка хотя и можетъ симулировать начало тяжелой болѣзни, но въ большинствѣ случаевъ она бываетъ легкой, т.-е. не сопровождается ни судорогами, ни бредомъ.

Къ числу постоянныхъ симптомовъ продромальнаго періода принадлежать далѣе рвота, сильная головная боль, запоръ, *боль въ поясницу*, бредъ, а иногда и судороги.

Рвота при оспѣ отличается отъ скарлатинозной большой упорностью; больного рветъ обыкновенно нѣсколько разъ въ день послѣ каждого питья (многократная, даже многодневная рвота встрѣчается иногда и при скарлатинѣ, но сравнительно рѣже, чѣмъ при оспѣ). Особенно упорная рвота при геморрагической оспѣ. Такая упорная рвота, вмѣстѣ съ сильною головою болью и коматознымъ состояніемъ, въ перемежку съ судорогами, производитъ на врача впечатлѣніе остраго менингита.

На *боль въ поясницу* жалуются, конечно, только болѣе взрослые дѣти; симптомъ этотъ имѣетъ очень существенное діагностическое значеніе, особенно, когда боль эта настолько сильна, что пациентъ жалуется на нее даже безъ вопроса со стороны врача. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она является еще до лихорадки и продолжается до появленія сыпи; иногда она распространяется и на шейную часть позвоночника и сопровождается легкимъ сведеніемъ затылка (имѣть въ виду сходство съ meningitis cerebro-spinalis). По мнѣнію Trousseau, боль поясницы при оспѣ обусловливается гипереміей спинного мозга и оболочекъ, на что указываетъ парезъ нижнихъ конечностей и затрудненное мочеиспусканіе, наблюдавшееся имъ у нѣкоторыхъ изъ его пациентовъ.

* *Судороги* въ началѣ оспы встрѣчаются не особенно рѣдко, даже и у дѣтей старшаго возраста. Sydenham считалъ ихъ настолько характерными для оспы, что если встрѣчалъ ихъ у ребенка въ возрастѣ старше 3 лѣтъ и въ сопровожденіи высокой лихорадки, то прежде всего останавливался на предположеніи, что у больного начинается оспа.

Bohn и Curschmann съ особымъ удареніемъ указываютъ на одышку, въ видѣ учащеннаго дыханія безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны дыхательныхъ органовъ, какъ на симптомъ, довольно характерный для продромальнаго періода оспы. Въ связь съ этой одышкой Bohn приводитъ, между прочимъ, своеобразное, почти патогномичное безпокойство, возбужденное состояніе и бессонницу заболѣвшихъ оспой.

Запоръ въ началѣ оспы болѣе свойствененъ дѣтямъ старшаго возраста, а у маленькихъ дѣтей, въ особенности у грудныхъ, несравненно чаще встрѣчается поносъ.

Печень и селезенка не представляютъ постоянныхъ измѣненій. Моча нѣдко бываетъ съ бѣлкомъ; если его много, то это указываетъ на тяжелое теченіе предстоящей оспы.

Узнать оспу въ продромальномъ періодѣ на основаніи только что приведенныхъ симптомовъ не легко, а нерѣдко и совсѣмъ невозможно. Но есть одинъ признакъ, значительно облегчающій распознаваніе, именно *продромальная петехіальная сыпь*.

Сыпь эта состоитъ изъ петехій, въ видѣ мелкихъ точекъ, до величины головки булавки и больше, сидящихъ болѣе или менѣе тѣсно на животѣ и отчасти на другихъ мѣстахъ. Характерно для оспы не видѣ пятенъ, а ихъ локалізація; обычнымъ мѣстомъ для продромальной петехіальной оспенной сыпи является нижняя половина живота и внутренняя поверхность бедеръ почти до колѣнъ, такъ что когда больной лежитъ на спинѣ со сжатыми ногами, то сыпь занимаетъ треугольникъ, вершина котораго лежитъ повыше колѣнъ, а основаніе ограничивается воображаемой линіей, проведенной поперекъ живота черезъ пупокъ; это такъ называемый *бедренный треугольникъ Simon'a*. Въ случаѣ большаго распространенія сыпи, вторымъ любимымъ ея мѣстомъ бываютъ подмышки и область большаго груднаго мускула. На другихъ мѣстахъ петехинъ встрѣчаются рѣдко. Продромальная петехіальная сыпь не имѣетъ большого значенія для предсказанія, хотя въ тяжелыхъ случаяхъ она встрѣчается чаще.

Кромѣ петехіальной сыпи, при оспѣ встрѣчается еще и *эритематозная продромальная сыпь*, почти исключительно свойственная легкимъ случаямъ оспы. Она встрѣчается или въ видѣ разлитой эритемы на большемъ или меньшемъ пространствѣ (рѣдко на всемъ тѣлѣ, какъ при скарлатинѣ), или въ формѣ пятенъ *geseolae*, напоминающихъ корь. Эти сыпи не имѣютъ излюбленныхъ мѣстъ и встрѣчаются какъ на туловищѣ, такъ и на конечностяхъ, но щадятъ лицо; впрочемъ, мѣстныя разлитыя эритемы чаще встрѣчаются на разгибательной сторонѣ конечностей.

Всего чаще эти сыпи появляются на 2-й день лихорадки, но иногда уже на первый и даже до зноба, и держится отъ 12 до 24—36 часовъ. Частота появленія продромальной эритемы стоитъ въ зависимости отъ характера эпидеміи. Сыпь эта считается за хорошее предзнаменованіе и чѣмъ больше она распространена, тѣмъ лучше, такъ какъ замѣчено, что интенсивность ея обратно пропорціональна обилію оспенныхъ пустулъ. Однако правило это, какъ и большинство нашихъ медицинскихъ правилъ, допускаетъ и исключенія; я помню, напр., случай смертельной сливной оспы у дѣвочки 12 лѣтъ, у которой на 2-й день заболѣванія продромальная эритема была такъ обширна, что и предположили сначала скарлатину.

Періодъ высыпанія. Сыпь при оспѣ прежде всего появляется на слизистой оболочкѣ рта и зѣва (нерѣдко ужъ въ продромальномъ періодѣ) и на лицѣ, въ видѣ блѣдно-розовыхъ папулъ, разсѣянно сидящихъ на лбу, на носу (на мѣстахъ, гдѣ кожа туго натянута), а также и на другихъ мѣстахъ лица. Эти папулы въ началѣ очень мелки (меньше булавочной головки) и сильно напоминаютъ коревыя папулы, которыя, впрочемъ, интенсивнѣе окрашены и въ первое время сидятъ гуще, чѣмъ папулы оспы. Дѣло въ томъ, что корь высыпаетъ дружиѣ оспы и потому въ первый же день коревыхъ папулъ появляется на лицѣ такъ много, что ихъ трудно сосчитать, между тѣмъ какъ при оспѣ, даже и сливной, сначала папулы сидятъ разбросанно. Сдѣлаю здѣсь же одно діагно-

стическое замѣчаніе: на слѣдующій день, а иногда уже и на первый, коревая папула получаетъ красный фонъ, т.-е. сыпь принимаетъ пятнистый характеръ, причемъ нѣкоторыя изъ пятнышекъ, сливаясь своими краями, образуютъ крупныя пятна, напр. величиной въ серебряный пятакъ или въ полногтя, чего при оспѣ въ первомъ періодѣ не встрѣчается никогда, потому что оспенная папула, увеличиваясь въ теченіе слѣдующихъ дней, фона не получаетъ, а, напротивъ того, даже и сама-то блѣднѣетъ, вслѣдствіе скопленія серозной жидкости въ верхнемъ отдѣлѣ папулы, которая переходитъ, такимъ образомъ, въ пузырекъ, увеличивающійся въ объемѣ до 7-го дня. Въ это время оспинка имѣетъ видъ совершенно круглаго, плоскаго (болѣе широкаго, чѣмъ высокаго) пузырька, со вдавленіемъ въ центрѣ своей крышки (такъ называемый пупокъ). Послѣ 7-го дня содержимое пузырька, до сихъ поръ совершенно прозрачное, начинаетъ мутиться и на 8—9-й день пузырекъ превращается въ пустулу, вокругъ которой появляется теперь яркая краснота и отечная опухоль сосѣднихъ мѣстъ кожи, что бываетъ особенно рѣзко замѣтно на лицѣ вообще и на вѣкахъ въ особенности (періодъ созрѣванія). На 11—12-й день содержимое пустулы начинаетъ подсыхать, и больной жалуется на *сильный зудъ*. Чѣмъ сильнѣе оспа, тѣмъ медленнѣе идетъ развитіе пустулы, тѣмъ позднѣе начинается подсыханіе и тѣмъ дольше держатся корки. Въ случаяхъ средней силы онѣ опадаютъ къ 30—36-му дню, причемъ нерѣдко оставляютъ на своемъ мѣстѣ, особенно на лицѣ, круглыя рубцы, такъ называемыя *рябины*. По количеству рябинъ не всегда можно дѣлать правильное заключеніе о числѣ бывшихъ пустулы, такъ какъ большинство послѣднихъ исчезаетъ безслѣдно и только на первое время на ихъ мѣстѣ остаются на нѣсколько недѣль гиперэмированные, пигментныя пятна.

Сыпь, появившись сначала на лицѣ, на 2-й день (5-й отъ начала болѣзни) показывается на туловищѣ, а на лицѣ высыпаетъ гуще, такъ что теперь можно ужъ судить о томъ, насколько вообще будетъ сильна оспа; на 3-й день она распространяется на конечности и густо высыпаетъ на спинѣ; въ это время на лицѣ сыпь находится въ періодѣ пузырька, а на ногахъ въ видѣ папулы. На счетъ продолжительности періода высыпанія надо замѣтить, что хотя отдѣльная папула держится всего 24 часа, но благодаря повторному (постепенному) появленію все новыхъ и новыхъ папулы, папулезный періодъ затягивается до 3 дней, пузырекъ держится трое сутокъ, а пустулы 6—9 дней; такъ что на тѣлѣ больного можно встрѣтить въ одно время папулы и пузырьки или пузырьки и пустулы, но не папулы и пустулы. По отношенію къ діагностикѣ оспы отъ папулезной кори весьма важно имѣть въ виду, что *если оспенная сыпь появилась и на конечностяхъ, то на лицѣ въ это время должны быть уже и пузырьки*, хотя бы пока и не въ большомъ числѣ.

Оспа всего гуще высыпаетъ на лицѣ, гдѣ нѣкоторыя изъ пустулы обыкновенно сливаются на большемъ или меньшемъ пространствѣ; послѣ лица ихъ всего больше появляется на тыльной поверхности кистей; меньше сыпи бываетъ на спинѣ и совсѣмъ мало на животѣ и на внутренней поверхности бедеръ. Даже и при сливной оспѣ *животъ остается почти совсѣмъ свободнымъ отъ сыпи* или пустулы здѣсь такъ мало, что ихъ можно сосчитать. Обстоятельство это опять-таки можетъ имѣть діагностическое значеніе, когда на 2-й

день высыпанія діагностика колеблется между оспой и папулезной корью или между легкой оспой и варицеллею. При обѣихъ этихъ болѣзняхъ, съ которыми можетъ быть смѣшана оспа, сыпь на животѣ хотя высыпаетъ и меньше, чѣмъ на спинѣ, но разница эта выступаетъ далеко не такъ рѣзко, какъ при оспѣ.

Второе обстоятельство, могущее имѣть діагностическое значеніе, состоитъ въ особой наклонности оспы высыпать прежде всего на мѣстахъ, гдѣ туго натянута кожа, а потому на тыльной поверхности пальцевъ первыхъ панулы появляются почти одновременно съ сыпью на лицѣ.

Сыпь при оспѣ, какъ и при кори, идетъ сверху внизъ: лицо, туловище, плечи, предплечья; но разница та, что при кори пальцы поражаются уже тогда, когда сыпь займетъ и предплечья.

Отечная опухоль кожи въ періодъ созрѣванія появляется не на лицѣ только, но и на рукахъ; при обыкновенной (не сливной) оспѣ опухоль бываетъ незначительна, и боль не сильна; но при сливной оспѣ, напротивъ, боль отъ этихъ оспенныхъ *paraitium*'овъ причиняетъ больному сильнѣйшее мученіе. Опухоль рукъ является дня на 2 позднѣе, чѣмъ на лицѣ (11-й день) и держится дня 3.

Лихорадка съ появленіемъ сыпи начинаетъ быстро спадать и на слѣдующее же утро спускается обыкновенно до нормы или близко къ тому, и потомъ или остается нормальной до 9-го дня (начало нагноенія) или, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, вмѣсто полного прекращенія лихорадки, въ первую недѣлю высыпанія замѣчаются вечернія повышенія температуры до 39° и ниже. Прекращеніе лихорадки на 2-й день высыпанія опять-таки можетъ служить надежнымъ признакомъ для сомнительныхъ случаевъ кори; при этой послѣдней на 2-й день сыпи лихорадка не только не падаетъ, но, напротивъ того, достигаетъ своего *maximum*'а.

Отъ 3-го до 9-го дня, вмѣстѣ съ прекращеніемъ лихорадки, исчезаютъ и всѣ другія симптомы продромальнаго періода, каковы: головная боль, рвота, бредъ, боль поясницы и проч., и является сонъ. Такое благоденствіе продолжается до 8—9-го дня, когда лихорадка снова появляется или, если она не совсѣмъ прекратилась, то усиливается, и нервныя симптомы опять выступаютъ на первый планъ. Въ случаяхъ неосложненныхъ эта нагноительная лихорадка держится не долѣе 4—6 дней (долѣе только при осложненіяхъ) и отличается рѣзко ремиттирующимъ характеромъ съ вечерними повышеніями до $39—39,5^{\circ}$, а если подымается до 40° и выше, то указываетъ на большую опасность. Оспенныя больныя всего чаще умираютъ во время этой нагноительной лихорадки, именно отъ 11-го до 13-го дня.

Большія непріятности доставляетъ больнымъ сыпь на слизистыхъ оболочкахъ, въ особенности въ зѣвѣ, гортани и бронхахъ. Какъ уже сказано, она является здѣсь нерѣдко раньше, чѣмъ сыпь на лицѣ; сначала она имѣетъ видъ красныхъ панулъ, скоро превращающихся въ пузырьки. Къ сыпи въ зѣвѣ часто присоединяется флегмонозная или дифтеритическая жаба. Высыпаніе сыпи на конъюнктивѣ ведетъ обыкновенно къ сильному воспаленію также и роговой оболочки и болѣе глубокихъ частей глаза, въ результатѣ котораго нерѣдко оказывается потеря зрѣнія, вслѣдствіе образованія неустранимыхъ бѣлымъ или атрофіи глазного яблока.

Небра утверждаетъ (Lehrb. d. Hautkr. 2 Aufl. 1 B. 1874, S. 224), что оспенный процессъ никогда не локализуется на конъюнктивахъ глазъ, а только на свободномъ краѣ вѣкъ, да и то лишь въ видѣ незначительнаго количества пустулъ. Для него совершенно непонятно, какимъ образомъ въ старыхъ руководствахъ такъ много говорилось объ оспенномъ воспаленіи глазъ. На основаніи 12.000 случаевъ оспы, протекшихъ на его глазахъ, онъ положительно высказывается за то, что поверхностныя пустулы на конъюнктивахъ наблюдаются не болѣе какъ въ 1%, но онъ ни разу не видалъ отъ этого какого-нибудь существеннаго вреда для глазъ.

Здѣсь, какъ мнѣ кажется, существуетъ какое-то недоразумѣніе: дѣло въ томъ, что у насъ въ больницѣ и въ земской практикѣ мнѣ не разъ приходилось видѣть дѣтей, ослѣпившихъ или окривѣвшихъ послѣ оспы; я не утверждаю, что потеря глазъ у нихъ зависѣла отъ высыпанія пустулъ на конъюнктивѣ, я допускаю, что причиной воспаления глазъ у ослепныхъ больныхъ былъ просто гной, случайно занесенный въ глазъ, при неряшливомъ поведеніи больного, но одно только я считаю себя въ правѣ утверждать, что при оспѣ глаза пропадаютъ значительно чаще, чѣмъ можно было бы ожидать, судя по описанію Небра. Barthez и Sanné (l. c. p. 229) считаютъ тяжелые офталмиты при оспѣ аналогичными флегмонамъ кожи въ періодъ образованія корокъ и за причину ихъ принимаютъ піэмію. По вычисленіямъ Dumont'a, во Франціи въ 1856 году 70% изъ всѣхъ слѣпыхъ приходится на оспу, а до открытія Jenner'a таковыхъ было 35%.

Различныя формы оспы.

Отклоненія въ смыслѣ тяжести или легкости теченія оспы могутъ быть какъ въ ту, такъ и въ другую сторону, т.-е. въ однихъ случаяхъ оспа протекаетъ въ видѣ очень тяжелаго заболѣванія, въ другихъ — въ видѣ очень легкаго.

Къ тяжелымъ формамъ относятся: 1) *purpura variolosa*, 2) *variola haemorrhagica pustulosa*, и 3) *variola confluens*.

Самая опасная форма — это, безспорно, первая изъ поименованныхъ, т.-е. *purpura variolosa* — настоящая черная оспа, кончающаяся смертью еще до появленія сыпи или, по крайней мѣрѣ, до періода образованія пустулъ. Эта форма начинается не особенно сильнымъ жаромъ, но зато упорною рвотой, сильною болью поясницы и симптомами тяжелаго отравленія организма, въ видѣ большой слабости, бессонницы, тоски; сознаніе въ большинствѣ случаевъ сохраняется долго, иногда до самой смерти. Главнымъ отличительнымъ признакомъ этой формы оспы надо считать петехіи и болѣе крупныя кровяныя подтеки на кожѣ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ рта, носа, желудка, кишекъ, почекъ.

Появленію петехій предшествуетъ обыкновенно диффузная эритема, занимающая большія пространства на туловищѣ и конечностяхъ (но не на лицѣ); эритема эта похожа на разлитую, продромальную, оспенную сыпь, но только она болѣе интенсивна и даже съ синеватымъ оттѣнкомъ. По этому-то красному фону, появляющемуся въ концѣ первыхъ сутокъ или въ началѣ вторыхъ, всорѣ показываются различной величины петехіи и болѣе обширныя кровоизліянія, особенно на животѣ и груди, а также кровоподтеки на конъюнктивахъ и кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ носа, почекъ, кишекъ (кровоавый стулъ и кровавая моча). Количество петехій увеличивается съ каждымъ часомъ, онѣ сливаются другъ съ другомъ, такъ что черезъ день или два все тѣло больного дѣлается темно-краснаго цвѣта, такъ что, по выраженію Trousseau, „пациенты имѣютъ видъ, будто бы ихъ окунули въ чанъ съ винной гущей“. — Съ появленіемъ кровоподтековъ тяжелое общее состояніе нисколько не облег-

чается, хотя t° замѣтно понижается; рвота продолжается, и на 3—5-й день наступаетъ смерть иногда при полномъ сознаніи, еще до высыпанія папулъ, или въ первые дни высыпанія.

Узнать такую „черную“ оспу не легко, но существованіе эпидеміи облегчаетъ діагностику; въ спорадическомъ случаѣ всего легче принять ее за *purpura fulminans*. Патогенезъ оспенной пурпуры намъ не извѣстенъ. Наблюденіе показываетъ, что эта форма оспы поражаетъ какъ слабыхъ, такъ и вполне крѣпкихъ субъектовъ, лишь бы они имѣли достаточно большое расположеніе заболѣть оспой вообще; въ силу послѣдняго условія она никогда не встрѣчается у вакцинированныхъ дѣтей и у ревакцинированныхъ взрослыхъ.

Variola haemorrhagica pustulosa отличается отъ *purp. variolosa* тѣмъ, что кровоточивый діатезъ развивается позднѣе, т.-е. не въ періодъ предвѣстниковъ, а во время высыпанія папулъ или въ періодѣ образованія пузырьковъ или пустулъ. Кровоизліянія происходятъ какъ въ самыя оспинки, содержимое въ которыхъ дѣлается чернымъ, такъ и въ мѣста кожи, свободныя отъ сыпи, и большею частью начиная съ ногъ. Хотя исходъ этой формы въ большинствѣ случаевъ тоже смертельный, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно когда геморрагическій діатезъ развитъ не сильно, наступаетъ и выздоровленіе, если же появляются кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ (десны, носъ, почки), то летальный исходъ неотвратимъ.

Variola confluens характеризуется тяжелой начальной лихорадкой, съ температурой 40—41 $^{\circ}$, которая мало спадаетъ въ періодъ высыпанія.

Сыпь при сливной оспѣ является раньше обыкновеннаго, именно на 2-й или 3-й день, но періодъ высыпанія и развитіе отдѣльныхъ пустулъ идутъ медленнѣе. Въ періодъ созрѣванія тѣсно сидящіе другъ около друга пузырьки сливаются въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (въ особенности на лицѣ и кистяхъ рукъ) въ обширные пузыри, вслѣдствіе чего и отечная опухоль этихъ частей бываетъ значительно больше, чѣмъ при нормальной оспѣ, и боли бываютъ сильнѣе. Опуханіе конечностей и боль въ пальцахъ начинается на 9—10-й день и продолжается до 14. И то, и другое стоитъ въ связи съ назрѣваніемъ пустулъ. Боль при этомъ такъ сильна, что больной ни на что такъ не жалуется, какъ на руки. Если при сливной оспѣ не является отека рукъ и ногъ между 9—13 днемъ, то это отсутствіе реакціи указываетъ почти на вѣрную смерть въ недалекомъ будущемъ (Trousseau). Весьма дурнымъ признакомъ слѣдуетъ считать также большое безпокойство больныхъ въ этотъ періодъ, сильный бредъ и особенно судороги.

Въ періодъ подсыханія и лопанія пустулъ (съ 12—14 дня), вслѣдствіе расположенія гноя, больные издають сильное зловоніе. Процессъ отпаденія корокъ, вслѣдствіе болѣе глубокихъ изъязвленій кожи, совершается гораздо медленнѣе, а рубцы, остающіеся послѣ заживленія оспенныхъ язвъ, бываютъ гораздо обширнѣе и нерѣдко ведутъ къ обезображиванію лица въ видѣ выворота вѣкъ, зарощенія ноздрей и т. п.

Слизистыя оболочки поражаются особенно сильно, и потому постояннымъ спутникомъ сливной оспы, бываетъ обильная саливація, которая въ обыкновенной оспѣ отсутствуетъ, а при сливной является на 1-й или на 2-й день высы-

панія и постепенно усиливается въ теченіе недѣли. Рано тоже появляются осложненія, въ видѣ воспаленія серозныхъ оболочекъ и легкаго; особенно часто встрѣчаются у такихъ больныхъ катарральныя пневмоніи, вслѣдствіе никогда не отсутствующаго бронхита, какъ результата высыпанія оспы на слизистой оболочкѣ трахеи и первыхъ бронховъ. Часто также сливная оспа сопровождается поносами, особенно у маленькихъ дѣтей, альбуминуріей, флегмонозными и рожистыми процессами и гангреной различныхъ мѣстъ кожи и слизистыхъ оболочекъ (нога, *angina gangr.*).

Къ легкимъ формамъ оспы относятся оспа безъ сыпи или безъ лихорадки — *variola sine exanthemate* и *v. apyretica* и разсѣянная или видоизмѣненная оспа — *varioloid*. Вообще говоря, чѣмъ легче оспа, тѣмъ меньше бываетъ сыпи, и наоборотъ, такъ что между сливной оспой и оспой совсѣмъ безъ сыпи существуютъ всевозможныя переходныя формы, и мнѣ, напр., случилось видѣть случай несомнѣнной оспы у дѣвочки 5 лѣтъ, у которой появилась только единственная, хотя и правильно развитая, оспенная пустула на лицѣ, появившаяся послѣ трехдневной, довольно сильной (до 40°) продромальной лихорадки. Что это была дѣйствительно оспа, а не какая-либо иная лихорадка со случайнымъ гнойничкомъ, я заключилъ не столько по характеру пустулы, сколько на основаніи этиологическихъ данныхъ. Эта дѣвочка заболѣла въ одинъ день съ своей старшей сестрой жаромъ и рвотой и одинаково съ ней была въ жару 3 дня; на 4-й день у младшей появилась одна папула, а у старшей довольно много, какъ это вообще свойственно вариолоиду. По распросу оказалось, что съ недѣлю тому назадъ горничная изъ того же дома была помещена въ больницу по поводу оспы. Оспа безъ сыпи характеризуется тѣмъ, что при ней все дѣло ограничивается только однимъ продромальнымъ періодомъ оспы, который можетъ протекать со всѣми своими особенностями, каковы, напр., рвота, боль въ поясницѣ и продромальныя сыпи, эритематозныя и даже петехіальныя. Только въ случаѣ появленія петехіальной сыпи на классическихъ мѣстахъ (нижняя половина живота и внутренняя поверхность бедеръ), можно узнать оспу безъ сыпи, во всѣхъ же другихъ случаяхъ діагностика основывается на этиологическихъ моментахъ. Оспа безъ лихорадки, какъ и оспа безъ сыпи, всегда бываетъ легкимъ заболѣваніемъ и характеризуется появленіемъ на лицѣ и другихъ мѣстахъ тѣла очень разбросанно сидящихъ папулъ, переходящихъ потомъ въ пузырьки и пустулы. Объ отличіи этихъ формъ легкой оспы отъ варицелли будетъ сказано въ главѣ о послѣдней. Переходною формою отъ только-что упомянутыхъ самыхъ легкихъ случаевъ оспы къ вариолоиду можно считать abortивную оспу, при которой послѣ обыкновеннаго продромальнаго періода, съ болѣе или менѣе высокой лихорадкой, высыпаютъ въ большемъ или меньшемъ числѣ оспенныя папулы, которыя, однако, не доразвиваются до настоящихъ пустулъ, а abortируются или уже въ первый періодъ своего развитія, или доходятъ до стадія пузырька съ прозрачнымъ содержимымъ, и потомъ подсыхаютъ. У вакцинированныхъ такое abortивное теченіе встрѣчается иногда даже и при сливной оспѣ. Въ такомъ случаѣ около 10-го дня вмѣсто періода нагноенія вдругъ наступаетъ періодъ подсыхания, и больной скоро покрывается бурными корками и выздоравливаетъ.

Всѣ до сихъ поръ описанные нами легкіе случаи оспы, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, встрѣчаются у дѣтей вакцинированныхъ, но, конечно, не исключительно только у нихъ, такъ какъ врожденное расположеніе къ оспѣ у нѣкоторыхъ субъектовъ бываетъ такъ незначительно, что оспенный контактъ въ состояніи вызвать у нихъ лишь abortивную форму оспы въ томъ или другомъ видѣ.

Переходною формой между abortивной и настоящей оспой служить разсыпанная оспа — varioloid. Невозможно, конечно, провести рѣзкую границу между вариолоидомъ и оспой, съ одной стороны, и abortивными случаями — съ другой; рѣшеніе подобныхъ вопросовъ зависитъ часто отъ субъективнаго взгляда врача. Нebra, какъ извѣстно, ставилъ діагностику различныхъ формъ оспы по окончаніи болѣзни и относилъ къ variola vera — случаи, протекавшіе до отпаденія корокъ 4 недѣли и больше, къ varioloid'у тѣ, которые кончались отъ 3 до 4 недѣль, а къ varicella — случаи двухнедѣльной продолжительности и меньше.

Объ отличіи вариолоида отъ оспы, можно говорить только въ главныхъ чертахъ. Вообще говоря, вариолоидъ отличается сравнительно болѣе легкимъ теченіемъ, меньшею продолжительностью и отсутствіемъ серьезныхъ осложнений. Далѣе онъ отличается отъ настоящей оспы болѣе неправильнымъ теченіемъ, т.-е. онъ представляетъ больше разнообразія, какъ въ смыслѣ развитія отдѣльных симптомовъ, такъ и относительно цѣлыхъ стадіевъ болѣзни. Періодъ предвѣстниковъ, напр., въ однихъ случаяхъ бываетъ такъ слабо выраженъ, т^о подымается такъ мало, что его легко не замѣтитъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ онъ такъ же силенъ, какъ при variola vera; въ однихъ — продромальная лихорадка продолжается всего лишь 36—48 часовъ, а въ другихъ тянется четверо сутокъ.

Но вотъ, что характерно для всѣхъ случаевъ вариолоида, это — *паденіе температуры до нормы въ концѣ перваго или въ началѣ втораго дня высыпанія и отсутствіе такъ называемой наипоительной лихорадки въ періодъ созрѣванія пустулъ* (8—11 дней). Далѣе характерна для вариолоида продромальная эритематозная сыпь, встрѣчающаяся при немъ значительно чаще, чѣмъ при variola vera, и потому имѣющая хорошее прогностическое значеніе, на что указываютъ съ особеннымъ удареніемъ такіе опытные люди, какъ Trousseau и Curschmann; послѣдній прямо говоритъ, что онъ не видалъ ни одного случая тяжелой оспы у больныхъ, имѣвшихъ эритематозную продромальную сыпь; по его наблюденіямъ, чѣмъ сильнѣе она была выражена, тѣмъ слабѣе протекала оспа и тѣмъ меньше было пустулъ, а потому, въ случаѣ распространенной продромальной эритемы, можно ставить хорошее предсказаніе даже и при бурныхъ явленіяхъ начальнаго періода оспы. Но зато петехиальная продромальная сыпь встрѣчается при вариолоидѣ рѣдко.

Разнообразія втораго періода касаются характера сыпи. Во многихъ случаяхъ сыпь при вариолоидѣ совершенно такая же, какъ при variola vera но только скорѣе назрѣваетъ и раньше подсыхаетъ; въ другихъ — она не доразвивается и не идетъ далѣе пузырька или папулы, что можетъ случиться или на всемъ тѣлѣ, или на нѣкоторыхъ мѣстахъ, такъ что вся болѣзнь кончается въ 5—7 дней.

Густота сыпи можетъ быть такъ же сильна, какъ и при *variola vera*; она бываетъ иногда даже сливной, а въ другихъ случаяхъ оспинокъ такъ мало, что ихъ легко сосчитать, но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ воспаление кожи остается поверхностнымъ, а потому образование корокъ совершается **быстро**, отпадаютъ онѣ рано (отъ 15-го до 21-го дня) и на ихъ мѣстѣ или вовсе не остается рубцовъ, или очень мало; но несправедливо было бы думать, что ярыины остаются **только у тѣхъ**, которые по случаю зуда расцарапываютъ себѣ лицо, хотя, съ другой стороны, несомнѣнно и то, что насильственное удаление корокъ ногтями можетъ усилить воспалительный процессъ въ кожѣ и тѣмъ самымъ содѣйствовать образованію ярыинъ.

При вариолоидѣ нарушается также и порядокъ **появленія** сыпи: вмѣсто того чтобы высыпать сначала на лицѣ, а потомъ, въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней, на туловищѣ и конечностяхъ, сыпь при вариолоидѣ **или сразу** высыпаетъ на всѣхъ мѣстахъ, или появляется сначала на туловищѣ.

Характерно для вариолоида еще и то, что слизистыя оболочки или совсѣмъ не поражаются, или очень слабо, что значительно способствуетъ уменьшенію субъективныхъ жалобъ больныхъ и ихъ хорошему общему состоянію и бодрому *habitus*'у.

О с л о ж н е н і я .

Осложненія встрѣчаются почти исключительно только въ тяжелыхъ формахъ оспы — при *variola vera* и въ особенности при *variola confluens*; но зато въ этихъ случаяхъ на какія-нибудь осложненія можно разсчитывать почти навѣрное, и именно въ періодъ высыпанія пустулъ и позднѣе. Осложненія при оспѣ всего чаще встрѣчаются со стороны слизистыхъ оболочекъ и кожи, за симъ со стороны легкихъ и серозныхъ оболочекъ.

Серьозныя осложненія со стороны полости рта, зѣва и гортани являются прямымъ слѣдствіемъ обильно высыпающихъ здѣсь пустулъ, причемъ воспаление захватываетъ не только слизистую оболочку, но и подслизистую соединительную ткань, вызывая, напр., значительную опухоль языка (*glossitis variolosa*), флегмонозную или дифтеритическую жабу, отекъ гортани, язвенное разрушеніе десенъ и иногда ному, гнойный паротитъ.

При распространеніи сыпи на бронхи развиваются сильные бронхиты, ведущіе къ обширнымъ и опаснымъ пневмоніямъ.

Къ числу довольно частыхъ осложненій оспы, особенно у маленькихъ дѣтей, принадлежитъ и *поносъ* (*variola dysenterica Sydenham'a*).

Изъ серозныхъ оболочекъ всего чаще поражаются плевра (почти всегда въ видѣ гнойнаго плеврита), потомъ перикардій и сочлененія (серозные и гнойные синовиты и періартикулярные нарывы).

Со стороны нервной системы встрѣчаются гнойные менингиты и множественные энцефалиты.

Рѣдкій случай настоящей оспы, особенно сливной, обходится безъ осложненій или послѣдовательныхъ болѣзней со стороны кожи. Эти осложненія являются въ видѣ различнаго рода воспаленій кожи и подкожной клетчатки, начиная отъ небольшихъ гнойничковъ, извѣстныхъ подъ именемъ *impetigo vario-*

losa (Hebra), и чирьевъ и кончая обширнѣйшими флегмонозными воспалениями и пролежнями, весьма опасными для больныхъ, уже и безъ того истощенныхъ. Начало этихъ флегмонъ надетъ обыкновенно на 3-ю недѣлю; любимымъ ихъ мѣстомъ бывають конечности, но иногда онѣ встрѣчаются и на туловищѣ.

Что касается до чирьевъ, то они хотя и не опасны, но чрезвычайно болѣзненны и особенно непріятны для больныхъ по своей многочисленности и продолжительности. Все новые и новые чирья на различныхъ мѣстахъ туловища и конечностяхъ появляются въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ. Со стороны органовъ чувствъ особенно часто и сильно при настоящей оспѣ поражаются глаза (keratitis, chorioiditis) и уши (otitis med. purul., otitis interna).

Hebra, какъ извѣстно, отрицалъ возможность одновременнаго существованія двухъ контагіозныхъ болѣзней, но мнѣніе его было потомъ опровергнуто многочисленными наблюденіями различныхъ авторовъ, описавшихъ случаи совмѣстнаго существованія настоящей и вѣтреной оспы съ скарлатиной и корью. Въ настоящее время вопросъ этотъ спору ужъ не подлежитъ, а потому изъ многихъ случаевъ, встрѣтившихся въ нашей больницѣ, я приведу только интересный случай совмѣстнаго теченія сливной оспы съ вакциной.

Дѣвочка, 7 лѣтъ, поступила въ больницу на 6-й день послѣ начала сильнаго лихорадочнаго состоянія, которое пришлось какъ разъ на 8-й день послѣ привитія ей вакцины. День поступления въ больницу былъ 3-мъ днемъ высыпанія сливной оспы; мѣстами, особенно на ногахъ, были петехія. Смерть при явленіи колянея послѣдовала на 10-й день оспы. Случай этотъ интересенъ, между прочимъ, по отношенію къ вопросу о вліяніи на теченіе оспы вакцинаціи, предпринятой во время инкубаціоннаго періода. Вообще принимаютъ, что предохранительная сила вакцинаціи начинается проявляться съ 5—6-го дня, но въ данномъ случаѣ прививка была произведена за 8 дней до начала оспы, и результатъ вышелъ все-таки нулевой.

Предсказаніе.

Предсказаніе при оспѣ всецѣло зависитъ отъ силы ея. Легкія формы оспы, въ отличіе, напр., отъ скарлатины, никогда не ведутъ за собой опасныхъ осложненій и потому всегда безопасны, тогда какъ variola vera и особенно var. confl., опасныя сами по себѣ, угрожаютъ еще различными осложненіями. Изъ различныхъ формъ оспы самой опасной справедливо считается purpura variolosa, такъ какъ она безусловно смертельна; потомъ идутъ въ нисходящемъ порядкѣ var. haemorr., var. confl. и var. vera.

Интенсивность симптомовъ періода предвѣстниковъ не стоитъ въ прямой пропорціональности съ силой слѣдующаго за нимъ высыпанія и съ тяжестью теченія, такъ какъ и послѣ сильной продромальной лихорадки можетъ появиться ничтожное количество пустулъ; но, вообще говоря, чѣмъ слабѣе лихорадка въ начальномъ періодѣ оспы и чѣмъ меньше выражены нервныя явленія, тѣмъ лучше предсказаніе. Къ числу благоприятныхъ признаковъ относится также и существованіе продромальной эритематозной (но не петехіальной) сыпи, и чѣмъ большее пространство она занимаетъ, тѣмъ лучше. Наоборотъ, можно опасаться тяжелаго теченія въ случаѣ сильной боли поясницы, упорной рвоты и эclamпическихъ судорогъ въ первые дни болѣзни.

Въ періодѣ высыпанія предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ обильнѣе сыпь и чѣмъ сильнѣе поражены слизистыя оболочки; благоприятнымъ признакомъ можно считать паденіе t° до нормы на 2-й день высыпанія и отсутствіе лихорадки отъ 8-го до 11-го дня, т.-е. въ періодѣ созрѣванія пустуль; чѣмъ меньше падаетъ t° въ періодѣ высыпанія и чѣмъ выше подымается она въ періодѣ нагноенія пустуль, тѣмъ бѣольшая опасность угрожаетъ больному. Еще хуже, если въ періодѣ высыпанія появляются кровоподтеки на кожѣ или кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, или примѣсь крови къ содержимому пустуль.

Изъ осложненій особенно дурное прогностическое значеніе имѣютъ воспаленіе легкихъ, отекъ гортани, нома и обширныя скопища гноя въ подкожной клетчаткѣ.

Caeteris paribus предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ моложе ребенокъ (оспа особенно опасна для дѣтей на первомъ году жизни) и чѣмъ больше времени прошло съ момента вакцинаціи или ревакцинаціи. Благодаря тому обстоятельству, что вакцинація въ дѣтскомъ возрастѣ производится у насъ гораздо чаще, чѣмъ ревакцинація взрослыхъ, оспа у послѣднихъ чаще, чѣмъ у дѣтей, принимаетъ опасное теченіе.

По наблюденіямъ Невга, въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда субъектъ заболѣваетъ оспой во второй разъ, послѣднее заболѣваніе бываетъ обыкновенно опаснѣе перваго.

Смертность отъ оспы среди невакцинированныхъ колеблется въ разныхъ эпидеміяхъ отъ 30 до 60%, а между вакцинированными около 10—12%; какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ большое значеніе для результатовъ статистики имѣетъ возрастъ пациентовъ и вообще состояніе ихъ здоровья.

Д і а г н о с т и к а .

Оспа можетъ представить затрудненія для діагностики, конечно, только въ первые дни заболѣванія и въ началѣ высыпанія. На второй день и тѣмъ болѣе на третій высыпанія уже можно найти на лицѣ нѣсколько характерныхъ для оспы пузырьковъ, и потому распознаніе не трудно.

Узнать оспу въ періодѣ предвѣстниковъ, особенно если источникъ зараженія неизвѣстенъ, очень трудно, а иногда и совсѣмъ невозможно. Тяжелыя формы оспы, начинающіяся упорною рвотой, сильной головной болью, высокою лихорадкой и судорогами съ послѣдующимъ безсознательнымъ состояніемъ или сопоромъ легко принять, какъ я знаю это по собственному опыту, за острый гнойный менингитъ, отъ неизвѣстной причины, или за эпидемическое цереброспинальное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, особенно если больной жалуется на сильную боль въ спинѣ и шеѣ и представляетъ хотя бы и легкое сведеніе затылка.

При очень распространенной диффузной эритемѣ оспа можетъ быть принята за скарлатину, но, помимо отсутствія жабы, противъ скарлатины говорить еще равномерный характеръ эритематозной красноты, тогда какъ при скарлатинѣ сынъ состоитъ изъ тѣсно сидящихъ точекъ, и потому краснота не сплошная, а мраморная или шагреновая.

Благодаря рвотѣ и сильному жару, оспа въ продромальномъ періодѣ можетъ быть принята за *gastritis acuta*, а при существованіи одышки съ раздуваніемъ ноздрей — за крупозную пневмонію. Въ послѣднемъ случаѣ долженъ бы быть частый, сухой кашель и боль въ боку, весьма рѣдко отсутствующая при острыхъ лобарныхъ пневмоніяхъ, даже и при такъ называемыхъ центральныхъ.

Въ случаяхъ оспы болѣе легкой, когда картина болѣзни на воспаление мозговыхъ оболочекъ не похожа, быстрое поднятіе температуры до 40°, увеличеніе селезенки и отсутствіе какихъ бы то ни было мѣстныхъ явленій со стороны зѣва, груди и другихъ органовъ можетъ говорить за *gessigens* или инфлуэнцу. Рвота въ началѣ заболѣванія и сильная боль поясницы (у дѣтей, способныхъ давать отчетъ въ своихъ ощущеніяхъ) болѣе свойственны оспѣ; чѣмъ возвратной горячкѣ или инфлуэнцѣ, и при существованіи этихъ симптомовъ скорѣе можно думать объ оспѣ; съ еще большимъ правомъ можно предполагать ее, если на 2-й день появляется эритематозная разлитая или хотя бы и пятнистая сыпь; если же появляется петехіальная сыпь на нижней половинѣ живота и на бедрахъ, то діагностика оспы дѣлается достовѣрной. *Purpura simplex* и *haemorrhagica*, при которой петехіи на кожѣ тоже могутъ сопровождаться лихорадочнымъ состояніемъ и иногда значительнымъ (до 40°) жаромъ, характеризуется тѣмъ, что подтеки являются прежде всего на голенихъ, распространяются потомъ на туловище, но животу особаго предпочтенія не оказываютъ.

Вопросъ о *purpura haemog.* можетъ подняться, пожалуй, и при *purpura variolosa*, но существенная разница между этими двумя симптоматическими пурпурами состоитъ въ быстротѣ распространенія подтековъ и въ характерѣ общаго заболѣванія: *purpura variolosa* болѣзнь чрезвычайно злокачественная, — кровоподтеки распространяются такъ быстро, что сутокъ черезъ двое все тѣло покрывается ими и скоро наступаетъ смерть, тогда какъ при *purp. haemog.* развитіе или новое появленіе петехій идетъ сравнительно очень медленно и въ первые дни болѣзни больной не дѣлаетъ впечатлѣнія тяжело заболѣвшаго; если иногда отъ *purp. haemog.* и умираютъ, то никогда на первой недѣлѣ. Что касается до загадочныхъ и исключительныхъ случаевъ, описанныхъ подъ именемъ *purpura fulminans*, то хотя они и похожи на *purp. variolosa* по быстротѣ развитія кровоподтековъ (съ каждымъ часомъ появлялись все новыя и новыя пятна) и наступленію смертельнаго исхода, черезъ 2—4 дня, но между ними и оспой существуетъ и существенная разница, именно въ томъ, что кровоподтеки при *purp. fulminans* бывають окружены краснымъ фономъ и болѣзненны, рвоты обыкновенно совѣмъ нѣтъ, какъ не бываетъ и боли въ поясницѣ, а иногда не замѣчается и повышенія температуры; важно также отмѣтить, что при *purp. fulminans* не бываетъ кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ. Вскрытіе въ двухъ случаяхъ *Henoch'a* давало отрицательные результаты, между тѣмъ какъ при *purp. variolosa* обязательно бывають экхимозы на серозныхъ и слизистыхъ оболочкахъ и въ другихъ внутреннихъ органахъ.

Въ періодъ высыпанія оспа можетъ быть смѣшана, во-1-хъ, съ корью, во-2-хъ, съ вѣтреной оспой и, въ-3-хъ, съ папулезной формою кропивницы.

Что касается до кори, то гораздо легче, по моему мнѣнію, принять на 1-й день высыпанія папулезную корь за оспу, нежели наоборотъ, а потому объ отличіяхъ этихъ двухъ болѣзней я говорилъ въ главѣ о кори, здѣсь же замѣчу только, что если является сомнѣніе, корь ли у больного или оспа, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ спорная діагностика разрѣшается въ пользу кори, подобно тому, какъ при вопросѣ: тифъ или менингитъ — большею частью оказывается послѣдній. О діагностикѣ оспы отъ варіцелли я буду говорить въ слѣдующей главѣ. Здѣсь же я скажу только о возможности смѣшенія оспы съ кропивною сыпью. Уртикарія — болѣзнь чрезвычайно разнообразная. Въ типическихъ случаяхъ каковыхъ, конечно, громадное большинство, сыпь при ней, имѣющая видъ всѣмъ извѣстныхъ волдырей, какъ отъ ожога кропивой, настолько своеобразна, что вопроса объ оспѣ подняться не можетъ; но совсѣмъ другое дѣло при папулезной кропивницѣ, т.-е. въ тѣхъ случаяхъ, когда кропивная сыпь является въ видѣ блѣдно-розовыхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы, папулъ, разбросанныхъ по всему тѣлу и конечно-стямъ. Сходство отдѣльныхъ папулъ съ оспенными (на 1-й день высыпанія) можетъ быть поразительнымъ, такъ, напр., я помню одинъ случай, демонстрируя который студентамъ какъ уртикарію у дѣвочки, 7 лѣтъ, несмотря на сильный зудъ, на который жаловалась дѣвочка, я не рѣшился поставить совсѣмъ определенной діагностики и рѣшеніе вопроса: оспа или уртикарія — отложилъ до слѣдующаго дня. А между тѣмъ въ этомъ случаѣ противъ оспы говорилъ не только зудъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, но также и распространеніе сыпи, именно, что лицо было свободно, а на животѣ папулъ было довольно много; но, съ другой стороны, цвѣтъ и равномерная величина папулъ настолько напоминали оспу, что вполнѣ определенная діагностика на первый взглядъ казалась мнѣ рискованной. На слѣдующій день всѣ сомнѣнія исчезли, такъ какъ на ногахъ, а мѣстами и на туловищѣ, появились характерные для уртикаріи волдыри. Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, даже и при мелко-папулезной уртикаріи, эти волдыри, хотя бы и въ единичныхъ экземплярахъ, появляются уже на первый день, то принять уртикарію за оспу можно только при поверхностномъ осмотрѣ больного, а что касается до уртикаріи у только что упомянутой дѣвочки, то я считаю ее за довольно рѣдкое исключеніе. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что кропивная сыпь всегда сопровождается болѣе или менѣе сильнымъ зудомъ, а оспа въ началѣ высыпанія зуда не вызываетъ

Л ѣ ч е н і е .

Оспа — это единственная пока изъ всѣхъ острыхъ контагіозныхъ болѣзней въ томъ отношеніи, что противъ нея мы имѣемъ весьма дѣйствительный способъ *предохранительнаго лѣченія*, именно оспопрививаніе, которое мы опишемъ въ отдѣльной главѣ. Если въ домѣ появился оспенный больной, то, немедленно, какъ только узнана болѣзнь, всѣ лица, приходившіе съ нимъ въ соприкосновеніе во время лихорадочнаго состоянія и даже дня за 3 раньше, должны быть вакцинированы, а кромѣ того больной подвергается строгой изоляціи (имѣть въ виду возможность передачи осы черезъ третье лицо и ве-

щами, а на недалекое разстояніе и черезъ воздухъ) и дезинфекціи; бѣлье, напр., прежде чѣмъ попадетъ въ стирку помѣщается въ сосудъ съ 5% растворомъ карболовой кислоты. Всего лучше помѣстить больного въ специальную больницу.

Противъ развившейся болѣзни — никакихъ вѣрныхъ средствъ мы не знаемъ, но нельзя сказать, чтобъ не дѣлалось попытокъ найти таковыя. Сюда относится, напр., опытъ лѣченія оспы антитоксиномъ, т.-е. подкожными впрыскиваніями кровяной сыворотки вакцинированныхъ телятъ или людей, выздоровѣвшихъ отъ оспы. Такихъ опытовъ произведено пока немного, и результаты не блестящи. Vésclère, напр., употреблявшій очень большія дозы сыворотки (женщина, 29 лѣтъ, на 6-й день болѣзни получила подъ кожу живота 3 инъекціи сыворотки, всего 1560 грм.), лѣчилъ 16 случаевъ оспы и потерялъ четверыхъ.

Другіе пытались лѣчить начавшуюся оспу вакцинаціей, но оказалось, что вакцина можетъ благоприятно повліять на теченіе оспы только въ томъ случаѣ, если прививки предпринимаются въ первые дни инкубационнаго періода. Въ послѣднее время Губертъ и проф. Котовщиковъ предлагаютъ снова вакцинацію, но не однократную, а повторную въ теченіе 3—4 дней подрядъ, утромъ и вечеромъ. Результаты, полученные проф. Котовщиковымъ, онъ резюмируетъ такъ: *усиленная вакцинація, производимая ежедневно въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ, имѣетъ громадное значеніе какъ терапевтическое средство, какъ въ продромальномъ, такъ и въ начальныхъ періодахъ оспы. Прививки, начатыя на 1-й и на 2-й день по высыпаніи оспы, заставляютъ нагноительный періодъ тяжелыхъ формъ оспы протекать замѣчательно легко.* По мнѣнію автора, не будетъ поздно начать усиленные прививки даже и на 3-й день высыпанія, но, конечно, чѣмъ раньше начать ихъ, тѣмъ лучше. Хотя теоретическая подкладка подобнаго способа лѣченія и не совсѣмъ понятна, но, въ виду солидности рекомендующихъ, испытать такую терапію конечно нужно (см. „Медиц. Обзор.“ 1899 г., январь).

Еще удивительнѣе рекомендація д-ра Колбасенко („Врачъ“ 1897, стр. 375), который получилъ блистательный результатъ отъ лѣченія оспы ихтіоловой мазью; всю поверхность тѣла онъ смазывалъ 3 раза въ сутки такой мазью: 10 грм. ихтіола, 60 грм. масла сладк. миндалей и 20 грм. ланолина или 8 ч. бѣлаго вазелина на 1 ч. ихтіола. Лѣченіе начиналось съ перваго дня появленія оспенныхъ папулъ и продолжалось до отпаденія корокъ. Въ результатѣ онъ отмѣчаетъ: что нагноительная лихорадка весьма слабая, ниже 39,5°, что нагноеніе въ пустулахъ рѣзко ограничивается, что теченіе укорачивается и что всѣ больные при такомъ лѣченіи, если оно предпринято рано, не только не умираютъ, но даже хвораютъ не тяжело. Д-ръ Назаровъ, напротивъ, недоволенъ ихтіоловой терапіей и утверждаетъ, что гораздо лучше дѣйствуютъ обтиранія всей поверхности кожи скипидаромъ по такой формулѣ: чистаго скипидара 4,0, виннаго спирта 8,0 и воды 40,0. DS. Обтирать тѣло гигроскопической ватой 2 раза въ день. Полагать надо, что подобныя средства окажутся полезными лишь въ случаяхъ вариолоида, т.-е. когда болѣзнь и безъ лѣченія приняла бы благоприятное теченіе.

Умѣренной силы оспа, протекающая обыкновенно безъ всякихъ осложненій, не требуетъ никакого особаго лѣченія, кромѣ правильной гигиѣно-діететической обстановки. Относительно комнаты слѣдуетъ замѣтить, что оспа не только не боится холода, но отлично протекаетъ даже на морозѣ. Невга (1. с., стр. 236), напр., рассказываетъ про одного больного, который, заболѣвши очень тяжелой настоящей оспой, перенесъ ее въ дорогѣ, идя пѣшкомъ 12 дней при морозѣ въ 10° R., пока добрался наконецъ до Вѣнской общей больницы, куда и былъ принятъ, весь покрытый оспенными корками. Вообще замѣчено, что чѣмъ ниже температура комнаты, въ которой лежитъ больной, тѣмъ лучше онъ себя чувствуетъ; если для кори всего лучше 14—16° R., для скарлатины 12—14, то для оспы можно держаться 10—12° R. При такихъ условіяхъ нечего бояться и вентиляціи. Такъ какъ послѣ оспы требуется энергичная дезинфекція комнаты, то понятно, что въ ней не должно оставаться никакой лишней мебели, особенно мягкой, и вещей.

Діета въ первые дни заболѣванія, какъ при всякой сильной лихорадкѣ, должна быть по преимуществу жидкая (супъ, молоко, чай), для питья — свѣжая вода; въ періодъ высыпанія, если лихорадка кончилась и больной получаетъ аппетитъ, то можно давать и мясо.

Въ случаѣ сильнаго жара, въ продромальномъ періодѣ могутъ быть употребляемы, конечно, различныя antipyretica, въ видѣ хинина, фенацетина и т. п. средствъ и постепенно охлаждаемыхъ ваннъ, но польза отъ нихъ не велика, такъ какъ на силу послѣдующаго высыпанія они не оказываютъ вліянія (даже и хининъ, рекомендованный Coze какъ средство, abortирующее оспу, если онъ дается въ продромальный періодъ), а что касается до лихорадки, то послѣ 3—4 дней она сама собой значительно падаетъ. Противъ рвоты всего лучше дѣйствуетъ глотаніе кусочковъ льда; при сильномъ бредѣ, головной боли и проч. — холодъ на голову.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ прежде всего обращаетъ на себя вниманіе больного обильная оспенная сыпь на слизистыхъ оболочкахъ и на кожѣ. Съ цѣлью abortирования развитія пустуль были предложены различныя наружныя и внутреннія средства, которыя, однако, не вполне достигаютъ цѣли. Изъ наружныхъ средствъ Невга всего больше видѣлъ пользы отъ теплыхъ, постоянныхъ ваннъ, въ которыхъ больные оставались отъ перваго дня высыпанія до 16-го.

Подобныя ванны не только облегчаютъ субъективныя, непріятныя ощущенія больныхъ, но доставляютъ имъ и болѣе существенную пользу, способствуя удаленію гноя изъ пустуль, путемъ мацерациі эпидермиса. Но такъ какъ примѣненіе такихъ ваннъ представляетъ большія трудности, въ смыслѣ поддержанія постоянной температуры и чистоты воды, то Невга рекомендуетъ пользоваться, по крайней мѣрѣ, временными теплыми ваннами въ періодъ подсыханія, т. е. съ 11-го дня. Но на практикѣ и временныя теплыя ванны сопряжены съ большими неудобствами, такъ какъ ихъ все-таки придется дѣлать дней 5 подрядъ. Обыкновенныя (1/2-часовыя) ванны крайне непріятны больнымъ не сами по себѣ (въ водѣ больной чувствуетъ себя пріятно), а по приготовленіямъ: раздѣваніе больного, страдающаго сливпой оспой, сажаніе

его въ ванну, потомъ вниманіе и осушнваніе — вотъ что причиняетъ имъ непріятности.

Съ цѣлью абортнровать развитіе пустуль и тѣмъ избавить больного отъ тягостнаго періода нагноенія и отъ послѣдовательныхъ рябинъ, еще Avicepna и Rhazés, а позднѣе и A. Paré рекомендовали прокалывать оспинки, когда онѣ находятся въ періодѣ пузырька, ланцетомъ; кропотливая операція, требующая для одного лица часа 2 времени и приносящая сомнительную пользу. Въ свѣжемъ случаѣ всего лучше прикладывать къ лицу холодные компрессы, но начинать это лѣченіе необходимо еще въ папулезный періодъ болѣзни, такъ какъ позднѣе оно бесполезно. Другіе предлагали прикладывать къ лицу маску, смазанную мягчительными мазями или пластырями, напр. empl. mercur., empl. de Vigo и др. Barthez et Rilliet съ цѣлью воспрепятствовать развитію сыпи на лицѣ особенно рекомендуютъ empl. mercuriale, но, чтобы былъ успѣхъ, необходимо начинать его употребленіе съ 1-го или 2-го дня и не позже 3-го. Пластырь долженъ плотно прилегать къ кожѣ, а потому не слѣдуетъ дѣлать изъ него маску, а лучше налѣплять его въ видѣ отдѣльныхъ кусковъ на щеки, лобъ, носъ и укрѣплять ихъ полосками липкаго пластыря и въ такомъ видѣ оставлять его до конца высыпанія (8—12 дней). Подъ вліяніемъ такого лѣченія развитіе пустуль задерживалось, иногда оно не шло дальше папулы или пузырька; новыхъ папулъ не появлялось; въ періодъ нагноенія кожа лица не припухала. Въмѣсто пластыря можно брать мазь Bataille, которая лучше прилегаетъ къ кожѣ. Rp.: Ung. hidr. ciner. 24,0, Cerae flav. 10,0, Picis nigr. 6,0. Mf. unq.

Выше было сказано, что въ періодъ созрѣванія больные ни на что такъ не жалуются, какъ на боль въ пальцахъ. Противъ этого лучшимъ средствомъ надо считать опять-таки холодные компрессы или ртутныя средства съ самаго начала высыпанія, а въ періодъ нагноенія — согрѣвающіе компрессы.

Упомяну еще о наблюденіяхъ Бошинскаго-Бошко и Zülzer'a. Первый утверждаетъ, что если въ періодъ предвѣстниковъ намазывать кожу въ какомъ-нибудь мѣстѣ тинктурой іода, то на мѣстѣ помазываній оспенная сыпь будетъ сливной, но зато въ другихъ мѣстахъ пустуль будетъ очень мало.

Zülzer, исходя изъ того наблюденія, что оспенная сыпь оказываетъ особую склонность высыпать въ мѣстахъ, подверженныхъ давленію, рекомендуетъ, въ видахъ отвлеченія оспы отъ лица и другихъ болѣе важныхъ органовъ, при первыхъ признакахъ высыпанія забинтовывать ноги, а въ тяжелыхъ случаяхъ и руки, полотняными бинтами, но только не слишкомъ туго. По его наблюденіямъ, забинтованныя конечности въ такихъ случаяхъ покрываются сыпью обильно, тогда какъ на другихъ частяхъ тѣла сыпь бываетъ разсѣянной.

Изъ внутреннихъ средствъ, предложенныхъ съ цѣлью дѣйствовать на воспалительный процессъ въ кожѣ и по возможности ограничить нагноеніе пустуль, упомяну только о ксилолѣ (продуктъ перегонки каменноугольнаго дегтя и нефти), рекомендованномъ Zülzer'омъ; средство это почти не растворяется въ водѣ, но хорошо въ спиртныхъ жидкостяхъ и потому прописывается въ винѣ, по слѣдующей формулѣ: Rp. Xyloli puri 1—2,0 (э — ʒʒ), Aquae foeniculi

30,0 (ξj), Vini malasens. 60,0 (ξjj), Syr. menth. pp. 30,0 (ξj). MDS. Черезъ часть по десертной ложкѣ. Средство это не оказываетъ вліянія на лихорадку, но, по словамъ Z., обладаетъ свойствомъ свертывать содержимое оспенныхъ пустулъ, чѣмъ самымъ значительно уменьшается нагноеніе въ кожѣ, пустулы не сливаются, рубцы остаются небольшіе и замѣтно облегчаются воспалительныя припадки со стороны слизистыхъ оболочекъ. Въ силу дезодорирующихъ свойствъ ксилола, въ періодъ подсыханія вонь отъ больного уменьшается или даже совсѣмъ исчезаетъ, а въ итогѣ всего этого — меньше осложнений, слѣдовательно и опасности. Все это такія выгоды, ради которыхъ средство Zülzer'a стоить дальнѣйшихъ испытаній. Burkart, провѣрившій наблюденія Z., даетъ о ксилолѣ очень благопріятный отзывъ (Berl. Woch. 1872, №№ 17—18), въ особенности и по отношенію къ слизистымъ оболочкамъ; припадки со стороны зѣва и вонь изо рта замѣтно уменьшаются. Ксилолъ настолько летучъ, что запахъ его ощущается не только въ выдыхаемомъ воздухѣ, но и въ кожныхъ испареніяхъ. Употребленіе его надо начинать чѣмъ раньше, тѣмъ лучше (т.-е. какъ только узнана болѣзнь) по 0,5—1,0 (8—16 гр.) черезъ 2—3 часа взрослому. За недостаткомъ наблюденій я ничего не могу сказать ни о ксилолѣ, ни о методахъ Бошинскаго и Zülzer'a.

Вкусъ ксилола чрезвычайно противенъ и потому дѣти часто совсѣмъ отказываются его принимать; на этомъ основаніи можетъ быть болѣе примѣнимъ французскій способъ лѣченія *эивромъ* и *опиэмъ*, по методу Ducastel'a: раза два или три въ день впрыскиваютъ полный шприцъ Pravatz'a эеира; внутрь даютъ при этомъ 0,15—0,20 опій (взрослому) и четыре раза въ день по пяти капель liq. ferri sesquichlor. По словамъ D., опій успокаиваетъ нервное возбужденіе больного, а вообще при этомъ лѣченіи, если оно начато рано, умѣряется и высыпаніе сыпи и нагноеніе ея (многіе пузырьки abortируются, не доходя до нагноенія), значительно облегчаются также глотаніе и слюноотеченіе.

Упомянемъ еще о способѣ лѣченія оспы *кокаиномъ*, предложенномъ Perregomъ. По наблюденіямъ P., при этомъ лѣченіи многія пустулы abortируются, вторичной лихорадки нерѣдко не бываетъ, воспаленія внутреннихъ органовъ встрѣчаются рѣже. Въ эпидемическое время средство дается какъ prophylacticum. Внутрь даютъ 40 капель 4% раствора въ четыре приема на день дѣтямъ моложе 10 лѣтъ, а потомъ на каждый лишній годъ одною каплей больше. По поводу этой терапіи Pfeiffer замѣчаетъ, что кокаинъ оказываетъ большое вліяніе на всякаго рода паразитовъ изъ области споровиковъ; по его наблюденіямъ, прививка оспы на роговицѣ кокаинизированнаго глаза никогда не удается.

Противъ воспаленія рта и зѣва употребляются различныя полосканія изъ вяжущихъ (1% растворъ танина или 1/2% квасцовъ) или дезинфицирующихъ (ас. salycil. 2%, ас. boricum 3%), а также глотаніе льда.

Въ періодъ нагноительной лихорадки — небольшія дозы хинина 2—4 раза въ день, какъ tonicum или desocutum cort. chinae и вино, а при упадкѣ дѣятельности сердца, кромѣ того, и возбуждающія (coffein., камфора и др.). При сильномъ бредѣ и другихъ припадкахъ возбужденія — всего лучше морфій.

Лѣченіе осложненій ведется по обыкновеннымъ правиламъ.

Когда оспенный больной можетъ оставить постель, это зависитъ отъ состоянія его силъ. Выходить на воздухъ и приходить въ сообщеніе съ другими здоровыми людьми можно по отпаденіи корокъ.

Resumé. Въ періодѣ предвѣстниковъ, когда оспа еще не можетъ быть діагносцирована, при умѣренной лихорадкѣ и при отсутствіи какихъ-либо важныхъ симптомовъ, лѣченіе — выжидательное; при очень высокой температурѣ, сильной головной боли, упорной рвотѣ — глотаніе льда, холодный компрессъ на голову и внутрь хининъ или фенацетинъ и т. п., или назначается тепловатая, постепенно охлаждаемая ванна.

При первомъ появленіи папуль, на лицо кладется холодный компрессъ или ртутный пластырь, а конечности (за исключеніемъ стопъ и кистей) забинтовываются при умѣренномъ давленіи полотнянымъ бинтомъ. При обильной сыпи въ полости рта и зѣва — вяжущія полосканья. Въ періодѣ нагноительной лихорадки — небольшія дозы хинина, холодъ на голову, а при сильномъ бредѣ и возбужденіи — морфій. При осложненіяхъ — по общимъ правиламъ. Больной можетъ встать съ постели, когда подсохнутъ всѣ пустулы и когда силы возстановятся настолько, что больной при вертикальномъ положеніи не чувствуетъ головокруженій. По отпаденіи всѣхъ корокъ больной получаетъ ванну и послѣ того можетъ приходить въ соприкосновеніе съ здоровыми людьми.



Оспопрививаніе — VACCINATIO.

При томъ терапевтическомъ безсиліи, въ которомъ мы находимся относительно натуральной оспы, мы должны считать себя счастливыми, что обладаемъ противъ этой болѣзни хорошимъ предохранительнымъ средствомъ въ видѣ оспопрививанія, которое состоитъ въ искусственномъ зараженіи организма оспеннымъ ядомъ посредствомъ введенія оспенной лимфы подъ эпидермисъ, помощью уколовъ или поверхностныхъ надрѣзовъ.

Какъ предохранительная мѣра противъ оспы, этотъ способъ лѣченія основанъ, во-1-хъ, на томъ фактѣ, что *разъ перенесенная оспа*, хотя бы и въ самой легкой степени, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, *заstraxo-вызываетъ субъекта отъ повторенія ея*, а во-2-хъ, на известномъ свойствѣ *различныхъ видовъ оспы замѣщаютъ другъ друга*. Дѣло въ томъ, что оспа встрѣчается не у человѣка только, но и у животныхъ, и у каждаго изъ нихъ она протекаетъ по-своему; у овцы, напр., въ видѣ тяжелой общей болѣзни, съ пустулезной высыпью на всемъ тѣлѣ, подобно тому, какъ и у человѣка; у коровы — въ видѣ мѣстной болѣзни, на вымени; у лошадей — въ формѣ мокреца и т. п. Многократный опытъ показалъ, что любому изъ этихъ животныхъ можно привить любой ядъ оспы и въ результатѣ получится то, что данное животное или человѣкъ окажется послѣ того невоспримчивымъ ни къ яду своей собственной оспы, ни къ яду оспы животнаго другого вида.

Эти два фундаментальныхъ факта, на которыхъ основано оспопрививаніе, хотя и доказаны многочисленными опытами и наблюденіями, но, тѣмъ не менѣе, встрѣчаются еще скептики, которые утверждаютъ, что не только оспа животныхъ, но даже и человѣческая натуральная оспа не предохраняетъ его отъ вторичнаго зараженія, а даже будто бы располагаетъ къ новому заболѣванію; а если двукратное заболѣваніе оспой встрѣчается сравнительно рѣдко, такъ это только потому, будто бы, что одинъ и тотъ же субъектъ рѣдко встрѣчается въ своей жизни случай заразиться оспой; Бразоль, напр., прямо говорить, что двукратное заболѣваніе оспой встрѣчается такъ же рѣдко, какъ и двукратный переломъ ноги у одного и того же субъекта, но никто вѣдь не утверждаетъ, говорить онъ, что переломъ ноги заstraxoвызываетъ отъ повторенія перелома.

Въ виду подобныхъ возрѣній противниковъ оспопрививанія, я приведу здѣсь нѣкоторыя данныя, весьма убѣдительно доказывающія предохранительное значеніе оспопрививанія. Я имѣю въ виду результаты занятій комиссіи, избранной германскимъ Reichstag'омъ въ 1883 г. для рѣшенія занимающаго насъ вопроса. Прежде всего она рѣшила въ положительномъ смыслѣ вопросъ о томъ, предохраняетъ ли разъ перенесенная естественная оспа отъ вторичнаго заболѣванія этою болѣзнью? По этому поводу Koch привелъ цифры Bousquet'a, собранныя имъ изъ 30 большихъ эпидемій съ 1816 по 1841 годъ. По его даннымъ оказалось, что на 16.051 заболѣвшихъ оспой вторично заразившихся было только 34 человѣка. Д-ръ Siegel собралъ цифры оспенныхъ заболѣваній для Лейпцигскаго округа съ 1871 года: на 3,188 заболѣвшихъ оспой пришлось только 26, уже раньше имѣвшихъ оспу.

Второй вопросъ: представляетъ ли подобное предохраняющее вліяніе и вакцинація, — былъ рѣшенъ тоже въ положительномъ смыслѣ. На разсмотрѣніе комиссіи были представлены діаграммы сравнительной смертности отъ оспы въ Пруссіи и въ Австріи въ теченіе времени отъ 1816 по 1882 годъ. Въ Пруссіи въ 1874 году введенъ законъ объ обязательномъ оспопрививаніи. Мы приведемъ здѣсь только цифры съ 1864 по 1882 годъ, т.-е. за 10 лѣтъ до этого закона и 8 лѣтъ послѣ его введенія. На каждыхъ 100.000 жителей умерло отъ оспы:

Годъ.	Пруссія.	Австрія.	Годъ.	Пруссія.	Австрія.
1864	46,25	84,73	1874	9,52	178,19
1865	43,78	45,53	1875	3,61	57,73
1866	62,0	36,85	1876	3,14	39,28
1867	43,17	47,8	1877	0,34	53,78
1868	18,81	33,91	1878	0,71	60,59
1869	19,49	35,18	1879	1,26	50,83
1870	17,52	36,30	1880	2,60	64,31
1871	243,21	39,28	1881	3,62	82,67
1872	262,37	139,93	1882	3,64	
1873	35,65	323,36			

Д-ръ Grossheim привелъ цифры оспенныхъ заболѣваній въ прусской арміи сравнительно съ заболѣваніями во французской и австрійской. Въ Пруссіи, послѣ того какъ въ 1834 г. было введено оспопрививаніе солдатъ, число оспенныхъ больныхъ въ арміи значительно уменьшилось, такъ что наивысшая годовая цифра умершихъ отъ оспы съ 1835 по 1869 годъ не превышала 9. Въ 1870—1871 году, во время войны, прусская армія, вступивъ въ страну, въ которой свирѣпствовала эпидемія оспы, тѣмъ не менѣе, по относительной незначительности заболѣвшихъ, представила ясное доказательство предохраняющаго вліянія оспопрививанія, такъ какъ во всей дѣйствующей арміи было только 4991 заболѣвшихъ и 297 (5,95%) умершихъ отъ оспы. Въ слѣдующій затѣмъ 10-лѣтній періодъ прусская армія имѣла 376 оспенныхъ заболѣваній и 2 умершихъ отъ оспы, тогда какъ французская армія, потерявшая во время войны 23.469 человѣкъ отъ оспы, за 9 лѣтъ (съ 1872 по 1880 г.)

имѣла 5586 оспенныхъ заболѣваній (въ среднемъ по 621 случаю въ годъ) и 588 умершихъ, т.-е. во французской арміи за 9 лѣтъ было больше умершихъ, чѣмъ сколько заболѣло въ прусской арміи за 10 лѣтъ. Изъ 372.918 французскихъ плѣнныхъ заболѣло оспой въ бытность ихъ въ Германіи 14.178 и умерло 1963 (болѣе 13%), а изъ 300.424 человекъ недѣйствующей нѣмецкой арміи заболѣло всего 3472 и умерло 162 (4,66%).

Въ австрійской арміи за 9 лѣтъ, съ 1872 по 1880 годъ, заболѣло оспой 6120 и умерло 373. Начиная съ 1874 года, когда въ Германіи введенъ законъ объ обязательномъ оспопрививаніи, по которому каждый новобранецъ подвергался ревакцинаціи, и по 1883 годъ, въ германской арміи смертность отъ оспы исчезаетъ совсѣмъ („Врачъ“ 1886 г., № 19).

Къ этому прибавимъ еще данныя, приводимыя Pfeiffer'омъ (Die Vaccination. 1884, стр. 83) относительно Баваріи. Въ баварской арміи обязательное оспопрививаніе введено съ 1843 года и съ этихъ поръ до 1857 года не было ни одного смертельнаго случая оспы. Въ 1871 году среди гражданскаго населенія было 30.742 случая оспы; въ томъ числѣ было 29.420 (95,7%) привитыхъ и 1313 (4,3%) непривитыхъ (такая разница объясняется тѣмъ, что въ Баваріи непривитыхъ очень мало); процентъ смертности былъ таковъ:

у непривитыхъ	60,1%
„ привитыхъ	13,6%
„ ревакцинированныхъ	8,2%

Изъ приведенныхъ данныхъ достаточно ясно видно предохранительное значеніе вакцинаціи относительно заболѣваемости оспой и въ особенности относительно смертности.

Jenner былъ правъ, утверждая, что вакцинація дѣлаетъ человека невоспримчивымъ къ оспѣ, но онъ ошибался, думая, что невоспримчивость остается на всю жизнь. Въ дѣйствительности бываетъ такъ, что случаи пожизненной невоспримчивости встрѣчаются не часто, въ большинствѣ же случаевъ расположеніе къ оспѣ съ годами возвращается, но не вдругъ во всей своей силѣ, а постепенно. Этою-то постепенностью возстановленія воспримчивости объясняется тотъ фактъ, что тяжелая оспа у вакцинированныхъ дѣтей встрѣчается очень рѣдко и тѣмъ рѣже, чѣмъ моложе ребенокъ, т.-е. чѣмъ ближе время заболѣванія къ моменту вакцинаціи, тогда какъ у взрослыхъ, вакцинированныхъ въ дѣтствѣ, не особенно рѣдко встрѣчается и смертельная оспа. Для избѣжанія этого послѣдняго обстоятельства необходимо черезъ нѣсколько лѣтъ повторять вакцинацію, т.-е. *ревакцинировать*. Черезъ сколько именно лѣтъ слѣдуетъ ревакцинировать — трудно сказать, такъ какъ воспримчивость къ оспѣ послѣ вакцинаціи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ возстановляется по-своему: у одного ревакцинація удается ужъ черезъ годъ, а у другого и черезъ 10 лѣтъ не привьется; зависитъ это главнымъ образомъ отъ индивидуальныхъ особенностей, но также и отъ второстепенныхъ обстоятельствъ, каковы, напр., число уколовъ, сила мѣстной реакціи, характеръ лимфы и проч. Еслибъ оспа всегда была болѣзью легкой, то въ вакцинаціи не было бы нужды, а такъ какъ наблюденія показываютъ, что въ первыя 7—10 лѣтъ

послѣ удачной вакцинаціи оспа почти никогда не бываетъ тяжелой, то раньше этого срока ревакцинаціи не требуется, за исключеніемъ развѣ случаевъ появленія въ данной мѣстности эпидеміи оспы. Вообще принято ревакцинировать черезъ 10-лѣтніе промежутки. Я совѣтую обыкновенно первую ревакцинацію дѣлать въ 10 лѣтъ (передъ поступленіемъ въ школу) и по результатамъ ея сужу о томъ, съ какою быстротой у даннаго субъекта возвращается воспримчивость къ оспѣ, такъ какъ чѣмъ больше воспримчивость, тѣмъ лучше и правильнѣе развиваются ревакцинальныя пустулы. Если онѣ близко подходятъ къ типу обыкновенныхъ пустулъ вакцины, то воспримчивость успѣла, стало-быть, возстановится вполне и, слѣдовательно, слѣдующую ревакцинацію надо повторить еще раньше, напр. черезъ 5 лѣтъ, если же первая ревакцинація не удалась или дала только abortивныя пустулы, то слѣдующую ревакцинацію можно дѣлать позднѣе, напр. черезъ 10 лѣтъ, а если и первая и вторая ревакцинаціи остались безъ результата, то можно думать, что въ данномъ случаѣ воспримчивость совсѣмъ потушена и не возстановится болѣе.

Такъ какъ давно ужъ было подмѣчено, что разъ перенесенная легкая оспа предохраняетъ даннаго субъекта отъ болѣе тяжелаго заболѣванія, то задача предохранительнаго лѣченія сводится къ тому, чтобы тѣмъ или другимъ способомъ вызвать искусственнымъ образомъ легкое заболѣваніе оспой у субъекта, котораго желаютъ предохранить. Нѣкоторые изъ восточныхъ народовъ еще до Рождества Христова знали, что можно ослабить силу оспеннаго яда, если вводить его черезъ кожу, и на этомъ основаніи у китайцевъ, персовъ и др. уже очень давно практиковалось привитіе лимфы или корокъ, взятыхъ съ пустулы отъ больного натуральной оспой. Этотъ способъ предохранительнаго лѣченія въ началѣ прошлаго столѣтія перешелъ въ Европу и подъ именемъ *инокуляціи* или *вариолизаціи* практиковался до конца столѣтія во всѣхъ европейскихъ государствахъ въ громаднѣйшихъ размѣрахъ, причемъ для лучшаго достиженія цѣли, т.-е. для болѣе вѣрнаго ослабленія дѣйствія яда, прививаемая лимфа бралась отъ субъектовъ, имѣвшихъ легкую форму оспы, и въ особенности отъ инокулированныхъ. Способъ этотъ, давая гарантію не заболѣть оспой инокулированному, имѣлъ то громадное неудобство, что каждый изъ инокулированныхъ являлся разсадникомъ оспенной заразы и заражалъ тѣхъ, кому оспа не была еще привита и кто приходилъ съ нимъ въ соприкосновеніе; по этой причинѣ, а также и потому, что въ послѣдніе годы XVIII столѣтія Jenner открылъ болѣе удобный и безопасный способъ предохранительнаго лѣченія посредствомъ привитія лимфы, взятой изъ оспенныхъ пузырьковъ коровы, — *вакцинація*, инокуляція была не только всеміи оставлена, но и запрещена закономъ и въ настоящее время позволительно прибѣгать къ ней только при исключительныхъ условіяхъ, когда предохранять отъ оспы необходимо и какъ можно скорѣе, а вакцины достать негдѣ, какъ, напр., при появленіи оспы на кораблѣ и т. п.

Способъ Jenner'a, или такъ называемая вакцинація, отличается отъ инокуляціи тѣмъ, что вмѣсто лимфы натуральной оспы человѣка для прививокъ берется лимфа изъ оспенныхъ пустулъ коровы; прививается, слѣдовательно, не человѣческая, а коровья оспа. Но *ядъ коровьей оспы есть не что иное*

какъ тотъ же самый ядъ человеческой оспы, но только ослабленный и модифицированный тѣмъ, что онъ культивировался на коожь коровы. Мы имѣемъ право думать такъ потому, что можно фабриковать вакцину искусственно, посредствомъ прививки коровѣ или теленку оспенной лимфы, взятой отъ человѣка, больного натуральной оспой. Если прежде подобныя прививки рѣдко удавались, то это объясняется тѣмъ, что прививку дѣлали уколомъ, между тѣмъ въ настоящее время выяснено, что для удачной прививки требуются насѣчки, чтобы лимфа приходила въ соприкосновеніе съ большей поверхностью мальпигіева слоя. Если прививка удалась, то въ первой же генерациіи сила яда оказывается значительно ослабленной, хотя при прививкѣ его ребенку, кромѣ мѣстныхъ пустулъ, появляется иногда и послѣдовательное высыпаніе оспы на другихъ мѣстахъ и вторичная лихорадка около 10-го дня, подобно тому, какъ случалось это обыкновенно и при вариолизаціи. Прививка ребенку лимфы, прошедшей черезъ организмъ нѣсколькихъ коровъ, т.-е. лимфы 3—4-й генерациіи, производитъ у него только мѣстныя пустулы, ничѣмъ не отличающіяся отъ вакцинальныхъ пустулъ, производимыхъ прививкой лимфы самородной вакцины. Проходя черезъ организмъ коровъ, оспенный ядъ не только ослабляется до такой степени, что не можетъ уже вызывать общаго высыпанія, но измѣняется и въ другомъ отношеніи, именно утрачиваетъ свойства летучаго яда, т.-е. не передается черезъ воздухъ. Извѣстный экспериментаторъ по этой части д-ръ Thiele изъ Казани (1839), на основаніи многочисленныхъ опытовъ, пришелъ къ заключенію, что такъ называемая вакцина (оспа коровъ) есть болѣзнь не специально свойственная коровамъ, а перенесенная на нихъ съ человѣка, и что, слѣдовательно, источникомъ надо считать не корову, а человѣка. Это положеніе въ настоящее время можно считать вполнѣ доказаннымъ опытами Voigt'a, Naccius'a, Hime и особенно Fischer'a. Послѣ того, какъ лимфа будетъ проведена послѣдовательно черезъ 3—4 телятъ, получается очень хорошая, сильная, вполнѣ типичная вакцина. Такою вакциной Fischer прежде всего привилъ собственнаго ребенка, а потомъ она вошла въ Германіи въ общее употребленіе, и если тѣмъ не менѣе французскіе врачи и до сихъ поръ еще не желаютъ признавать возможности перехода оспеннаго яда въ контактъ вакцины, то это ихъ упорство совершенно непонятно; оно основано на отрицательныхъ опытахъ Ліонской комиссіи въ 1868 г. подъ предсѣдательствомъ Chauveau, но результаты полученные этой комиссіей уже давно и много разъ опровергнуты.

Въ настоящее время въ европейскихъ государствахъ оспопрививаніе производится вакциной различнаго происхожденія; въ Англій, напр., въ большомъ ходу лимфа, выведенная путемъ послѣдовательныхъ прививокъ человеческой оспы отъ коровы коровѣ, а во Франціи и Германіи родоначальницей современной лимфы была самородная коровья оспа; особенной извѣстностью пользовалась лимфа, найденная на коровахъ въ Beaugency (1865 г.) и Passy (1839); въ настоящее время и въ Германіи во многихъ оспопрививательныхъ институтахъ пользуются вариоло-вакциной.

Итакъ, въ настоящее время развитіе лимфы натуральной оспы оставлено и замѣнено привитіемъ вакцины. Вакцину берутъ или прямо съ теленка, или

съ того ребенка, которому она была привита, это такъ называемая *гуманизованная вакцина*. Эта послѣдняя имѣетъ то преимущество предъ телячьей вакциной, что легче прививается, т.-е. даетъ ничтожный процентъ неудачъ и дольше сохраняетъ способность прививаться. Гуманизованная лимфа, сохраняемая въ жидкомъ видѣ въ трубочкахъ, хорошо прививается даже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ коровья лимфа утрачиваетъ свою силу съ каждымъ днемъ, а потому ее слѣдуетъ прививать прямо съ теленка. Сила мѣстной реакціи вокругъ пустулы при гуманизованной или телячьей лимфѣ приблизительно одинакова. Довольно распространенное мнѣніе, будто телячья оспа вызываетъ болѣе сильное воспаление на мѣстѣ уколовъ, справедливо только для самородной коровьей оспы и для первыхъ генераций той, что искусственно производится у коровы посредствомъ прививки ей человѣческой оспы. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ пустулы развиваются медленно, созрѣваніе ихъ сопровождается болѣе сильной и болѣе распространенной рожистой краснотой, корки отпадаютъ позднѣе, но черезъ нѣсколько генераций интенсивность дѣйствія яда ослабляется. Оживить вырождающуюся лимфу, т.-е. такую, которая плохо прививается или даетъ не типическія пустулы можно посредствомъ прививки ея съ ребенка на теленка; эта регенерация лимфы посредствомъ ретровакцинаціи являлась прежде общеупотребительнымъ способомъ, такъ какъ самородная оспа у коровъ встрѣчается крайне рѣдко, а искусственное воспроизведеніе вакцины посредствомъ привитія коровамъ человѣческой оспы считалось слишкомъ хлопотливымъ.

Нѣкоторые оспопрививатели, напр. Pissin (D. vaccination. 1874 г., стр. 95—96). не признаютъ вырожденія лимфы, прививаемой отъ теленка теленку, и думаютъ, что кажущееся вырожденіе лимфы, заставившее нѣкоторые оспопрививательные институты оживлять лимфу посредствомъ ретровакцинаціи, зависѣло просто отъ неумѣлаго обращенія съ лимфой и главнымъ образомъ отъ того, что ее снимали съ теленка не на 4—5-й день, когда лимфа обладаетъ наибольшею силой, а позднѣе, или брали телятъ несовсѣмъ здоровыхъ (извѣстно, напр., что телята, страдающіе поносомъ, даютъ очень плохую лимфу), и отъ другихъ тому подобныхъ причинъ.

Хотя гуманизованная лимфа, прививаемая съ руки на руку справедливо считается самымъ лучшимъ матеріаломъ для вакцинаціи, такъ какъ почти не даетъ неудачъ и легко прививается при всякой техникѣ и даже въ рукахъ малоопытныхъ людей, но, тѣмъ не менѣе, въ настоящее время этотъ способъ вакцинаціи почти совсѣмъ оставленъ, въ виду нѣкоторыхъ присущихъ ему недостатковъ. Во-1-хъ, для массовыхъ прививокъ трудно наготовить достаточное количество гуманизованной лимфы; во-2-хъ, спятіе лимфы можетъ быть не совсѣмъ безразлично для того, съ кого она снимается, если не въ смыслѣ предохраненія его отъ оспы, то хоть относительно заболѣванія рожей; въ-3-хъ, наконецъ, и это самое главное, при этомъ способѣ прививки возможно заразить вакципируемаго сифилисомъ. Въ виду сказанныхъ неудобствъ теперь во всѣхъ оспопрививательныхъ институтахъ примѣняется вакцинація телячьей лимфой.

Если бы, все-таки, кто-нибудь пожелалъ привить гуманизованную лимфу, то надо брать ее, во-1-хъ, съ правильно развитой пустулы; во-2-хъ, не ранѣе

5-го и не поздиѣ 7-го дня; въ-3-хъ, чтобы ребенокъ, съ котораго берется лимфа, былъ во всѣхъ отношеніяхъ здоровымъ и отъ здоровыхъ родителей, а главное, чтобы онъ не представлялъ никакихъ поводовъ подозрѣвать у него возможность врожденнаго сифилиса, хотя бы и въ скрытомъ періодѣ. Нельзя снѣмать лимфу съ пустуль, вокругъ которыхъ появилась краснота. Въ это время (на 8-й день и позже) лимфы, конечно, больше, но зато она не такъ вѣрно прививается и вызываетъ болѣе сильное реактивное воспаленіе и чаще осложняется рожей.

При привитіи съ руки на руку верхушка пустулы (около пунка) прокалывается ланцетомъ, и берутъ на его кончикъ только тѣ капли лимфы, которыя сами вытекаютъ, но выдавливать пустулы отнюдь не слѣдуетъ.

Въ недалекомъ прошломъ, лѣтъ 20 тому назадъ, во всеобщемъ употребленіи была прозрачная лимфа, которая получалась изъ 4—5-дневныхъ оспенныхъ пустуль телянка. Но такая лимфа давала при прививкахъ довольно большой процентъ неудачъ, требовала аккуратной техники и получалась съ одного телянка не въ особенно большомъ количествѣ, примѣрно человекъ на 50—100, и трудно сохранялась. За послѣдніе годы всѣ эти недостатки устранены, именно съ тѣхъ поръ, какъ вмѣсто прозрачной лимфы стали брать для прививокъ всю пустулу цѣликомъ (посредствомъ выскабливанія), такъ называемый *оспенный детритъ*, и научились значительно увеличивать количество прививаемого матеріала посредствомъ прибавленія къ нему глицерина. Оспенный детритъ, растертый съ глицериномъ, (1 ч. на 4—5 ч. глицерина пополамъ съ водой), удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены для хорошей лимфы и, пожалуй, не уступаетъ гуманизированной: онъ долго сохраняетъ свою силу, легко прививается при всякой техникѣ, даетъ ничтожный процентъ неудачъ и вызываетъ лишь умѣренную реакцію на мѣстѣ прививки. Глицеринъ значительно способствуетъ консервированію лимфы, препятствуя развитію въ ней всегда примѣшанныхъ къ детриту микробовъ. При продолжительномъ сохраненіи глицериновая лимфа или детритъ не только не портится, а даже дѣлается лучше, чище, т.-е. освобождается отъ многихъ микробовъ, такая лимфа рѣже даетъ осложненіе рожей, и самое теченіе вакцины идетъ правильнѣе, чѣмъ при прививкѣ лимфы, сохраненной безъ примѣся глицерина (L. Pfeiffer, Spec. Therapie v. Penzoldt и Stintzing и Салтыковъ, Арх. Подвысоцк. 1897 г.)

Детритная эмульсія можетъ сохранять свою силу въ теченіе многихъ мѣсяцевъ. Приготавливается она такъ: оспенная масса, выскобленная острой ложечкой, сейчасъ же растирается небольшими порціями въ агатовой ступкѣ, съ прибавкой нѣкотораго количества воды; потомъ, при постоянномъ растираніи постепенно прибавляется химически чистый глицеринъ въ такомъ количествѣ, чтобы вся смѣсь приняла видъ довольно жидкой эмульсії. Весь секретъ приготовленія хорошей эмульсії состоитъ въ *продолжительномъ* растираніи, такъ что для приготовленія эмульсії изъ всего количества детрита, доставляемаго однимъ телянкомъ, требуется нѣсколько часовъ. Въ большихъ оспопрививательныхъ институтахъ съ этой цѣлью употребляются особыя машинки, при помощи которыхъ приготовленіе детритной эмульсії идетъ скорѣе и легче.

Хорошо приготовленная эмульсія должна быть совершенно равномернаго блѣдно-красноватаго цвѣта, имѣть видъ жидкой кашицы, въ которой огнюдь не должно быть видно свѣтлыхъ капелекъ глицерина или отдѣльныхъ зернышекъ детрита. Если въ лимфѣ при стояніи образуются ясно различаемые слои глицерина, отдѣлившася отъ остальнаго содержимаго, то это указываетъ на то, что растираніе произведено не достаточно тщательно и что, слѣдовательно, эмульсія приготовлена не совсѣмъ хорошо, хотя и такая эмульсія сохраняется довольно долго, только передъ употребленіемъ надо смѣшать отстоявшійся глицеринъ съ отстоявшимся детритомъ. Количество оспенной массы относится къ глицерину приблизительно какъ 1:5. Съ одного теленка можно получить такимъ способомъ лимфы для 2000 уколовъ. Глицериновая эмульсія хорошо сохраняется въ холодномъ мѣстѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Оспу можно прививать различными способами, именно уколомъ, надрѣзомъ и приложеніемъ лимфы на обнаженное отъ эпидермиса мѣсто (посредствомъ мушки или соскабливанія). Чѣмъ сильнѣе лимфа, т.-е. чѣмъ легче она прививается, тѣмъ меньше ея требуется для удачной прививки, а потому для слабой лимфы, напр. слишкомъ сильно разведенной, лучше прибѣгать къ надрѣзамъ (или татуировкѣ, или удаленію эпидермиса соскабливаніемъ); для хорошей лимфы, напр. для гуманизированной и для детрита, достаточно простого укола. Преимущества укола передъ надрѣзомъ состоятъ въ большей быстротѣ производства операціи (что особенно важно при массовыхъ прививкахъ) и въ меньшей степени мѣстной реакціи, такъ какъ и сама пустула при уколѣ бываетъ меньшихъ размѣровъ; а преимущества надрѣза состоятъ въ большей вѣрности этого способа, если разрѣзъ дѣлается крестообразный.

Какъ уколъ, такъ и надрѣзъ не должны итти глубже Мальпигіева слоя, и потому, при правильно произведенной операціи, кровотеченія быть не должно; достаточно, если кровь только покажется на мѣстѣ операціи. Конечно, если и стечетъ капли 2—3 крови изъ укола, бѣды никакой не будетъ, потому что лимфа этимъ не смоеется, и успѣхъ, стало-быть, будетъ, но при такомъ способѣ прививки операція является болѣзненной и заставляетъ ребенка плакать безъ всякой нужды.

При правильномъ теченіи вакцины, у ребенка въ первые три дня не должно быть замѣтно никакой реакціи, и потому узнать въ это время, примется ли оспа, или нѣтъ — нельзя. На 4-й день мѣсто укола начинаетъ краснѣть и приподымается въ видѣ маленькой папулы. Въ теченіе слѣдующихъ дней папула постепенно увеличивается до 8-го дня и принимаетъ видъ плоскаго, совершенно круглаго (при прививкѣ надрѣзомъ — овальнаго) пузырька съ вдавленіемъ (пупкомъ) въ центрѣ и окруженнаго небольшимъ краснымъ фономъ. Содержимое пузырька до сихъ поръ имѣетъ видъ прозрачной, клейкой, жидкой лимфы. Съ 8-го дня содержимое оспинки начинаетъ мутнѣть отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ и вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивается по поверхности окружающая пустулу краснота; съ этихъ поръ ребенка начинаетъ лихорадить, онъ не спокойно спитъ, много капризничаетъ. Maximum красноты и лихорадки приходится на 9—10-й день, въ это же время замѣчается иногда даже инфильтрація подкожной кѣтчатки въ области уколовъ и болѣзненная припухлость сосѣднихъ (подмыш-

ковыхъ) железъ. На слѣдующій день мѣстныя и общія реактивныя явленія начинаютъ уменьшаться, и наступаетъ періодъ подсыхания, выражающійся появленіемъ темной корочки въ центрѣ пустулы; эта корочка съ каждымъ днемъ увеличивается по направленію къ периферіи и къ 12—14-му дню вся пустула превращается въ толстую, темно-бураго цвѣта корку, которая дней черезъ 11—14 отпадаетъ, обнажая образовавшійся подъ ней рубецъ.

Нѣкоторыя отклоненія отъ описаннаго хода вакцины не имѣютъ особаго значенія; сюда относятся, напр., запоздалое развитіе пустуль, когда скрытый періодъ вмѣсто трехъ дней продолжается съ недѣлю (въ исключительныхъ случаяхъ — гораздо дольше, напр. до 3 недѣль),¹ отсутствіе лихорадки около 8—10 дня, слишкомъ мало выраженная краснота на 10-й день. Предохранительная сила вакцины въ такихъ случаяхъ все-таки наступаетъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, и лихорадка, и краснота достигаютъ ненормально большаго развитія, такъ что температура подымается, напр., до 40°, причѣмъ у грудного ребенка могутъ появиться и судороги.

Слишкомъ раннее развитіе пустуль, напр. послѣ 1—2 дней скрытаго періода, считается неблагоприятнымъ признакомъ: развитіе и подсыханіе пустуль идетъ въ такомъ случаѣ ускореннымъ темпомъ или даже не проходитъ всѣхъ своихъ періодовъ, а абортируется на степени пузырька и рубцовъ не остается. Эта, такъ называемая, *vaccinella*, по Pfeiffer'у, можетъ происходить подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, напр., если прививаютъ вакцину недавно и съ успѣхомъ вакцинированному, если вакцинируютъ лимфой, снятой слишкомъ поздно или съ плохо развитыхъ пузырьковъ вакцины или ревакцины, — если лимфа долго сохранялась. Въ общемъ можно сказать, что вакцинелла происходитъ или отъ того, что лимфа слаба, или отъ того, что субъектъ мало восприимчивъ къ оспѣ. Въ такомъ случаѣ черезъ нѣкоторое время (нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ) вакцинацію слѣдуетъ повторить, хотя она и не всегда удается, такъ какъ для достиженія имунности, наличности правильно развитой пустулы вовсе не требуется, и опытами послѣдовательной прививки несомнѣнно доказано, что невосприимчивость можетъ появиться и при вакцинѣ безъ сыпи, но съ лихорадкой на 8-й день. Chauveau производилъ такую вакцину безъ сыпи умышленно, инъцируя лимфу въ подкожную клѣтчатку. Пустула нужна не больному, а врачу, чтобъ онъ могъ быть увѣренъ, что вакцинація произведена съ успѣхомъ; для него это своего рода ярлыкъ.

Въ противоположность случаямъ вакцины безъ сыпи, можно поставить не менѣе рѣдкіе случаи вакцины съ высыпаніемъ пузырьковъ и папулъ по всему тѣлу, въ періодъ появленія вакцинальной лихорадки. Пузырьки носятъ на себѣ характеръ варицеллезныхъ: они однокамерные, поверхностные и содержатъ прозрачную жидкость, способную давать удачную прививку; эта т.-н. *генерализованная вакцина* представляетъ собою клинической симптомъ указывающій на близкое родство вакцины съ оспой человѣка. При вариоляціи дѣло идетъ такъ: послѣ трехдневнаго скрытаго періода, какъ и при вакцинаціи, на мѣстѣ прививки появляется папула, превращающаяся въ слѣдующіе дни въ пузырькъ; содержимое пузырька, съ 8 дня начинаетъ мутнѣть, и появляется лихорадочное состояніе, словомъ — все какъ при вакцинѣ, съ тою лишь разницей,

что на 11-й день, когда лихорадка прекращается, то при вакцинѣ наступаетъ періодъ подсыханій, и начинается выздоровленіе, а при вариолизаціи именно въ это время выступало на первый планъ высыпаніе оспенной сыпи на всемъ тѣлѣ, т.-е. то самое, что наблюдается и въ случаяхъ генерализированной вакцины.

Другой симптомъ, тоже указывающій на близкое родство этихъ двухъ контакіевъ, мы имѣемъ въ *пятнистой эритемѣ*, которая въ случаяхъ настоящей оспы высыпаетъ иногда въ качествѣ продромальной сыпи (см. стр. 359) на 2-й или 3-й день заболѣванія оспой, а при вакцинѣ подобная эритема появляется у нѣкоторыхъ на 8—10-й день, т.-е. въ періодъ лихорадочнаго состоянія, аналогичнаго, какъ мы видѣли, продромальной оспенной лихорадки.

Матери часто спрашиваютъ врача о томъ, какъ держать ребенка послѣ вакцинаціи: можно ли его купать, выносить на воздухъ, надо ли его кутать или держать прохладно и т. п. Обычная гигиѣно-діететическая обстановка должна остаться той же самой, что рекомендуется и для здоровыхъ дѣтей, но только съ небольшими ограниченіями.

Купать ребенка можно только въ первые три дня, т.-е. во время скрытаго періода, а съ 4-го дня, когда начинается пузырекъ, ванны не дѣлаются болѣе, такъ какъ пузырекъ случайно можетъ быть расцарапанъ, и это обстоятельство можетъ подать поводъ къ какому-нибудь осложненію, въ видѣ, напр., рожи или изъязвленія мѣста прививки. Съ ваннами можно начать снова не ранѣе того времени, когда пустула совсѣмъ превратится въ корку, примѣрно съ 14-го дня.

Выносить на воздухъ лѣтомъ и вообще въ теплую погоду можно все время, не исключая и періода лихорадки, а зимой только въ первые 6 дней и потомъ съ 14-го.

Мѣстныхъ средствъ спеціально для пустуль никакихъ не требуется; закрывать мѣсто прививки бинтомъ не нужно, если только ребенокъ не выказываетъ склонности къ расцарапыванію пустуль. Въ періодъ нагноенія пустуль, если краснота вокругъ нихъ] слишкомъ распространена, то для облегченія чувства жара и напряженія въ кожѣ умѣстны мази съ примѣсью дезинфицирующихъ, напр.: Rp. Ac. carbolicі 0,5, Vaselinі 25,0 или Rp. Ac. borici 2,5, Vaselinі 25,0, или антисептическая повязка.

Теченіе ревакцинальныхъ пустуль отличается отъ нормальной вакцины главнымъ образомъ сравнительною короткостью и разнообразіемъ и скорѣе подходит къ вакцинѣ, вызванной прививкой ослабленной лимфы, что зависитъ отъ меньшей степени восприимчивости; вообще можно сказать, что ревакцинація удается тѣмъ лучше, чѣмъ больше успѣла возстановиться восприимчивость у даннаго субъекта послѣ первой вакцинаціи. Полный или идеальный успѣхъ, выражающійся тождествомъ ревакцинальной пустулы съ вакцинальной, встрѣчается рѣдко. Обыкновенно же асиме развитія пузырька достигается не на 9—10-й день, а на 5—7-й, сообразно чему и лихорадка наступаетъ дня на 2—3 раньше. Краснота кожи можетъ достигать при ревакцинѣ той же степени, какъ и при нормальной вакцинѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространяется даже до предплечья и сопровождается замѣтной опухолью подкожной клетчатки

и болѣзненной припухлостью лимфатическихъ подкрыльцевыхъ железъ, но рубцы остаются болѣе поверхностными и нерѣдко съ годами исчезаютъ.

Абортивный ходъ всего процесса встрѣчается при ревакцинаціи значительно чаще, чѣмъ при первой вакцинаціи, причѣмъ во многихъ случаяхъ дѣло ограничивается образованіемъ небольшого пузырька, подсыхающаго уже на 4—5-й день, безъ замѣтной мѣстной и общей реакціи; но даже и такой результатъ имѣетъ предохранительное дѣйствіе, такъ какъ контрольныя прививки остаются обыкновенно безъ всякаго дѣйствія или вызываютъ только простое травматическое воспаленіе, исчезающее черезъ 1—2 сутокъ.

Судить о достоинствѣ ревакцинаціи, говорить Bohn (Handb. d. Vaccin., S. 248), можно по тому дню, на который приходится высшее развитіе процесса. Это можетъ случиться въ любой изъ первыхъ 7 дней, и чѣмъ позднѣе, тѣмъ полнѣе успѣхъ. Вѣрнымъ и *раннимъ* признакомъ послѣдующаго теченія ревакцины является *зудъ* на мѣстѣ уколовъ. Чѣмъ раньше онъ начинается, тѣмъ скорѣе достигается и аспе всего процесса. Если уколы начинаютъ зудѣть тотчасъ послѣ прививки, то результатомъ будетъ нуль. Зудъ во второй половинѣ первыхъ сутокъ или въ началѣ слѣдующихъ указываетъ на сильно модифицированный процессъ. При правильномъ ходѣ ревакцинаціи зудъ появляется только на 3-й день. Другой вѣрный признакъ успѣшности операціи мы имѣемъ въ *болѣзненной припухлости* подмыш. железъ, maximum котораго совпадаетъ съ аспе процесса. Если считать за удачную ревакцинацію и абортивные случаи, то оказывается, что послѣ 13 лѣтъ ревакцинація удается приблизительно отъ 60 до 80%. Въ виду меньшей восприимчивости ревакцинируемыхъ, прививку лучше производить надрѣзомъ и съ руки ребенка, или детритомъ, такъ какъ эти способы самые вѣрные. Брать лимфу съ ревакцины для дальнѣйшихъ прививокъ не слѣдуетъ — авторитетные люди считаютъ ее за лимфу модифицированную, т.-е. дѣйствующую слабо; впрочемъ, если ревакцинальныя пустулы развиваются совершенно правильно, такъ что по наружному виду не отличаются отъ пустулъ обыкновенной вакцины, то снимать съ нихъ лимфу позволяется.

Изъ различныхъ *осложненій* вакцины самымъ опаснымъ и не особенно рѣдкимъ считается *рожа*, которая является или въ первые дни послѣ прививки и называется тогда *ранней вакцинальной рожей*, или въ періодъ созрѣванія пустулы, или еще позднѣе — *поздняя вакцинальная рожа*, которая встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ первая. Причиной рожи бываетъ или случайное занесеніе въ ранку рожистаго, цѣпочкатаго кокка, напр. недезинфицированнымъ инструментомъ, пальцами и т. и., или дурное качество лимфы (съ примѣсью гноя), или зараженіе гноящейся поверхности какимъ-нибудь другимъ путемъ. Позднюю рожу не слѣдуетъ смѣшивать съ рожистой краснотой, обязательно являющейся вокругъ пустулы послѣ 8-го дня. Эта рожистая краснота, стоящая въ зависимости отъ свойствъ самой лимфы, отличается отъ настоящей рожи тѣмъ, что она не принимаетъ характера бродячаго воспаленія, но обязательно держится только ближайшихъ границъ пустулы и въ періодъ подсыхания (послѣ 10-го дня) начинаетъ блѣднѣть и исчезать, тогда какъ и ранняя и поздняя рожа рѣдко остаются въ видѣ мѣстной болѣзни, большею же частью прини-

мають характеръ бродячей рожи съ высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ и съ другими обычными слѣдствіями и иногда со смертельнымъ исходомъ.

Для предупрежденія развитія вакцинальной рожи всего важнѣе, конечно, соблюденіе чистоты во всемъ, что касается до вакцинаціи, начиная съ воздуха той комнаты, гдѣ производится операція. Непосредственно передъ вакцинаціей кожа на мѣстѣ укола должна быть обмыта спиртомъ или эфиромъ, инструменты — 5% карболовой кислотой, или слегка прокалены на пламени, или прокипячены. Если вакцинація производится не детритомъ, а лимфой, то она должна быть совсѣмъ свѣтла и прозрачна и должна быть снята не позднѣе 5-го дня (съ ребенка — 7-го) съ нормально развитыхъ пустулъ (не поврежденныхъ и не имѣющихъ воспалительнаго фона.). Въ послѣднее время Мерск'у удалось приготовить хорошо дѣйствующую лимфу, совершенно свободную отъ примѣси болѣзнетворныхъ микробовъ, что удостовѣрено такимъ солиднымъ учрежденіемъ, какъ городскимъ оспопрививательнымъ институтомъ въ Гамбургѣ. При изслѣдованіи этой лимфы въ Kaiserlichen Gesundheitsamt было найдено въ 1 к. стм. лимфы только 80 зародышей и притомъ исключительно непатогенныхъ микробовъ; прививка дала 100% удачи; краснота вокругъ пустулъ была незначительная. Приготовление такой абсолютно безвредной лимфы слѣдуетъ считать крупнымъ прогрессомъ въ дѣлѣ вакцинаціи.

Прививать оспу въ помѣщеніи, гдѣ есть рожистый больной или вообще при господствѣ рожи въ данной мѣстности, было бы преступленіемъ.

Если рожа все-таки появилась, то лѣченіе ея ведется по обыкновеннымъ правиламъ.

Изъ другихъ осложненій большое значеніе имѣетъ также флегмонозное воспаленіе въ окружности пустулъ, съ его послѣдствіями, въ видѣ гнойныхъ аденитовъ, піеміи и проч. Ebstein и Pfeiffer описали нѣсколько случаевъ геморагическаго діатеза послѣ прививки оспы. Въ пяти случаяхъ Pf. дѣло началось съ появленія крови въ пустулѣ, а въ двухъ случаяхъ Ebst. пустулы оставались нормальными, кровоподтеки же появлялись на туловищѣ и конечностяхъ.

Къ числу неопасныхъ, но неприятныхъ осложненій относится образованіе язвъ на мѣстѣ пустулъ. Я называю это осложненіе неприятнымъ въ виду того, что такія язвы нерѣдко отличаются большимъ упорствомъ; онѣ довольно глубоки, съ рѣзко-обрѣзанными краями и салнымъ дномъ. Причину язвъ слѣдуетъ искать не въ свойствахъ лимфы, а въ случайныхъ условіяхъ, каковы нечистота, царапаніе пустулъ и другія раздраженія. Лѣченіе состоитъ въ строгой чистотѣ и въ прижиганіи язвъ ляписомъ, съ послѣдовательной перевязкой дезинфицирующей мазью.

Къ числу осложненій болѣе легкихъ относятся *различныя сыпи*, которыя являются болѣею частью отъ 4 до 12-го дня. О пятнистой эрптемѣ, аналогичной продромальной оспенной сыпи и о пустулахъ, аналогичныхъ самой оспенной сыпи, было упомянуто выше, но кромѣ того у вакцинированныхъ субъектовъ встрѣчаются иногда и другого рода высыпанія, напоминающія тѣ, что нерѣдко слѣдуютъ за инъекціей антидифтерійной сыворотки, болѣею частью именно въ видѣ кроивницы или скоро проходящей eryth. multiforme. У дѣтей золотушныхъ развитіе вакцинальныхъ гнойничковъ можетъ дать поводъ къ развитію экзе-

матозныхъ пузырьковъ по сосѣдству съ мѣстами прививки (раздраженіе кожи гноемъ) или даже и на отдаленныхъ участкахъ.

Въ прежнее время, когда практиковалась прививка исключительно гуманизированной лимфы, не разъ была констатирована передача прививаемому вмѣстѣ съ вакциной и *сифилиса*. Въ такихъ случаяхъ недѣли черезъ три послѣ прививки на мѣстахъ бывшихъ пустулъ появлялось характерное затвердѣніе, а спустя еще 6—8 недѣль сифилитическая сыпь на всемъ тѣлѣ съ безболѣзненнымъ припуханіемъ лимфатическихъ железъ въ разныхъ мѣстахъ. Съ введеніемъ въ практику оспопрививанія исключительно телячьей лимфы возможность передачи сифилиса стала невозможной.

Противники оспопрививанія часто обвиняли вакцинацію въ передачѣ прививаемымъ еще и другихъ хроническихъ болѣзней, каковы золотуха, рахитизмъ и туберкулезъ, но въ дѣйствительности ничего подобнаго не бываетъ. Специально по отношенію къ туберкулезу производились многочисленныя изслѣдованія вакцинной лимфы на присутствіе въ ней Кош'овскихъ бациллъ, напр. путемъ прививки ея въ переднюю камеру глаза кролику или путемъ введенія ея въ полость брюшины морской свинки, но всегда съ отрицательнымъ результатомъ, какъ бы рѣзко ни былъ выраженъ туберкулезъ у ребенка, отъ котораго бралась лимфа (опыты Strauss'a, Jossierand'a, Meyer'a и др.).

Когда всего лучше прививать оспу ребенку? Если ребенокъ здоровъ, то лучше прививать ему оспу въ промежутокъ времени отъ 4 до 6-го мѣсяца. Нѣкоторые совѣтуютъ вакцинировать дѣтей въ первыя недѣли жизни, но это неудобно, такъ какъ въ этомъ возрастѣ встрѣчается болѣшій процентъ неудачъ, а въ случаѣ положительнаго результата мѣстная реакція легко переходитъ за нормальные предѣлы. Послѣ 6 мѣсяцевъ избѣгаютъ вакцинировать дѣтей въ виду наступающаго періода прорѣзыванія зубовъ, но дѣлается это, какъ кажется, больше въ видѣ уступки предразсудку публики, чѣмъ на рациональномъ основаніи. Прорѣзываніе зубовъ само по себѣ не составляетъ противопоказанія для производства вакцинаціи, а если ребенокъ чѣмъ-нибудь боленъ, то, все равно, слѣдуетъ отложить оспопрививаніе независимо отъ того, рѣжутся ли у него зубы, или нѣтъ. Безъ особой нужды (когда нѣтъ эпидеміи оспы) не слѣдуетъ прививать оспу дѣтямъ вообще хворымъ и особенно страдающимъ ясно выраженнымъ рахитизмомъ или мокнущей экземой, такъ какъ и то и другое можетъ усиливаться подъ вліяніемъ оспопрививанія. Въ подобныхъ случаяхъ лучше отложить вакцинацію на годъ и больше, словомъ, впредь до выздоровленія.

Если первая вакцинація осталась безъ результата, то надо повторить ее черезъ недѣлю или черезъ двѣ, а если и эта не удастся, а между тѣмъ лимфа была завѣдома хороша, то, значить, въ данное время этотъ ребенокъ не воспримчивъ къ оспѣ. Подобная невоспримчивость можетъ быть временной и потому у такихъ дѣтей вакцинацію слѣдуетъ повторять каждый годъ, пока не получатся хорошія пустулы.

Изъ острыхъ болѣзней, не мѣшающихъ вакцинаціи, укажемъ на коклюшъ, который иногда даже облегчается подъ вліяніемъ вакцинальной лихорадки, а изъ хроническихъ — сифилисъ, который относится къ вакцинаціи совершенно индифферентно.

Въ какое время года лучше производить вакцинацію — это почти все равно. Жаркое лѣто считается, впрочемъ, менѣе удобнымъ, такъ какъ пустулы принимаютъ сравнительно болѣе быстрое теченіе и чаще, якобы, случаются осложненія рожей.

Въ публикѣ циркулируетъ ложное убѣжденіе, будто не слѣдуетъ прививать оспу во время господства оспенной эпидеміи, причемъ предполагается, что вакцинація въ такомъ случаѣ располагаетъ къ зараженію оспой. Этотъ взглядъ не только совершенно ложенъ, но и вреденъ. Основанъ онъ на дурно истолкованномъ фактѣ, состоящемъ въ томъ, что во время эпидеміи оспы дѣйствительно случается такъ, что оспенная сыпь развивается съ вакциной, но не отъ того, конечно, что вакцинированный получилъ особое расположеніе къ оспѣ, а потому, напротивъ, что оспопрививаніе было произведено во время скрытаго періода оспы, т.-е. когда субъектъ былъ ужъ зараженъ. Что это дѣйствительно такъ, видно изъ того, что періодъ инкубаціи при оспѣ равняется minimum 8 днямъ, а при вакцинѣ тремъ; слѣдовательно, если бы болной заразился оспой уже послѣ вакцинаціи, то натуральная оспа не могла бы протекать одновременно съ вакциной, а начала бы высыпать лишь въ періодъ подсыхания. Наблюденія и прямые опыты показали, что предохранительное дѣйствіе вакцины достигаетъ значительной степени съ 5—6-го дня, такъ что если привить вакцину на 3-й или 4-й день періода инкубаціи оспы, то можно предотвратить ея развитіе или, по крайней мѣрѣ, значительно ослабить ее; чловѣкъ, которому только что привита вакцина, можетъ совершенно безъ риска ухаживать за самымъ опаснымъ оспеннымъ больнымъ (Ср. Pfeiffer, Die Vaccination. Tübingen 1884. S. 74).

Прекратить эпидемію оспы, появившуюся въ какомъ-нибудь мѣстечкѣ, можно только посредствомъ поголовной вакцинаціи.

Въ силу всего сказаннаго, слѣдуетъ прививать оспу немедленно, какъ только въ домѣ появится случай натуральной оспы. При подобныхъ обстоятельствахъ вакцинація производится всѣмъ поголовно, какъ здоровымъ, такъ и больнымъ, какъ новорожденнымъ, такъ и взрослымъ.

Сколько уколовъ надо дѣлать, чтобы достигнуть полной иммунности? Несомнѣнно, что и одна хорошо развитая пустула производитъ уже полную невосприимчивость къ оспѣ, по крайней мѣрѣ на нѣкоторое время, но вопросъ въ томъ, одинаково ли скоро возвращается восприимчивость къ оспѣ послѣ одной пустулы и послѣ нѣсколькихъ? Въ этомъ отношеніи въ лучшемъ условіи находятся, кажется, тѣ, что имѣютъ нѣсколько рубцовъ; Feiler, напр., замѣтилъ, что при ревакцинаціи дѣтей на 6-мъ году жизни положительный результатъ получается почти у всѣхъ имѣвшихъ прежде одну пустулу (одинъ рубецъ), а при 4—8 рубцахъ ревакцинація почти никогда не удается (въ этомъ возрастѣ), а потому лучше добиваться четырехъ пустулъ, а такъ какъ часто не всѣ уколы принимаются, то принято дѣлать ихъ въ количествѣ шести, т.-е. на каждой рукѣ по 3.

Значеніе числа хорошо развитыхъ пустулъ по отношенію возстановленія восприимчивости подтверждается также отчетомъ Metropolitan Asylum Board (Pfeiffer, l. c., S. 86) о послѣдней лондонской оспенной эпидеміи до 30 апрѣля 1872 года. Оказывается, что изъ 3085 случаевъ,

въ которыхъ было обращено вниманіе на рубцы, смертность отъ оспы среди лицъ, не имѣвшихъ рубцовъ, равнялась 47,5%; при одномъ неясномъ рубцѣ = 25%; при одномъ ясномъ рубцѣ = 5,3; при двухъ рубцахъ = 4,1; при трехъ = 2,3 и при четырехъ = 1%.

Но въ литературѣ имѣются, конечно, и противоположныя данныя; укажу, напр., на работу Lalagade, директора оспоприв. въ департаментѣ Тагн. На основаніи своихъ наблюденій онъ убѣдился, что наибольшее расположеніе къ оспѣ оказывается именно у субъектовъ съ ясно замѣтными рубцами. Его статистика относится къ 11.048 случаямъ ревакцинаціи. У субъектовъ съ однимъ рубцомъ ревакцинація дала правильно развитыя пустулы только въ 13%, а при нѣсколькихъ рубцахъ % удачи былъ тѣмъ выше, чѣмъ больше было рубцовъ, такъ что при 8 рубцахъ онъ равняется 51.

Если у ребенка развилась только одна пустула, то можно сдѣлать ему дополнительную аутовакцинацію, для чего на 5—6-й день берутъ лимфу изъ имѣющагося пузырька и прививаютъ ее въ 3—4 новыхъ мѣстахъ. Страннымъ образомъ, такая прививка обыкновенно удается, въ чемъ и я лично имѣлъ случай убѣдиться.

Впрочемъ, по поводу числа уколовъ мнѣнія авторитетныхъ лицъ значительно расходятся. Jenner прививалъ только одну оспинку; Heim, Marton, Bousquet по 6, во французскихъ и англійскихъ оспопрививательныхъ институтахъ дѣлаютъ по 5—6 уколовъ, въ германскихъ — 6—8. Большого числа уколовъ слѣдуетъ избѣгать потому, что чѣмъ больше развивается пустула, тѣмъ сильнѣе, конечно, будетъ и общая и мѣстная реакція, и скорѣе присоединяется рожа; я лично ограничиваюсь двумя, тремя уколами, но съ тѣмъ, чтобы лѣтъ черезъ 5—7 ревакцинировать.

При ревакцинаціи необходимо дѣлать сравнительно больше уколовъ или надрѣзовъ, такъ какъ обыкновенно принимаются не всѣ, особенно при употребленіи коровьей лимфы, а не детрита.

Наличность ясно замѣтныхъ рубцовъ доказываетъ только, что первая вакцинація была удачна и сопровождалась сильной реакціей, но они не позволяютъ судить о томъ, возстановилась ли восприимчивость къ оспѣ, или нѣтъ, а потому ревакцинировать такихъ субъектовъ, все равно, нужно.

На болѣе ли продолжительный срокъ предохраняетъ отъ оспы коровья лимфа сравнительно съ гуманизированной? Этотъ вопросъ пока еще не рѣшенъ и, повидимому, особой разницы въ этомъ отношеніи между этими двумя видами лимфы нѣтъ. — Вообще говоря, мы не имѣемъ признаковъ, по которымъ могли бы судить, предохранитъ ли прививка даннаго субъекта надолго, или нѣтъ.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о техникѣ прививанія.

Гуманизированная лимфа, съ ручки на ручку или въ видѣ консерва съ глицериномъ, а также и оспенный детритъ прививаются легко, и потому ихъ можно прививать уколомъ, какъ способомъ болѣе простымъ и скорымъ.

Уколь производится оспопрививательнымъ или обыкновеннымъ ланцетомъ. Лѣвою рукой оспопрививатель фиксируетъ ручку ребенка и натягиваетъ кожу на мѣстѣ прививки (область прикрѣпленія дельтовиднаго мускула); правою рукой онъ дѣлаетъ наискось уколь смоченнымъ лимфой ланцетомъ черезъ всю толщю эпидермиса; вынувши ланцетъ, онъ наноситъ на уколь еще немного лимфы. Передъ каждымъ новымъ уколомъ ланцетъ снова смачивается лимфой. Опытные оспопрививатели не только не наносятъ лимфу на уколы, но даже и смачиваніе ланцета дѣлаютъ черезъ 2—3 укола; но начинающимъ лучше брать новую порцію лимфы для каждаго укола. Такъ же дѣлаются прививки и детритомъ.

Уколъ отъ укола дѣлають на разстояніи 2—2 $\frac{1}{2}$ сантиметровъ.

Привитіе коровьей лимфы лучше производить надрѣзомъ посредствомъ того же самаго оспопрививательнаго ланцета. На натянутой кожѣ дѣлають очень поверхностный надрѣзь, длиной около 1 сантиметра. Пальцами лѣвой руки края этого надрѣза разводятся (посредствомъ натяженія кожи) и потомъ лимфа вводится въ нее приложеніемъ къ ней лезвія ланцета, смоченнаго лимфой.

Если приходится повторять вакцинацію у ребенка, которому уже раза 2—3 безъ успѣха прививали оспу, то для большей вѣрности можно попробовать способъ прививки татуировкой, при которомъ въ одномъ мѣстѣ дѣлаются другъ около друга 8—10 уколовъ или царапинъ, или дѣлають прививку крестообразными надрѣзами или двумя параллельными.

Послѣ прививки на мѣстахъ уколовъ или надрѣзовъ показывается обыкновенно капелька крови, которой дають засохнуть, прежде чѣмъ одѣнуть ребенка.

Вѣтреная оспа. VARICELLA.

Подъ именемъ вѣтреной оспы мы понимаемъ совершенно самостоятельную, острую, контагіозную, сыпную болѣзнь, характеризующуюся появленіемъ на кожѣ мелкихъ пузырьковъ съ прозрачнымъ содержимымъ, развивающихся не изъ папулы, а на красномъ пятнѣ.

Въ теченіе нынѣшняго столѣтія, начиная съ первыхъ годовъ его, много спорили о самостоятельности варицеллы, причемъ одни доказывали, что эта болѣзнь только похожа на оспу, но по свойству своего контагія совершенно отлична отъ нея, а другіе утверждали, что варицелла есть не что иное какъ легкій видъ оспы. Въ началѣ нашего столѣтія за самостоятельность стояли приверженцы вакцинаціи, въ особенности Heim и Hesse, по мнѣнію которыхъ эта операція застраховывала вакцинированнаго на всю жизнь отъ оспы, а если нѣкоторые изъ нихъ и заболѣвали какъ бы легкою формой, то это была уже не оспа, а сходная съ ней по симптомамъ, но самостоятельная по контагію — варицелла. Противники оспопрививанія, считая варицеллу за оспу, пользовались ею, чтобы доказывать бесполезность вакцинаціи. Въ первые два десятилѣтія мнѣніе Heim'a и Hesse было почти общепринятымъ, по крайней мѣрѣ въ Германіи, тогда какъ въ Англии и во Франціи, благодаря главнымъ образомъ вліянію Thomson'a, установившаго три степени оспы: variola, varioloid и varicella, — послѣдняя не обращала на себя особаго вниманія.

Послѣ Heim'a и Hesse споръ о варицеллѣ какъ-то затихъ и не возобновлялся въ теченіе болѣе 25 лѣтъ, такъ что Hebra, проповѣдовавшій въ 40-хъ и 50-хъ годахъ взглядъ Thomson'a, не встрѣтилъ противорѣчій. Въ 50-хъ, въ Архивѣ Virchow'a появилась статья дрезденскаго доктора Vetter'a за специфичность варицеллы, и съ этого времени вопросъ вступилъ въ новую эру. На этотъ разъ горячій споръ завязался между педиатрами и дерматологами. Благодаря новымъ экспериментальнымъ даннымъ, выяснившимъ индифферентное отношеніе варицеллы къ вакцинѣ и оспѣ, ученіе дуалистовъ (педиатровъ) установилось на прочномъ основаніи, такъ что въ настоящее время вопросъ о самостоятельности варицеллы, повидимому, уже пересталъ быть вопросомъ, такъ какъ всѣ, вѣжеться, согласны съ тѣмъ, что варицелла передается только какъ варицелла и, слѣдовательно, какъ болѣзнь контагіозная, она по свойству своего контагія не имѣетъ съ оспой ничего общаго. Изъ дѣятелей этого времени

въ пользу дуализма работали Thomas, Fleischmann, Steiner, Trousseau и др., за идентизмъ — Herba, Kaposi и Kassowitz.

За специфичность вѣтреной оспы говорятъ главнымъ образомъ экспериментальныя данныя и клиническія наблюденія, выясняющія свойства контагія. Посмотримъ же, чѣмъ собственно онъ отличается отъ контагія оспы.

Этиология.

Varicella поражаетъ почти исключительно только дѣтей до 10-лѣтняго возраста и почти никогда не встрѣчается послѣ 12 лѣтъ (у взрослыхъ мнѣ встрѣтилась varicella только два раза и оба раза у женщинъ 19 и 25 лѣтъ), такъ какъ воспримчивость организма къ этому яду съ возрастомъ постепенно уменьшается и къ 12-ти годамъ большею частью совсѣмъ пропадаетъ, а потому, для отличія отъ легкихъ случаевъ оспы, ее справедливо называютъ varicella infantum. Если бы варицелля была не чѣмъ инымъ какъ легкой оспой и такъ часто поражала бы дѣтей только потому, что въ этомъ возрастѣ свѣжо еще дѣйствіе вакцины, то въ такомъ случаѣ она встрѣчалась бы и у *ревакцинированныхъ* взрослыхъ, чего, однако, на дѣлѣ не бываетъ.

Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія варицеллей, но и на степень его, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ сильнѣе проявляется у него варицелля, причемъ время, протекшее съ момента вакцинаціи, не оказываетъ никакого вліянія.

Эпидеміи varicellae встрѣчаются иногда безъ одновременнаго господства оспы, т. е. совершенно самостоятельно. Фактъ этотъ засвидѣтельствованъ какъ прежними врачами, такъ и новѣйшими писателями. Moël, напр., удостоверяетъ, что въ Копенгагенѣ, въ періодъ времени отъ 1809 до 1823 года, постоянно наблюдались случаи varicellae, тогда какъ не было ни одного случая оспы, и въ доказательство цитируетъ еще четырехъ авторовъ, такъ что въ то время, говоритъ онъ, никто въ Копенгагенѣ не сомнѣвался въ самостоятельности варицелли. То же свидѣтельствуетъ Hesse для Wechselburg'a, гдѣ эпидеміи вѣтреной оспы встрѣчались въ теченіе 23 лѣтъ (отъ 1806—1829 г.) безъ господства оспы.

Интересно также указаніе Муггау'я, по наблюденіямъ котораго въ одной изъ колоній на мысѣ Доброй Надежды varicella господствуетъ эпидемически и никогда не даетъ повода къ распространенію оспы, эпидеміи которой появляются только послѣ заноса контагія извнѣ.

Специфичность варицеллезнаго контагія всего рѣзче выступаетъ изъ отношенія вѣтреной оспы къ вакцины и къ оспы. Еще Jenner доказалъ существованіе того факта, что различные виды оспы какъ челоука, такъ и животныхъ способны замѣщать другъ друга, какъ будто они находятся во взаимномъ противодѣйствіи. Такъ, привьемъ ли мы извѣстному субъекту вакцину или оспу овцы, или онъ заразится отъ мокреца лошади, во всѣхъ этихъ случаяхъ онъ дѣлается на *нѣкоторое*, болѣе или менѣе продолжительное, время застрахованнымъ отъ заболѣванія оспой и теряетъ воспримчивость къ контагію не только

человѣческой оспы, но и оспы животныхъ. На этомъ, какъ извѣстно, основана предохранительная вакцинація, а между тѣмъ многочисленными наблюденіями безспорно доказано, что *варицелля и вакцина не оказываютъ другъ на друга никакого вліянія*, такъ какъ не только варицелля можетъ слѣдовать непосредственно за вакциной, но и вакцина съ успѣхомъ прививается ребенку, только-что перенесшему вътрреную оспу и даже, какъ я и самъ имѣлъ случай убѣдиться, во время цвѣтенія варицеллезной сыпи. Фактъ этотъ особенно важенъ потому, что онъ очень постояненъ, въ чемъ легко убѣдиться всякому, а потому Gerhardt справедливо говорить, что одного этого факта совершенно достаточно для доказательства самостоятельности варицелли.

Пока въ наукѣ главенствовалъ взглядъ Невга, до тѣхъ поръ во многихъ дѣтскихъ больницахъ варицеллезныхъ больныхъ помѣщали въ оспенныя палаты, и многіе педиатры имѣли случай убѣдиться, что *варицелля нисколько не предохраняетъ больного отъ зараженія оспой, и наоборотъ*, оспа не уничтожаетъ воспримчивости къ варицеллѣ. Фактъ этотъ относится также къ числу хорошо констатированныхъ и вовсе не рѣдкихъ, въ чемъ я убѣдился, между прочимъ, и изъ личныхъ наблюденій въ нашей дѣтской больницѣ, во время небольшой эпидеміи варицелли въ 1876 г. Въ то время у насъ было въ обычаѣ помѣщать больныхъ вътрреню оспой въ оспенное отдѣленіе. Въ числѣ 16 больныхъ, переведенныхъ туда, попались четверо не вакцинированныхъ и изъ нихъ двое заболѣли черезъ нѣсколько дней послѣ того настоящей оспой, 3-й, вскорѣ по поступленіи въ контагіозное отдѣленіе (убійственно устроенное), умеръ отъ скарлатины, а объ участи четвертаго мы ничего не знаемъ, такъ какъ черезъ недѣлю, т.-е. еще до истеченія срока скрытаго періода оспы, онъ выписался изъ больницы и больше не являлся.

Изъ числа 16 нашихъ больныхъ было двое, уже имѣвшихъ прежде оспу, и въ томъ числѣ одинъ 4-лѣтній мальчикъ, рябой, перенесшій оспу всего лишь годъ тому назадъ.

Всѣ виды оспеннаго яда (животныхъ и человѣка, легкой или тяжелой оспы) обладаетъ способностью легко прививаться при введеніи ихъ посредствомъ уколовъ въ кожу, а между тѣмъ варицеллезный ядъ и въ этомъ отношеніи проявляетъ свою самостоятельность, такъ какъ по общему отзыву всѣхъ занимавшихся прививками варицелли (Hesse, Veter, Thomas, Fleischmann и др.) оказывается, что *варицелля не прививается почти никогда*, а въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, когда она прививалась, всегда получалась опять-таки варицелля, а не оспа.

Не будучи способнымъ передаваться прививкой, ядъ варицелли оказывается чрезвычайно летучимъ и черезъ воздухъ передается очень легко, такъ что ребенокъ, имѣющій воспримчивость къ нему, заражается имъ даже послѣ нѣсколькихъ-минутнаго пребыванія около варицеллезнаго больного; такъ, напр., было это въ слѣдующемъ случаѣ: въ одно семейство явился на праздникъ кадетъ съ пузырьчатой, разбросанной сыпью на лицѣ. Онъ вошелъ въ комнату и успѣлъ только поздороваться, какъ сейчасъ же былъ отправленъ назадъ въ корпусъ, какъ человѣкъ, можетъ-быть, заразительный; но эта мѣра не помогла, и черезъ 2 недѣли двое дѣтей этой семьи, почти въ одинъ и

тотъ же часъ, заболѣли варицеллею. По справкамъ, у кадета оказалась та же болѣзнь.

Что вѣтренная оспа передается иногда третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ, для меня несомнѣнно, хотя доказать подобный способъ передачи не всегда легко.

Симптомы и теченіе.

Скрытый періодъ при варицеллѣ довольно точно равняется 14 днямъ; колебанія въ ту или другую сторону не превышаютъ одного дня, такъ что въ этомъ отношеніи она похожа на корь.

Сыпь при *varic. infant.* представляетъ чисто *везикулезный* характеръ, въ отличіе отъ оспы, какъ пустулезной формы. Варицеллезную сыпь можно сравнить, по примѣру Gregory, съ пузырьками, происшедшими отъ мелкихъ брызгъ кипящей воды: въ обоихъ случаяхъ пузырьки очень разнообразной величины, отъ головки булавки до крупной горошины, окружены краснымъ ободкомъ, имѣютъ полусферическую форму, безъ центрального вдавленія (т.-е. безъ пупка) и безъ перегородокъ внутри и наполнены прозрачной серозною жидкостью. *Пузырьки эти, въ отличіе отъ оспенныхъ пузырьковъ, развиваются не изъ папулъ, какъ при оспѣ, а выскакиваютъ прямо на красномъ пятнѣ; для своего полного развитія они требуютъ не дни, какъ при оспѣ, а нѣскольکو часовъ; если пузырьки, какъ бы мало ихъ ни было, развиваются изъ папулы и потомъ обращаются въ теченіе слѣдующихъ дней въ пустулы или даже abortируются на степени пузырька, то гораздо больше вѣроятности въ пользу легкой оспы, чѣмъ за варицеллю.* Обыкновенно пузырьки сохраняютъ свой первоначальный характеръ до двухъ дней и потомъ подсыхаютъ, оставляя на своемъ мѣстѣ тонкую, поверхностную корочку, по отпаденіи которой никакого рубца не остается; въ нѣкоторыхъ пузырькахъ содержимое мутнѣетъ отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ, но до образованія настоящей пустулы, заживающей рубцомъ, дѣло не доходитъ. Періодъ подсыханія сопровождается очень замѣтнымъ зудомъ. Такъ какъ высыпаніе совершается приступами въ теченіе 2—4 дней, то на 3—4-й день болѣзни на кожѣ больного можно наблюдать варицеллезную сыпь во всѣхъ періодахъ ея развитія, начиная съ пятенъ *geseolae* и кончая засохшей корочкой.

Число пузырьковъ при *varicella* также измѣнчиво, какъ и при оспѣ; оно колеблется отъ нѣсколькихъ штукъ, разбросанныхъ по всему тѣлу, до громаднаго числа, такъ что можно рѣшительно утверждать, что въ этомъ отношеніи варицелля нисколько не уступаетъ не только вариолоиду, но и настоящей оспѣ. Подобные случаи стоятъ въ рѣзкомъ противорѣчій съ опредѣленіемъ варицелли въ смыслѣ Невга, по которому она отличается отъ вариолоида и оспы будто бы только меньшимъ числомъ высыпанія и зависящимъ отъ того болѣе легкимъ и короткимъ теченіемъ.

Для настоящей *varic. infant.* это опредѣленіе совершенно невѣрно, такъ какъ число *пузырьковъ никоимъ образомъ не можетъ служить критеріемъ для отличія ея отъ оспы; но нельзя того же сказать про распредѣленіе сыпи.* Извѣстно, что оспа всего сильнѣе поражаетъ лицо, потомъ конечности

и почти совершенно не высыпаетъ на животѣ; varicella, напротивъ, не оказывается предпочтенія лицу (сыпи здѣсь даже меньше, чѣмъ на спинѣ) и вовсе не щадитъ живота. Замѣтимъ, между прочимъ, что варицелля охотно высыпаетъ также и на волосистой части головы.

Дальнѣйшее отличіе varicel. отъ оспы мы имѣемъ въ *ходѣ лихорадки*. Точныя наблюденія Thomas'a показали именно, что въ большинствѣ случаевъ *varicella протекаетъ безъ продромальной лихорадки*, или повышение температуры начинается лишь за нѣсколько часовъ до высыпанія, такъ какъ при легкой оспѣ бываетъ двух- или трехдневная продромальная лихорадка. Далѣе, съ *появленіемъ варицеллезной сыпи лихорадка, въ противоположность оспѣ, не только не исчезаетъ, но даже усиливается, доходитъ иногда до 39—40° и держится на такой высотѣ нѣсколько дней, пока продолжаютъ появляться все новые и новые пузырьки. Съ прекращеніемъ лихорадки новыхъ пузырьковъ болѣе не появляется, и больной черезъ 5—10 дней совершенно выздоравливаетъ.*

Какъ на аномальную вѣтреноую оспу, можно указать на *затяжную варицеллю*, когда повторныя высыпанія все новыхъ и новыхъ пузырьковъ продолжаются не 3—5 дней, какъ обыкновенно, а гораздо долѣе, напр., недѣли 2—3 и даже до 2 мѣсяцевъ (Trousseau). Часто бываетъ, что позднѣйшія высыпи уже не сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ.

О с л о ж н е н і я .

Варицелля принадлежитъ къ числу безопасныхъ болѣзней, не имѣющихъ наклонности осложниться какими бы то ни было другими болѣзнями. Хотя въ послѣдніе годы, съ легкой руки Непосч'a, и было описано нѣсколько случаевъ *послѣварицеллезнаго нефрита*, но въ общемъ числѣ больныхъ это осложненіе или послѣдовательная болѣзнь встрѣчается такъ исключительно рѣдко, что при предсказаніи не играетъ особенной роли. Въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ, воспаленіе почекъ являлось отъ 4-го до 14-го дня послѣ появленія сыпи и въ большинствѣ случаевъ протекало въ видѣ легкой формы нефрита съ умѣренной водянкой, небольшой альбуминуріей и съ незначительнымъ осадкомъ въ мочѣ, состоящимъ изъ гіалиновыхъ цилиндровъ, бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, почечнаго эпителія и мочевиныхъ солей. Въ одномъ случаѣ Непосч'a (изъ 4-хъ имъ описанныхъ) двухлѣтняя дѣвочка умерла послѣ двухнедѣльнаго существованія симптомовъ нефрита отъ отека легкихъ. При вскрытіи была найдена, между прочимъ, умѣренная гипертрофія и расширение лѣваго желудочка сердца при полной интактности клапановъ; эта гипертрофія соотвѣтствовала той, что встрѣчается и при скарлатинномъ нефритѣ.

Хотя варицелля, подобно оспѣ, высыпаетъ обыкновенно и на слизистыхъ оболочкахъ (преимущественно на нѣбѣ, губахъ и конъюнктивѣ), но пузырьковъ бываетъ немного и они не даютъ повода къ развитію осложненийъ въ видѣ воспаленій слизистыхъ оболочекъ, занятыхъ сыпью. Въ литературѣ, впрочемъ, можно найти описанія случаевъ тяжелаго ларингита, вслѣдствіе высыпанія въ гортани пузырьковъ варицелли, потребовавшихъ трахеотоміи, и случаевъ сильнаго воспаленія глазъ, оставившихъ пятна на роговыхъ оболочкахъ.

Нѣкоторые авторы описали *гангренозную форму* варицелли, выражавшуюся развитіемъ ограниченной гангрены кожи вокругъ пузырьковъ. Такая гангрена встрѣчается по преимуществу у дѣтей истощенныхъ, кахетичныхъ и туберкулезныхъ, но иногда и у совершенно здоровыхъ, подѣ влияніемъ неизвѣстныхъ причинъ. Послѣ отдѣленія омертвѣвшихъ участковъ кожи остаются болѣе или менѣе обширныя и упорныя изъязвленія. Въ случаѣ гангренозной варицелли, описанной д-ромъ Крюковымъ, изъ нашей дѣтской клиники, въ содержимомъ гангренозныхъ пузырьковъ онъ находилъ несомнѣннаго дифтерійнаго бацилла Löffler'a.

Но все это рѣдкости, какъ и *серозные синовиты*, описанные нѣкоторыми авторами. При случаѣ, напр. въ больницахъ, лопнувшіе пузырьки могутъ быть мѣстомъ внѣдренія рожистыхъ микробовъ или какихъ-нибудь другихъ вторичныхъ инфекцій.

Предсказаніе.

Варицеллю можно считать за болѣзнь совершенно безопасную и ставить всегда самое благоприятное предсказаніе, а потому и

Лѣч е н і е

совершенно не нужно. Пока больной лихорадитъ, пусть остается въ постели и, въ виду возможности появленія послѣдовательнаго нефрита, пусть въ холодное время года недѣли двѣ не выходитъ изъ комнаты.



КОКЛЮШЪ. PERTUSSIS.

Подъ именемъ коклюша мы понимаемъ *общую* инфекционную, эпидемическую и контагиозную болѣзнь, характеризующуюся своеобразнымъ, судорожнымъ кашлемъ и циклическимъ теченіемъ.

Съ этимъ опредѣленіемъ коклюша многіе, конечно, не согласятся, такъ какъ, въ большинствѣ руководствъ, онъ опредѣляется какъ болѣзнь *мѣстная*, т.-е. какъ контагиозный катарръ дыхательныхъ органовъ, вызванный специфическою причиною. Другіе смотрятъ на коклюшъ какъ на неврозъ и, сообразно этому, описаніе его можно найти, напр., въ руководствѣ по нервнымъ болѣзнямъ Eulenburg'a.

Что это не неврозъ, доказывается контагиозностью и эпидемическимъ распространеніемъ коклюша и постояннымъ присутствіемъ катарра извѣстныхъ, хотя бы иногда и очень ограниченныхъ, мѣстъ слизистой оболочки гортани и бронховъ.

Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма, или съ специфическимъ катарромъ.

Что катарръ дыхательныхъ органовъ, болѣе или менѣе ограниченный или разлитой, можетъ считаться постояннымъ спутникомъ коклюша, нисколько не рѣшаетъ дѣла въ пользу того, что эта болѣзнь чисто мѣстная, такъ какъ любая изъ несомнѣнно контагиозныхъ болѣзней оказываетъ предпочтеніе локализоваться въ томъ или другомъ органѣ, и это обстоятельство нисколько не говоритъ противъ общаго заболѣванія организма. Въ числѣ признаковъ, общихъ всѣмъ этимъ болѣзнямъ, мы укажемъ только на два, рѣшительно говорящія противъ мѣстной природы ихъ: это — несоотвѣтствіе лихорадочнаго состоянія мѣстнымъ проявленіямъ болѣзни и множественность локализаций. То же самое мы видимъ и въ коклюшѣ. Въ главѣ объ анатомо-патологическихъ измѣненіяхъ я постараюсь доказать, что мѣстныя измѣненія при коклюшѣ не постоянны, являются не всегда съ самаго начала въ одномъ и томъ же видѣ и интенсивность этихъ мѣстныхъ измѣненій во многихъ случаяхъ бываетъ такъ ничтожна, что не можетъ объяснить начальную лихорадку при коклюшѣ*). Что эта по-

*) Даже Hagenbach (I. с. 555), опредѣляющій коклюшъ, какъ катарръ извѣстныхъ мѣстъ слизистой оболочки дыхательныхъ органовъ, признаетъ, что мы не знаемъ, какія именно мѣста гортани и трахеи, а можетъ-быть и бронховъ, постоянно и преимущественно поражаются при коклюшѣ, такъ какъ различные наблюдатели въ этомъ отношеніи значительно между собой расходятся.

слѣдняя не зависитъ отъ катарра, а обладаетъ самостоятельностью, видно еще изъ того, что сплошь и рядомъ она въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни исчезаетъ, тогда какъ катарръ усиливается, распространяясь съ дыхательнаго горла на бронхи. Въ нѣкоторыхъ, правда, рѣдкихъ, случаяхъ, лихорадка является прежде кашля или какихъ-либо другихъ катарральныхъ явленій. Я хорошо помню, напр., случай коклюша у 8-лѣтней дѣвочки, къ которой меня пригласили скорѣе пріѣхать въ 11-мъ часу вечера. Я засталъ больную въ сильномъ жару; термометръ, поставленный въ подмышку, показалъ 40°; при этомъ была довольно сильная головная боль, но ни насморка, ни кашля. Діагностика, конечно, не могла быть поставлена. На другой день температура не поднималась выше 39°, а на 3-й — оказалась нормальной, но больная стала жаловаться на чувство парананія въ глоткѣ и стала покашливать сухимъ, короткимъ кашлемъ. Эти симптомы сухого фарингита продолжались цѣлую недѣлю и не облегчались ни пульверизаціями, ни смазываніемъ зѣва растворомъ ляписа изъ 10 гранъ на унцію и потомъ постепенно перешли въ симптомы коклюша, причемъ прежде всего было замѣчено, что кашель какъ бы сконцентрировался вечеромъ отъ 9 до 12 часовъ и именно въ эти часы онъ принялъ вскорѣ спазматическій характеръ, тогда какъ въ другое время сутокъ онъ оставался еще короткимъ и сухимъ.

Что касается до множественности локализаций, то хотя этотъ признакъ при коклюшѣ выраженъ не рѣзко, но все-таки мы имѣемъ достаточно данныхъ, чтобъ утверждать, что спазматическій кашель зависитъ не отъ одного лишь катарра, но и отъ пораженія центральной нервной системы и въ особенности продолговатаго мозга; на это указываетъ, между прочимъ, чрезвычайная наклонность коклюшныхъ больныхъ ко рвотѣ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываетъ, конечно, такъ, что рвота является въ концѣ пароксизма судорожнаго кашля и кажется вызванной просто механически, вслѣдствіе большого напряженія брюшнаго пресса; но, помимо этихъ обыкновенныхъ случаевъ, встрѣчаются и другіе, имѣющіе для насъ особый интересъ, въ которыхъ рвота является или въ началѣ пароксизма (см. Henoch, Handbuch, II Aufl. 1887, S. 429), или при очень легкомъ приступѣ кашля. Встрѣчаются случаи, говоритъ Henoch, въ которыхъ рвота составляетъ самый выдающійся симптомъ приступа и своимъ постоянствомъ возбуждаетъ опасенія. У нѣкоторыхъ дѣтей рвота является даже послѣ пароксизмовъ, кончающихся безъ свиста, а у другихъ она часто повторялась и во время промежутковъ, и, въ виду отсутствія какихъ-либо симптомовъ со стороны желудка, она признавалась Henoch'омъ за чисто нервную рвоту. Къ этой же категоріи относится и ускоренное, диспноическое дыханіе съ громкимъ выдыханіемъ, которое въ одномъ случаѣ Henoch'a появлялось всякій разъ передъ приступомъ кашля у 9-лѣтней дѣвочки и продолжалось больше часа, пока наступалъ, наконецъ, пароксизмъ кашля. Послѣ того, эта чисто нервная одышка исчезала, и дыханіе дѣлалось совершенно правильнымъ. Да и самый характеръ коклюшнаго кашля, т.-е. его необыкновенная сила и судорожность, несмотря на ничтожность катарра, указываетъ на повышенную раздражительность центра, такъ какъ изъ физиологіи извѣстно, что сильные рефлексъ на слабое раздраженіе наблюдаются только при усиленной возбудимости рефлекторныхъ центровъ;

при коклюшѣ наблюдается нѣчто такое, какъ при отравленіи стрихниномъ, который, повышая рефлекторную возбудимость спинного мозга, дѣлаетъ то, что отравленный субъектъ отвѣчаетъ общими судорогами на самое легкое раздраженіе кожи. Въ пользу того, что коклюшъ есть болѣзнь общая, говорить еще и то, что онъ бываетъ только разъ въ жизни. Дву- и троекратное заболѣваніе коклюшемъ встрѣчается такъ же рѣдко, если не рѣже*), какъ и при другихъ подобныхъ болѣзняхъ, напр. при оспѣ и кори, тогда какъ контагіозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, вызванное специфическою причиною (трипперъ, бленноррея глазъ), могутъ повторяться у одного и того же субъекта нѣсколько разъ. Однако, всѣ эти факты могутъ быть объяснены такимъ образомъ, что коклюшъ, подобно дифтеріи, есть болѣзнь мѣстная, но что изъ мѣстъ колонизацій коклюшного микроба всасываются вырабатываемые имъ токсины, которые вызываютъ какъ лихорадочное состояніе, такъ и повышенную возбудимость продолговатаго мозга, главнымъ образомъ кашлевого и рвотнаго центра. Но есть еще одно обстоятельство, говорящее за то, что въ кровь проникаютъ не одни лишь токсины коклюша, но и производители его; обстоятельство это состоитъ въ способности коклюша передаваться черезъ послѣдовое кровообращеніе отъ матери плоду, что доказывается случаями заболѣванія новорожденныхъ коклюшемъ на 1-й день внѣутробной жизни, если мать ихъ была больна этой болѣзью въ концѣ беременности (случай Rilliet-Barthez'a, Tr. clin. d. maladies des. enf. 1891. Т. III, p. 747; здѣсь же упоминается и случай Blache). Что коклюшъ контагіозенъ, въ этомъ нието, конечно, не сомнѣвается; изъ новыхъ авторовъ только Sticker (Nothnagel's Handb. IV Keuchhusten, S. 45) высказывается въ томъ смыслѣ, что коклюшъ заразителенъ не всегда и не во всякую эпидемію. Предполагаютъ, что ядъ содержится въ мокротѣ, и въ пользу этого приводится, во-1-хъ, присутствіе въ ней извѣстныхъ микробовъ, предполагаемыхъ производителей болѣзни, и, во-2-хъ, удачные опыты зараженія животныхъ, посредствомъ введенія коклюшной мокроты въ ихъ трахею; но несомнѣнно, что зараза передается и черезъ воздухъ, т.-е. что она летуча и содержится въ воздухѣ, выдыхаемомъ больнымъ. Можетъ ли она осаждаться на неодушевленные предметы и передаваться такимъ образомъ черезъ вещи или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ, — это не доказано, но очень вѣроятно, особенно для мокроты, высохшей на платкѣ или на другихъ вещахъ. Иначе трудно было бы объяснить заболѣваніе коклюшемъ дѣтей, никогда не видавшихъ подобныхъ больныхъ.

По поводу бактериологіи коклюша было предпринято очень много работъ, которыя, однако, еще не дали окончательныхъ результатовъ, такъ что въ настоящее время имѣется нѣсколько претендентовъ считаться производителемъ коклюша, такъ, напр., проф. Аванасевъ, нашелъ въ мокротѣ короткую палочку, названную *bacillus tussis convulsivae*. Онъ считаетъ эту бактерію за причину коклюша, во-1-хъ, потому, что онъ встрѣчалъ ее только при этой

*) Двукратное заболѣваніе корью встрѣчается сравнительно не особенно рѣдко, такъ какъ подобные случаи описаны въ большомъ числѣ, между тѣмъ какъ повтореніе коклюша встрѣчается такъ рѣдко, что подобныхъ случаевъ не видали даже и такіе опытные люди, какъ Barthez и Rilliet.

болѣзни, и, во-2-хъ, потому, что бактерія эта при впрыскиваніи ея щенкамъ черезъ дыхательное горло, оказалась болѣзнетворной, но вѣдь на тѣхъ же основаніяхъ, Ritter считаетъ производителемъ коклюша допкоккока, тогда какъ палочка Леанасьева, по его мнѣнію, есть безвредный постоянный обитатель рта. Deichler и Курловъ отрицаютъ и то и другое, а виновникомъ болѣзни считаютъ амѣбу и т. д.

Летучесть коклюшного яда не велика; у насъ въ больницѣ коклюшные больные помѣщались въ палатѣ, отдѣленной отъ общихъ палатъ только корридоромъ, и тѣмъ не менѣе случаевъ зараженія коклюшемъ другихъ больныхъ я совсѣмъ не помню; на это указываетъ также и Неносъ относительно своей клиники. Несмотря на это, изоляція коклюшныхъ въ семействахъ обыкновенно не ведетъ къ цѣли, такъ какъ *коклюшъ*, подобно кори, *начинаетъ заражаться съ первыхъ дней своего появленія*, когда еще не можетъ быть узнавъ. Стало-быть, изоляція заболѣвшихъ не ведетъ къ цѣли, потому что поздно предпринимается. Какъ долго продолжается заразительный періодъ коклюша, трудно сказать; вообще коклюшный больной считается заразительнымъ, пока онъ не избавится отъ пароксизмовъ судорожнаго кашля, но это еще не доказано; возможно, что коклюшъ наиболѣе заразителенъ въ періодѣ предвѣстниковъ, а что въ періодѣ судорожнаго кашля заразительность постепенно ослабѣваетъ. Въ этомъ отношеніи весьма интересно наблюденіе Weil'я, который помѣщалъ 29 коклюшныхъ въ больницѣ среди 338 другихъ больныхъ и не видалъ ни одного случая зараженія. Что контактія коклюша можетъ передаваться плоду посредствомъ плацентарнаго кровообращенія, объ этомъ было сказано выше.

Въ учебникахъ очень распространено мнѣніе, будто дѣвочки чаще заболѣваютъ коклюшемъ, чѣмъ мальчики; но насколько это справедливо, трудно сказать. Наблюденія въ частной практикѣ не подтверждаютъ этого, такъ какъ если коклюшъ появляется въ многодѣтной семьѣ, то онъ не оказываетъ особаго предпочтенія прекрасному полу, а поражаетъ всѣхъ одинаково. Roger тоже не могъ замѣтить въ этомъ отношеніи разницы, и вліяніе пола на расположеніе къ коклюшу онъ считаетъ недоказаннымъ (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, 1883, т. II, р. 381 и слѣд.).

Другое дѣло — возрастъ. Коклюшъ есть настоящая дѣтская болѣзнь. Всего больше заболѣваютъ коклюшемъ дѣти отъ 2 до 7 лѣтъ; послѣ 7 и въ особенности послѣ 10 лѣтъ расположеніе къ коклюшу рѣшительно уменьшается и у взрослыхъ или совсѣмъ пропадаетъ, или ослабляется настолько, что коклюшъ развивается у нихъ не настолько выраженный, какъ у дѣтей, и часто протекаетъ безъ характернаго для этой болѣзни свиста. Рѣдко заболѣваютъ коклюшемъ и дѣти до года и особенно въ первые 6 мѣсяцевъ. Въ этотъ возрастъ пароксизмы коклюша бываютъ обыкновенно неполные.

Monti, а также Roger утверждаютъ, что даже новорожденные и дѣти первыхъ мѣсяцевъ жизни имѣютъ такое же сильное расположеніе къ коклюшу, какъ въ возрастѣ отъ 2 до 6 лѣтъ, а если у послѣднихъ коклюшъ встрѣчается чаще, такъ только вслѣдствіе того, что, гуляя въ многлюдныхъ мѣстахъ и посѣщая дѣтскіе сады и школы, они скорѣе находятъ случай заразиться. Послѣ же 10 лѣтъ болѣзнь встрѣчается рѣже потому, что многія уже прежде перенесли коклюшъ и вслѣдствіе этого утратили воспримчивость къ нему.

Изъ другихъ случайныхъ или предрасполагающихъ причинъ, кромѣ возраста, большое значеніе имѣють спертый воздухъ въ квартирѣ, гдѣ живетъ коклюшный больной, и простуда, также катарральное состояніе дыхательныхъ органовъ, напр., у рахитиковъ, золотушныхъ и вообще у слабыхъ дѣтей. Впрочемъ, можетъ-быть, справедливѣе было бы сказать, что такія дѣти заболѣваютъ коклюшемъ не чаще, чѣмъ здоровые, а процентъ смертности среди нихъ больше.

Эпидеміи коклюша встрѣчаются какъ лѣтомъ, такъ и зимой, но лѣтомъ онѣ вообще бывають доброкачественнѣе.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Для выясненія сущности коклюша вскрытія умершихъ отъ этой болѣзни не имѣють особаго значенія, такъ какъ причиной смерти всегда бывають какія-нибудь осложненія и, главнымъ образомъ, катарральныя и туберкулезныя пневмоніи. Въ этомъ отношеніи гораздо интереснѣе результаты ларингоскопическаго изслѣдованія больныхъ и въ началѣ болѣзни, и въ періодѣ полного ея развитія. Но, къ сожаленію, въ этомъ отношеніи нѣтъ согласія у различныхъ изслѣдователей, да притомъ большинство наблюденій относится къ періоду судорожнаго кашля, а не къ началу болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ началѣ коклюша, какъ и при гриппѣ, замѣчается болѣе или менѣе выраженный катарръ слизистой оболочки носа, гортани и трахеи, который распространяется позднѣе на крупныя и потомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ на мелкія бронхи и даже на легочныя пузырьки, вслѣдствіе чего въ смертельныхъ случаяхъ на трупѣ всегда можно встрѣтить разлитой капиллярный бронхитъ, лобулярный ателектазъ и островки катарральной пневмоніи. Въ другихъ случаяхъ замѣтнаго катарра нѣтъ, и тутъ-то именно ларингоскопическая картина получалась у разныхъ лицъ не одинаковая. Одни находили инъекцію слизистой оболочки зѣва и надгортанника, другіе (Beau) описываютъ воспаленіе *regiae supraglotticae*, Rehn — инъекцію передней стѣнки нижней части гортани и трахеи, Meyer-Hüni — пораженіе гортани и трахеи, въ особенности *fos. interarytaen.* и область бифуркаціи; Biermer находилъ гортань совершенно здоровой, но крайней мѣрѣ, въ макроскопическомъ смыслѣ, но видѣлъ гиперемію и накопленіе слизи въ трахей; Hanke тоже въ 5 случаяхъ изъ 6 находилъ слизистую оболочку гортани блѣдною на всемъ пространствѣ какъ выше, такъ и ниже голосовыхъ связокъ, Meyer — инъекцію верхней части гортани. Словомъ, какъ ларингоскопическія изслѣдованія, такъ и результаты вскрытій, доказываютъ, что при коклюшѣ мы не знаемъ какихъ-либо постоянныхъ, характерныхъ для него измѣненій; при немъ, какъ и при кори или гриппѣ, поражаются главнымъ образомъ то носъ, то гортань, то бронхи.

Точно такъ же не найдено постоянныхъ измѣненій и въ центральной нервной системѣ.

Симптомы и теченіе.

Въ коклюшѣ различаютъ 4 періода: 1) періодъ инкубаціи, 2) періодъ предвѣстниковъ или катарральный, 3) періодъ спазматическаго кашля и 4) періодъ разрѣшенія или бленнорройный.

Сколько времени продолжается при коклюшѣ скрытый періодъ, т.-е. черезъ сколько дней послѣ зараженія появляется кашель (не спазматическій, а простой), мы въ точности не знаемъ, но, какъ кажется, этотъ періодъ при коклюшѣ не отличается постоянствомъ и колеблется отъ 3 дней до 2 недѣль; всего чаще онъ равняется 5—7 днямъ (Ollivier 48 ч., Rev. 1890 г.).

Различные авторы опредѣляютъ срокъ скрытаго періода по-разному Guer-sant — въ 5—6 дней, Gerhardt — 3—4 дня, Henoch — 10—12 дней, West — 8—10 дней и т. п. Roger (Rech. clin. sur les malad. d. l'enf., 1883, т. II, р. 449 и слѣд.) приводитъ нѣсколько случаевъ коклюша у дѣтей, у которыхъ скрытый періодъ могъ быть опредѣленъ съ точностью, такъ какъ они имѣли случай заразиться только благодаря нѣсколькиминутному пребыванію въ обществѣ больного. Начало болѣзни наступало у нихъ черезъ 6—7 дней; онъ допускаетъ, впрочемъ, что этотъ срокъ укорачивается иногда до 3—4 дней или удлинняется до 10—12 дней, потому онъ думаетъ, что если ребенокъ, изолированный отъ больного, остается здоровымъ въ теченіе двухъ недѣль послѣ того, то можно считать, что онъ не успѣлъ еще заразиться и, слѣдовательно, останется здоровымъ впредь до новаго случая заразиться.

Совершенно изолированнымъ стоитъ наблюденіе Takernier. Дочь его пріѣхала къ нему изъ деревни совершенно здоровой и, на другой день по пріѣздѣ, имѣла случай заразиться отъ другихъ коклюшныхъ дѣвочекъ, съ которыми играла, и на слѣдующій день послѣ того, въ вечеру, она вдругъ стала кашлять спазматическимъ, свистящимъ кашлемъ, безъ рвоты, продолжавшимся въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Слѣдовательно, скрытый періодъ продолжался здѣсь только 24 часа, катаррального періода не было совсѣмъ. Въ случаѣ Ollivier скрытый періодъ продолжался 48 часовъ (Rev. mens. de mal. de l'enf. 1890).

Второй періодъ, катарральный, начинается или подъ видомъ легкаго гриппа, или подъ маской фарингита.

Въ первомъ случаѣ больной начинаетъ немного лихорадить (38—39,5°, рѣдко больше) и вмѣстѣ съ тѣмъ появляется кашель, при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди (laryngo-tracheitis), а иногда и насморкъ. Картина болѣзни настолько похожа на легкій гриппъ (особенно при насморкѣ), что діагностика въ первые три дня, конечно, не можетъ быть сдѣлана, если въ данномъ семействѣ это первый случай коклюша. Въ дальнѣйшемъ теченіи можно предполагать коклюшъ на томъ основаніи, что легкій гриппъ, начинающійся съ легкаго лихорадочнаго состоянія, обыкновенно не затягивается, а напротивъ того, дня черезъ три отъ начала болѣзни пачинаетъ разрѣшаться, лихорадка прекращается, кашель дѣлается рыхлѣе, тогда какъ при коклюшѣ какъ разъ наоборотъ: лихорадка если и исчезнетъ, то кашель

все-таки остается сухимъ и болѣе частымъ и особенно *въ первые часы ночи*, причемъ Доверовъ порошокъ, данный вечеромъ, обыкновенно не облегчаетъ кашля; въ концѣ недѣли діагностика коклюша въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлана уже съ очень большою вѣроятностью, такъ какъ въ тѣ же часы ночи кашель принимаетъ уже пароксизмообразный характеръ. Прежде онъ состоялъ изъ отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ; послѣ каждаго кашлевого толчка ребенокъ имѣлъ время, чтобы вздохнуть, а теперь нѣсколько кашлевыхъ толчковъ (и чѣмъ больше ихъ, тѣмъ характернѣе для коклюша) слѣдуютъ уже такъ быстро другъ за другомъ, что ребенокъ не можетъ дѣлать вдоха иначе, какъ только послѣ пѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ. Такого рода кашель очень похожъ на спазматическій кашель 3-го (судорожнаго) періода, но отличается отъ него, во-1-хъ, меньшею силою кашля, а во-2-хъ, и главнымъ образомъ, отсутствіемъ рвоты въ концѣ пароксизма и спазма голосовой щели, обуславливающего свистящій вздохъ, столь характерный для настоящаго коклюшнаго кашля.

Переходъ этого періода въ слѣдующій, т.-е. въ спазматическій, всегда совершается постепенно и именно такимъ образомъ, что въ извѣстные часы ночью, а иногда кромѣ того раза 2—3 и днемъ, короткий, сухой кашель принимаетъ только что описанный характеръ, а потомъ изрѣдка начинаетъ появляться и свистъ или, по крайней мѣрѣ, намекъ на него и, наконецъ, рвота.

О ходѣ лихорадки въ началѣ коклюша мы имѣемъ очень мало свѣдѣній; можно сказать только, что она бываетъ обыкновенно ремиттирующаго типа, съ утренними пониженіями и вечерними повышеніями, и что температура рѣдко достигаетъ до 39°. Сильная лихорадка съ повышеніями до 39,5—40°, хотя иногда и встрѣчается въ продромальномъ періодѣ коклюша, но принадлежитъ къ исключеніямъ.

Въ другихъ случаяхъ, коклюшъ начинается безъ лихорадочнаго состоянія; тогда не бываетъ обыкновенно и катарральныхъ явленій со стороны носа и трахеи, а больной просто першитъ, причемъ болѣе взрослые дѣти жалуются на чувство царапанія въ зѣвѣ или въ области яремной ямки; осмотръ зѣва даетъ отрицательные результаты. Ребенокъ кашляетъ короткими, одиночными толчками сухого кашля, какъ при pharyngitis, съ тою разницею, что дня черезъ три этотъ кашель не оказываетъ никакой наклонности къ разрѣшенію, а напротивъ того усиливается, и (какъ въ первомъ случаѣ) особенно въ извѣстные часы ночи. За симъ дѣло идетъ какъ и при лихорадочномъ началѣ, т.-е. кашель постепенно принимаетъ коклюшный характеръ.

Продолжительность этого періода — какъ при лихорадкѣ, такъ и безъ нея — подтверждена большими колебаніями. Всего короче онъ у грудныхъ дѣтей, у которыхъ *иногда даже совсѣмъ отсутствуетъ*, такъ что судорожный кашель появляется у нихъ уже съ перваго дня; у дѣтей болѣе взрослыхъ и въ случаяхъ сравнительно легкаго коклюша, онъ тянется до двухъ недѣль и дольше; несомнѣнно встрѣчаются и такіе случаи, когда до судорожнаго кашля дѣло совсѣмъ не доходитъ, и кашель только напоминаетъ коклюшъ тѣмъ, что является въ видѣ пароксизмовъ, состоящихъ изъ пѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ, не отдѣляющихся вздохами и ведущими поэтому къ нарушенію легочнаго крово-

обращенія и къ переполненію венъ большого круга, что и выражается всего рѣзче покраснѣніемъ лица въ концѣ приступа кашля. Такіе случаи легкаго коклюша иногда вмѣстѣ съ тѣмъ и продолжаются недолго, напр. недѣли 2—3 (абортивная форма), или, наоборотъ, не уступаютъ въ этомъ отношеніи тяжелымъ формамъ, т.-е. затягиваются мѣсяца на два. Подобныя формы особенно часто встрѣчаются у взрослыхъ, у которыхъ приступы кашля могутъ быть настолько сильны, что сопровождаются кровохарканіемъ, а тѣмъ не менѣе свиста при вздохѣ все-таки не появляется. — Понятно, что благодаря отсутствію этого патогномичнаго признака коклюша, діагностика подобныхъ случаевъ можетъ быть очень затруднительна, особенно, если въ данной семьѣ нѣтъ другихъ болѣе ясно выраженныхъ случаевъ. По наблюденіямъ Trousseau, чѣмъ дольше продолжается катарральный періодъ, тѣмъ дольше будетъ и теченіе болѣзни; но это справедливо только до нѣкоторой степени, именно для тяжелыхъ случаевъ; чаще же бываетъ такъ, что удлиненіе продромальнаго періода происходитъ на счетъ судорожнаго, который вслѣдствіе этого укорачивается. Я лично бываю очень доволенъ, если въ коклюшной семьѣ у кого-либо изъ дѣтей сравнительно долго не появляется спазмотическій кашель, такъ какъ я считаю это признакомъ того, что коклюшъ будетъ легкій. За среднюю продолжительность катаррального періода, можно считать 10—14 дней, причѣмъ надо имѣть въ виду, что въ началѣ 2-й недѣли обыкновенно кое-когда уже появляется и свистъ, хотя бы и легкій. Вообще можно сказать, что катарральный періодъ тѣмъ короче, чѣмъ моложе ребенокъ.

Третій или спазмотическій періодъ характеризуется появленіемъ своеобразнаго, судорожнаго кашля, извѣстнаго подъ именемъ коклюшнаго. Кашель этотъ настолько характеренъ, что стоить хоть разъ его услышать, чтобы потомъ никогда не забывать и узнавать коклюшъ изъ другой комнаты.

Коклюшный кашель состоитъ въ слѣдующемъ: больной *вдруг* сильно закашливается, и кашлевые толчки слѣдуютъ другъ за другомъ *безъ передышки* до тѣхъ поръ, пока въ легкихъ есть запасъ воздуха; потомъ больной дѣлаетъ глубокій вздохъ, но въ это время голосовая щель, судорожно сжимается и воздухъ, проходя черезъ узкую щель, производитъ *громкій звукъ*, напоминающій свистъ (репризъ), слышимый черезъ нѣсколько комнатъ; непосредственно послѣ этого опять начинается кашель, опять свистъ и т. д. отъ двухъ до пяти разъ, пока приступъ кашля не кончится *рвотой* или *изверженіемъ большого количества тягучей слюны* и слизи при тошнотномъ движеніи. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что больной, только что кончившій кашлять, черезъ нѣсколько секундъ или черезъ минуту начинаетъ кашлять снова и только послѣ этого второго или третьяго такого же пароксизма откашливается совсѣмъ и наступаетъ антрактъ на 1—2—3 часа, смотря по силѣ коклюша. Пароксизмы кашля у разныхъ больныхъ, и даже у одного и того же больного, въ различные часы сутокъ бываютъ не одинаковой силы.

Всѣ авторы указываютъ на то, что коклюшные пароксизмы всего чаще повторяются ночью, но отъ чего это зависитъ, мы хорошенько не знаемъ. Большею частью фактъ этотъ объясняется, согласно изслѣдованію Hanke, нашедшаго, что приступы коклюша замѣтно учащаются, если воздухъ богатъ

углекислотой, тѣмъ, что ночью воздухъ въ дѣтскихъ бываетъ не такъ чистъ, какъ днемъ; но объясненіе это не совсѣмъ удовлетворительно, такъ какъ наблюденіе показываетъ, что учащеніе пароксизмовъ приходится не къ утру, когда воздухъ наиболѣе испорченъ, а на извѣстные часы ночи; у одного, напр., отъ 9 час. до 12, у другого отъ 11 до часу и т. п., такъ что замѣчается нѣкоторая періодичность, подобно тому какъ это случается и при чисто нервныхъ болѣзняхъ. Впрочемъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что не у всѣхъ больныхъ замѣчается учащеніе приступовъ по ночамъ; точное счисленіе показываетъ иногда какъ разъ противное, т.-е. что ночью бываетъ меньше пароксизмовъ, чѣмъ днемъ, но дѣло въ томъ, что ночной кашель больше беспокоитъ окружающихъ и потому получаетъ отъ нихъ неправильную оцѣнку (преувеличенную).

Сила приступовъ и частота ихъ повторенія прямо пропорциональны интенсивности болѣзни, а потому и то и другое имѣетъ важное прогностическое значеніе. Коклюшъ тѣмъ опаснѣе, чѣмъ чаще повторяются пароксизмы кашля и чѣмъ они сильнѣе. Если число приступовъ не превышаетъ 15 разъ въ сутки, то коклюшъ можно назвать легкимъ, если отъ 15 до 24 разъ — среднимъ, и если болѣе 24 разъ, то тяжелымъ.

Счисленіе приступовъ дѣлается или отмѣткой каждого изъ нихъ или на листѣ бумаги, или по совѣту Trousseau, прокалываніемъ дырочекъ въ картѣ булавкой; такъ ли, сякъ ли, но только не слѣдуетъ полагаться на память окружающихъ больного. Счетъ дневнымъ и ночнымъ приступамъ кашля надо вести отдѣльно, такъ какъ въ началѣ улучшенія число приступовъ уменьшается только днемъ или только ночью, и это незначительное улучшеніе на маленькомъ числѣ будетъ замѣтнѣе, чѣмъ на большомъ. Какъ велико можетъ быть число приступовъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ коклюша, трудно сказать. Trousseau насчитывалъ иногда до 80 и даже до 100 въ 24 часа, Cadet de Gassicourt не видалъ болѣе 30. Такая разниа объясняется способомъ сосчитыванія пароксизмовъ. Каждый пароксизмъ коклюшного кашля состоитъ въ тяжелыхъ случаяхъ изъ 2—3—5 пароксизмовъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга очень короткими паузами отъ $\frac{1}{2}$ до 2 минутъ. Если всю группу такихъ пароксизмовъ считать за одинъ приступъ, то, конечно, ста въ сутки не наберется.

О силѣ пароксизмовъ судятъ, во-первыхъ, по числу свистящихъ вздоховъ отъ начала до конца кашля и по числу приступовъ кашля, отдѣленныхъ другъ отъ друга самымъ коротенькимъ антрактомъ, о чемъ сейчасъ была рѣчь. Въ тяжелыхъ приступахъ коклюшного кашля рвота наступаетъ лишь послѣ 4—5-го свиста, въ легкихъ случаяхъ уже послѣ перваго, а въ самыхъ тяжелыхъ бываетъ 10—12 и даже 20 репризовъ. Если желаемъ скорѣе подмѣтити наступленіе облегченія коклюша, т.-е. поворотъ къ лучшему, то нельзя ограничиться однимъ лишь счисленіемъ пароксизмовъ, но надо обращать вниманіе и на силу ихъ; если частота приступовъ остается та же, но самые приступы дѣлаются короче, т.-е. если рвота наступаетъ раньше и слѣдовательно число репризовъ уменьшается, то это признакъ очень существеннаго улучшенія.

Свистъ при кашлѣ является болѣе постояннымъ и болѣе патогномичнымъ для коклюша, нежели рвота. Въ нормальныхъ случаяхъ коклюша средней силы свистящій вздохъ является при каждомъ приступѣ кашля, тогда какъ рвота — изъ пяти приступовъ, приблизительно послѣ одного или двухъ и въ особенности послѣ тѣхъ, что случаются послѣ ѣды; въ сравнительно легкихъ

случаяхъ и въ періодъ улучшенія рвота является все рѣже и рѣже и, наконецъ, совсѣмъ исчезаетъ, а свистъ еще остается. Слѣдовательно, по частотѣ появленія рвоты тоже можно судить о теченіи коклюша. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ коклюша свистъ появляется не при каждомъ пароксизмѣ, или и совсѣмъ не появляется, причемъ кашель все-таки сохраняетъ свой коклюшный характеръ, такъ какъ рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуетъ другъ за другомъ безъ передышки, пока хватаетъ воздуха въ легкихъ, что сопровождается покраснѣніемъ лица и увлажненіемъ глазъ.

Рвота сравнительно чаще отсутствуетъ у дѣтей старшаго возраста, а свистъ у грудныхъ, даже и при сильномъ коклюшѣ. Далѣе свистъ можетъ исчезнуть у больныхъ, у которыхъ онъ былъ, вслѣдствіе наступленія слабости, какъ результата какого-нибудь лихорадочнаго осложненія, напр. капиллярнаго бронхита или пневмоніи, а потому исчезаніе свиста при коклюшномъ кашлѣ можетъ считаться благопріятнымъ признакомъ только въ нормальныхъ, т.-е. не осложненныхъ случаяхъ коклюша, при отсутствіи признаковъ упадка силъ.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить еще то обстоятельство, что коклюшный пароксизмъ въ большинствѣ случаевъ можетъ быть вызванъ у больного искусственно различными способами, суть которыхъ сводится къ тому, чтобы заставить больного кашлянуть. Дѣтямъ старшаго возраста можно просто сказать, чтобы они нарочно кашлянули, а у маленькихъ кашель появляется при надавливаніи пальцемъ на яремную ямку или на гортань, а еще вѣрнѣе при изслѣдованіи зѣва помощью шпателя. Чѣмъ сильнѣе коклюшъ, тѣмъ легче вызываются искусственные пароксизмы, но встрѣчаются и такіе случаи, когда кашель не вызывается даже и дотрогиваніемъ шпателемъ до задней стѣнки глотки или при щекотаніи горла кисточкой; въ другихъ случаяхъ подобныя манипуляціи остаются безъ результата только потому, что больной только что откашлялся. Извѣстно также, что пароксизмъ появляется при всякомъ волненіи ребенка, будетъ ли выражаться оно смѣхомъ или плачемъ и проч.

Течение коклюша въ спазматическомъ періодѣ идетъ не равномернo, а такимъ образомъ, что можно отличить три періода: періодъ постепеннаго усиленія числа и силы приступовъ, періодъ наибольшаго развитія и періодъ постепеннаго ослабленія. При оцѣнкѣ дѣйствія противококлюшныхъ средствъ необходимо, конечно, обращать вниманіе, когда назначается лѣкарство; понятно, что если начало лѣченія приходится на конецъ второго періода, т.-е. въ такое время, когда коклюшъ и самъ по себѣ готовъ итти къ улучшенію, то тутъ всякое средство поможетъ, и наоборотъ, если тотъ или другой способъ лѣченія назначенъ въ самомъ началѣ спазматическаго періода, то можно считать, что лѣченіе приноситъ пользу, если даже замѣтнаго улучшенія и нѣтъ, но зато не замѣчается и ухудшенія.

Изъ другихъ симптомовъ коклюша, позволяющихъ узнать его врачу, не слышавшему кашля, важны *habitus* больного и *изъязвленіе уздечки языка* и характерная моча; первые два симптома являются слѣдствіемъ коклюшныхъ приступовъ и потому бывають выражены тѣмъ рѣже, чѣмъ сильнѣе коклюшъ.

При всякомъ приступѣ коклюшнаго кашля, вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ легкихъ, происходитъ застой крови въ венахъ, что ясно выра-

жається покраснѣніемъ лица въ концу пароксизма, нѣкоторымъ выпячиваніемъ глазъ и слезотеченіемъ. Вслѣдствіе частаго повторенія подобныхъ застоевъ, развиваются болѣе стойкія измѣненія въ лицѣ больного, — измѣненія, не исчезающія и во время промежутковъ между приступами. Измѣненія эти разнообразны. Наиболѣе постоянны одутловатость лица, особенно припухлость въѣвъ, покраснѣніе конъюнктивы глазъ и нѣкоторая ихъ влажность, вслѣдствіе избытка слезъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ образуются кровавые подтеки на конъюнктивѣ глазъ (странно, что чаще поражается только одинъ глазъ), а иногда и капиллярныя геморрагіи въ кожѣ лица, всего болѣе замѣтныя на кожѣ въѣвъ. Эти петехіи представляются въ формѣ мелкихъ точекъ, сине-краснаго цвѣта, густо сидящихъ другъ около друга и не исчезающихъ отъ давленія пальцемъ; нерѣдко также послѣ приступа кашля являются носовыя кровотеченія, которыя могутъ повторяться почти послѣ каждого приступа и тогда сильно ослабляютъ больного и доставляютъ врачу не мало заботъ и безпокойства; гораздо рѣже встрѣчаются кровотеченія изъ ушей, образующіяся иногда при здоровыхъ ушахъ, вмѣстѣ съ разрывомъ барабанной перепонки, а чаще при воспаленіи средняго уха или наружнаго слухового прохода.

Изъязвленіе уздечки языка — симптомъ самъ по себѣ не важный и непричиняющій больному, кромѣ легкой боли, никакого безпокойства, но онъ интересенъ какъ въ діагностическомъ, такъ и въ прогностическомъ отношеніи. Онъ встрѣчается только у дѣтей, имѣющихъ нижніе рѣзцы, и чѣмъ острѣе они, тѣмъ скорѣе появляется язвочка; а потому у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5, а въ особенности до 2, она встрѣчается значительно чаще, чѣмъ у болѣе взрослыхъ. Происхожденіе язвочки чисто механическое: во время коклюшнаго кашля, и въ особенности при рвотномъ движеніи въ концѣ пароксизма, языкъ высовывается изъ рта *ad maximum*, причѣмъ уздечка языка сильно трется объ острый край нижнихъ рѣзцовъ. Подъ вліяніемъ этого на уздечкѣ образуются сначала поверхностныя надрывы въ видѣ двухъ-трехъ зарубокъ, а потомъ эти зазубрины, тѣсно сидящія другъ возлѣ друга, превращаются въ небольшое изъязвленіе, величиной до чечевицы, покрытое бѣлымъ, какъ будто крупознымъ, экссудатомъ, который сидитъ такъ крѣпко, что безъ кровотеченія не можетъ быть удаленъ; еще черезъ нѣсколько дней слой экссудата значительно утолщается, и язвочка превращается въ бѣлый наростикъ, величиной до полгорошины. Подъ микроскопомъ этотъ экссудатъ оказывается состоящимъ изъ уплощенныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, лимфоидныхъ элементовъ и зернистой массы, но безъ фибриновыхъ нитей, какъ при крупѣ (Roger). Смотри по силѣ кашля и по остротѣ рѣзцовъ, язвочка образуется раньше или позднѣе, но обыкновенно не ранѣе 2-й недѣли, когда судорожныя пароксизмы кашля продолжались ужъ нѣсколько дней. Что язвочка эта имѣетъ механическое происхожденіе, видно изъ того, во-1-хъ, что она не встрѣчается у беззубыхъ дѣтей (исключенія изъ этого правила чрезвычайно рѣдки; они объясняются или тѣмъ, что уздечка надрывается острымъ краемъ десенъ, или, какъ было это въ случаяхъ, упоминаемыхъ Roger'омъ, надрывъ уздечки производился искусственно матерями при неосторожномъ выниманіи изо рта тягучей слизи), и, во-2-хъ, что иногда она помѣщается не на уздечкѣ, а на другомъ сосѣдномъ

мѣстѣ нижней поверхности языка, но только въ томъ случаѣ, если зубъ, соотвѣтствующій этому мѣсту языка при его высовываніи, вслѣдствіе неправильнаго роста, выдается своей острой коронкой надъ другими зубами.

Діагностическое значеніе язвы уздечки явствуетъ изъ того, что она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ, такъ что на основаніи присутствія этой язвочки можно прямо діагноспировать коклюшъ съ ничтожнымъ рискомъ ошибиться. При какомъ-либо другомъ кашлѣ язвочка встрѣчается такъ рѣдко потому, что ни при какой другой болѣзни кашель не бываетъ такъ силенъ и не кончается такъ часто рвотой. Несомнѣнно, однако, что язвочка встрѣчается иногда и у некоклюшныхъ больныхъ (я и самъ наблюдалъ ее два раза при гриппѣ); этимъ самымъ доказывается, что происхожденіе ея не можетъ зависѣть отъ локализаціи въ этомъ мѣстѣ коклюшнаго яда (микрoпаразитовъ), какъ думаетъ, напр., Epstein.

Для предсказанія язвочки уздечки имѣетъ значеніе въ силу того, что она вообще очень склонна къ заживленію, и если она держится въ теченіе 2—3 недѣль, то только потому, что причина, ее вызвавшая, продолжаетъ дѣйствовать; но дѣло въ томъ, что заживленіе язвочки начинается еще задолго до прекращенія судорожнаго кашля; она начинаетъ уменьшаться, какъ только припадки кашля дѣлаются полегче, причемъ язвочка оказывается настолько чувствительнымъ реактивомъ, если можно такъ выразиться, что по уменьшеніи ея можно заключать о поворотѣ къ лучшему, когда родители ребенка на вопросъ объ улучшеніи дадутъ еще отрицательный отвѣтъ. Однимъ словомъ, въ развитіи и въ заживленіи язвочки уздечки мы имѣемъ объективный признакъ для сужденія о теченіи коклюша.

На особыя свойства мочи при коклюшѣ обратили вниманіе Блументаль и Гипніусъ. Они подмѣтили именно, что моча коклюшныхъ больныхъ, несмотря на свою блѣдную окраску, отличается высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ (отъ 1022 до 1035 по урометру Vogel'я, вмѣсто нормальнаго — 1010—1012), и богатствомъ мочевоу кислоты, кристаллы которой осаждаются на днѣ сосуда въ видѣ очень мелкаго, бѣловатаго порошка. Для діагностики коклюша особенно важно то обстоятельство, что „коклюшная моча“ появляется очень рано, по наблюденіямъ Бл. и Г. уже въ инкубаціонномъ періодѣ коклюша, т.-е. еще до появленія какого бы ни было кашля. Въ самомъ началѣ продромальнаго періода я и самъ встрѣчалъ такую мочу не одинъ разъ.

Какъ на аномальную форму коклюша, Roger (l. c. 474) указываетъ на то, что у дѣтей, подвергавшихся вліянію коклюшной заразы, вмѣсто кашля получается иногда конвульсивный насморкъ (coruza convulsif). Каждый полчаса или черезъ часъ ребенокъ начинаетъ чихать нѣсколько разъ подрядъ и, наконецъ, послѣднимъ чихомъ выбрасываетъ изъ носу тягучую слизь, похожую на коклюшную мокроту. Такое чиханье продолжается 1—2 мѣсяца.

Въ нормальныхъ случаяхъ коклюша никакихъ другихъ симптомовъ въ этотъ періодъ не бываетъ. Лихорадка, бывшая вначалѣ, ко времени развитія полныхъ коклюшныхъ приступовъ исчезаетъ, и, по общему отзыву авторовъ, на личность повышенія температуры въ спазматической періодѣ коклюша указываетъ на какое-нибудь осложненіе. Для большинства случаевъ это, конечно,

вѣрно; но для меня несомнѣнно, что лихорадка, начавшаяся въ катарральный періодъ коклюша, въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжается значительно дольше обыкновеннаго и таетъ во время всего *stad. spasmodicum* (на что указываетъ также и Roger, l. c., p. 458), и дѣло обходится все-таки безъ всякаго осложненія. Я помню семью Барановыхъ, въ которой коклюшемъ заболѣло четверо дѣтей, и у всѣхъ лихорадка продолжалась въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, пока не наступило замѣтнаго облегченія кашля; катарральные хрипы были только у одного, а у троихъ остальныхъ явленій бронхита не было. Температура подымалась невысоко и колебалась отъ 37,6 до 38,5.

Подобные случаи указываютъ на то, что лихорадка при коклюшѣ можетъ имѣть, вѣроятно, и инфекціонное происхожденіе.

„Сильный коклюшъ, говоритъ Roger (l. c. 495), можетъ вызвать довольно сильный жаръ самъ по себѣ, безъ всякихъ осложненій, и не только въ началѣ болѣзни, но и въ спазматическомъ періодѣ“. Cadet de Gassicourt (*Trait. clin. d. mal. d. enf.* 1882, II, p. 296), не признающій коклюшной лихорадки безъ осложненій, указываетъ однако на то, что бронхитъ, вызывающій эту лихорадку, можетъ протекать совсѣмъ скрытно, т.-е. не выражаться никакими физикальными признаками и безъ всякихъ хриповъ. Если это такъ, то слѣдовало бы еще добавить, что бронхитъ, вызывающій повышение t^0 при коклюшѣ, можетъ оставаться скрытымъ до самаго конца.

Вообще говоря, при коклюшѣ выслушиваніе и постукиваніе груди даютъ отрицательные результаты, бронхи въ нормальныхъ случаяхъ коклюша бываютъ обыкновенно настолько свободны, что хриповъ нѣтъ вовсе, такъ какъ катарръ не идетъ далѣе трахеи и первыхъ бронховъ; только непосредственно передъ наступленіемъ приступа часто удается слышать, даже и издали, влажный хрипъ, происходящій, повидимому, въ трахее. Во всякомъ случаѣ если во 2—3-й періодъ коклюша слизистая оболочка бронховъ нѣсколько и поражена, то это пораженіе является въ видѣ простой конгестіи, при которой слизистая оболочка остается сухой и не припухшей, а потому отсутствіе стетоскопическихъ признаковъ не представляетъ ничего удивительнаго.

Аппетитъ у коклюшныхъ больныхъ обыкновенно сохраняется довольно хорошо, а у нѣкоторыхъ онъ даже больше нормальнаго, и они усиленной ѣдой стараются вознаградить себя за потери рвотой. Потеря аппетита больше свойственна тяжелымъ формамъ коклюша.

Отправленіе кишекъ остается нормальнымъ; на боли живота дѣти не жалуются, за исключеніемъ лишь болей подъ ложечкой, зависящихъ отъ перенапряженія прямыхъ мышцъ живота при сильномъ кашлѣ. Боли эти усиливаются при сгибаніи туловища и при давленіи на прямые мышцы между пупкомъ и *scrobic. cordis*. Во время сильнаго кашля случается иногда непроизвольное выходненіе кала и мочи или даже выпаденіе прямой кишки.

Со стороны нервной системы ничего особеннаго не замѣтно; дѣти за время болѣзни дѣлаются нѣсколько раздражительны и выказываютъ особаго рода безпокойство или волненіе непосредственно передъ приступомъ кашля.

У маленькихъ дѣтей, преимущественно у грудныхъ, сильные пароксизмы кашля иногда кончаются приступомъ эclamпическихкихъ судорогъ, которыя могутъ повторяться, такимъ образомъ, по нѣскольку разъ въ день, такъ что я со-

вершенно не могу согласиться, напр., съ Roger'омъ, который говоритъ, что обыкновенно приступъ эклампси въ теченіе коклюша не повторяется.

Въ тяжелыхъ случаяхъ коклюша (но только въ тяжелыхъ!), даже и ничѣмъ не осложненныхъ, больные такъ утомляются частыми приступами кашля, такъ мало спятъ и, вслѣдствіе рвоты, такъ мало получаютъ пищи, что значительно блѣднѣютъ, худѣютъ и до такой степени ослабѣваютъ, что ложатся въ постель. Въ случаѣ обильныхъ или частыхъ носовыхъ кровотеченій такая слабость наступаетъ еще скорѣе.

Относительно теченія коклюша въ этотъ періодъ можно отмѣтить, что никогда судорожный кашель не является сразу во всей своей силѣ, но переходъ катаррального періода въ спазматическій совершается всегда постепенно. Сначала среди короткаго, сухого кашля выдается одинъ или два раза въ день приступъ кашля, напоминающій коклюшъ (см. выше), но еще безъ рвоты и безъ реприза; позднѣе кое-когда появляется и свистъ и, наконецъ, черезъ нѣсколько дней простой кашель совсѣмъ исчезаетъ, уступая мѣсто патогномичнымъ пароксизмамъ. Въ теченіе первыхъ 7—10 дней число и сила пароксизмовъ постепенно увеличиваются, потомъ на нѣкоторое время остаются *in statu quo* и за симъ медленно ослабѣваютъ и вмѣстѣ съ тѣмъ постепенно наступаетъ 4-й періодъ — разрѣшенія.

Продолжительность спазматическаго періода коклюша колеблется въ большихъ предѣлахъ; въ абортивныхъ и легкихъ случаяхъ коклюша его можетъ совсѣмъ не быть (*coqueluchette* — французскихъ авторовъ), тогда какъ въ другихъ случаяхъ, у мальчика 6 лѣтъ, заболѣвшаго коклюшемъ во время подострой пневмоніи нижней доли праваго легкаго, періодъ судорожнаго кашля продолжался отъ половины іюня до декабря. За средній срокъ можно принять отъ 2 до 4 недѣль.

Переходъ спазматическаго періода въ катарральный или въ періодъ разрѣшенія совершается, какъ уже сказано, постепенно, что выражается уменьшеніемъ частоты и ослабленіемъ силы пароксизмовъ; рвота въ концѣ приступа наступаетъ рѣже; число репризовъ во время кашля уменьшается и самый свистъ не такъ громокъ; нѣкоторые приступы являются совсѣмъ безъ репризовъ; ночи больной проводитъ покойнѣе, и, наконецъ, остается простой кашель. При изслѣдованіи груди слышны распространенные, влажные хрипы; мокрота, бывшая прежде свѣтлой и тягучей, дѣлается теперь желтоватой, отъ прижѣси гнойныхъ тѣлецъ, и легче отхаркивается. Appetitъ поправляется, если онъ былъ плохъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ улучшается и общее состояніе питанія. Мало-по-малу кашель совсѣмъ теряетъ коклюшный характеръ и, наконецъ, недѣли черезъ 2—3 совсѣмъ прекращается.

Замѣчательно, что у больного, выздоровѣвшаго отъ коклюша, надолго (на нѣсколько мѣсяцевъ) остается расположеніе къ коклюшному кашлю, такъ что стоить ему простудиться или получить гриппъ, — словомъ, закашлять, — и кашель его сейчасъ же получаетъ коклюшный характеръ, т.-е. больной закашливается безъ передышки до покраснѣнія лица и во время вдоха происходитъ свистъ вслѣдствіе спазма голосовой щели. Это возвратъ не коклюша, а только коклюшнаго кашля, который не заражаетъ и при комнатномъ содер-

жаніи проходить такъ же скоро, какъ и обыкновенный бронхитъ. Подобныя обостренія коклюшнаго кашля могутъ наступать не только тогда, когда больной уже выздоровѣлъ, но и въ любое время періода улучшенія, и понятно, что, подъ вліяніемъ подобныхъ ухудшеній, спазматическій періодъ коклюша можетъ затягиваться гораздо дольше 6 недѣль. Самую частой причиной подобныхъ ухудшеній бываетъ простуда. Благодаря повторной простудѣ коклюшъ можетъ затягиваться на $\frac{1}{2}$ года и даже дольше. Продолжительность коклюша отъ начала до конца, считая катарральный періодъ въ 7—10 дней, спазматическій періодъ въ 3—6 недѣль и періодъ разрѣшенія въ 2—5 недѣль, равняется приблизительно 5—12 недѣлямъ. Впрочемъ, продолжительность коклюша и въ особенности его послѣдняго періода находится въ большой зависимости отъ погоды. Очень не рѣдко случается, напр., что если начало коклюша падаетъ на осень (октябрь), то катарральный кашель затягивается до весны (апрѣль). Съ другой стороны, встрѣчаются и abortивные случаи, въ которыхъ судорожный періодъ продолжается 1—2 недѣли, а катарральный почти совсѣмъ отсутствуетъ, такъ что вся болѣзнь кончается въ 2—3 недѣли, а Trousseau приводитъ даже случай 3-дневной продолжительности („Лекціи“ т. I, стр. 1012). У ребенка, лежавшаго въ госпиталѣ Necker, гдѣ была въ то время сильная эпидемія коклюша, вдругъ появились признаки сильнаго катарра, къ которому на другой день присоединился частый и весьма ясно выраженный конвульсивный кашель. Кашель этотъ продолжался только 3 дня и на 4-й остался какъ бы обыкновенный катарръ.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Коклюшъ всего чаще осложняется бронхитомъ и катарральной пневмоніей. *Бронхитъ* можетъ начаться съ первыхъ дней заболѣванія и, протекая съ высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ, быстро распространяется до мелкихъ бронховъ и вызываетъ одышку и другіе признаки тяжелаго заболѣванія (*pertussis inflammatoria*). По наблюденіямъ West'a (*Kinderkr.* 1872, S. 257), если одышка и другіе симптомы значительнаго бронхита появляются еще до спазматическаго періода, то подобные случаи еще не очень тяжелы, такъ какъ опасныя симптомы, въ большинствѣ случаевъ, черезъ нѣсколько дней исчезаютъ; страшнѣе тѣ случаи, въ которыхъ симптомы бронхита или пневмоніи появляются въ періодъ полнаго развитія коклюша, особенно же если этотъ бронхитъ развился, такъ сказать, самопроизвольно, т.-е. прямо вслѣдствіе тяжелаго коклюша, безъ помощи простуды или какихъ-либо другихъ случайныхъ причинъ. Причиной подобнаго осложненія большею частью бываетъ простуда, особенно у дѣтей, расположенныхъ къ бронхитамъ, напр. у рахитиковъ, а также у грудныхъ; для тѣхъ и другихъ такая форма коклюша чрезвычайно опасна. Въ другихъ случаяхъ бронхитъ является поздиѣ, именно въ концѣ *stad. spasmodicum*, и ограничивается или бронхами средней величины, или захватываетъ и мелкіе; какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ появляется лихорадочное состояніе, но при капиллярномъ бронхитѣ сильнѣе; кромѣ лихорадки послѣдній отличается еще болѣе частымъ дыханіемъ (отъ 50 до 80 въ минуту) съ раздува-

ніемъ носдрей, втягиваніемъ поддожечки и мѣсть прикрѣпленія діафрагмы при вздохѣ (особенно у маленькихъ дѣтей) и наличностью распространенныхъ мелко-пузырчатыхъ, не консонирующихъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ и нижнихъ частяхъ легкихъ. Въ большинствѣ случаевъ, капиллярный бронхитъ очень скоро переходитъ въ катарральную пневмонію, что совершается однако постепенно: сначала кой-гдѣ сзади, внизу появляются мелко-пузырчатые, консонирующіе хрипы, а потомъ измѣняется и перкуторный звукъ, — изъ яснаго онъ дѣлается тимпаническимъ, а потомъ притупленнымъ. Если дѣло дошло до появленія тупого звука въ томъ или другомъ мѣстѣ легкаго, то это означаетъ образованіе обширнаго фокуса уплотнѣнія, черезъ сляіаніе отдѣльныхъ пневмоническихъ островковъ; въ это время часто можно констатировать, кромѣ консонирующихъ хриповъ, еще и бронхиальное дыханіе и бронхофонію.

Катарральная пневмонія, развивающаяся вслѣдствіе коклюша, отличается отъ коревой и гриппозной пневмоніи гораздо большею продолжительностью и вялымъ теченіемъ и можетъ служить типическимъ образчикомъ настоящей катарральной пневмоніи, характеризующейся, между прочимъ, и крайне неправильнымъ теченіемъ лихорадки. Только у грудныхъ дѣтей коклюшная пневмонія нерѣдко принимаетъ очень тяжелое теченіе и ведетъ къ смерти въ нѣсколько дней.

Если коклюшная пневмонія затягивается, то подъ вліяніемъ постоянной лихорадки ребенокъ значительно истощается, онъ сильно худѣетъ, блѣднѣетъ, и дѣло можетъ дойти даже до отековъ ногъ, причемъ со стороны легкихъ, кромѣ обычныхъ признаковъ уплотнѣнія одной или нѣсколькихъ долей, въ видѣ тупого или притупленно-тимпаническаго звука, мелко-пузырчатыхъ, консонирующихъ хриповъ, бронхиальнаго дыханія, получаютъ иногда и симптомы каверны (бронхо-эктазы), такъ что безъ изслѣдованія морооты на бациллы подобные случаи едва ли могутъ быть отличены отъ туберкулезной чахотки; но, несмотря на то, отчаиваться въ возможности выздоровленія отнюдь не слѣдуетъ.

Больной можетъ прохворать, такимъ образомъ, 1—3 мѣсяца и даже дольше и въ концѣ концовъ иногда все-таки выздоравливаетъ. Особенной пользы въ такихъ пневмоніяхъ можно ждать отъ перемѣны климата. Лихорадка исчезаетъ въ счастливыхъ случаяхъ черезъ нѣсколько дней, даже ужъ въ вагонѣ, когда больной не успѣлъ еще доѣхать до назначеннаго ему мѣста.

Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ скорѣе можно ждать у него развитія коклюшной пневмоніи, которая у дѣтей до 2 лѣтъ въ большинствѣ случаевъ кончается смертью черезъ 3—6 недѣль; поэтому-то именно коклюшъ у дѣтей до 1 года и даже до 2 лѣтъ считается опасной болѣзью. Пневмонія ведетъ къ смерти или сама по себѣ, или вслѣдствіе присоединенія къ ней туберкулеза (туберкулезная пневмонія).

Капиллярный бронхитъ и катарральная пневмонія всего чаще развиваются въ сианотической періодъ коклюша. Подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія кашель нерѣдко измѣняетъ свой характеръ въ томъ смыслѣ, что исчезаетъ свистящее вдыханіе и рвота.

Коклюшъ, подобно кори, но можетъ-быть еще въ большей степени, склоненъ осложняться *туберкулезомъ*, причемъ посредства пневмоніи вовсе не тре-

буется, да даже и бронхитъ можетъ быть очень умѣреннымъ. Подобные случаи миліарнаго туберкулеза вначалѣ выражаются только неопредѣленнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, для котораго очень трудно подыскать надлежащее объясненіе, и врачу приходится колебаться въ діагностикѣ между тифомъ, болотной лихорадкой, бронхитомъ и туберкулезомъ. Если лихорадка неопредѣленнаго происхожденія, неправильно послабляющаго или интермиттирующаго типа, въ сопровожденіи кашля или даже и безъ него, появляется въ періодъ выздоровленія отъ коклюша или кори, то одно ужъ время появленія подобной лихорадки говоритъ въ пользу ея туберкулезнаго происхожденія. Если лихорадка затягивается на нѣсколько недѣль (ниже я приведу температуру 100-дневной лихорадки), то діагностика въ пользу туберкулеза дѣлается почти достовѣрной, такъ какъ тифъ исключается слишкомъ большой продолжительностью лихорадки, при отсутствіи опухоли селезенки и какихъ-либо другихъ тифозныхъ симптомовъ, болотная лихорадка — полной безрезультатностью среднихъ дозъ хинина и опять-таки отсутствіемъ опухоли селезенки, а бронхитъ и пневмонія — ничтожностью объективныхъ явленій со стороны легкихъ.

Для туберкулезной лихорадки характеренъ до нѣкоторой степени слишкомъ неправильный типъ ея, выражающійся то извращеннымъ типомъ (maximum утромъ, а minimum вечеромъ), то кратковременными и, повидимому, ничѣмъ не мотивированными высокими скачками температуры — до 40—41°.

Скрытно протекающій туберкулезъ почти всегда кончается смертью, вследствие распространенія процесса на легкія (туберкулезная пневмонія) или на мозговья оболочки (острая головная водянка).

Для примѣра я приведу здѣсь ходъ t° у 5-лѣтняго мальчика, прежде всегда здороваго, не имѣвшаго ни рахитизма, ни золотухи, ни наклонности къ бронхитамъ, и заболѣвшаго сравнительно легкимъ коклюшемъ въ сентябрѣ 1885 г. Черезъ мѣсяць отъ начала болѣзни, когда приступы коклюшнаго кашля были еще рѣзко выражены, онъ началъ лихорадить. Съ 15-го дня (25 октября) температуру начали записывать, и больной уложенъ въ постель, несмотря на то, что его самочувствіе и состояніе силъ были настолько хороши, что онъ охотнѣе бы остался на ногахъ. Теченіе болѣзни было таково, что коклюшный кашель постепенно ослабѣвалъ и черезъ 3—4 недѣли почти совсѣмъ исчезъ, но по временамъ безъ видимой причины снова усиливался, причемъ иногда въ груди появлялись въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ влажные, средне-пузырчатые хрипы, которые потомъ опять исчезали.

За все время лихорадки хининъ назначался, конечно, нѣсколько разъ, въ количествѣ 6, 8 и 10 гранъ pro die, но не приносилъ пользы, а иногда *послѣ него температура дѣлала даже значительные скачки вверхъ*, напр. на 41-й и 50-й дни.

Столь же бесполезнымъ оказался и мышьякъ, сначала по 1 каплѣ liq. arsen. Fow., а потомъ по 2 капли 3 раза въ день отъ 30 декабря по 15 января.

Дѣло кончилось тѣмъ, что 19 января, на 99-й день лихорадки, больной сталъ жаловаться на сильную боль въ лѣвой сторонѣ головы и главнымъ образомъ въ области n. supraorbitalis. Боль эта продолжалась и слѣдующіе дни и навела врача, приглашеннаго на копсилумъ, еще разъ на мысль о болотной

лихорадки (хотя опухли селезенки не было), почему и былъ снова назначенъ хининъ, но на этотъ разъ въ большихъ дозахъ (по 15 и 20 гр.). Температура, начавшая падать съ 19 января, послѣ 20 гранъ хинина достигла до нормы, но головная боль продолжалась попрежнему, и, кромѣ того, большой сдѣлался апатиченъ и сонливъ. Еще черезъ 4 дня (26 января) отмѣчено замедленіе пульса до 84 ударовъ, а на слѣдующій день: неподвижный взглядъ, неправильное по ритму и глубинѣ дыханіе, полубезсознательное состояніе (неправильные отвѣты), вялая реакція расширенныхъ зрачковъ, легкое сведеніе затылка; 28 января — спячка и смерть. Подобная же головная боль и рвота отмѣчены еще на 70-й и на 73-й дни болѣзни.

15-й день лихор.	38,8—39,4	44-й день лихор.	37,1—38,0
16 "	" 38,4—39,0	45 "	" 37,1—38,1
17 "	" 38,0—38,4	46 "	" 37,2—37,5
18 "	" 38,1—39,2	47 "	" 36,8—37,1
19 "	" 37,4—39,1 ¹⁾	48 "	" 37,3—38,0
20 "	" 37,7—39,0 ²⁾	49 "	" 37,4 ⁵⁾ 39,0
21 "	" 38,1—38,8	50 "	" 37,6 ⁵⁾ 40,2
22 "	" 37,7—38,3	51 "	" 37,4 ⁵⁾ 38,0
23 "	" 37,4—38,6	52 "	" 37,3 ⁵⁾ 37,6
24 "	" 38,2—37,6	53 "	" 37,2 ⁵⁾ 37,7
25 "	" 38,2—38,6	54 "	" 37,0 ⁵⁾ 37,2
26 "	" 38,6—37,7	55 "	" 37,6 ⁵⁾ 38,4
27 "	" 38,3—38,8	56 и 57 "	—
28 "	" 38,0—38,7	58 "	" 37,1—37,3
29-й день лихор.	37,5—38,8	59 "	" 37,3—38,0
30 "	" 38,0—38,6	60 "	" 37,4—38,5
31 "	" 37,5—38,4	61 "	" 37,4—38,3
32 "	" 37,8 —	62 "	" 37,3—38,5
33 "	" 38,0—38,5	63 "	" 37,6—39,0
34 "	" 37,3—37,6	64 "	" 37,1—38,3
35 "	" 37,4—37,9	65 "	" 36,9—38,7
36 "	" 37,4—38,1	66 "	" 37,4—37,6
37 "	" 37,4—38,1	67 "	" 37,1—37,7
38 "	" 37,3—37,9	68 "	" 37,0—37,6
39 "	" 37,4—37,6	69 "	" 37,1—37,4
40 "	" 36,5—38,6	70 "	" 36,8—37,3 рвота.
41 "	" 37,4 ³⁾ 40,9	71 "	" 37,6—39,0
42 "	" 37,0—37,7 ⁴⁾	72 "	" 37,3—37,6
43 "	" 37,3—37,4	73 "	" 37,2—37,8 рвота.

1) Утромъ 6 гранъ хинина.

2) Утромъ 8 гранъ хинина.

3) 8 гранъ хинина.

4) Безъ хинина.

5) 8 гранъ хинина.

74-й день лихор.	37,5 ¹⁾ 38,3	91-й день лихор.	37,2—38,2
75 " "	37,6 ¹⁾ 38,3	92 " "	37,2—38,3
76 " "	37,6 ¹⁾ 38,5	93 " "	37,6—38,5
77 " "	38,3 ¹⁾ 40,0	94 " "	37,6—39,0
78 " "	37,5—40,0	95 " "	37,5—39,5
79 " "	36,8—39,2	96 " "	38,2—39,4
80 " "	37,1—38,7	97 " "	38,1—39,0
81 " "	37,0—38,3	98 " "	37,8—39,8
82 " "	38,0—38,5	99 " "	38,8—38,8
83 " "	36,8—38,1	100 " "	38,2—39,0
84 " "	37,5—37,8	101 " "	37,9—38,7
85 " "	37,5—38,2	102 " "	37,8 ²⁾ 38,3
86 " "	37,5—38,1	103 " "	38,1 ³⁾ 37,3
87 " "	37,5—38,2	104 " "	37,9—37,7
88 " "	37,5—37,8	105 " "	37,0—38,0
89 " "	37,4—37,8	106 " "	37,5—36,9
90 " "	37,1—38,1	107 " "	37,3—38,1

Къ числу нерѣдкихъ осложненій или послѣдовательныхъ болѣзней коклюша относится еще *emphysema* или, правильнѣе, — *dilatatio pulmonum*, отличающаяся отъ настоящей эмфиземы тѣмъ, что расширеніе легкихъ при коклюшѣ есть явленіе временное, исчезающее черезъ нѣсколько недѣль, не оставляя слѣдствъ. Расширеніе легкихъ развивается въ спазмотическій періодъ коклюша и имѣетъ чисто механическое происхождение. Оно узнается при жизни, какъ и настоящая эмфизема, посредствомъ перкуссіи, указывающей на уменьшеніе сердечной тупости и на низкое стояніе нижняго края легкихъ. При значительномъ расширеніи легкихъ больной страдаетъ одышкой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ разрывъ легочныхъ пузырьковъ съ выходомъ воздуха подъ плевро (*emphysema subpleuralis*) или даже подъ кожу шеи и дальше.

Какъ на послѣдовательную болѣзнь коклюша, Непосч указываетъ на измѣненіе грудной кѣлки, очень похожее на рахитическую куриную грудь. Причиной этого онъ считаетъ недостаточный доступъ воздуха къ легкимъ вслѣдствіе суженія голосовой щели.

Очень серіознымъ осложненіемъ коклюша надо считать *мозговые симптомы*, являющіеся слѣдствіемъ застоя крови въ мозгу подъ вліяніемъ спазмотическаго кашля, что болѣе свойственно маленькимъ дѣтямъ, въ особенности груднымъ, у которыхъ иногда каждый приступъ коклюшнаго кашля сопровождается эclamпическими судорогами, во время которыхъ больной можетъ умереть. Въ другихъ случаяхъ *пассивная гиперемія* мозга выражается апатіей, сонливостью, головою болью, косоглазіемъ, неподвижнымъ взглядомъ, сведеніемъ затылка, наконецъ сопоромъ, — словомъ, всѣми припадками острой головной водянки, которой, однако, при вскрытіи не оказывается.

1) 8 гранъ хинина.

2) 15 гранъ хинина.

3) 20 гранъ хинина.

Повторные застои крови при пароксизмахъ кашля ведутъ иногда къ появленію *носовыхъ* или *ушныхъ кровотеченій* или къ *кровоизліяніямъ* въ полость черепа, вслѣдствіе чего появляются параличи одной половины тѣла съ послѣдовательными контрактурами (*haemipl. spastica*). Подъ вліяніемъ тѣхъ же механическихъ причинъ могутъ произойти кровоизліянія въ ретину и развивается слѣпота; впрочемъ, патогенезъ слѣпоты у коклюшныхъ больныхъ не во всѣхъ случаяхъ одинаковъ, достовѣрно, что она можетъ появиться и безъ кровоизліянія въ ретину, напр. отъ отека мозга въ области четыреххолмія.

Къ числу самыхъ непріятныхъ послѣдствій коклюша относится *внезапная смерть*, которая сравнительно чаще (хотя все-таки рѣдко) встрѣчается у маленькихъ дѣтей и происходитъ или отъ спазма голосовой щели, или отъ растяженія сердца (обморокъ), или во время приступа эclamпическихъ судорогъ (пассивная гиперемія мозга).

Если во время коклюша ребенокъ заболѣваетъ какой-нибудь *лихорадочной болѣзью*, то это часто служитъ ему въ пользу, такъ какъ спазмотическій кашель значительно ослабѣваетъ, а иногда даже и все теченіе укорачивается, и, такимъ образомъ, больной остается въ выигрышѣ, если только эта новая лихорадочная болѣзнь сама по себѣ не опасна. На этомъ основаніи нѣкоторые врачи, между прочимъ и Vogel, рекомендовали лѣчить коклюшъ вакцинаціей. Подобное вліяніе на теченіе коклюша иногда оказываетъ даже и пневмонія (грудопозная), если она случайно совпадаетъ съ началомъ коклюша (*pneumonies salutaires, Roger*). Чаще, однако, случается такъ, что кашель, ослабѣвшій во время лихорадочной болѣзни, по окончаніи ея снова усиливается, и коклюшъ принимаетъ свое обычное теченіе. Если лихорадочная болѣзнь сама по себѣ тяжелая, да вдобавокъ ребенокъ слабъ или слишкомъ ювъ, то у него не хватаетъ силъ сильно кашлять, и тогда свистъ хотя и исчезаетъ, но кашель дѣлается частымъ и короткимъ, развивается синюха, и больной черезъ нѣсколько дней умираетъ. Подобное вліяніе на коклюшъ оказываетъ нерѣдко бронхопневмонія у грудныхъ дѣтей.

Изъ случайныхъ болѣзней, присоединяющихся къ коклюшу, особенное значеніе въ прогностическомъ отношеніи имѣетъ *корь*, такъ какъ при такой комбинаціи гораздо чаще появляются опасныя осложненія, свойственныя каждой изъ этихъ болѣзней въ отдѣльности, т.-е. бронхопневмонія и туберкулезъ. Въ дѣлѣ развитія этихъ осложненій играетъ роль не только индивидуальность больного, но и время появленія кори. Для больного гораздо выгоднѣе получить корь въ самомъ началѣ коклюша, чѣмъ въ періодѣ его разгара. Наблюденія Запольскаго, по которымъ недавно перенесенный коклюшъ какъ будто предохраняетъ дыхательные органы отъ распространенія на нихъ коревого процесса („Рус. Медиц.“ 1886 г.), позднѣйшими наблюденіями не подтвердились.

Предсказаніе.

Для дѣтей старше 5 лѣтъ, бывшихъ прежде здоровыми, коклюшъ средней силы (до 20 пароксизмовъ въ сутки) рѣдко бываетъ опасенъ; но для маленькихъ дѣтей, въ особенности для грудныхъ, эта болѣзнь чрезвычайно опасна; отъ коклюша часто также умираютъ рахитики, легко получающіе катарральную

пневмонію. По статистикѣ Voigt'a (цитиров. у Monti: Real-Encykl. Keuchhusten) смертность отъ коклюша на 1-мъ году = 25%, отъ 1 до 5 лѣтъ = 4,8%, отъ 6 до 18 лѣтъ = 1,1%. Вообще можно сказать, что *чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ опаснѣе для него коклюшъ*. Правило это Roger резюмируетъ такъ: опасность отъ коклюша въ первые мѣсяцы жизни чрезмѣрна, въ первые два года очень велика, но во второмъ дѣтствѣ ничтожна, а у взрослыхъ равна нулю. Процентъ смертности отъ коклюша онъ опредѣляетъ приблизительно такъ: въ 3-лѣтнемъ возрастѣ умираетъ $\frac{1}{8}$, отъ 1 до 2 лѣтъ $\frac{1}{4}$, отъ 6 до 12 мѣе. $\frac{1}{3}$; въ первые 3 мѣсяца $\frac{1}{2}$.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предсказаніе должно сообразоваться не только съ возрастомъ и общимъ состояніемъ здоровья ребенка, но также съ силой коклюша и могущими встрѣтиться осложненіями. Что о силѣ коклюша мы судимъ по числу приступовъ кашля за сутки и по интенсивности самыхъ приступовъ (но числу репризовъ), объ этомъ было уже говорено. Trousseau утверждалъ, что если кашель повторяется болѣе 60 разъ въ сутки (онъ не говоритъ о томъ, какимъ образомъ онъ считалъ приступы), то ребенокъ непременно умретъ отъ какого-нибудь осложнения.

Изъ осложненій имѣютъ значеніе для предсказанія: частая рвота, обильныя носовыя кровотеченія, bronchitis и pneumonia (bronchitis capillaris столь же опасна, какъ и сама pneumonia); далѣе — мозговые симптомы; хотя при эclamпическихкихъ судорогахъ смерть и можетъ наступить внезапно, во время пароксизма кашля, но все-таки предсказаніе при „коклюшныхъ судорогахъ“, насколько я могу судить на основаніи собственныхъ наблюденій, нѣсколько лучше, чѣмъ при спячкѣ и другихъ симптомахъ, такъ сказать, стаціонарной, пассивной гипереміи мозга.

Для предсказанія имѣетъ значеніе и время года, такъ какъ лѣтомъ коклюшъ протекаетъ обыкновенно легче, чѣмъ зимой.

Д і а г н о с т и к а .

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ коклюша діагностика легка, такъ какъ коклюшный кашель настолько типиченъ и своеобразенъ, что не узнать его трудно даже и не врачу; достаточно хоть разъ слышать этотъ кашель. Если такой кашель встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей известной семьи, то въ діагностикѣ не можетъ быть сомнѣній.

По нашему мнѣнію, никоимъ образомъ нельзя согласиться съ Niemeuer'омъ, который говоритъ, что пароксизмы коклюшного кашля ничѣмъ не отличаются отъ кашля при очень сильномъ laryngo-bronchitis. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, равно какъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ фарингита, кашель дѣйствительно бываетъ сильный, сопровождается даже покраснѣніемъ лица и рвотой, но, во-1-хъ, не бываетъ характернаго свиста, а во-2-хъ, и рвота при комнатномъ содержаніи скоро прекращается.

Сходство съ коклюшемъ можетъ представлять также кашель при гиперплазіи и творожистомъ перерожденіи шейныхъ и бронхіальныхъ железъ, сдавливающихъ vagus или n. laryng. super. Но помимо того что сходство между

этими двумя кашлями довольно отдаленное, существенная разница состоитъ въ теченіи. Для коклюша характерно, что онъ начинается съ сухого, короткаго кашля, который черезъ нѣсколько уже дней постепенно переходитъ въ судорожный, а этотъ послѣдній, въ свою очередь, черезъ 2—3 недѣли начинаетъ ослабѣвать и переходитъ во влажный, катарральный. При гиперплазіи железъ кашель тянется сначала въ видѣ хроническаго бронхита, который долго спустя принимаетъ сходство съ коклюшемъ (ребенокъ закашливается до покраснѣнія лица и иногда дѣлаетъ при этомъ свистящее вдыханіе) и на этой степени развитія остается неопредѣленно долго. Такія дѣти или въ высокой степени рахитичны или золотушны и страдаютъ опухолью почти всѣхъ видимыхъ лимфатическихъ железъ. Къ этому добавлю еще, что хотя гиперплазія бронхиальныхъ и шейныхъ железъ встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и очень часто, но коклюшеподобный кашель безъ коклюша является крайне рѣдко.

Если коклюшъ начинается съ высокой лихорадки, то сильный кашель, при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди, можетъ навести врача на мысль о miliarномъ туберкулезѣ. Roger, напримѣръ, рассказываетъ про случай коклюша, принятый тремя знаменитостями — Guersant, Blache и Trouseau, приглашенными на консилиумъ, за галопирующую чахотку. Дѣло шло о 17-лѣтней дѣвушкѣ изъ практики Roger'a, которая заболѣла какъ бы очень острымъ бронхитомъ. Около 12-го дня общіе симптомы усилились еще болѣе (частый кашель, то совсѣмъ сухой, то съ обильною мокротой, высокая лихорадка съ вечерними ожесточеніями), между тѣмъ какъ физикальные признаки были почти отрицательны: незначительное количество сухихъ и влажныхъ хриповъ, мѣнявшихъ мѣсто, шероховатое или грубое везикулярное дыханіе и больше ничего. Вотъ при этихъ-то условіяхъ консультанты и признали единогласно острый туберкулезъ, черезъ нѣсколько дней оказавшійся просто коклюшемъ.

Что съ коклюшемъ не слѣдуетъ смѣшивать коклюшеподобный кашель, являющійся отъ простуды у выздоравливающихъ отъ коклюша, объ этомъ сказано выше.

Распознаваніе коклюша не представляетъ затрудненій даже и въ амбулаторной практикѣ. Основаніемъ діагностики въ такихъ случаяхъ служатъ: 1) Эпидемичность болѣзни (кашляютъ нѣсколько дѣтей въ данной семьѣ). 2) Приступъ кашля сопровождается свистящимъ вдыханіемъ и покраснѣніемъ лица и оканчивается рвотой и изверженіемъ мокроты даже у маленькыхъ дѣтей. (Дѣти до 5-ти лѣтъ при простомъ бронхитѣ никогда не выхаркиваютъ мокроты, а глотаютъ ее; а потому если мать передаетъ, что ребенокъ послѣ приступа кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство, обязанное своимъ происхожденіемъ рвотному движенію, очень характерно для коклюша). 3) Кашель ночью замѣтно сильнѣе, чѣмъ днемъ. 4) Одутловатое лицо и припухлость вѣкъ. Изъязвленіе подъязычной уздечки. 6) Для многихъ случаевъ характерны и отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, несмотря на заявленіе матери, что ребенокъ кашляетъ очень сильно.

Всего труднѣе узнать коклюшъ въ самомъ началѣ катаррального періода. О тѣхъ признакахъ, которыми можно въ это время руководствоваться, было сказано въ главѣ о симптоматологіи, напомнимъ только, что изслѣдованіе

мочи можетъ значительно способствовать установленію ранней діагностики. Мы этимъ вовсе не хотимъ сказать, что діагностику коклюша можно установить прямо по мочѣ; это, конечно, невозможно и именно по той причинѣ, что тяжелая, блѣдная моча, богатая мочевою кслотой, можетъ встрѣтиться во многихъ случаяхъ какъ при лихорадочномъ состояніи, такъ и безъ онаго, но мы не сомнѣваемся въ томъ, что „коклюшная моча“ у больного, который недавно началъ кашлять и у котораго т^о совсѣмъ нормальна или лишь незначительно повышена — даетъ право съ большой вѣроятностью предполагать начинающійся коклюшъ и указываетъ на необходимость изолировать больного.

Нѣкоторые данныя для діагностики коклюша въ его продромальномъ періодѣ даетъ также и *ислѣдование крови* относительно содержанія въ ней бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Ислѣдованія показали, что уже въ самомъ началѣ коклюша число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ значительно увеличивается (примѣрно до 16000 въ 1 к. сант. вмѣсто 8000, какъ въ нормѣ) и притомъ увеличеніе это происходитъ главнымъ образомъ на счетъ одноядерныхъ лейкоцитовъ, которыхъ при коклюшѣ оказывается даже больше чѣмъ многоядерныхъ, тогда какъ въ нормѣ бываетъ наоборотъ. Въ разгарѣ болѣзни число бѣлыхъ тѣлецъ доходитъ въ среднемъ до 25000.

При діагностикѣ коклюша у грудныхъ дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ этомъ возрастѣ коклюшный кашель часто не имѣетъ репризовъ; но для правильной оцѣнки его важно то, что большинство приступовъ кашля кончается рвотой, что рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуетъ другъ за другомъ безъ передышки и ведетъ къ покраснѣнію лица, что у нихъ часто развивается язвочка подъ языкомъ и что сильный кашель протекаетъ безъ лихорадочнаго состоянія и часто безъ хриповъ. Если въ данной семьѣ есть другіе случаи коклюша, то діагностика еще легче. Въ виду отсутствія репризовъ нѣкоторые врачи принимаютъ коклюшъ у грудныхъ дѣтей за кашель къ зубамъ (т.-е. отъ прорѣзыванія зубовъ), но, конечно, неосновательно, такъ какъ кашель, совпадающій съ прорѣзываніемъ зубовъ, ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго бронхита; онъ скоро проходитъ и не имѣетъ склонности осложняться рвотой.

Л ѣ ч е н і е .

Какихъ-либо предохранительныхъ средствъ противъ коклюша мы не знаемъ, и потому *предохранительное лѣченіе* можетъ состоять только въ строгой изоляціи заболѣвшихъ отъ здоровыхъ (что, впрочемъ, не всегда ведетъ къ цѣли, такъ какъ коклюшъ начинаетъ заражать съ самаго начала, когда еще не можетъ быть увнанъ).

Особенно необходимо изолировать маленькихъ дѣтей, примѣрно, до двухъ лѣтъ, а также дѣтей, ослабленныхъ какой-нибудь предшествовавшей болѣзнию. Если грудного ребенка кормитъ мать, то она совсѣмъ не должна ходить въ комнаты, занятія больными. Слѣдуетъ имѣть въ виду возможность перенесенія заразы вещами и животными.

Женщина, беременная на послѣднемъ мѣсяцѣ, тоже должна избѣгать всякаго соприкосновенія съ больными, такъ какъ она можетъ передать заразу плоду черезъ плацентарное кровообращеніе.

Большую частью первый ребенокъ, заболѣвшій въ семьѣ, приноситъ коклюшъ изъ какой-нибудь школы, дѣтскаго сада и т. п., а потому не только больные должны быть удаляемы изъ заведенія, но даже и здоровые ихъ братья и сестры, если они не отдѣлены отъ заболѣвшаго (а если отдѣлены, то черезъ двѣ недѣли они могутъ ходить въ классъ, если за это время не начали кашлять).

Черезъ сколько времени отъ начала болѣзни самъ больной можетъ начать посѣщеніе школы, сказать очень трудно, такъ какъ мы не знаемъ, когда именно коклюшъ перестаетъ быть заразительнымъ. По правиламъ, изданнымъ медицинскимъ совѣтомъ, ребенокъ допускается въ школу черезъ 6 недѣль отъ появленія кашля, когда исчезнуть спазматическіе приступы или вовсе не будетъ кашля.

Не совсемъ понятно, причѣмъ здѣсь 6 недѣль? Если руководствоваться исчезаніемъ спазматическаго кашля, то въ однихъ случаяхъ придется выпускать ребенка раньше 6 недѣль, а въ другихъ, и притомъ въ большинствѣ, поздне. При возвратахъ коклюшнаго кашля болѣзнь уже не считается заразительной.

Если больной умеръ, или болѣзнь кончилась выздоровленіемъ, то комнату его дезинфицируютъ, потомъ провѣтриваютъ, и когда все это кончено, то можно поселить въ ней здоровыхъ.

При *лѣченіи* разившейся болѣзни большое значеніе имѣетъ *чистый воздухъ*, вліаніе котораго на теченіе коклюша замѣтнѣе, чѣмъ при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Днемъ больной долженъ оставить свою спальню и перейти въ другія комнаты, а спальня его должна провѣтриваться цѣлый день черезъ форточки, а если не позволяетъ холодная погода, то надо отворять форточекъ нѣсколько разъ въ день, хоть по полчаса.

Къ вечеру ^{то} спальня должна быть 13—15°. Чѣмъ просторнѣе она, тѣмъ лучше. Держать нѣсколько коклюшныхъ больныхъ въ одной комнатѣ, хотя бы и просторной, не слѣдуетъ, такъ какъ стоитъ ночью закашлять одному, какъ сейчасъ же начнутъ кашлять и другіе (не черезъ раздраженіе, какъ обыкновенно думаютъ, а скорѣе просто отъ того, что просыпаются въ это время).

Можно ли при коклюшѣ выходить на улицу — зависитъ отъ погоды и отъ возраста больного. Лѣтомъ, въ теплую погоду, всѣ коклюшные, не исключая и грудныхъ дѣтей, должны быть на свѣжемъ воздухѣ, хоть цѣлый день, съ 10 час. утра и до захода солнца (до росы). Ежедневное наблюденіе показываетъ, что въ комнатахъ больные кашляютъ значительно чаще, чѣмъ на воздухѣ. Наоборотъ, зимой, при морозѣ больше 10° R. и особенно при *холодномъ вѣтрѣ*, хотя бы термометръ и показывалъ +3—5° R., всѣ коклюшные должны сидѣть дома.

Что касается до возраста, то дѣти старше 5 лѣтъ могутъ выходить на воздухъ и зимой, когда вѣтъ вѣтра, но маленькія дѣти не должны быть выпускаемы даже и при этомъ условіи. Точно такъ же остаются въ комнатѣ и такіе больные, у которыхъ коклюшъ протекаетъ съ лихорадочнымъ состояніемъ или съ явленіями болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго бронхита.

Купать коклюшныхъ дѣтей не слѣдуетъ. Діета ихъ должна быть обыкновенная, какъ и для здоровыхъ. При частой рвотѣ лучше кормить больного нѣсколько разъ въ день, но понемногу (при полномъ желудкѣ рвота наступаетъ несравненно легче) и лучше непосредственно послѣ пароксизма.

Лучшимъ средствомъ противъ коклюша многими считается *перемѣна воздуха*. Всего лучше уѣхать куда-нибудь подальше, — зимой, напримѣръ, на югъ, а лѣтомъ въ горы, или, по крайней мѣрѣ, въ деревню. Въ крайности можно уѣхать хоть за нѣсколько верстъ отъ эпидемической мѣстности, и то ужъ можетъ быть польза, даже и въ томъ случаѣ, если, напр., деревня мѣняется на городъ. Что коклюшный больной можетъ занести заразу въ новую мѣстность, это, конечно, не подлежитъ сомнѣнiю и должно имѣться въ виду тѣми, кто совѣтуетъ такой способъ лѣченiя, отъ котораго Henoch, впрочемъ, не видалъ никакой пользы, хотя собственный его сынъ, уѣхавшiй въ Reichenhall, въ самомъ началѣ спазмотическаго періода, избавился отъ коклюша въ 2 недѣли. По общему отзыву авторовъ, наибольшей пользы отъ перемѣны воздуха можно ждать въ послѣднiй періодъ коклюша. Я лично энергично рекомендую увозить коклюшнаго больного на югъ только въ томъ случаѣ, если коклюшъ затянулся и сопровождается лихорадочнымъ состоянiемъ и если въ мѣстѣ его жительства въ данное время глубокая осень или зима; если же дѣло идетъ къ лѣту, то достаточно выѣхать въ деревню.

Противъ коклюша рекомендовано такъ много „хорошо дѣйствующихъ и специфическихъ“ средствъ, что въ этомъ отношенiи онъ выдержитъ конкуренцію даже съ дифтеритомъ. Не перечисляя всѣхъ этихъ рекомендацій, замѣтимъ только, что, смотря по тому или иному воззрѣнiю на сущность коклюша, предлагались почти всѣ *peruina*, съ белладонной и морфіемъ во главѣ, всѣ *antiscarrhalia* и въ послѣднее время чуть не всѣ *antiparasitica*, но тѣмъ не менѣе *противоядія противъ коклюшнаго яда мы все-таки не знаемъ и купировать его развитiя не умѣемъ*, а можемъ только облегчить его теченiе и, можетъ быть, до нѣкоторой степени сократить его.

Прежде всего скажу о попыткахъ abortивнаго лѣченiя коклюша. Къ числу этихъ попытокъ относится, между прочимъ, лѣченiе коклюша *вакцинаціей*; въ настоящее время этотъ методъ почти совсѣмъ уже не употребляется, а между тѣмъ считать его бесполезнымъ никоимъ образомъ нельзя и на основанiи видѣнныхъ мною случаевъ я бы посовѣтовалъ снова испытать вакцинацію особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда коклюшемъ заболѣваетъ ребенокъ, еще не имѣвшiй прививной лпы, и если коклюшъ у него свѣжій. Въ литературѣ попадаются указанiя на оѣченiе коклюша вакцинаціей уже издавна; за послѣднее время энергично высказывается въ пользу этого метода Pestalozza (Jarhb. f. Kinderh. XXXVI, S. 484), Bolignini (Arch. f. Kind. XXII, S. 433) и Fimiani (id. XX, 1896, S. 445). Если случай коклюша свѣжій (начало періода судорожнаго кашля), и больной имѣетъ восприимчивость къ вакцинѣ, то, по словамъ этихъ авторовъ, болѣзнь кончается большею частью въ 1—2 недѣли или, по крайней мѣрѣ, значительно облегчается. Дѣти, вакцинированныя на первомъ году и потому утратившія восприимчивость къ вакцинѣ, для этого метода лѣченiя не годятся.

Д-ръ Violi предложилъ на XII междунар. съѣздѣ врачей въ Москвѣ лѣчить коклюшъ *подкожными впрыскиванiями кровяной сыворотки вакцинированныхъ телятъ*, каковое лѣченiе по его словамъ оказываетъ на коклюшъ abortивное дѣйствiе, все равно какъ у вакцинированныхъ, такъ и у не вакцинированныхъ дѣтей; онъ впрыскивалъ, смотря по возрасту больныхъ, отъ 4 до 20 к. с. и замѣтное

ослабленіе кашля могъ констатировать уже черезъ 8—10 часовъ послѣ первой же инъекціи; вторая инъекція рѣдко бываетъ нужна. Рекомендація его основана на 78 случаяхъ. Другіе врачи, напр., Dotti, Cerioli („Врачъ“ 1898 г., стр. 974), Gilbert (Thér. Wochenschr. 1899. № 32) съ такимъ же успѣхомъ лѣчили коклюшъ подкожными впрыскиваніями *антидифтеритной сыворотки*: обыкновенно уже черезъ 24—72 часа послѣ 1-й инъекціи въ 5—10 в. с. наступаетъ значительное облегченіе кашля. Если эти наблюденія подтвердятся, то окажется, можетъ-быть, что и простая сыворотка проявитъ такое же цѣлебное вліяніе на коклюшъ.

Въ первый періодъ коклюша сухой, чистый кашель всего лучше облегчается постельнымъ содержаніемъ и назначеніемъ щелочныхъ средствъ (минеральныя воды — сельтерская съ теплымъ молокомъ, силезская — оберзальдбрунъ и др.) и наркотическихъ, въ видѣ Доверова порошка или морфія на ночь. Умѣстны также паровыя пульверизаціи щелочныхъ растворовъ (2% *natri bicarbonici*) или однихъ паровъ. Въ этотъ періодъ, а также въ началъ слѣдующаго, Monti видѣлъ значительную пользу отъ вдыханій паровъ *бензина* (предложеннаго Neumann'омъ) (ложку бензина выливаютъ въ тазъ съ горячею водою и вдыхаютъ пары 4—6 разъ въ день по 5 минутъ); въ нѣкоторыхъ случаяхъ это средство, но его словамъ, не только облегчаетъ кашель, но укорачиваетъ и теченіе болѣзни.

Въ спазмотическомъ періодѣ употребляются какъ внутреннія, такъ и наружныя средства.

Внутреннія средства. *Морфій* считается Непосч'омъ за самое лучшее палліативное средство. Онъ прописываетъ его такъ: Rr. Morphii acetici 0,01—0,03 ($\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ gr.), Aq. destill. 35,0 (зjx), Syr. alth. 15,0 (зз). MDS. 2—3 раза въ день по чайной ложкѣ. Если ребенокъ дѣлается сонливъ, то приемы лѣкарства отменяются, а если морфій переносится хорошо, то можно продолжать его въ теченіе нѣсколькихъ недѣль подрядъ. Показаніемъ къ нему Непосчъ считаетъ тяжелые случаи коклюша, когда бываетъ не менѣе 20 пароксизмовъ въ сутки.

Я имѣю обыкновеніе прописывать морфій въ капляхъ изъ 1 гр. на порцію и, осторожности ради, начинаю съ очень маленькихъ приемовъ, именно по столько капель, сколько ребенку лѣтъ, 2—3 раза въ день.

Chloral-hydrat, какъ средство облегчающее приступы коклюша, тоже полезно; онъ прописывается въ количествѣ 0,2—0,3 (3—5 gr.) pro die на годъ въ слизистомъ растворѣ, напр., Rr. Chlor. hydr. 2,0—3,0, D-ti rad. alth. 120,0 (зiv), Syr. simpl. 15,0, (зз). MDS. По десертной ложкѣ черезъ 2 часа (для ребенка 4—6 лѣтъ). По наблюденіямъ, собраннымъ мною, лучше дѣйствуетъ при коклюшѣ *croton-chloral hydrat*, иначе называемый *butylchloral*, полученный Краемер'омъ и Pinner'омъ въ 1870 г., какъ побочный продуктъ при добываніи хлорала, путемъ дѣйствія хлора на альдегидъ. По химической своей натурѣ *butylchloral* стоитъ къ бутильному альдегиду въ такомъ же отношеніи, какъ хлораль-гидратъ къ этильному. Это довольно пріятно пахнущій безцвѣтный, кристаллическій порошокъ, трудно растворимый въ водѣ, но легко въ алкогольѣ и глицеринѣ, почему и прописывается въ смѣси этихъ веществъ. Прописывать это средство съ водою, въ видѣ микстуры, съ надписью „взбалтывать предъ“

употребленіемъ“ — нельзя, такъ какъ послѣдними приемами при случаѣ могутъ быть вызваны припадки отравленія (сильная сонливость, тошнота и рвота), аритмія пульса, дрожаніе членовъ и даже тримъ). Онъ имѣетъ особое отношеніе къ нервамъ головы, такъ какъ большія дозы его производятъ прежде всего анестезію головы, почему и рекомендовался при невралгіяхъ п. trigemini. Кто именно предложилъ его при коклюшѣ, я не могу припомнить.

Дѣйствіе кротонъ-хлоралгидрата, какъ и другихъ противококлюшныхъ средствъ, не во всѣхъ случаяхъ одинаково хорошо, но онъ заслуживаетъ все-таки испытанія, такъ какъ большею частью замѣтно облегчаетъ спазматическій кашель, причемъ иногда облегченіе наступаетъ уже съ первыхъ ложекъ лѣкарства. Въ одномъ случаѣ, напр., у 12-лѣтней дѣвочки, страдавшей коклюшемъ безъ репризовъ, приступы сопровождались сильнымъ покраснѣніемъ лица, слезотеченіемъ и выпячиваніемъ глазныхъ яблокъ, и кашель повторялся чаще, чѣмъ каждыя $1\frac{1}{2}$ часа; послѣ 2-й ложки микстуры приступы сдѣлались значительно рѣже и беспокоили больную черезъ 2—3 часа, а черезъ нѣсколько дней ослабѣла и сила кашля; когда кашель сдѣлался настолько легокъ и рѣдокъ, что лѣкарство было отмѣнено, то вскорѣ пришлось опять прибѣгнуть къ нему, такъ какъ кашель снова усилился.

Пронисывалъ я его такъ: Rp. Crotonchlor. hydr. 4,0 (zj), T-rae camdamon. compos., glycerini puris. aa 60,0 (zjj). MDS. По чайной (ребенку 4—5 лѣтъ) — десертной ложкѣ 4 раза въ день. Если первая слянка не принесла замѣтнаго улучшенія, а между тѣмъ больная не дѣлается сонливъ и вялъ, то приемы назначаютъ каждыя два часа. Ellis (Manuel prat. d. maladies de l'enf. 1884), не видавшій пользы отъ этого средства, назначалъ его въ слишкомъ малыхъ дозахъ; онъ давалъ его ребенку 8—10 лѣтъ по 0,04 2—3 раза въ день.

Всѣ три приведенныя средства не должны быть назначаемы при коклюшѣ, осложненномъ капиллярнымъ бронхитомъ и вообще при скопленіи въ бронхахъ большого количества отдѣляемаго.

Многіе французскіе авторы (Trousseau, Roger, Cadet de Gassicourt) самымъ дѣйствительнымъ средствомъ противъ коклюша считаютъ препараты белладонны и особенно атропинъ. Я лично не имѣю никакой опытности насчетъ дѣйствія этихъ лѣкарствъ, такъ какъ ихъ надо давать въ большихъ дозахъ до появленія первыхъ признаковъ отравленія (расширеніе зрачковъ, краснота лица, сухость рта и зѣва), причемъ, по моему мнѣнію, легко пересолить, т.-е. произвести болѣе сильное отравленіе. Для избѣжанія этого совѣтуютъ начинать съ малыхъ приемовъ и потомъ постепенно ихъ увеличивать до появленія несомнѣннаго улучшенія приступовъ кашля или до появленія припадковъ отравленія. Для ребенка въ первомъ возрастѣ Trousseau назначалъ пилюли, изъ которыхъ въ каждой заключалось по 0,005 ($1/12$ gr.) вытяжки белладонны и порошка. Для ребенка старше 4 лѣтъ и для взрослыхъ въ каждой пилюлѣ должно быть по 0,01 ($1/6$ gr.) экстракта и порошка белладонны). Для дѣтей, не умѣющихъ глотать пилюли, ихъ разводятъ небольшимъ количествомъ сиропа, потомъ кладутъ на спинку языка, и тогда онѣ легко проглатываются (впрочемъ въ постоянствѣ успѣха я сильно сомнѣваюсь). Онъ назначалъ принимать ежедневно

утромъ по одной пилюль натошакъ. Если число и сила приступовъ не уменьшились, то даютъ по двѣ пилюли заразъ и т. д. и, смотря по надобности, доходятъ до 5—12 пилюль въ день (Trousseau совѣтовалъ давать ихъ непрерывно заразъ, но другіе не придерживаются этого правила). На одномъ и томъ же приемѣ больной долженъ оставаться не менѣ двухъ-трехъ дней. Если дошли до такого приема, при которомъ наступило улучшение, то стоятъ на немъ съ недѣлю, а потомъ убавляютъ по одной пилюль.

Атропинъ Trousseau выписываетъ для маленькихъ дѣтей 0,01 на 200,0 воды и даетъ сначала по чайной ложкѣ на приемъ разъ въ день, потомъ постепенно усиливаетъ дозы.

Хининъ рекомендованъ Vinz'омъ при коклюшѣ, какъ *specificum*, и именно въ большихъ дозахъ (столько дециграммъ, сколько больному лѣтъ, утромъ и вечеромъ). Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ дѣйствуетъ быстро и не только ослабляетъ частоту и силу пароксизмовъ, но даже, повидимому, укорачиваетъ и самое теченіе коклюша; но вѣрно также и то, что въ другихъ случаяхъ онъ остается безъ всякаго дѣйствія.

Въ одномъ случаѣ коклюша, у мальчика 8 лѣтъ, я имѣлъ возможность назначить хининъ еще въ продромальномъ періодѣ (братъ и двѣ сестры больного уже имѣли коклюшъ); такъ какъ горечь была вовсе не противна больному, то онъ свободно принималъ по 20 гранъ хинина въ день, и тѣмъ не менѣ приступы кашля были у него нисколько не слабѣе, чѣмъ у другихъ. Недѣли черезъ 2 лѣченіе хининомъ должно было быть оставлено, такъ какъ наступили припадки интоксикаціи хининомъ, въ видѣ періодически наступавшаго, всегда въ одинадцатомъ часу вечера, ночного испуга (*avor nocturnus*), исчезнушаго въ тотъ же день, какъ былъ отмѣненъ хининъ. Дальнѣйшее теченіе коклюша въ этомъ случаѣ, сравнительно съ теченіемъ его у брата и сестеръ, отличалось чрезвычайно длиннымъ періодомъ *stad. spasmodici*, который продолжался, несмотря на лѣтнее время, по крайней мѣрѣ, мѣсяца два съ половиной. Я назначаю хининъ преимущественно *груднымъ дѣтямъ* по столько *gr.* сколько больному мѣсяцевъ, 2—3 раза въ день. Въ этомъ возрастѣ онъ рѣдко не приноситъ замѣтнаго облегченія. При лѣченіи хининомъ я предпочитаю давать его съ отдыхами, именно даю 4 дня подрядъ, потомъ 2 дня совсѣмъ не даю и т. д. до двухъ, трехъ разъ, смотря по упорству болѣзни.

Что у маленькихъ и грудныхъ дѣтей лѣченіе коклюша хининомъ оказываетъ иногда блистательное дѣйствіе, я убѣдился на одномъ 4-мѣсячномъ ребенкѣ, у котораго приступы были настолько сильны, что почти каждый изъ нихъ оканчивался эклампсическимъ припадкомъ. Послѣ назначенія хинина по 0,12 gr., 2 раза въ день, уже черезъ день не было ни одного припадка съ судорогами.

За послѣдніе годы многими рекомендовалось лѣчить коклюшъ *антипириномъ*. По первоначальному совѣту Sonnenburg'a, онъ назначался груднымъ по столько центиграммъ, сколько больному мѣсяцевъ, а старшимъ по столько дециграммъ, сколько больному лѣтъ, раза 2—3 въ день, но потомъ оказалось, что съ равнымъ успѣхомъ можно давать и вдвое меньшіе приемы 3 раза въ день; французскіе врачи, наоборотъ, даютъ его въ очень большихъ дозахъ, напр., Comby по 0,5 на годъ *pro die*, т.-е. 10-лѣтнему — 5,0, 6-лѣтнему — 3,0 и т. д. Но такіе приемы не всѣми переносятся; у нѣкоторыхъ больныхъ даже и при дозахъ вдвое меньшихъ появляются иногда припадки сердцебіенія, легко констатируемые и объективнымъ изслѣдованіемъ. На основаніи собственныхъ наблюденій я могъ бы сказать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ (какъ въ началѣ

болѣзни, такъ и въ позднѣйшіе періоды) антипиринъ дѣйствуетъ блестящимъ образомъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ совсѣмъ не помогаетъ. Въ случаяхъ первой категоріи надо продолжать его употребленіе недѣли 2—3 подрядъ, т.-е. до полного прекращенія спазмотическаго кашля, такъ какъ въ противномъ случаѣ коклюшъ, послѣ отмены лѣкарства, снова усиливается. Приблизительно то же можно сказать про *phenocollum muriaticum*, который назначается въ тѣхъ же дозахъ.

Изъ новыхъ средствъ упомяну еще о *бромформѣ* и *антиспазминѣ*, которые иногда помогаютъ тоже очень хорошо. Бромформъ въ водѣ не растворяется, а потому на каждыя 2—3 капли бромформа надо прибавлять къ микстурѣ 1 гgm. спирта. Напр.: Rp. Bromoformii gtt. x, Alcohol. 3,0—5,0, Aq. destill. 100,0. DS. Черезъ часъ по чайной (грудному), десертной (дѣтямъ до 4 лѣтъ) и столовой (дѣтямъ до 8 лѣтъ) ложкѣ. Вообще можно давать груднымъ 4—6 капель въ день, до 4 лѣтъ — 8—10 кап., до 8 лѣтъ — по 4—5 кап. на приемъ 3 раза въ день. Лѣкарство это боится свѣта, отъ котораго краснѣетъ, и въ такомъ случаѣ должно быть замѣнено новымъ. Если доза для даннаго ребенка велика, то больной дѣлается вялъ и сонливъ, а при отравленіи (въ случаѣ Löwenthal'я ребенокъ 1½ года принялъ въ 3 дня 5 гgm. бромформа) наступаетъ крѣпкій сонъ, т.-е. настоящій наркозъ съ полнымъ исчезаніемъ чувствительности, едва ощутимымъ пульсомъ, похолоданіемъ конечностей, суженіемъ зрачковъ, поверхностнымъ дыханіемъ (для діагностики отравленія важно, что выдыхаемый воздухъ сильно пахнетъ бромформомъ, такъ же какъ и содержимое желудка въ случаѣ рвоты, которая нерѣдко наступаетъ при интоксикаціи. Выздоровленіе наступаетъ довольно скоро: черезъ нѣсколько часовъ восстанавливается сознаніе, а нѣкоторое время спустя больной уже ходитъ); въ подобныхъ случаяхъ показаны подкожныя инъекціи ээира и обливанія холодной водой въ теплой ваннѣ. — Antispasmin (соединеніе 1 ч. нарцеинов. натра съ 3 чч. салицил. натра) года два, три тому назадъ предложенъ Demme и въ послѣднее время рекомендованъ Frühwald'омъ (изъ клиники Baginsk'аго) и Stooss'омъ. Для грудныхъ 0,01—0,015 pro dosi 3—4 раза въ день, дѣтямъ отъ 3 лѣтъ по 0,02, старшимъ до 0,04 pro dosi тоже 4 раза въ день: Rp. Antispasmini 0,2, Aq. destill. 100,0, Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной ложкѣ 3—4 раза въ день (грудному). По наблюденіямъ авторовъ, средство это хорошо переносится даже и грудными дѣтьми и замѣтно уменьшаетъ частоту и силу пароксизмовъ.

Наружныя средства употребляются въ видѣ пульверизацій, помазываній зѣва и гортани и въ видѣ присыпокъ.

Для *пульверизацій* въ послѣднее время рекомендуются, главнымъ образомъ, противонаразитныя средства. Я прибѣгаю къ нимъ только у дѣтей старшаго возраста, которые могутъ производить пульверизаціи какъ слѣдуетъ, т.-е. сидѣть передъ паровымъ аппаратомъ съ широко-открытымъ ртомъ и съ высунутымъ языкомъ, такъ какъ только при этомъ условіи пульверизируемое лѣкарство можетъ достигать гортани, по крайней мѣрѣ, верхнихъ частей ея. Я считаю полезнымъ въ такихъ случаяхъ 1—2% растворъ салициловаго натра. Пульверизаціи дѣлаются 4—6 разъ въ день, смотря по тяжести случая. Средство это я соеди-

няю обыкновенно съ бромистымъ натріемъ, въ видахъ достиженія нѣкоторой анестезіи зѣва и глотки, напр.: Rp. Natri salicyl. 2,0 (зз), Natri bromati 4,0 (зj), Aq. destill. 200 (зvj), MDS. Для пульверизацій въ теченіе двухъ минутъ 4—6 разъ въ день.

Для лѣченія коклюша рекомендуются также вдыханія паровъ летучихъ средствъ. Одни, напр., совѣтуютъ развѣшивать въ спальнѣ больного тряпки, смоченныя 3% карболовою кислотой, другіе — вдыханія паровъ скинидара или эвкалиптоваго масла; о бензинѣ было сказано выше. Въ періодъ судорожнаго кашля я нахожу болѣе полезными пары карболовой кислоты, а въ періодъ отдѣленія обильной мокроты — вдыханія скинидара или эвкалипта.

Для помазываній зѣва и гортани особенно рекомендовались 1% растворъ резорцина, 5—10% растворъ кокаина (Mopcoгvo) и крѣпкіе растворы хинина.

Насчетъ внутригортанныхъ помазываній я не имѣю никакой опытности; во всякомъ случаѣ ихъ надо производить при помощи ларингоскопа, а такъ какъ каждое прикосновеніе къ корню языка или къ нѣбу у коклюшнаго больного вызываетъ обыкновенно приступъ кашля, то я считаю такое лѣченіе трудно выполнимымъ и довольно мучительнымъ для больного. Что касается до смазыванія зѣва и задней стѣнки глотки 10% растворомъ солянокислаго кокаина, то въ немногихъ случаяхъ, въ которыхъ я испыталъ это дорогое средство, я далеко не видалъ столь блестящихъ результатовъ, какъ описываетъ ихъ, рекомендовавшій такой способъ лѣченія, д-ръ Barbillion (Revue mens. d. mal. d. enf. 1885).

Barlow („Врачъ“, 1886, стр. 429) испыталъ способъ лѣченія Mopcoгvo, т.-е. смазываніе глотки и гортани сначала 10% растворомъ кокаина и вслѣдъ за тѣмъ 1% резорцина въ 50 случаяхъ и нашелъ этотъ методъ весьма дѣйствительнымъ, такъ какъ число и сила приступовъ быстро уменьшались. Въ виду того, однако, что средняя продолжительность лѣченія равнялась у него 5 $\frac{1}{2}$ недѣлямъ, а средняя продолжительность заболѣванія 8 $\frac{1}{2}$ недѣлямъ, надо думать, что теченіе болѣзни нисколько не укорачивалось.

Letzerich рекомендовалъ *вдувать въ гортань хининъ* прямо въ видѣ порошка (Rp. Chinin. muriat. 0,01—0,015, Natr. bic. 0,015, Gum. arab. 0,25) и думаетъ, что этимъ способомъ можно купировать коклюшъ; но наблюденія его нуждаются въ подтвержденіи, такъ же какъ и рекомендація Michael'я и Guerder'a — лѣчить коклюшъ *вдуваніемъ въ носъ* различныхъ порошковъ, въ томъ числѣ и индифферентныхъ, напр. толченаго мрамора. Если вѣрить изобрѣтателямъ, то этотъ новый способъ лѣченія дѣлаетъ просто чудеса. Онъ основанъ на предположеніи, что коклюшъ зависитъ отъ раздраженія слизистой оболочки носа, т.-е. что онъ есть отраженный неврозъ съ носа.

Хотя пользу приносятъ и индифферентные порошки, но якобы несравненно лучше дѣйствуютъ хининъ и pulv. resinae bensoes. Испытавши этотъ способъ лѣченія въ небольшомъ числѣ случаевъ, я отказался отъ дальнѣйшаго его примѣненія, такъ какъ ослабленія коклюша я не замѣчалъ, а между тѣмъ дѣти чрезвычайно сильно сопротивлялись вдуваніямъ, вызывавшимъ у нихъ сильнѣйшіе пароксизмы кашля, а черезъ нѣсколько дней развивался насморкъ съ обильнымъ выдѣленіемъ изъ носа слизи; предотвратить развитіе пневмоніи это лѣченіе не можетъ, — словомъ, я не замѣтилъ никакихъ преимуществъ отъ

способа Michael'я. Genser (Beitr. Kassowitz, 1) тоже не видалъ особой пользы отъ вдунанія въ носъ порошка роснаго ладана: средняя продолжительность коклюша въ его случаяхъ оказалась не 2 недѣли, какъ было у Michael'я, а 43 дня; излѣченія въ 3 дня не было ни разу (у Michael'я 7%), въ 19 дней — одинъ случай. Въ числѣ неблагоприятныхъ послѣдствій вдунаній онъ отмѣчаетъ очень сильныя пароксизмы кашля, доходившіе иногда до суфоканціи, и говоритъ, что въ силу этого противъ лѣченія возстаютъ не только дѣти, но и родители. Плохой же результатъ отъ вдунаній получился и въ Мюнхенской поликлиникѣ (Jahrb. f. Kinderh. XXX, S. 168). Изъ 40 случаевъ 25 скрылись послѣ первыхъ же вдунаній, у 12 число приступовъ увеличилось, а у 3 осталось безъ переменъ, да и вообще въ послѣднее время ничего что-то не слышно о лѣченіи коклюша по методу Michael'я, а въ нѣкоторыхъ учебникахъ онъ даже и не упоминается.

Мнѣ остается сказать нѣсколько словъ по поводу лѣченія отдѣльныхъ припадковъ. *Пароксизмъ коклюшного кашля* кончается не раньше изверженія мокроты; но мокрота очень тягучая и липкая и выхарывается не легко, а потому можно способствовать скорѣйшему окончанію приступа посредствомъ удаленія мокроты изъ зѣва и входа въ гортань введеннымъ пальцемъ. При самомъ началѣ кашля маленькому ребенку слѣдуетъ дать вертикальное положеніе и нѣсколько нагнутое впередъ. Болѣе взрослымъ дѣтямъ бываетъ легко кашлять, если поддерживать ихъ голову ладонью, подставленной подъ лобъ. Если у грудного ребенка приступъ настолько силенъ, что кончается обморокомъ или внезапною смертью, то иногда удастся оживить его посредствомъ раздраженія кожи, впрыскиваній лица и подложечки холодною водою и искусственнымъ дыханіемъ. Что успѣхъ въ подобныхъ случаяхъ бываетъ обыкновенно не прочтенъ и внезапная смерть легко можетъ наступить во время одного изъ слѣдующихъ приступовъ, — это не должно все-таки препятствовать попыткамъ оживленія.

Упорная рвота требуетъ прежде всего извѣстныхъ діететическихъ мѣръ: больному даютъ ѣсть понемногу и выбираютъ время послѣ пароксизма. Изъ лѣкарствъ существенную пользу можетъ оказывать церій: Rr. Cerii oxalici 0,5 (gr. viii), Sacchari albi 5,0 (ʒj). Mf. pulv. Div. in № 16 aeq. DS. По 1 порошку черезъ 3 часа (ребенку 3—4 лѣтъ; старшимъ больше).

Носовыя кровотеченія, если они не обильны и повторяются не часто, напр. 2—3 раза въ день по нѣсколько капель, то не требуютъ никакого лѣченія, такъ какъ, уменьшая пассивную гиперемію мозга, они могутъ доставлять больному замѣтное облегченіе. Если носовыя кровотеченія обильны, если больной дѣлается малокровенъ, теряетъ аппетитъ и слабѣетъ, то вмѣшательство врача необходимо. Для остановки носового кровотеченія, Trousseau рекомендуетъ подымать вверху руку на сторонѣ кровоточащей ноздри, а если это не помогаетъ, то онъ впрыскиваетъ въ носъ горячую воду такой температуры, какъ только можетъ выдержать больной (что впрочемъ не такъ-то легко опредѣлить; я полагаю, что для начала можно брать воду въ 33° R.). Проще, по-моему, прибѣгать къ холоднымъ компрессамъ на переносицу и затылокъ; носовое кровотеченіе иногда быстро останавливается отъ прикладыванія на верхнюю часть шеи связки ключей или какого-нибудь другого холоднаго предмета.

Если этихъ мѣръ не достаточно, то приходится вводить въ носъ ватный тампонъ, налитанный лимоннымъ сокомъ или растворомъ иолугорохлористаго желѣза (Rp. Liq. ferri sesquichl. gtt. x, Aq. 25,0). Въ крайнихъ случаяхъ, къ счастью весьма рѣдкихъ, обазывается необходимой тампонація помощью Белоковскаго зонда. Для предотвращенія повтореній носовыхъ кровотеченій мы даемъ внутрь extr. fluid. goscipii herbacei 5—10 капель раза 4 въ день, смотря по возрасту.

При капиллярномъ бронхитѣ и катарральной пневмоніи изъ наружныхъ средствъ я считаю за лучшее согрѣвающій компрессъ вокругъ всей груди и такой ширины, чтобъ онъ занималъ пространство отъ подмышекъ до подреберья; компрессъ смачивается холодною водою (12° R.), закрывается клеенкой и удерживается фланелевымъ бинтомъ. Кромѣ компрессовъ часто употребляются еще и средства, раздражающія кожу, именно повторные горчичники на грудь и спину утромъ и вечеромъ или летучія мушки.

Изъ внутреннихъ средствъ противопоказуются всѣ наркотическія, въ особенности опій, морфій и хлораль, какъ способствующія уменьшенію кашля и задержкѣ мокроты. Гораздо рациональнѣе назначать отхаркивающія, напр. сенегу съ анисовыми канлами или ипекакуан (Rp. Inf. fol. Senegae ex 2,0 (3β) ad 90,0 (3iii). Liq. ammon. anis. gtt. xx—xxx, Syr. simpl. 10,0 (3jj). DS. Черезъ 2 часа по чайной или десертной ложкѣ). Въ случаѣ значительной одышки и скопленія большого количества мокроты показано рвотное, которое во многихъ случаяхъ приноситъ быстрое и значительное облегченіе. Противокклюшное лѣченіе отстуетъ въ подобныхъ случаяхъ на задній планъ; изъ специфическихъ средствъ всего умѣстнѣе здѣсь хининъ, который будетъ способствовать вмѣстѣ съ тѣмъ и пониженію температуры. Всѣ подобные больные нуждаются, кромѣ того, въ чистомъ воздухѣ и въ возбуждающихъ, а потому безъ вина обойтись трудно.

При коклюшѣ, осложненномъ бронхитомъ и расширеніемъ бронховъ, на которое указываетъ выдѣленіе обильной и вонючей мокроты, я видѣлъ существенную пользу отъ паровыхъ пульверизацій раствора эвкалиптоваго масла (Rp. Ol. eucalipti e fol. 25,0 (3j), Aq. destill. 150,0 (3v), Spir. vini 25,0 (3j). DS. Столовую ложку на пульверизацію; 4 раза въ день), но для маленькихъ дѣтей, не поддающихся пульверизаціямъ, полезнѣе вдыханіе паровъ скипидара (10—20 капель на бутылку горячей воды, вдыхать въ теченіе 10 минутъ 3—4 раза въ день). Тѣ же вдыханія показаны вообще при обильныхъ влажныхъ хрипахъ, хотя бы мокрота и не была вонючей. Во всѣхъ случаяхъ затянувшася коклюшнаго бронхита, протекаетъ ли онъ съ лихорадкой или безъ нея, показанъ креозотъ или его препараты, въ особенности креозоталь и углекислый гваяколь (Rp. Creosotali 20,0. DS. По 5—15 капель 3 раза въ день, или Rp. Guajacoli carbon. 0,10—0,25, Sacch. 0,20. D. t. dos. № 12. S. По 1 порошокъ 2—3 раза въ день). Оба средства даются въ теченіе многихъ недѣль въ восходящихъ дозахъ. При явленіяхъ пассивной гипереміи мозга, кромѣ причиннаго лѣченія, направленаго противъ коклюшныхъ паровсизмовъ, полезны возбуждающія (валеріана, мускусъ, вино), а при судорогахъ — пивки за уши въ числѣ столькихъ штукъ, сколько ребенку лѣтъ.

Кровооттеки въ конъюнктиву и разрывъ барабанныхъ перепонокъ, а также язва уздечки подъ языкомъ не требуютъ никакого спеціального лѣченія, такъ какъ и то, и другое, и третье исчезаютъ сами собой, какъ только начинаютъ ослабѣвать пароксизмы кашля.

Resumé. Въ катаральный періодъ коклюша, когда онъ симулируетъ сухой катаръ глотки или дыхательнаго горла и пока есть лихорадочное состояніе, больной долженъ оставаться въ комнатѣ, а при очень частомъ кашлѣ — даже въ постели. Внутрь — щелочная вода для питья и на ночь Доверовъ порошокъ или морфій. Снаружи — паровыя ингаляціи раствора соды, а если есть основаніе предполагать начало коклюша, — вдыханіе паровъ бензина и внутрь хининъ или антипиринъ.

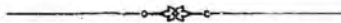
Въ началѣ спазмотическаго періода: хининъ или антипиринъ, вдыханіе паровъ карболовой кислоты (развѣшивать въ спальнѣ тряпки, смоченныя 3%о ас. carbol.) и пудверизаціи изъ 1—2%о *natrī salicylicī* съ 3%о растворомъ *kaliī bromatī*; энергичное освѣженіе воздуха; въ теплое время года больной долженъ гулять.

Если послѣ 4-дневнаго употребленія хинина или антипирина никакой пользы не замѣтно, то, вѣроятно, эти средства останутся бесполезными и въ будущемъ, тогда лучше замѣнить ихъ кротонъ-хлораломъ или морфіемъ, или атропиномъ, и проч.

При переходѣ спазмотическаго періода въ катаральный, когда въ груди появляется большое количество влажныхъ хриповъ, а пароксизмы дѣлаются рѣже и слабѣе, то для вдыханій — скипидаръ, а внутрь отхаркивающія и пренараты креозота.

При развитіи пневмоніи — согрѣвающій компрессъ на всю грудную вѣтку, хининъ, вино и отхаркивающія и по временамъ, при массѣ хриповъ и одышеѣ, рвотныя. При апатіи и сонливости и другихъ признакахъ пассивной гипереміи мозга — холодъ на голову и возбуждающія; при эклампсіи — пиявки за уши.

При обильныхъ носовыхъ кровотеченияхъ — холодъ на переносицу и затылокъ или тампонація носа кусочками ваты, смоченной *liq. fer. sesquichl.* внутрь — *extr. fl. goscipii herbas.*



Эпидемическая заушница. PAROTITIS S. PERIPAROTITIS EPIDEMICA.

Подъ именемъ заушницы или свинки понимаютъ эпидемическую, общую, инфекціонную и контагіозную болѣзнь, выражающуюся воспаленіемъ слюнныхъ железъ и, главнымъ образомъ, околоушныхъ.

Что свинка не принадлежитъ къ числу мѣстныхъ болѣзней, т.-е. что это не есть заразное воспаленіе слюнныхъ железъ, а что она должна быть отнесена къ группѣ общихъ инфекціонныхъ болѣзней, видно изъ того, 1) что она поражаетъ субъекта только разъ въ жизни, 2) что она имѣетъ циклическое теченіе, 3) что общія явленія наступаютъ нерѣдко раньше мѣстныхъ и не всегда соотвѣтствуютъ имъ по интенсивности развитія и 4) наконецъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ parotitis поражаются не только и другія слюнные железы, но также и testiculi у мужчинъ и грудныя железы у женщинъ.

Нѣкоторые авторы, напр. Niemeуer и Soltmann (Real. Encyklop. X), относятъ эпидемическую заушницу къ группѣ мѣстныхъ контагіозныхъ болѣзней, но безъ достаточныхъ основаній; метастазы на яички Soltmann объясняютъ, напр., прямымъ занесеніемъ яда руками самого больного изо рта въ уретру, каковое объясненіе является чрезвычайно натянутымъ и совсѣмъ невѣроятнымъ; эти такъ называемыя метастазы гораздо проще объясняются, если смотрѣть на свинку, какъ на болѣзнь крови съ локализациями яда въ различныхъ железистыхъ органахъ.

Въ заразительности едва ли можно сомнѣваться, хотя Bamberger (Virchow's Handbuch, S. 61) и Vogel (Kinderkr. 8 Aufl., S. 102) и утверждаютъ противное, а первый изъ нихъ даже съ насмѣшкой. Контагія передается черезъ воздухъ и не только на очень близкомъ разстояніи, какъ напр. въ школахъ отъ ученика къ ученику, но и черезъ нѣсколько комнатъ, такъ что изоляція больныхъ въ квартирахъ частныхъ лицъ удается далеко не всегда. Возможность переноса заразы посредствомъ третьихъ лицъ, остающихся здоровыми, не доказана, хотя Leichtenstern и считаетъ такой способъ передачи заразы вѣроятнымъ, на основаніи случаевъ, описанныхъ Seta. Заразительность свинки проявляется не только во время предвѣстниковъ (т.-е. когда больной лихорадитъ, но никакой припухлости железы еще нѣтъ), но даже и въ скрытый періодъ, какъ доказываетъ, напр., случай Feolard'a (La medic. infantile.

1894, *mag.*, p. 155). Молодая дѣвушка, повидимому совершенно здоровая, танцевала на вечерѣ съ нѣсколькими молодыми людьми; на слѣдующій день она заболѣла заушницей, а черезъ нѣсколько дней оказалось, что отъ нея заразились нѣкоторые изъ ея танцоровъ. Въ случаѣ *Sevestre* одна дѣвочка была вечеромъ въ гостяхъ у другой, а на слѣдующій день послѣдняя заболѣла свинкой; черезъ 3 недѣли получила свинку и первая.

Какъ долго продолжается заразительность свинки мы не знаемъ; въ случаѣ *Bernutz'a* дѣти, выздоровѣвшіе отъ свинки, черезъ 6 недѣль поѣхали къ своимъ роднымъ въ деревню и тамъ заразили своихъ сверстниковъ; но случай этотъ принадлежитъ, можетъ быть, къ числу очень рѣдкихъ и, конечно, онъ не можетъ считаться доказательствомъ того, что заразительный періодъ свинки всегда продолжается такъ долго.

Въ числѣ *располагающихъ* причинъ большую роль играетъ возрастъ. Свинка всего чаще встрѣчается у дѣтей въ возрастѣ отъ 3 до 12 лѣтъ; при семейныхъ эпидеміяхъ взрослые часто совсѣмъ не заражаются; при извѣстныхъ условіяхъ, однако, эпидеміи свинки развиваются и среди взрослога населенія, напр. въ казармахъ.

Замѣчательную невоспримчивость къ заушницѣ оказываютъ старики и дѣти на первомъ году жизни. Въ теченіе своей 30-лѣтней практики я не видалъ ни одного случая свинки у дѣтей до года. Единственный разъ, когда я, на основаніи симптомовъ (этіологія оставалась неизвѣстной), высказался за свинку у годовалого ребенка, діагностика не подтвердилась дальнѣйшимъ теченіемъ, такъ какъ дѣло кончилось образованіемъ абсцесса, что довольно плохо вяжется съ представленіемъ объ эпидемическомъ воспаленіи слюнныхъ железъ.

Въ литературѣ описаны, конечно, случаи свинки и у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ [роду, даже у новорожденныхъ, напр. *Human* видѣлъ случай внутренняго зараженія: мать заболѣла свинкой на 8 мѣсяцѣ беременности; преждевременные роды; на другой день у ребенка появилась опухоль лѣвой околушной области (*Tr. des maladies des enf. Grancher, t. I, p. 269*), но, повторяю, подобные случаи принадлежать къ рѣдкостямъ.

Вліяніе пола на зараженіе свинкой не доказано, хотя многіе авторы и утверждаютъ, что мальчики заболѣваютъ чаще дѣвочекъ.

Разъ перенесенная свинка застраховываетъ субъекта отъ повторенія этой болѣзни.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Знаніемъ патологической анатоміи заушницы мы похвалиться не можемъ; такъ какъ по случаю того, что отъ этой болѣзни рѣдко кто умираетъ, то и вскрытій сдѣлано мало. Патолого-анатомическія измѣненія описываются или по аналогіи съ воспаленіемъ *parotidis* отъ другихъ причинъ, или на основаніи клиническихъ данныхъ. По *Zenker'u* опухоль лица въ области *parotidis* при свинкѣ обуславливается припухlostью, какъ самой железы, такъ и окружающей ее клетчатки. Сущность процесса заключается въ воспалительной, частью серозной, частью клеточной инфильтраціи, какъ междольчатой, такъ и окру-

жающей всю железу соединительной ткани. Это описаніе, вполне соответствующее клиническимъ даннымъ, не касается вопроса о патогенезѣ опухоли.

Мы не знаемъ именно, начинается ли процессъ со слизистой оболочки слюнаго протока и съ долекъ железы, въ видѣ катарра, какъ описываетъ Virchow (а за нимъ Rindfleisch, Vamberger и др. нѣмецкіе авторы), или прямо съ соединительной ткани, какъ думаютъ французы. Въ наблюдении Jacob'a, относящемся къ субъекту, умершему отъ отека гортани при свинкѣ, околоушная железа была нормальной величины и нормальнаго блѣдно-розоваго цвѣта, но окружающая клетчатка была пропитана прозрачной серозной жидкостью. Подъ микроскопомъ ткань железы не представляла ни слѣда воспаления; слюнные протоки были выстланы нормальнымъ эпителиемъ; междольчатая соединительная ткань не представлялась отечной; слѣдовательно все сводилось въ отекъ перипаротитной соединительной ткани и къ отеку глотки.

На основаніи клиническихъ данныхъ, мы можемъ только сказать, что въ дальнѣйшемъ теченіи преобладаетъ, конечно, поражение соединительной ткани, а потому и названіе periparotitis является болѣе подходящимъ.

За преимущественное поражение соединительной ткани изъ нѣмцевъ высказывается Leichtenstern (Ziemssen's Handb. II. B.), указывающій, между прочимъ, на то, что отдѣленіе слюны при свинкѣ часто вовсе не нарушается и что въ ней содержится роданистый калий, вырабатываемый, какъ извѣстно, околоушной железой, и слѣдовательно, протоки ея остаются при этомъ проходимыми. Пораженіе слизистой оболочки железы скорѣе ужъ можно допустить для тяжелыхъ случаевъ перипаротита.

Мнѣніе нѣкоторыхъ послѣдователей Virchow'a, будто развитію parotitidis всегда предшествуетъ катарральное воспаленіе рта, распространяющееся по сосѣдству на Стеноновъ протокъ и далѣе на железу, не подтверждается клиническимъ наблюдениемъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ паротита катарра рта рѣшительно не замѣтно, а въ легкихъ случаяхъ свинки, протекающихъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, не бываетъ даже и обложеннаго языка, а потому намъ кажется болѣе вѣроятнымъ другое предположеніе, по которому ирритаментъ къ железу приносится прямо кровью, какъ это допускаетъ Rindfleisch и для parotitis при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при тифѣ, піеміи и др. Что при такомъ взглядѣ на сущность parotitidis дѣлается понятнымъ и осложненіе свинки воспалениемъ другихъ железистыхъ органовъ, именно грудныхъ железъ, ничекъ и слезныхъ железъ, объ этомъ было ужъ сказано выше. По Gerhardt'у на высотѣ болѣзни значительно припухаетъ селезенка (?) и лимфатическія железы шеи, подмышекъ и въ пахахъ.

Микробъ, вызывающій свинку, неизвѣстенъ, хотя описано ихъ нѣсколько, то въ видѣ палочекъ (Capitan и Charrin) въ крови, то въ слюнѣ и въ мочѣ (Bouchard), то въ видѣ микро- и диплококковъ въ крови и въ серозной жидкости, взятой изъ околоушной железы и ничка (Laveran и Catrin).

Симптомы и течение.

Скрытый периодъ при свинкѣ, какъ кажется, не отличается такой опредѣленной продолжительностью, какъ скрытый периодъ при кори и варицеллѣ, а потому авторы опредѣляютъ его по-разному: Leichtenstern 7—14 дней, Gerhardt—14 дней, Rilliet et Barthez отъ 20 до 22 дней; въ двухъ моихъ наблюденіяхъ онъ равнялся 18 днямъ (отъ момента появленія лихорадочнаго состоянія у перваго заболѣвшаго до начала заболѣванія слѣдующаго).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленію опухоли предшествуетъ *периодъ предвѣстниковъ* въ видѣ 1—2—3-дневнаго лихорадочнаго состоянія съ повышеніемъ t° до 39° или на нѣсколько десятыхъ меньше или больше; у рахитиковъ или у нервныхъ дѣтей на 1-й день болѣзни можетъ быть эклампсическій припадокъ, а у дѣтей старшаго возраста — бредъ по ночамъ; но какъ то, такъ и другое встрѣчается рѣдко; въ большинствѣ случаевъ общее состояніе поражается мало, и лихорадка при свинкѣ отличается доброкачественнымъ характеромъ.

Мѣстные симптомы всего чаще появляются на первый же день лихорадки, рѣже въ концѣ вторыхъ сутокъ и еще рѣже на третьи, а потому и діагностика выясняется скоро.

Прежде всего больной начинаетъ жаловаться на боль при жеваніи и при отрываніи рта въ области сочлененія нижней челюсти на одной сторонѣ (чаще на лѣвой), очень рѣдко на обѣихъ сторонахъ. Боль эта, сама по себѣ незначительная, усиливается при давленіи пальцемъ тотчасъ ниже ушной раковины, между сосцевиднымъ отросткомъ височной кости и восходящею вѣтвью нижней челюсти. По замѣчанію Trousseau, она тѣмъ сильнѣе, чѣмъ старше заболѣвшій субъектъ. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ боли появляется опухоль въ видѣ небольшого возвышенія, по формѣ своей, размѣру и положенію совершенно соответствующаго околушной железнѣ. Эта припухлость въ первое время имѣетъ довольно рѣзко очерченныя границы и покрыта совершенно нормальною кожей; на ощупь она упруго-мягкой консистенціи и при давленіи болѣзненна, особенно тотчасъ подъ ушной сережкой. На слѣдующій день границы припухлости ступенчатятся, вслѣдствіе появленія отечной инфильтраціи сосѣдней клѣтчатки; опухоль увеличивается во всѣхъ направленіяхъ, но главнымъ образомъ впереди (опухаетъ щека) и внизу (къ шеѣ). Границы опухшей железы не только не замѣтны глазомъ, но часто ихъ нельзя даже и прощупать чрезъ отечную клѣтчатку, и вся опухоль принимаетъ мягкую консистенцію; только подъ ухомъ, сзади восходящей вѣтви нижней челюсти всегда можно ощупать болѣе плотное мѣсто, очень чувствительное при давленіи. Опухоль увеличивается не долго; на третій день она достигаетъ ужъ своего maximum'a и остается на одинъ день *in statu quo*; боль при отрываніи рта въ это время бываетъ настолько сильна, что между зубами едва ли можно продвинуть мизинецъ, такъ что осмотръ зѣва дѣлается невозможнымъ; иногда больной жалуется при этомъ на боль при глотаніи; съ 4—5-го дня всѣ припадки начинаютъ уменьшаться, а къ концу недѣли, много если на 9-й день, совсѣмъ исчезаютъ. Во многихъ случаяхъ весь ходъ процесса заканчивается еще скорѣе, въ 5—6 дней, но

рѣдко бываетъ, чтобы вся болѣзнь кончилась такъ скоро, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ воспаленію подвергаются другъ за другомъ и другія слюнные железы, именно parotis другой стороны и нѣсколько рѣже подчелюстная слюнная железа. Если, какъ это бываетъ обыкновенно, железы поражаются другъ за другомъ черезъ короткіе промежутки (1—2 дня), то болѣзнь затягивается не долѣе, какъ до конца 2-й недѣли; но если новая железа воспаляется тогда лишь, когда первая успѣла уже возвратиться къ нормѣ, то выздоровленіе наступаетъ не ранѣе 3-й недѣли.

Такъ же долго можетъ затянуться свинка и въ томъ случаѣ, если въ воспаленіе вовлекается testiculum. Это осложненіе никогда не встрѣчается у дѣтей, не достигшихъ половой зрѣлости; самый молодой мальчикъ, у котораго я видѣлъ это осложненіе, имѣлъ 14 лѣтъ. Orchitis parotidea появляется обыкновенно въ періодѣ уменьшенія опухоли слюнныхъ железъ, когда лихорадка уже прекратилась. Больной, который не успѣлъ еще, быть можетъ, оставить постель, вдругъ получаетъ болѣе или менѣе сильное лихорадочное состояніе иногда съ бредомъ и съ другими мозговыми явленіями и начинаетъ жаловаться на боль въ одномъ яичкѣ, которое быстро начинаетъ припухать (не придатокъ только, какъ въ началѣ орхита при urethritis), увеличиваясь вдвое-втрое больше нормы, и дѣлается чрезвычайно чувствительнымъ къ малѣйшему давленію. Черезъ 3—4 дня начинается періодъ разрѣшенія, и къ концу недѣли или въ началѣ 2-й недѣли все приходитъ къ нормѣ. Не особенно рѣдко наблюдается исходъ въ атрофію яичка.

Въ послѣднее время описаны случаи *паратитнаго простатита* (Comby, Gasselin); болѣзнь выражается болѣзненностью простаты при изслѣдованіи пальцемъ per rectum. Воспаленіе предстательной железы наблюдается только у взрослыхъ и притомъ при orchitis.

Осложненій паротита воспаленіемъ грудныхъ железъ или labia majora мнѣ не случилось видѣть. Эти осложненія свойственны только дѣвушкамъ, находящимся въ возрастѣ полового развитія и взрослымъ. Воспаленіе слезныхъ железъ встрѣчается тоже очень рѣдко.

Лихорадка кончается обыкновенно въ началѣ періода разрѣшенія и всякій разъ появляется снова, если процессъ распространяется на другую железу.

Таково нормальное теченіе свинки, которая можетъ считаться, наравнѣ съ вѣтреной оспой, за одну изъ самыхъ невинныхъ дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней.

Отклоненія бываютъ какъ въ ту, такъ и въ другую сторону. Въ abortивныхъ случаяхъ поражается только одна железа, и опухоль достигаетъ своего maximum'a не въ 3 дня, какъ обыкновенно, а черезъ 24 часа; лихорадки при этомъ или вовсе не бываетъ, или она держится около 38° не больше сутокъ.

Съ другой стороны бываютъ и такія эпидеміи заушницы, во время которыхъ встрѣчаются случаи болѣе тяжелаго теченія; въ различныхъ руководствахъ описывается, напр., распространеніе отечной опухоли по направленію къ зѣву и гортани, вслѣдствіе чего появляются угрожающіе симптомы въ видѣ стеногического дыханія, потери голоса и затрудненнаго глотанія до полной не-

возможности проглатывать даже и жидкость; подъ вліаніемъ послѣдняго условія дѣло доходитъ, говорятъ, до симптомовъ обѣднѣнія крови водой, причемъ большой по своему habitus'у напоминаетъ холернаго больного (*facies cholericæ*).

Ничего подобнаго я никогда ни видалъ, равно какъ не видала такихъ случаевъ и люди, описавшіе большія эпидеміи заушницы, напр., Никольскій (460 случаевъ).

Въ діагностическомъ отношеніи интересны аномальные случаи свинки, отличающіеся отъ типической заушницы тѣмъ, что *gl. submaxillaris* поражается первично, тогда какъ *parotis* остается здоровой. Отечная опухоль, покрытая нормальной (не покрасѣвшей) кожей, появляется въ такомъ случаѣ не впереди и ниже уха, а подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти и распространяется не столько на лицо, сколько по боковой поверхности шеи; если кромѣ *submaxillaris* воспаляются и *gl. sublingualis* (мнѣ не извѣстно, встрѣчаются ли случаи изолированнаго пораженія подъязычныхъ железъ), то отекъ распространяется и на переднюю поверхность шеи и на подчелюстную область. Среди отечной опухоли клѣтчатки легко прощупывается припухшая подчелюстная железа, въ видѣ шарообразнаго, упруго-плотнаго тѣла, слегка болѣзненнаго при давленіи.

Исходъ свинки почти всегда бываетъ благопріятный, опухоль исчезаетъ, въ громадномъ большинствѣ, путемъ разрѣшенія, но иногда та или другая железа подвергается нагноенію (преимущественно у золотушныхъ?) съ послѣдовательной частичной или полной атрофіей железистой ткани. Подобной же участи (атрофіи) можетъ подвергнуться и яичко при *orchitis parotidea*. Смертельный исходъ возможенъ вслѣдствіе отека гортани, впрочемъ мнѣ лично никогда не приходилось видѣть ни отека гортани, ни исхода въ нагноеніе.

О с л о ж н е н і я .

Въ литературѣ можно найти описаніе случаевъ паротита, представлявшихъ самыя разнообразныя осложненія, напр., смертельныя кровотеченія изъ носа, ушей и рта, острый нефритъ съ урэмией, воспаленіе сочлененій, гнойныя адениты и проч. (подробное описаніе всѣхъ осложненій въ *Tr. des maladies des enf. Granché, t. I, p. 278*).

Но въ дѣйствительности всѣ подобныя случайности, кромѣ развѣ нефрита, встрѣчаются такъ рѣдко, что съ ними можно вовсе не считаться, хотя и нельзя отрицать того, что характеръ эпидеміи можетъ оказывать значительное вліаніе на частоту различныхъ осложненій и, между прочимъ, на появленіе альбуминури, которая встрѣчается въ нѣкоторыя эпидеміи приблизительно въ 30%, а въ другія не больше какъ въ 6%; какъ правило, бѣлокъ въ мочѣ держится не долго — отъ 1 до 6 дней.

Въ послѣднее время, напр., паротитъ сравнительно часто осложнялся пораженіемъ лабиринта, послѣ котораго оставалась неизлѣчимая глухота, чаще на одно ухо, чѣмъ на оба. Съ легкой руки Буск'а (1881 г.) такихъ случаевъ описано ужъ довольно много. По времени своего появленія, по быстротѣ развитія и по кажущейся безпричинности, глухота при свинкѣ аналогична орхиту; она

появляется обыкновенно спустя нѣсколько дней послѣ начала болѣзни, а иногда нѣсколько дней спустя послѣ окончанія паротита или послѣ орхита. Характерно для этой глухоты *быстрое развитіе, отсутствіе какихъ бы то ни было признаковъ воспаленія наружнаго или средняго уха и неизлѣчимость*. Развитію глухоты почти всегда предшествуютъ шумъ и звонъ въ ушахъ, часто бываютъ при этомъ рвота и головокруженіе, а иногда и разстройство равновѣсія; все это доказываетъ что процессъ локализуется во внутреннемъ ухѣ. Относительно патогенеза глухоты большинство специалистовъ высказывается за метастатическое происхожденіе пораженія лабиринта, т.-е. предполагается, что лабиринтъ — это одинъ изъ органовъ, въ которомъ можетъ локализоваться ядъ, циркулирующій въ крови при заушницѣ.

Обычнымъ мѣстнымъ проявленіемъ этой инфекціонной болѣзни, говоритъ Lemoine, служатъ паротитъ, частымъ — орхитъ, рѣдкимъ, — mastitis. Къ этой послѣдней категоріи относится и пораженіе лабиринта.

Глухота при заушницѣ можетъ имѣть и иное происхожденіе, именно вслѣдствіе катаррального воспаленія средняго уха. Эта глухота со временемъ проходитъ.

Предсказаніе

всегда хорошее; случаи смерти отъ отека гортани принадлежать къ рѣдкимъ исключеніямъ. Глухота, развивающаяся при заушницѣ безъ симптомовъ воспаленія средняго уха, почти совсѣмъ неизлѣчима. У взрослыхъ можно опасаться воспаленія яичка, съ исходомъ въ атрофію его. Вообще у взрослыхъ свинка протекаетъ тяжелѣе, чѣмъ въ дѣтскомъ возрастѣ, и чаще ведетъ къ осложненіямъ.

Діагностика.

Распознаваніе заушницы въ типическихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій. Характеристична для нея обширная безболѣзненная *отечная* опухоль околоушной области и сосѣднихъ частей лица и шеи. При воспаленіи лимфатическихъ железъ шеи подобнаго отека клѣтчатки не бываетъ; а при дифтеритѣ хотя и встрѣчается, но изслѣдованіе зѣва очень скоро выясняетъ дѣло. (Объ отличіи свинки отъ идиопатическаго воспаленія лимфатическихъ железъ, лежащихъ надъ сосцевиднымъ отросткомъ, см. стр. 10).

Нѣкоторое затрудненіе для діагностики представляютъ случаи первичной submaxillitis, особенно внѣ времени эпидеміи, а также orchitis, если она появилась нѣсколько дней спустя послѣ исчезанія легкаго паротита; а потому если орхитъ появляется у больного, не имѣвшаго уретрита и не подвергавшагося травматическимъ явленіямъ, то всегда слѣдуетъ искать въ анамнезѣ свинку.

Что касается до submaxillitis, то ее можно смѣшать, во-1-хъ, съ періоститомъ нижней челюсти, нерѣдко встрѣчающемся у дѣтей при каріозныхъ зубахъ, и, во-2-хъ, съ lympho-adenitis acuta.

Periostitis, подобно submaxillitis, выражается болѣзненной припухлостью щеки и отчасти шеи въ области gl. submaxillaris и отекомъ сосѣдней клѣтчатки; существенное отличіе состоитъ въ результатахъ ошупыванія, которое

показываетъ, что самое болѣзненное мѣсто опухоли, ея средина, очень плотной консистенціи (при submaxilitis — упруго-мягкой) и тѣсно соединено съ костью; покровы, покрывающіе опухоль, скоро краснѣютъ и лоснятся.

При lympho-adenitis въ началѣ можно прощупать отдѣльныя увеличенныя железки, болѣе плотныя, но меньшей величины, чѣмъ gl. submaxilaris.

Лѣ ч е н і е.

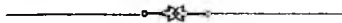
Свинка — такая легкая болѣзнь, что предохранительнаго лѣченія, въ видѣ строгой изоляціи заболѣвшихъ, не требуется; если же родители пожелаютъ прибѣгнуть къ этой мѣрѣ, то должны переводить больного въ другой домъ.

Въ случаѣ развившейся болѣзни, надо имѣть въ виду, что мы не имѣемъ средствъ ни укоротить циклическаго хода болѣзни, ни предотвратить „переносовъ“ яда на другія мѣста, а потому лѣченіе можетъ быть только симптоматическимъ: въ періодъ лихорадки больной остается въ постели или, по крайней мѣрѣ, въ комнатѣ, получаетъ кислотоватое питье, и, для уменьшенія боли, втираетъ въ опухшее мѣсто камфорное масло и потомъ закрываетъ опухоль слоемъ ваты.

При орхитѣ постельное содержаніе безусловно необходимо; подъ scrotum подкладывается поддерживающая подушечка, а сверху больное testiculum покрывается слоемъ ваты.

Выходить на воздухъ въ теплую погоду, лѣтомъ, можно послѣ окончанія лихорадки, въ періодѣ уменьшенія опухоли; а зимой лучше подождать полного выздоровленія.

Посѣщать школу допускается черезъ 2 недѣли послѣ окончанія лихорадочнаго состоянія, хотя этотъ срокъ и не составляетъ абсолютной гарантіи въ пользу того, что больной утратилъ способность передавать заразу.



Эпидемическій кровавый поносъ. DYSENTERIA.

Подъ именемъ дизентеріи понимаютъ контагіозно-міазматическое и эпидемическое воспаленіе слизистой оболочки толстыхъ кишекъ, происходящее подъ вліяніемъ специфической причины.

Въ чемъ именно состоитъ эта специфическая причина, мы еще не знаемъ. Въ качествѣ производителей дизентеріи подозрѣваются, главнымъ образомъ, три паразита: 1) *Bacillus Chantemesse* и *Vidal'*я. Эти авторы встрѣчали его въ случаяхъ тропической дизентеріи не только въ испражненіяхъ, но также въ стѣнкахъ кишекъ и въ селезенкѣ. Бациллъ хорошо развивается на желатинѣ при обыкновенной температурѣ, на бульонѣ и картофелѣ; онъ плохо красится анилиновыми красками; введеніе культуры въ кишечникъ собаки вызываетъ у нея сильное воспаленіе кишекъ. Позднѣйшіе изслѣдователи не подтвердили находки Ch. и V. 2) *Anguillula Normandi* s. *Ang. stercoralis*, это очень маленькій червячокъ изъ класса нематодовъ, длина его всего 1 милл. Опытовъ съ прививкой этого паразита не дѣлалось. 3) *Amoeba coli*, найденный въ дизентерійномъ стулѣ Лешемъ въ 1875 году и потомъ многими другими, между прочимъ и Коч'омъ въ Египтѣ. Kartulis культивировалъ амёбу въ настоѣ соломы, но получилъ культуру, сильно загрязненную разными бактеріями. Впрыскивая такую культуру въ прямую кишку кошкѣ, онъ производилъ у нихъ слизисто-кровянистый поносъ. Амёба, встрѣчающаяся иногда въ кишечникѣ здоровыхъ людей и при обыкновенныхъ поносахъ, по наблюденіямъ Kartulis'a, не оказываетъ болѣзнетворнаго вліянія на кошекъ. Самъ Kartulis постоянно находилъ амёбу Леша только въ случаяхъ тропической дизентеріи, а при европейской никогда. Возможно, что кровавый поносъ въ различныхъ мѣстностяхъ и въ разное время вызывается разными микробами.

Вопросъ о томъ, заразителенъ ли кровавый поносъ, принадлежитъ къ числу спорныхъ. Одни, какъ, напр., Neubner въ руководствѣ Ziemssen'a, относятъ дизентерію къ числу чисто міазматическихъ болѣзней и отрицаютъ не только заразительность, но даже и переносимость ея изъ одной мѣстности въ другую посредствомъ больного человѣка; другіе, напр. Liebermeister (l. c. 29), относятъ кровавый поносъ вмѣстѣ съ холерой и брюшнымъ тифомъ къ контагіозно-міазматическимъ болѣзнямъ и считаютъ, стало-быть, что хотя самъ больной и не заражаетъ, но въ испражненіяхъ его содержится зародышъ заразы, ко-

торый долженъ доразвиться внѣ организма, чтобы получить способность производить новыя заболѣванія; третья, наконецъ, какъ, напр., Ясоби (Руков. Gerhardt'a), признають заразительными уже и свѣжія испражненія дизентериковъ. На основаніи личныхъ наблюденій я долженъ присоединиться къ послѣднему мнѣнію, такъ какъ заразительность дизентеріи рѣзко проявляется какъ въ частной, такъ и въ больничной практикѣ. Въ нашей больницѣ дизентеріи помѣщались хотя и въ отдѣльной палатѣ, но въ одномъ этажѣ съ другими больными, изъ числа которыхъ довольно многіе заражались, что особенно пагубно отзывалось на оперированныхъ и на истощенныхъ другими болѣзнями больныхъ.

Что дизентерія распространяется, главнымъ образомъ, не путемъ непосредственной передачи заразы отъ больного здоровымъ, а подобно мiasmатическимъ болѣзнямъ, т.-е. благодаря какимъ-то климатическимъ или атмосфернымъ условіямъ, въ этомъ не можетъ быть сомнѣнія, такъ какъ дизентерія, эндемичная подъ тропиками, у насъ является обыкновенно лѣтомъ, во время жаркой погоды, и сразу занимаетъ обширныя пространства, не щадя ни городовъ, ни деревень. Съ наступленіемъ холоднаго времени эпидемія быстро ослабѣваетъ, къ зимѣ прекращается совсѣмъ, а лѣтомъ является снова. Запаса заразы, какъ для чисто контагіозныхъ болѣзней, вовсе не нужно для того, чтобы началась эпидемія дизентеріи.

Несомнѣнно, что дизентерія имѣетъ отношеніе и къ почвѣ, такъ какъ въ однихъ мѣстахъ она господствуетъ съ особенною силой, тогда какъ въ другихъ встрѣчается рѣдко. Давно ужъ замѣчено, что дизентерія особенно любитъ сырыя и болотистыя мѣстности, а потому часто встрѣчается вмѣстѣ съ маляріей. Въ такихъ мѣстностяхъ встрѣчаются, между прочимъ, и періодическія дизентеріи, о которыхъ будетъ сказано ниже и которыя всего лучше уступаютъ хинину. Изъ подмосковныхъ мѣстностей дизентерія чрезвычайно часто встрѣчается въ Петровскомъ паркѣ, именно въ Новомъ Зыковѣ, построенномъ на кочкарникѣ; а также въ Петровско-Разумовскомъ. Наоборотъ, въ Кунцевѣ и въ Мазиловѣ я за 8 лѣтъ почти не видалъ дизентеріи, тогда какъ въ сосѣднемъ Покровскомъ, лежащемъ въ Котловинѣ, кровавый поносъ лѣтомъ встрѣчается не рѣдко.

Изъ случайныхъ или располагающихъ причинъ несомнѣнное значеніе имѣютъ простуда (лежаніе на сырой землѣ), а еще болѣе — всякаго рода погрѣшности въ діетѣ, особенно употребленіе незрѣлыхъ фруктовъ, холоднаго питья при разгоряченномъ тѣлѣ и подозрительной воды.

Дѣти, особенно маленькія, должны избѣгать всякой пищи, дающей много кала (зелень, хлѣбъ, картофель) и такимъ образомъ располагающей къ запору. Въ эпидемическое время необходимо избѣгать запора такъ же тщательно, какъ и поноса; въ случаѣ надобности лучше прибѣгать къ ежедневнымъ клистирамъ, чѣмъ къ слабительнымъ.

Вліяніе возраста выражается не особенно рѣзко, такъ какъ дизентеріей заболѣваютъ маленькія и большія дѣти; но все-таки до года она встрѣчается рѣже, чѣмъ отъ 2 до 7 лѣтъ. Во время нашихъ лѣтнихъ эпидемій взрослые почти вовсе не заболѣваютъ, а потому выраженіе проф. Ясоби, что ему не

извѣстны эпидеміи, при которыхъ поражаются бы преимущественно лишь дѣти, мнѣ не совсѣмъ понятно. Онъ считаетъ, повидимому, нашъ лѣтній кровавый поносъ за спорадическій, съ чѣмъ, конечно, нельзя согласиться.

Большинство авторовъ считаетъ дизентерію за мѣстную инфекціонную болѣзнь, т.-е. за болѣзнь толстыхъ кишекъ, на что указываютъ, между прочимъ, случаи быстрого излѣченія легкихъ формъ дизентеріи посредствомъ слабительнаго или промывательнаго. Съ другой стороны, однако, встрѣчаются и такія формы дизентеріи, которыя совершенно не уступаютъ мѣстнымъ средствамъ, но быстро проходятъ отъ хирина (перемежающаяся дизентерія). Вообще говоря, вопросъ о сущности дизентеріи еще далеко не выясненъ.

Отъ многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней дизентерія отличается, между прочимъ, тѣмъ, что, разъ перенесенная, она не предохраняетъ субъекта отъ новаго заболѣванія, и потому многія дѣти хвораютъ дизентеріей по нѣскольку разъ въ своей жизни.

Скрытый періодъ при дизентеріи съ точностью не опредѣленъ; онъ равняется приблизительно 3—7 днямъ.

Патолого-анатомическія измѣненія.

Подъ именемъ дизентеріи понимаютъ воспаленіе толстыхъ кишекъ, вызванное специфическою причиною, но эта причина такого рода, что она не всегда вызываетъ одно и то же анатомическое измѣненіе слизистой оболочки, и было бы большою ошибкой думать, что дизентерія и дифтеритъ кишекъ одно и то же, такъ какъ воспаленіе, развивающееся подъ влияніемъ дизентерическаго яда, не всегда бываетъ дифтеритическаго характера, а съ другой стороны дифтеритъ слизистой оболочки кишекъ появляется иногда и отъ другихъ причинъ, не имѣющихъ ничего общаго съ ядомъ дизентеріи.

Воспаленіе слизистой оболочки кишекъ при дизентеріи представляется въ самыхъ разнообразныхъ степеняхъ, начиная отъ простаго катарра и кончая пастоящимъ дифтеритическимъ некрозомъ.

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія можно различать три формы дизентеріи: катарральную, фолликулярную и дифтеритическую.

Катарральная форма дизентеріи характеризуется обыкновенными измѣненіями, свойственными катарру слизистой оболочки толстой кишки, преимущественно въ ея нижней части. Дѣло сводится въ такихъ случаяхъ къ значительной гипереміи и отежной набухлости слизистой оболочки и подслизистой соединительной ткани и къ усиленному отдѣленію слизи, въ которой можетъ быть примѣшана и кровь. Этой формѣ соответствуетъ клинически легкая степень дизентеріи.

При *фолликулярной формѣ* поражаются, главнымъ образомъ, мѣшеччатая железки кишекъ. Онѣ замѣтно припухаютъ и ясно выступаютъ на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ въ видѣ бѣловато-сѣрыхъ, мутныхъ зеренъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ онѣ увеличиваются еще больше и превращаются, наконецъ, въ маленькіе абсцессы, по вскрытіи которыхъ происходятъ такъ называемыя *фолликулярныя язвы*, которыя въ первое время характеризуются

своей круглою формой, небольшою величиною и синузными краями; позднѣе нагноеніе распространяется за границы фолликула по подслизистой ткани, производя ея отслойку на большемъ или меньшемъ протяженіи.

При *дифтеритической дизентеріи* воспаленіе тоже занимаетъ главнымъ образомъ, толстыя кишки, но иногда, хотя бы и въ болѣе слабой степени, распространяется и на тонкія.

Воспаленіе доходитъ въ этихъ случаяхъ до степени дифтеритическаго. Въ общемъ можно сказать, что измѣненія всего сильнѣе выражены въ нижнемъ отдѣлѣ, а по направленію кверху постепенно ослабѣваютъ и въ нижней части ilei встрѣчаются обыкновенно только явленія катарра. Но ослабленіе процесса идетъ неравномѣрно, такъ какъ на опредѣленныхъ мѣстахъ толстой кишки, именно на всѣхъ ея изгибахъ (flex. hepatica, fl. lienalis u. flex. sigmoidea) онъ достигаетъ той же сильной степени, какъ и въ rectum. При дифтеритѣ кишекъ поражается не только слизистая оболочка и подслизистый слой, но серьезно инфильтрируется и мышечная оболочка, такъ что вся стѣнка кишки значительно утолщается и дѣлается плотной; воспаленіе распространяется иногда и на брюшину, производя ограниченный или разлитой перитонитъ.

Начало дифтеритическаго воспаленія обозначается тѣмъ, что на сильно покраснѣвшей и припухшей слизистой оболочкѣ появляется сѣроватый, мелкопятнистый налетъ, очень напоминающій отруби. По Zenker'у налетъ этотъ состоитъ изъ гнойныхъ тѣлецъ и некротизированнаго, отслоившагося эпителия; онъ указываетъ на сильную инфильтрацію слизистой оболочки и мѣстами ведетъ за собой распадъ ткани.

Позднѣе образуется настоящій дифтеритическій экссудатъ, распространяющійся не только по поверхности, но и вглубь, обуславливая некрозъ слизистой оболочки и потомъ образованіе язвъ, края и дно которыхъ опять пропитываются дифтеритическимъ инфильтратомъ, и язва увеличивается такимъ образомъ и вглубь и въ ширь, пока, наконецъ, не произойдетъ продырявливаніе кишечной стѣнки съ послѣдовательнымъ перфорационнымъ перитонитомъ, или пока процессъ не пріостановится въ своемъ прогрессивномъ ходѣ, и тогда язвы очищаются и заживаютъ рубцовой тканью.

Если воспаленіе съ самаго начала очень сильно и быстро распространяется, то можетъ произойти гангрена слизистой оболочки (*Dysentaria gangraenosa*).

Въ началѣ процесса, или если онъ не очень силенъ, не трудно замѣтить, что дифтеритическій инфильтратъ имѣетъ свои излюбленныя мѣста; онъ появляется прежде всего на всѣхъ выступахъ слизистой оболочки, т.-е. на вершинѣ складокъ, гдѣ прежде всего появляются и язвы, которыя вслѣдствіе этого располагаются при дизентеріи очень характернымъ образомъ: онѣ или ограничиваютъ совершенно правильныя поля, или образуютъ длинныя, широкія полосы, отъ которыхъ отходятъ во всѣ стороны болѣе узкія вѣтви (рисункъ ландартныхъ горъ).

Въ тонкихъ кишкахъ дифтеритическій процессъ встрѣчается при дизентеріи крайне рѣдко, да притомъ большею частью только въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ и въ видѣ отрубевидной формы; въ большинствѣ случаевъ дизентеріи, въ тонкихъ кишкахъ встрѣчается лишь болѣе или менѣе рѣзко выраженный катарръ.

СИМПТОМЫ.

Изъ всѣхъ симптомовъ дизентеріи самыми характерными для нея являются — видъ испражнений и актъ дефекаціи.

Дизентерическій стулъ въ различныхъ случаяхъ бываетъ неодинаковымъ. Свойства его до такой степени зависятъ отъ характера анатомическихъ измѣненій кишекъ, что по качеству стула можно судить объ опасности болѣзни довольно точно.

Въ общемъ можно сказать, что чѣмъ больше кала въ испражненіяхъ въ свѣжихъ случаяхъ дизентеріи, тѣмъ менѣе значительны измѣненія въ кишкахъ. Какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи главной составною частью испражнений бываетъ *слизь*, съ тою лишь разницею, что въ самыхъ легкихъ случаяхъ слизь всегда выходитъ съ каломъ, хотя бы и довольно жидкимъ; въ сравнительно болѣе тяжелыхъ случаяхъ каловый стулъ чередуется съ чисто слизистымъ стуломъ или послѣ нѣсколькихъ чисто слизистыхъ испражнений является одно каловое; въ еще болѣе тяжелыхъ случаяхъ каловый стулъ является лишь въ нѣсколько дней разъ, а то такъ и совсѣмъ не показывается.

Чисто слизистыя испражненія при дизентеріи въ свою очередь бываютъ опять-таки неодинаковы. Типическими образчиками можно считать зеленныя, бѣлыя или безцвѣтныя и красныя испражненія.

Испражненія, состоящія изъ *зеленой слизи*, соотвѣтствуютъ болѣе легкимъ случаямъ дизентеріи. Испражненія эти не очень скудны, такъ какъ къ слизи примѣшивается обыкновенно и нѣкоторое количество кала, а у грудныхъ дѣтей обычно примѣсью являются свертки неперевареннаго молока. Зеленый слизистый стулъ можетъ быть довольно обилень (1—2 стол. ложки) и безъ примѣси кала и въ такомъ случаѣ онъ имѣетъ благопріятное значеніе, такъ какъ указываетъ на малую раздражительность нижняго отдѣла кишки, позволяющую скопляться здѣсь сравнительно большому количеству слизи; по этой причинѣ при обильномъ зеленомъ стулѣ испражненія никогда не бываютъ такъ часты, какъ при очень скудномъ стулѣ, примѣрно разъ 10 въ сутки. Зеленая окраска стула вслѣдствіе внутреннихъ пріемовъ каломеля встрѣчается и въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи.

Если испражненія состоятъ только изъ *безцвѣтной слизи* (dysent. alba), то они всегда очень необильны (2—3 чайн. ложки), но зато очень часты (до 20 разъ въ сутки). Рѣдко случается, чтобы всѣ испражненія состояли изъ безцвѣтной слизи, обыкновенно же нѣкоторые раза выходитъ слизь розоваго цвѣта, вслѣдствіе примѣси къ ней крови. Такого рода испражненія состоятъ изъ отдѣльныхъ слизистыхъ комковъ, величиной, напр., въ лѣсной орѣхъ или нѣсколько больше, тогда какъ зеленая слизь чаще встрѣчается въ видѣ массы, напоминающей лягушечью икру въ стоячихъ прудахъ.

Красныя испражненія состоятъ или изъ слизи, густо окрашенной кровью, и тогда очень похожи на предыдущія, отъ которыхъ отличаются окраской, или изъ серозной, красноватой жидкости, съ примѣсью слизистыхъ клочковъ. Эти испражненія, имѣющія сходство съ мясною водой, считаются признакомъ диф-

теритической формы дизентерии, и потому прогностическое их значение очень неблагоприятно.

Все слизистые испражнения при дизентерии бывают или вовсе без запаха, или с слабым запахом сырости. Вонючие испражнения в острый период дизентерии всегда бывают грязно-сѣраго или чернаго цвѣта и встрѣчаются только в тяжелыхъ случаяхъ, въ особенности при гангренозной формѣ.

Что касается до *слизисто-гнойныхъ* испражнений, то они никогда не встрѣчаются в самомъ началѣ дизентерии, а спустя недѣли двѣ или еще позднѣе; они указываютъ или на разрѣшеніе катарра (бѣлый или кровянисто-слизистый стулъ постепенно принимаетъ все болѣе и болѣе гнойный видъ), или на очищеніе дифтеритическихъ язвъ (въ очень тяжелыхъ случаяхъ дизентерии). Заключать на основаніи гнойнаго характера стула о непремѣнномъ присутствіи язвъ в кишкахъ, по нашему мнѣнію, было бы несправедливо, такъ какъ в периодъ разрѣшенія какаго бы то ни было катарра слизистой оболочки прозрачное слизистое отдѣляемое всегда принимаетъ гнойный характеръ.

Далѣе характерно для дизентерии то, что испражнения очень часты и сопровождаются *болями живота и жилеи́емъ*. В легкихъ случаяхъ больного слабятъ 10—12 разъ в сутки, в болѣе тяжелыхъ до 20—30 разъ и чаще. Самое большое число испражнений, встрѣтившееся мнѣ, было 70 испражнений в 24 часа; авторы говорятъ о ста и даже двухстахъ, но я сомнѣваюсь, чтобы такое число испражнений могло быть у больныхъ, не имѣющихъ паралича сфинктера; если же послѣднее условіе существуетъ, то кровянистая слизь или ихорозная жидкость вытекаетъ почти постоянно, и тогда, конечно, можно насчитать болѣе сотни испражнений.

Боль живота при дизентерии — явленіе постоянное; она сопровождаетъ каждое испраженіе и предшествуетъ ему в видѣ сильныхъ схватокъ.

Но кромѣ этихъ, такъ сказать, обязательныхъ и временныхъ болей живота, при дизентерии встрѣчается еще и *постоянная боль живота*, которая бываетъ двухъ родовъ: одна боль является при давленіи на пораженную кишку, въ особенности в области нисходящей ободочной. Эта боль зависитъ, по всей вѣроятности, отъ воспалительнаго раздраженія брюшины и всегда указываетъ на значительныя измѣненія в кишкахъ, а потому в легкихъ случаяхъ она совсѣмъ отсутствуетъ, а в болѣе тяжелыхъ боль бываетъ тѣмъ сильнѣе и тѣмъ распространеннѣе (т.-е. тѣмъ выше подымается по толстой кишкѣ), чѣмъ тяжелѣе случай. Но эта боль, являющаяся только при давленіи, не имѣетъ еще такого дурнаго значенія, какъ постоянная боль живота, ощущаемая больнымъ даже при самомъ покойномъ положеніи. Больные затрудняются опредѣлить мѣсто боли и говорятъ обыкновенно, что болитъ весь животъ, но сильнѣе в области пунка. Эта боль не указываетъ на разлитое воспаленіе брюшины, такъ какъ она довольно тупая и отъ давленія или вовсе не усиливается, или очень мало; причина ея неизвѣстна, она всегда сопровождается явленіями рѣзко выраженнаго коляиса и стоитъ, быть можетъ, в связи съ пораженіемъ нервныхъ сплетеній живота.

Тенезмы или *жилеи́е* никогда не отсутствуютъ при дизентерии, хотя бы и самой легкой. Они являються при всякомъ испраженіи и сопровождаются

чрезвычайно неприятнымъ для больного чувствомъ жженія или садненія въ задне-мъ проходѣ и ощущеніемъ какъ бы не совсѣмъ оконченнаго акта дефекаціи. Это послѣднее обстоятельство заставляетъ больныхъ долго оставаться на горшкѣ и напрягать свой брюшной прессъ, несмотря на то, что самое жилие начинается имъ боль. Тенезмы состоятъ въ сильномъ сокращеніи мышцъ прямой кишки и сопровождаются поэтому затрудненнымъ отливомъ венозной крови изъ воспаленной слизистой оболочки, вслѣдствіе чего тенезмы могутъ считаться чрезвычайно неблагоприятнымъ моментомъ, поддерживающимъ раздраженіе въ прямой кишкѣ.

Стволики артерій и венъ, несущіе кровь къ капиллярамъ слизистой оболочки, проходятъ чрезъ мышечный слой кишки въ косвенномъ направленіи. Они окружены при этомъ слоемъ рыхлой соединительной ткани, который вокругъ артерій довольно толстъ, а около венъ очень тонокъ, а потому при сокращеніи кишечныхъ мышцъ вены сдавливаются сильнѣе артерій, и оттокъ крови отъ слизистой оболочки значительно затрудняется; эта гиперемія держится тѣмъ дольше, чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе сокращеніе мышечнаго слоя. При дизентеріи кровообращеніе въ слизистой оболочкѣ толстой кишки и безъ того уже нарушено, а потому вредное вліяніе тенезмовъ при этой болѣзни выражается съ особенною силой (Rindfleisch, Lehrb. d. pathol. Gevebelehre. V. Aufl. 1878, S. 297).

Изъ этого видно, насколько важно, по возможности, ослаблять тенезмы; этимъ мы не только доставляемъ больному облегченіе его субъективныхъ жалобъ, но вліяемъ и на самый воспалительный процессъ.

Тенезмы ведутъ еще и къ другимъ неприятнымъ послѣдствіямъ, именно къ выпаденію прямой кишки и къ параличу сфинктера.

Выпаденіе прямой кишки можетъ быть временнымъ и постояннымъ. Въ первомъ случаѣ слизистая оболочка гесті выворачивается наружу только во время тенезмовъ и по прекращеніи ихъ сейчасъ же возвращается на свое мѣсто, т.-е. prolapsus gесті вправляется самъ собой. Во 2-мъ случаѣ выпавшая часть прямой кишки, послѣ прекращенія жилиенія, остается наружѣ и должна быть вправлена. Въ сравнительно легкихъ случаяхъ вправленіе удается очень легко и новое выпаденіе происходитъ только при новыхъ тенезмахъ, сопровождающихъ испраженіе; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ вправленіе хотя и удается безъ особеннаго труда, но новое выпаденіе происходитъ и безъ жилиенія, а при всякомъ дѣйствиіи брюшнаго пресса, напр. при крикѣ или кашлѣ; наконецъ, бывають и такіе случаи, когда вправленіе совсѣмъ не удается, что встрѣчается нерѣдко у маленькихъ дѣтей, парализующихъ манипуляціи вправленія своимъ крикомъ и жилиеніемъ во время самой операціи.

Выпаденіе прямой кишки, хотя бы и временное, всегда указываетъ на тяжелую форму дизентеріи, а постоянное выпаденіе опасно кромѣ того и само по себѣ, такъ что въ прогностическомъ отношеніи этотъ симптомъ весьма неблагоприятенъ.

Параличъ сфинктера ani встрѣчается тоже только въ тяжелыхъ формахъ дизентеріи. Онъ является результатомъ истощенія мышцъ, сжимающихъ анусъ, вслѣдствіе частыхъ тенезмовъ. Сначала замѣчается только парезъ сфинктера, т.-е. ослабленіе его, которое выражается тѣмъ, что сфинктеръ уступаетъ болѣе или менѣе легко при растяженіи anus'a пальцами (при раздвиганіи ягодиць),

а потомъ anus остается постоянно открытымъ, и при положеніи больного на спягѣ, съ слегка раздвинутыми и согнутыми бедрами, онъ представляется, какъ на трупѣ, въ видѣ круглой дыры. Въ случаѣ выздоровленія, которое, впрочемъ, при полномъ параличѣ сфинктера встрѣчается довольно рѣдко, функція запирающей мышцы возстанавливается вполне и даже значительно раньше, чѣмъ наступитъ полное прекращеніе поноса.

Изъ другихъ симптомовъ дизентеріи особаго вниманія заслуживаютъ общій видъ больного и лихорадка.

Въ легкихъ случаяхъ дизентеріи *habitus* больного почти не измѣняется; несмотря на то, что слизистыя испраженія богаты бѣлкомъ, истощеніе развивается не быстро и выражается больше блѣдностью, чѣмъ худобой. Зато въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ очень скоро появляются признаки коллапса, который наступаетъ тѣмъ раньше и достигаетъ тѣмъ большей степени, чѣмъ тяжелѣе дизентерія, такъ что *по лицу больного можно сдѣлать довольно вѣрное заключеніе объ опасности болѣзни*; въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ коллапсъ при дизентеріи не уступаетъ холерному коллапсу и не менѣе его опасенъ. Лицо больного дѣлается осунутымъ, т.-е. щеки впадаютъ, носъ заостряется, глазныя яблочки вваливаются и глаза окружаются синими кругами и дѣлаются мутными (замѣчу встать, что при закрытыхъ глазахъ лицо кажется еще болѣе осунувшимся). Пульсъ слабъ и частъ, въ тяжелыхъ случаяхъ едва ощутимъ, конечности холодны, а незадолго до смерти — цианотичны, какъ и слизистыя оболочки; t° часто ниже нормальной. Коллапсъ (упадокъ дѣятельности сердца) развивается вовсе не отъ истощенія, потому что въ тяжелыхъ случаяхъ онъ появляется уже съ первыхъ дней, когда истощеніе отъ потери бѣлка съ испраженіями не успѣло бы еще развиться. По всей вѣроятности, здѣсь идетъ дѣло или о самоотравленіи организма, вслѣдствіе всасыванія ядовитыхъ продуктовъ изъ кишекъ, или о разстройствѣ иннерваціи сердца вслѣдствіе раздраженія кишекъ и брюшины, подобно тому какъ бываетъ это при извѣстномъ опытѣ Golz'a, который похлопываніемъ по животу лягушки производилъ у нея остановку біеній сердца, или какъ это наблюдается при такъ называемомъ шокѣ.

Въ случаяхъ занявшейся дизентеріи на первый планъ выступаетъ *истощеніе*; рѣдко бываетъ, чтобы общее похуданіе достигало при какой-нибудь другой болѣзни такой степени, какъ при хронической дизентеріи. Кожа дѣлается сухой и дряблой, подкожный жиръ исчезаетъ совершенно, мышцы атрофируются; нерѣдко появляются отеки ногъ (ступни и голени) и лица; иногда отекаютъ и руки, причемъ моча бываетъ блѣдна, мутна, легко загниваетъ, но обыкновенно не содержитъ ни бѣлка, ни цилиндровъ.

Лихорадка встрѣчается не при всякой дизентеріи; легкіе случаи протекаютъ совсѣмъ безъ повышенія температуры; чаще, однако, лихорадочное состояніе бываетъ въ началѣ дизентеріи и тянется отъ 3—4 дней до нѣсколькихъ недѣль; въ среднихъ по тяжести случаяхъ лихорадка продолжается 10—14 дней и представляетъ ремиттирующий типъ съ утренними послабленіями до 38—38,5 и съ вечерними повышеніями до 39—39,5°. Высота температуры соотвѣтствуетъ тяжести заболѣванія только до *нѣкоторой степени*, и дѣлать

какіе-либо прогностическіе выводы на основаніи одной только высоты начальной лихорадки отнюдь не слѣдуетъ; нерѣдко, напр., встрѣчаются случаи дизентеріи, начинающіеся сразу сильнѣйшимъ жаромъ (40° и больше), иногда со рвотой, и вслѣдъ затѣмъ появляется поносъ сначала вонючимъ, жидкимъ каломъ, потомъ слизью, но вмѣсто ожидаемаго тяжелаго теченія вдругъ оказывается, что t° уже черезъ 24 часа падаетъ до нормы, а дня черезъ 2—3 прекращается и поносъ (абортивная форма дизентеріи). На температуру большое вліяніе оказываютъ индивидуальныя особенности вообще и возрастъ въ частности; у маленькихъ дѣтей, напр., t° въ 40° встрѣчается сравнительно не рѣдко даже и не въ очень тяжелыхъ случаяхъ. При явленіяхъ коллапса t° часто дѣлается субнормальной; нормальная t° не даетъ ни малѣйшей гарантіи за благополучный исходъ; лихорадочное состояніе можетъ кончиться, несмотря на то, что процессъ неудержимо прогрессируетъ и ведетъ къ смертельному исходу.

Если въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи лихорадка затягивается на нѣсколько недѣль, то она принимаетъ обыкновенно интермиттирующій типъ и зависитъ, вѣроятно, отъ всасыванія изъ кишекъ гнилостныхъ продуктовъ.

Объ остальныхъ симптомахъ дизентеріи скажу вкратцѣ. *Аппетитъ* въ случаяхъ, протекающихъ безъ лихорадки, всегда сохраняется въ нормальной степени: больной не только ѣстъ обычную для него пищу, но и хорошо перевариваетъ ее, такъ что въ испражненіяхъ не встрѣчается остатковъ непереваренной пищи; исключеніемъ являются только грудныя и особенно рожковыя дѣти, у которыхъ даже и при легкой дизентеріи обыкновенно въ испражненіяхъ встрѣчается значительное количество остатковъ молока, въ видѣ бѣлыхъ комочковъ. Нормальный аппетитъ и хорошее пищевареніе указываютъ на то, что желудокъ и тонкія кишки не поражены катарромъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи аппетитъ обязательно исчезаетъ и языкъ покрывается толстымъ, бѣлымъ слоемъ и оказываетъ наклонность къ высыханію. *Рвота* при дизентеріи бываетъ очень рѣдко; сравнительно чаще встрѣчается она въ самомъ началѣ, особенно у маленькихъ дѣтей при сильномъ лихорадочномъ состояніи. Отсутствие рвоты въ разгаръ болѣзни объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что больные ничего не ѣдятъ и не особенно много пьютъ.

Животъ бываетъ не только не вздутъ, но даже болѣе или менѣе *стянутъ*, и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ чаще испражненія.

О болѣзненности живота было говорено выше. При ощупываніи живота онъ оказывается очень мягкимъ, и потому легко прощупать утолщенныя стѣнки толстой кишки въ лѣвой подвздошной области, но этотъ симптомъ свойствененъ только тяжелымъ случаямъ; какъ бы часты ни были испражненія, но если кишка не прощупывается, то можно надѣяться въ дальнѣйшемъ на благополучное теченіе и на скорый поворотъ ея къ улучшенію.

Мочеиспусканіе при дизентеріи нерѣдко затрудняется и иногда доходитъ до задержанія мочи, вслѣдствіе того, что спазмъ мышцъ прямой кишки и задняго прохода распространяется и на сосѣднія мышцы мочевого пузыря.

Со стороны нервной системы, кромѣ обычной слабости, болей живота и головы, не бываетъ никакихъ припадковъ. Только въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи, при быстромъ поднятіи температуры на первый или второй день,

появляются иногда однократныя или повторныя эclamпсическія судороги съ послѣдовательнымъ сопорознымъ состояніемъ. Въ подобныхъ случаяхъ смертельный исходъ можетъ наступить въ теченіе первыхъ сутокъ, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ.

5 мая 1882 года въ дѣтскую больницу поступила дѣвочка, 6 лѣтъ, отлично упитанная и прежде всегда здоровая. Братъ ея, 3 лѣтъ, нѣсколько дней хвораетъ кровавымъ поносомъ; дѣвочка наканунѣ была еще совершенно здорова и заболѣла въ 4 часа утра болью живота, рвотой, поносомъ съ жиленіемъ и жаромъ; до 10 часовъ утра прослабило разъ около 10-ти слизью съ примѣсю крови и съ болями живота; въ 11-мъ часу послѣдоваль первый эclamпсическій припадокъ и потомъ спячка. Черезъ часъ больная пришла въ себя; поносъ продолжался; въ 4 часа дня — новый приступъ эclamпсии и снова сопорозное состояніе; на этотъ разъ вплоть до смертельнаго исхода, послѣдовавшаго въ 6 часовъ вечера, при полномъ безсознательномъ состояніи, неощутимомъ пульсѣ и чрезвычайномъ обильномъ потѣ. Въ этомъ случаѣ, слѣдов., болѣзнь продолжалась всего лишь 14 часовъ. При вскрытіи дифтеритическаго экссудата въ кишкахъ не оказалось, а только сильная гиперемія слиз. обол. по всему тракту толстыхъ кишекъ и припухлость фолликулъ, рѣзко выступавшихъ на красномъ фонѣ своимъ желтоватымъ дѣйтомъ и придававшихъ слиз. оболочкѣ пестрый видъ; въ иѣмъ припухлость Пейеровыхъ бляшекъ; въ полости черепа отекъ мозга и сильное налитіе венъ мягкой мозговой оболочки.

Насколько могу судить, основываясь на собственныхъ, — правда, не многочисленныхъ, — наблюденіяхъ, эclamпсія въ началѣ кроваваго поноса имѣетъ хотя и весьма дурное, но все-таки *не абсолютно* смертельное значеніе; во всякомъ случаѣ, однако, предсказаніе при ней хуже, нежели при судорогахъ въ началѣ оспы или пневмоніи.

Со стороны легкихъ, сердца, печени и почекъ обыкновенно не бываетъ никакихъ особенныхъ симптомовъ. Селезенка тоже остается нормальной.

Различныя формы дизентеріи.

Дизентерія, какъ и всякая другая инфекціонная болѣзнь, проявляется въ чрезвычайно разнообразныхъ формахъ. Между самыми легкими случаями, кончающимися выздоровленіемъ въ 2—3 дни и даже въ нѣсколько часовъ, и самыми тяжелыми, ведущими къ смерти въ нѣсколько дней, существуютъ всевозможныя переходныя степеніи.

Удобства ради можно принять три формы дизентеріи: легкую, среднюю и тяжелую, хотя рѣзкихъ границъ между ними и не существуетъ. Общимъ признакомъ всѣхъ этихъ формъ служить не обильный, частый, слизистый стулъ, жиленіе и боль живота.

Легкія формы дизентеріи характеризуются тѣмъ, что число испражнений въ сутки колеблется отъ 6 до 10; боль живота бываетъ только въ видѣ схватокъ; жиленіе выражено не рѣзко (больной долго сидитъ на горшкѣ, вслѣдствіе постояннаго позыва, но лицо его остается покойнымъ, по нему не видно, что больной жидится), лихорадки обыкновенно не бываетъ, или она ничтожна; но что особенно характерно для легкиихъ случаевъ дизентеріи, такъ это то, что *чисто слизистого стула или совсемъ не бываетъ, или вперемежку съ нимъ нѣсколько разъ въ день появляются и кашицеобразныя каловыя массы*. Примѣсъ крови къ испражненіямъ встрѣчается рѣдко. Аппетитъ сохра-

няется вполне. Такая дизентерія нерѣдко проходитъ уже послѣ перваго приѣма кастороваго масла, особенно у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ; но въ другихъ случаяхъ и *легкая форма можетъ затягиваться недѣли на 2 и даже дольше*, такъ что по продолжительности она не уступаетъ подчасъ среднимъ формамъ.

Началу легкой и средней формы обыкновенно предшествуетъ въ теченіе двухъ-трехъ дней расстройство пищеваренія, въ видѣ небольшого поноса или наоборотъ запора. Большого слабятъ раза 2—3 въ сутки, потомъ появляются схваткообразныя боли живота и, наконецъ, слизистый стулъ и тенезмы. Выздоровленіе, если дѣло пошло на улучшеніе, наступаетъ быстро.

При *средней формѣ* дизентеріи число испражнений отъ 10 до 20; большинство ихъ состоитъ изъ чистой слизи, зеленой или бѣлой, окрашенной кровью (примѣсь которой, однако, необязательна); тенезмы довольно значительны, каловыя массы не появляются въ теченіе двухъ-трехъ дней подрядъ, но легко вызываются слабительнымъ. Вначалѣ бываетъ обыкновенно повышеніе температуры. Животъ при давленіи не болѣзненъ или боль не велика и ограничена небольшимъ мѣстомъ въ области лѣвой fossa iliaca. *Колляпса нѣтъ*. Аппетитъ уменьшается.

Эта форма можетъ развиться изъ предыдущей (въ особенности при negliжированіи дѣтой) или появляется самостоятельно и довольно остро. Дѣло начинается въ такомъ случаѣ лихорадочнымъ состояніемъ и появленіемъ характернаго стула. Острый періодъ (лихорадка, чисто слизистый стулъ, боль живота и тенезмы) остаются in statu quo дней 8—12, а потомъ наступаетъ улучшеніе, которое сначала идетъ медленно и выражается постепеннымъ ослабленіемъ всѣхъ признаковъ (вмѣсто 15—20 испражнений ихъ бываетъ 12—10—8; лихорадка прекращается, тенезмы ослабѣваютъ) и главнымъ образомъ тѣмъ, что въ теченіе сутокъ все чаще и чаще начинаютъ появляться вмѣстѣ со слизью и каловыя массы. Дѣло кончается тѣмъ, что недѣли черезъ 2—3 *слизистый поносъ переходитъ въ простой*; больного слабятъ 6—4 раза въ сутки кашицеобразнымъ стуломъ и черезъ 1—2 недѣли все приходитъ къ нормѣ. При мало-мальски серьезномъ кровавомъ поносѣ періодъ каловаго стула такъ же необходимъ, какъ и періодъ отдѣленія слизисто-гнояной мокроты послѣ остраго бронхита. Чѣмъ тяжелѣе былъ острый періодъ дизентеріи, тѣмъ упорнѣе оказывается потомъ и каловый поносъ. Это обстоятельство необходимо имѣть въ виду, чтобы не смущаться тѣмъ, что этотъ поносъ долго не уступаетъ лѣченію.

Тяжелыя формы дизентеріи характеризуются не столько высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ и чрезмерно частымъ стуломъ (больше 20—30 разъ въ сутки) и сильнымъ жиденіемъ, сколько симптомами наступленія *колляпса* и *значительною болѣзненностью живота при давленіи по тракту ободочной кишки*, въ особенности col. descendens, которая прощупывается утолщенной и болѣе плотной. Каловаго стула нѣтъ въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ, причѣмъ его трудно добиться даже и назначеніемъ слабительнаго.

Болѣзнь выступаетъ въ полной своей силѣ не сразу, а усиливается въ теченіе недѣли и за симъ остается in statu quo еще съ недѣлю или нѣскольکو

дольше, и если больной за это время не умретъ, то дальнѣйшее теченіе болѣзни затягивается на продолжительное время, такъ что въ подобныхъ случаяхъ говорятъ о переходѣ острой дизентеріи въ хроническую; эта *хроническая дизентерія* есть не что иное какъ чрезвычайно затянувшійся періодъ калового стула. Больного слабятъ не особенно часто — разъ 6—8 въ сутки, чрезвычайно вонючимъ, жидкимъ или кашицеобразнымъ стуломъ, съ примѣсью гноевидной слизи, причемъ бываютъ обыкновенно схваткообразныя боли живота и небольшіе тенезмы. Этими остатками тенезмовъ и примѣсью гнойной слизи къ каловому стулу хроническая дизентерія отличается отъ обыкновеннаго хроническаго катарра тонкихъ кишекъ, при которомъ испражненія тоже очень вонючи и нерѣдко сопровождаются болями живота.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ больные представляютъ высшую степень истощенія, нерѣдко появляются отеки рукъ и ногъ, а также и лица, а въ исключительныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти и до общей водянки, со скопленіемъ жидкости въ серозныхъ полостяхъ, что наблюдается преимущественно у маленькихъ дѣтей до 4—6 лѣтъ. У грудныхъ дѣтей, кромѣ исчезанія подкожнаго жира, истощеніе выражается еще тѣмъ, что родничокъ вваливается, затылочная кость заходитъ подъ теменныя и иногда весь процессъ заканчивается развитіемъ мозговыхъ симптомовъ вслѣдствіе атрофіи мозга и послѣдовательной головной водянки или отека мозговыхъ оболочекъ вслѣдствіе гидремии: это — такъ наз. *идроцефалоидъ*, характеризующійся вначалѣ припадками раздраженія мозга, каковы: безпокойство, бессонница, вскрикиваніе во снѣ, иногда рвота, судорожныя подергиванія, а потомъ симптомами угнетенія мозговой дѣятельности, каковы: *сонливость*, неправильное дыханіе, прерываемое глубокими вздохами, *сведеніе затылка*, спячка и смерть.

Къ тяжелой формѣ дизентеріи относятся всѣ случаи, осложненные параличомъ сфинктера или выпаденіемъ прямой кишки, а также и тѣ, при которыхъ въ концѣ 2-й недѣли или въ теченіе третьей появляются чисто-гнояныя испражненія.

Продолжительность тяжелой дизентеріи трудно опредѣлить, такъ какъ она имѣетъ большую склонность переходить въ хроническую форму. Въ счастливыхъ случаяхъ періодъ лихорадочнаго состоянія и чисто-слизистаго стула тянется недѣли 2—3 и столько же времени продолжается и періодъ улучшенія; т.-наз. хроническая дизентерія продолжается отъ 2 до 6 мѣсяцевъ и потомъ въ большинствѣ случаевъ все-таки кончается выздоровленіемъ, хотя слабость пищеваренія и склонность къ поносу или къ *запору* остаются надолго. — Понятно, что подъ вліяніемъ такого продолжительнаго поноса больной истощается до *pes plus ultra* и легко получаетъ отеки ногъ и проч.

Продолжительность дизентеріи въ 79 случаяхъ изъ практики Barthez и Sappé резюмируется ими въ слѣдующей таблицѣ:

Продолж.	Число случаевъ.
Нѣсколько часовъ.....	1
6 дней.....	1
8—15 дней.....	13
16—21 „	10

Продолж.	Число случаевъ.
22—31 „	20
1—2 мѣсяца.....	20
2—3 „	8
3—7 „	6

Смертельный исходъ тяжелой формы дизентеріи можетъ наступить или въ остромъ періодѣ болѣзни (иногда уже на первой недѣлѣ, чаще на 2-й или 3-й), или въ хроническомъ.

Какъ легкія, такъ и тяжелыя дизентеріи встрѣчаются иногда въ видѣ *периодическаго* кроваваго поноса, при которомъ частыя, слизистыя или слизисто-кровянистыя испражнения съ тенезмами и болями живота являются только въ известные часы, напр. съ вечера до утра или наоборотъ, а въ другое время сутокъ больного или совсѣмъ не слабитъ, или слабитъ значительно рѣже. Тогда какъ въ обыкновенныхъ случаяхъ дизентеріи позывъ вызывается каждой чашкой чая или бульона, въ периодической формѣ этого вовсе не бываетъ, и если періодъ поноса окончился, то больной безнаказанно можетъ ѣсть тогда и болѣе солидную пищу. Вонн описалъ такого рода периодическую дизентерію подъ именемъ замаскированной маляріи и указалъ на то, что въ подобныхъ случаяхъ всего вѣрнѣе дѣйствуетъ хининъ. Запущенная *f. largata* принимаетъ форму хроническаго поноса, причѣмъ періодичность остается рѣзко выраженной.

Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Что тяжелыя формы дизентеріи часто осложняются параличомъ сфинктера и выпаденіемъ кишки, и что послѣ нея нерѣдко остается хроническій поносъ или, наоборотъ, запоръ, объ этомъ было уже говорено выше. Здѣсь прибавлю только, что выпаденіе прямой кишки можетъ остаться послѣ дизентеріи на неопредѣленно долгое время и тогда уступаетъ только хирургическому лѣченію.

Къ числу рѣдкихъ осложненій дизентеріи относится *peritonitis* (вслѣдствіе прободенія кишекъ, но иногда и безъ него), воспаленіе сочлененій, параличъ ногъ (вслѣдствіе *neuritis ascendens*, Leyden), общая водянка.

Предсказаніе.

Предсказаніе при дизентеріи зависитъ, конечно, отъ формы ея; такъ какъ легкія и среднія степени составляютъ громадное большинство, то предсказаніе, вообще говоря, благоприятно; смертность при различныхъ эпидеміяхъ колеблется, впрочемъ, въ большихъ размѣрахъ; во время нашихъ лѣтнихъ эпидемій она равняется приблизительно 10%, но нѣкоторыя эпидеміи даютъ 50% смертности и даже до 80%, такъ что Trousseau не безъ основанія говоритъ (Лекціи, т. I, стр. 531), что кровавый поносъ есть самая смертельная изъ всѣхъ эпидемическихъ болѣзней, не исключая даже и холеры.

Предсказаніе сравнительно хуже у маленькихъ дѣтей и въ особенности у дѣтей, истощенныхъ какой-нибудь случайной острой болѣзнью.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ дурное значеніе имѣютъ: чрезвычайная частота испражнений (напр. больше 24 въ сутки), рѣзко выраженныя явленія коллапса,

въ особенности похолоданіе конечностей, а еще хуже ціанозъ (признакъ близкой смерти); сильная боль живота при давленіи на него и постоянная, ноющая или тупая боль живота внѣ времени испражнений. Меньше значенія для предсказанія имѣеть высота начальной температуры и однократный приступъ эклампсіи.

Бурное начало болѣзни, напр. съ повышеніемъ температуры до 40° и больше, иногда съ начальнымъ эклампсическимъ припадкомъ, хотя въ большинствѣ случаевъ и указываетъ на предстоящее тяжелое теченіе болѣзни, но *не всегда*; болѣе вѣрное предсказаніе въ подобныхъ случаяхъ можно сдѣлать только выждавши дѣйствія кастороваго масла: какъ бы сильно ни начался поносъ, но если первый приемъ слабительнаго оказалъ хорошее дѣйствіе, т.-е. вызвалъ обильный каловый стулъ, послѣ котораго позывы сдѣлались рѣже и тенезмы ослабли, то можно смѣло рассчитывать на скорое облегченіе всѣхъ припадковъ и на благополучный исходъ болѣзни; если же касторовое масло не дѣйствуетъ, а дальнѣйшіе приемы его начинаютъ вызывать рвоту, то поносъ будетъ упорный, а можетъ-быть и опасный.

Діагностика.

Малый, частый стулъ, состоящій главнымъ образомъ изъ слизи, иногда съ примѣсью крови, тенезмы прямой кишки и жилие (напряженіе брюшного пресса), боли живота — все это такіе симптомы, благодаря которымъ діагностика дизентеріи не представляетъ никакихъ затрудненій.

Подобные припадки бываютъ еще только при спорадическомъ кровавомъ поносѣ, который не заразителенъ и является отъ случайныхъ причинъ внѣ времени эпидеміи. Этотъ спорадическій кровавый или слизистый поносъ стоитъ къ эпидемической дизентеріи въ такомъ же отношеніи, какъ *cholera nostras* къ *cholera asiatica*, и отличать эти болѣзни только по припадкамъ буквально невозможно; распознаваніе должно быть основано на этиологическихъ моментахъ.

По припадкамъ нельзя также узнать, имѣемъ ли дѣло съ фолликулярною формой дизентеріи или съ дифтеритической, такъ какъ смертельный исходъ можетъ наступить очень быстро и при фолликулярномъ энтеритѣ. Иногда діагностика дифтеритической формы облегчается тѣмъ, что при параличѣ сфинктера можно прямо видѣть островки дифтеритическаго экссудата на слизистой оболочкѣ прямой кишки.

Слизь и кровь въ испражненіяхъ встрѣчаются иногда при полипахъ прямой кишки, но распознаваніе не трудно; оно основывается на теченіи и еще на томъ, что при полипахъ не бываетъ собственно поноса, а слизь и чистая кровь примѣшиваются къ нормальному стулу. Ислѣдованіе пальцемъ легко открываетъ присутствіе полипа.

Лѣченіе.

Предохранительное лѣченіе требуетъ соблюденія трехъ главныхъ условій: во-1-хъ, избѣгать вліянія заразы; во-2-хъ, избѣгать всего что можетъ произвести расстройство пищеваренія и, въ-3-хъ, устранять запоры.

Такъ какъ ядъ, вызывающій дизентерію, находится въ почвѣ и въ воздухѣ, то на лѣто слѣдуетъ увозить дѣтей изъ города на болѣе чистый воздухъ, т.-е. въ деревню или на дачу, но *избѣгать* при этомъ *сырыхъ мѣстъ*.

Если въ семьѣ кто-либо заболѣлъ дизентеріей, то, имѣя въ виду, что зараза заключается въ испражненіяхъ, все вниманіе должно быть обращено на безусловную чистоту постельныхъ принадлежностей и самого больного и на обеззараживаніе его испражнений. Въ сосудъ, въ который испражняется больной, каждый разъ до и послѣ испражненія наливается столовая ложка раствора сулемы: 1 : 1000 или столько же скипидара и проч. и сейчасъ же выносятся; бѣлье, если оно значалось каломъ, надо перемѣнить, а грязное — положить въ 3° растворъ лизола или карболовой кислоты или подвергнуть вліянію кипятка. Если больной марается лежа, подъ себя, то ему подкладываютъ нѣсколько разъ сложенную мягкую пропускную бумагу, въ крайности газетную, которую потомъ сжигаютъ, а ягодицы больного обмываютъ тѣмъ или другимъ дезинфицирующимъ растворомъ.

Въ эпидемическое время всякій легкій поносъ можетъ превратиться въ дизентерію, а потому и нужно избѣгать всего, что можетъ причинить расстройство пищеваренія.

На первомъ мѣстѣ надо поставить тутъ кислые и недозрѣлые ягоды и фрукты, а также питье холодной воды при разгоряченномъ тѣлѣ. На этомъ же основаніи обыкновенно прекращаютъ лѣтомъ употребленіе рыбьяго жира; *воду* лучше пить *кипяченую*.

У маленькихъ дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, громадное значеніе въ этиологіи дизентеріи играетъ коровье молоко; рожевые дѣти умираютъ лѣтомъ почти только отъ двухъ болѣзней — отъ дѣтской холеры и отъ слизистаго поноса. Всего вреднѣе для нихъ прокисшее молоко; въ началѣ прокисанія вкусъ молока можетъ казаться нормальнымъ, а между тѣмъ для желудка и кишечника такое молоко уже вредно, и матерямъ всегда слѣдуетъ быть знакомыми съ употребленіемъ лакмусовой бумаги. Лѣтомъ, въ комнатахъ, молоко скисается вообще легко, а передъ грозой въ особенности. Для рожевыхъ дѣтей лѣтомъ необходимо брать молоко только что надоенное и сейчасъ же его вскипятить и держать въ закупоренной бутылкѣ, а еще лучше въ аппаратѣ Soxlet, при t° не выше 10° R.

Вообще лѣтомъ слѣдуетъ держаться правилъ искусственнаго вскармливанія съ особой педантичностью, а грудныхъ не отнимать отъ груди. Я коснусь этихъ правилъ лишь въ главныхъ чертахъ:

1. Дѣти до 3—4 мѣсяцевъ не могутъ переносить ни твердой, ни крахмальной пищи, а потому въ этомъ возрастѣ они должны питаться только молокомъ.

2. Маленькимъ дѣтямъ молоко даютъ въ разведенномъ видѣ. Для новорожденнаго на 1 часть молока 3 части кипяченой воды и на одинъ стаканъ смѣси берутъ чайную ложку обыкновеннаго сахара; отъ 1 до 3 мѣсяцевъ на 1 ч. мол. 2 ч. воды; для 3—4-мѣс. поровну; для 4—6-мѣс. на 2 ч. мол. 1 ч. воды, а послѣ полугода даютъ цѣльное молоко. Въмѣсто простой воды можно брать ячменный или овсяный отваръ (первый при склонности къ по-

носу, второй при запорахъ). Для приготовленія отвара берутъ чайную ложку верхомъ крупъ на стаканъ воды и кипятятъ до размятченія зеренъ, потомъ процеживаютъ черезъ полотно и прибавляютъ къ молоку въ тѣхъ же пропорціяхъ, какъ и простую воду; или прибавляютъ къ водѣ растворъ соды (на стаканъ разведеннаго молока столовую ложку 2% раствора соды). Молоко должно быть вскипяченнымъ. Посуда требуетъ строжайшей чистоты.

3. До двухъ мѣсяцевъ ребенокъ получаетъ пищу черезъ 2 часа днемъ и 2 раза ночью (9 разъ въ сутки по 4 стол. ложки), послѣ 2 мѣсяцевъ — черезъ 3 часа днемъ и 1 разъ ночью (7 разъ въ сутки, сначала по 4 ложки, а потомъ съ каждымъ мѣсяцемъ на 2 ложки больше).

4. Пищу всегда надо подогрѣвать до 28° R. Если появляется сильный поносъ, особенно со рвотой, то коровье молоко слѣдуетъ совсѣмъ отмѣнить, замѣнивши его на время, у дѣтей старше 3 мѣсяцевъ, жидкимъ отваромъ муки Нестле (1 стол. ложка муки на 10 лож. воды), а у маленькихъ — бѣлочной водой: сырой бѣлокъ отъ одного яйца разбавляется въ стаканѣ отварной, комнатной воды, смѣсь процеживается черезъ полотно и потомъ подслащается сахаромъ.

Такъ какъ въ числѣ располагающихъ причинъ запоръ играетъ не менѣе важную роль, чѣмъ и поносъ, то необходимо обращать вниманіе и на эту сторону и въ случаѣ запора прибѣгать къ клистирамъ изъ простой воды.

Къ числу предохранительныхъ средствъ я отношу, между прочимъ, касторовое масло, которое можно давать ребенку (годовалому — чайную ложку, 6-лѣтнему десертную) въ началѣ каждаго лѣтнаго поноса, а особенно если поносъ протекаетъ съ болями живота.

Лѣчение развившейся болѣзни всегда слѣдуетъ начинать со слабительнаго; съ этимъ согласны чуть ли не всѣ авторы (что такъ рѣдко встрѣчается, когда рѣчь заходитъ о терапевтическихъ вопросахъ!). Разногласія касаются только выбора средствъ: одни рекомендуютъ большія дозы каломеля (3—4 гр. черезъ 3 часа до дѣйствія, но не больше 2—3 приемовъ, или черезъ часъ по 1 гр. 6—8 приемовъ), другіе предпочитаютъ среднія соли: *natrum sulfuricum*, *magnesia citrica* или *sulfurica*, по чайной ложкѣ на приемъ, третьи придерживаются кастороваго масла. Я лично предпочитаю послѣднее средство и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ребенокъ питаетъ къ нему непреодолимое отвращеніе и всякій разъ извергаетъ его рвотой, тамъ я назначаю каломель по 1 гр. (0,06) черезъ часъ (груднымъ по 1/4 грана), до появленія зеленого, обильнаго стула.

Болѣе взрослыя дѣти принимаютъ касторовое масло въ капсюляхъ или просто съ кофеемъ или съ виномъ. Маленькимъ смѣшиваютъ его съ сиропомъ или прямо вливаютъ въ ротъ, при положеніи больного на спинѣ. Въ случаѣ рвоты, черезъ 5 минутъ даютъ новый приемъ, который обыкновенно остается. Для избѣжанія рвоты лучше давать масло натощая. Наше кавказское касторовое масло дѣйствуетъ такъ же хорошо, какъ и заграничное, но не имѣетъ того противнаго вкуса и запаха и потому гораздо легче принимается.

Касторовое масло, во-1-хъ, выводитъ калъ, который, застоявшись, оказываетъ, по общепринятому мнѣнію, очень вредное вліаніе на воспаленную сли-

зистую оболочку, а во-2-хъ, вызывая равномерную перистальтику, уменьшают мѣстный спазмъ въ нижнемъ отдѣлѣ кишечника, вслѣдствіе чего уменьшаются тенезмы и тѣмъ самымъ устраняется условіе, поддерживающее воспаленіе (см. стр. 445). У постели больного дѣйствіе масла выражается уменьшеніемъ тенезмовъ и болей живота, а также тѣмъ, что позывы становятся рѣже. Въ легкихъ случаяхъ касторовое масло нерѣдко дѣйствуетъ прямо абортивно, т.-е. послѣ перваго же приема является нормальный стулъ. Если облегченіе послѣ слабительнаго было, но дня черезъ два наступаетъ новое ожесточеніе припадковъ, то приемъ масла можно повторить, хотя бы и не было признаковъ задержанія кала.

Послѣ слабительнаго лѣченіе ведется въ симптоматическомъ направленіи, такъ какъ средствъ, купирующихъ болѣзнь, мы не знаемъ. Въ виду того, что болѣзненный процессъ локализуется въ толстой кишкѣ и притомъ, главнымъ образомъ, въ нижнемъ отдѣлѣ ея, — большія надежды возлагались на *методъ лѣченія вливаніями большихъ количествъ воды съ примѣсью тѣхъ или другихъ дезинфицирующихъ*, но надежды, повидимому, не оправдались, такъ какъ ежегодно появляются въ періодической печати все новыя и новыя средства, якобы купирующія кровавый поносъ.

Изъ многихъ опытовъ выяснилось, что карболовая кислота, даже и въ сильномъ разведеніи, но вводимая въ большихъ количествахъ, легко производитъ отравленіе и потому должна быть оставлена; безвреднѣе оказался бензойнокислый натръ (1%), салициловый натръ (1/2%) и *alumen acetikum*. Это послѣднее средство горячо рекомендуется Soltmann'омъ (Ueber d. Behandl. Magen-Darmkrankh. des Säuglings. 1886. 2 Aufl., S. 47). Онъ начинаетъ лѣченіе съ приема кастороваго масла и потомъ переходитъ къ *liq. aluminii acetici*, которую назначаетъ и внутрь, и снаружи. Для внутренняго употребленія онъ выписываетъ: Rp.: *Liq. alum. acet.* 30,0, *Aq. destill.* 50,0, *Syr.* 10,0. MDS. Черезъ 2 часа по чайной — десертной ложкѣ; для клистировъ берутъ 90—120 чистаго препарата или пополамъ съ водой. Результатъ лѣченія, по словамъ S., „удивительный“. Оно вѣрно и быстро ограничиваетъ секретію и выдѣленія какъ при катарральной, такъ и при серозно-гнойной дизентеріи, когда есть уже изъязвленные мѣста; оно облегчаетъ боль и иногда совершенно устраняетъ тенезмы и нерѣдко купируетъ болѣзнь въ нѣсколько дней, — ну, словомъ, онъ лѣчитъ всѣ случаи кроваваго поноса только однимъ этимъ средствомъ и въ 1884 году не потерялъ ни одного больного.

Непослѣднее рекомендуетъ 1/2% растворъ *plumbi acetici*, въ количествѣ 300—500 грм. на вливаніе, послѣ предварительнаго промыванія кишекъ слабымъ растворомъ (1/10%) салициловой кислоты въ количествѣ 1000 грм.

Я имѣлъ случай испытать въ больничной практикѣ вливанія большихъ количествъ жидкостей, посредствомъ Эсмарховой кружки, но получалъ не особенно удовлетворительные результаты, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ.

Чтобы ввести въ кишку нѣсколько стакановъ жидкости, нужно употребить на это минутъ 5 (такъ какъ вливаніе происходитъ очень медленно), и, слѣдовательно, въ теченіе нѣсколькихъ минутъ сильно воспаленная и чувствительная прямая кишка раздражается инороднымъ тѣломъ (наконечникомъ ружава),

что причиняетъ больному значительную боль и вызываетъ сильнѣйшіе тенезмы, благодаря которымъ вливаемая жидкость сейчасъ же выходитъ наружу, и вся операція, не достигая цѣли, причиняетъ только напрасный травматизмъ и въ результатѣ нерѣдко получается какъ разъ обратное тому, что ожидалось, т.-е. тенезмы усиливаются и испражнения дѣлаются чаще.

Если Monti требуетъ вливать ребенку отъ 4 мѣсяцевъ до года не менѣе штофа, а дѣтямъ постарше — два штофа и больше, а въ случаѣ регургитации жидкости закупориваетъ anus obturatorомъ Oser'a (которымъ сфинктеръ растягивается *ad maximum*), то можно только сказать, что бумага, конечно, все терпитъ, но выдержать ли такое вливаніе больная стѣнка кишки и sfincter ani, и безъ того уже расположенный къ параличу, это для меня вопросъ (*Arch. f. Kinderh. VII, S. 161*).

Однимъ словомъ, вливанія, при всей своей кажущейся рациональности, въ остромъ періодѣ дизентеріи, часто не приносятъ никакой пользы, такъ какъ не переносятся больными; въ сравнительно легкихъ случаяхъ, т.-е. тамъ, гдѣ они удаются, они могутъ способствовать укорачиванію теченія болѣзни. Но вливать ли при этомъ слабый растворъ поваренной соли или бензойнокислый натръ, или салициловый — это не имѣетъ особаго значенія; при выборѣ жидкости надо соблюдать лишь одно главное условіе, чтобъ она была не ядовита, а потому не годится, напр., карболовая кислота даже и въ $\frac{1}{2}\%$ растворѣ или *plumb. acet.* въ количествѣ 5 грм. на литръ, т.-е. больше двухъ драхмъ на одно вливаніе, какъ рекомендуетъ Monti (l. c. S. 180). Лѣченіе дизентеріи клистирами, въ количествѣ 3—4 унцій, какъ это рекомендуется Soltmann'омъ (*alum. acet.*), уже потому не можетъ оказывать купирующаго дѣйствія въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи, что такія маленькія количества воды не проникаютъ далѣе *s. terminalis* и, слѣдовательно, могутъ оказывать вліаніе только на частицу болѣзненнаго процесса. Переносятся они легче вливаній, такъ какъ операція эта продолжается не такъ долго.

Изъ внутреннихъ средствъ, которымъ приписывалось купирующее вліаніе на дизентерію, я упомяну здѣсь про ипекакуану, которая рекомендуется въ большихъ дозахъ во многихъ новѣйшихъ руководствахъ какъ французскихъ, такъ и нѣмецкихъ (напр. въ большомъ руководствѣ Nothnagel'а): начинаютъ лѣченіе настоемъ ипекакуаны изъ 1,0—2,0 на 200,0 черезъ часъ по ложкѣ и продолжаютъ такимъ образомъ 2—4 дня. Отъ такого лѣченія видѣли блестящіе результаты въ началѣ болѣзни и въ самый острый ея періодъ. Способъ лѣченія большими дозами ипекакуаны рекомендуется также въ большомъ руководствѣ Charcot et Bouchard (*Traité de medecine 1892. T. III, p. 554*) и въ новѣйшемъ изданіи специальной терапіи Penzolt'a и Stintzing'a.

Изъ антисептическихъ средствъ рекомендуются нафталинъ и салоль, по рознь или вмѣстѣ: Rp.: *Naphtalini, saloli aa 0,1—0,2. D. t. d. № 12. S.* По 1 ложкѣ 3—6 разъ въ день.

Собственныя наблюденія привели меня къ тому выводу, что противъ тяжелыхъ формъ дизентеріи мы не имѣемъ вѣрно дѣйствующихъ средствъ (съ чѣмъ согласны также и Monti и Soltmann и др.), а среднія и легкія формы кончаются выздоровленіемъ и при другихъ методахъ лѣченія, менѣе непріятныхъ для больного.

Купировать мы можемъ только перемежающуюся форму дизентеріи и именно посредствомъ среднихъ дозъ хинина (столько гранъ, сколько больному лѣтъ), который всего лучше назначать за 4—6 часовъ до ожидаемаго начала слѣдующаго періода поноса. Если поносъ остановился, то необходимо все-таки продолжать хининъ, но только въ половинныхъ дозахъ, еще нѣсколько дней,

по крайней мѣрѣ съ недѣлю. Хининъ приносить нерѣдко существенную пользу и въ тѣхъ случаяхъ дизентеріи, когда поносъ продолжается въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, но въ извѣстные часы значительно усиливается.

Предметомъ *симптоматическаго* лѣченія въ началѣ болѣзни бываютъ тенезмы, частыя испражненія и боль живота; позднѣе, кромѣ того, еще и явленія коллапса, а по окончаніи остраго періода приходится бороться съ хроническимъ катарромъ кишекъ и съ истощеніемъ.

Въ острый періодъ дизентеріи больной долженъ *лежать въ постели*, такъ какъ покойное положеніе значительно успокоиваетъ боли живота и уменьшаетъ частоту позывовъ и силу тенезмовъ.

Выше было уже говорено о томъ, что само жилие дѣйствуетъ на больную слизистую оболочку раздражающимъ образомъ и, такъ-сказать, само себя поддерживаетъ, а потому чѣмъ меньше больной будетъ житься, тѣмъ лучше. Рассчитывать при этомъ на добрую волю болъного и ограничиваться однимъ совѣтомъ „поменьше житься“ — не ведетъ ни къ чему, такъ какъ дѣти, даже и старшаго возраста, не въ состояніи преодолѣть инстинктивнаго стремленія къ потугамъ, слѣдовательно, надо помочь имъ въ этомъ дѣлѣ. Съ этою цѣлью совѣтуютъ *мараться лежа* на подкладное судно, а маленькимъ дѣтямъ — на подложенную подъ ягодицы пропускную бумагу, сложенную въ нѣсколько слоевъ. Въ большинствѣ случаевъ дѣти энергично протестуютъ противъ такого способа, заявляютъ, что они не могутъ мараться, и требуютъ стула, но въ основѣ подобныхъ протестовъ лежитъ не дѣйствительное какое-либо неудобство, а только невозможность удовлетворить, какъ слѣдуетъ, стремленію къ жилию. Провести эту мѣру, однако, не трудно, нужно только объяснить матери цѣль этого назначенія, сказать ей, что протесты будутъ продолжаться не долѣе сутокъ, и поставить ей на видѣ, что такимъ способомъ мы всего вѣрнѣе гарантируемъ больногo отъ осложненій дизентеріи параличомъ сфинктера и выпаденіемъ прямой кишки.

Я считаю необходимымъ для болъного мараться въ лежачемъ положеніи, если число испражненій заходитъ за 15 разъ въ сутки и особенно если есть намеки на предстоящее выпаденіе кишки, т.-е. если есть временное выпаденіе.

Изъ внутреннихъ средствъ, послѣ кастороваго масла, мы назначаемъ обыкновенно *опій* per se или въ эмульсіи миндальнаго масла: Rp.: Emuls. ol. amygd. dulc. 50,0 ex 10,0 (зjj ex зjj), T-rae opii simpl. gtt. iv, Syr. 10,0 (зjj). MDS. Черезъ 2 часа по чайной (ребенку 2 лѣтъ) или по десертной (5 лѣтъ) ложкѣ. При сильныхъ боляхъ лучше назначать опій отдѣльно отъ эмульсіи утромъ и вечеромъ по столько капель pro die, сколько больному лѣтъ.

Jacobi назначаетъ опій въ гораздо большихъ приемахъ; по его мнѣнію, кровавый поносъ требуетъ почти такихъ же приемовъ опія, какъ и peritonitis, особенно вначалѣ. Другіе предпочитаютъ давать опій съ эмульсіей изъ кастороваго масла (Nepoch) или съ salomele'emъ.

Изъ наружныхъ средствъ противъ болей живота хорошо дѣйствуютъ *припарки* на животъ или *согревающій компрессъ*, особенно раздражающій, напр. изъ сельтерской воды или изъ воды пополамъ съ водкой; а противъ тенезмовъ и частыхъ позывовъ рекомендуются *клизмы* и *свѣчки*.

Если клистиръ назначается не какъ слабительное, а какъ средство успокоивающее тенезмы и раздраженіе въ прямой кишкѣ, то надо стараться, чтобы вводимая жидкость на нѣкоторое время оставалась въ кишкѣ, а для этого клистиры должны удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: 1) клистиръ долженъ быть не великъ (для грудного — одна столовая ложка, для старшихъ 2—4); 2) теплый (подогрѣтый до 29° R.); 3) вводится въ кишку не съ силой, а постепенно и непремѣнно *послѣ* испраженія, и, въ 4-хъ, наконецъ, онъ не долженъ содержать въ себѣ никакихъ раздражающихъ примѣсей. Въ силу послѣдняго условія, не годятся въ острый періодъ дизентеріи клистиры съ хлораломъ, сѣрновислымъ цинкомъ, ляписомъ, полуторохлористымъ желѣзомъ и пр. Всего лучше брать для клистировъ отваръ крахмала (чайная ложка верхомъ пшеничнаго или картофельнаго крахмала на стаканъ воды) или отваръ льняного сѣмени съ прибавкой тинктуры опія, въ количествѣ 1—6 капель, смотря по возрасту. Jacobi рекомендуетъ клистиры изъ *magist. bismuti*.

Порошокъ висмута не растворяется, а для клистировъ его просто взбалтываютъ съ 6—10 объемами воды и выпрыскиваютъ, послѣ промывательнаго, 2—3 раза въ день по 30—100 грм. смѣси (l. c., S. 812).

О дѣйствиіи успокоивающихъ клистировъ нельзя сказать ничего опредѣленнаго: иногда они переносятся хорошо и дѣйствительно облегчаютъ ребенка, т.-е. испраженія становятся рѣже, и жидленіе уменьшается. Въ легкихъ случаяхъ тенезмы могутъ совсѣмъ прекратиться послѣ 1-го же клистира, но зато въ другихъ случаяхъ клистиры, видимо, усиливаютъ раздраженіе кишки, испраженія послѣ нихъ дѣлаются чаще, и тогда лѣченіе должно быть отмѣнено. *Крахмальный, опійный клистиръ приноситъ пользу только въ томъ случаѣ, если онъ остается въ кишкѣ на нѣкоторое время, и чѣмъ дольше, тѣмъ лучше; если же вводимая жидкость выбрасывается кишкой тотчасъ же, т.-е. во время самаго производства операціи, то толку навѣрное не будетъ.* Къ сожалѣнію, это послѣднее условіе встрѣчается, главнымъ образомъ, въ тяжелыхъ случаяхъ, когда прямая кишка такъ раздражена, что совершенно не переноситъ прикосновенія посторонняго тѣла, а реагируетъ сильными тенезмами на всякое введеніе клистирнаго наконечника. Въ случаѣ успѣха клистиръ ставится 2—3 раза въ день.

Встрѣчаются и такіе больные, которые совсѣмъ не переносятъ клистировъ, а между тѣмъ успокоиваются отъ суппозиторіевъ съ опіемъ: Rр. Butyr. sacao 0,5—1,0 (эβ—эj), Extr. opii aq. 0,005—0,01 (gr. 1/12—1/6). M. f. Suppos. D. t. Dos. № 6. S. Вводитъ 2 раза въ день. Опій съ успѣхомъ можетъ быть замѣненъ кокаиномъ (0,03—0,05 на свѣчку). Въ случаѣ выпаденія ані, выпавшая часть слизистой оболочки прямо смазывается мазью изъ кокаина: Rр. Vaselini 15,0 (ξβ), Cocaini muriat. 0,5—1,0 (gr. x—xv). Кокаинъ довольно дорогъ, но въ виду приносимой имъ пользы, въ смыслѣ уменьшенія тенезмовъ и частоты позывовъ, небольшая затрата стоитъ того.

Въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ, когда позывы на стулъ почти постоянны, я видѣлъ пользу отъ введенія въ rectum кусочковъ льда.

Кусочекъ льда, величиною въ лѣсной орѣхъ, вводится въ сфинктеръ, и пока онъ таетъ тамъ, ягодицы сжимаются просто рукой. Черезъ 1—2 минуты

вводится такимъ же образомъ 2-й кусочекъ, а потомъ 3-й и 4-й. Подъ вліяніемъ льда наступаетъ анестезія слизистой оболочки, и позывы на нѣкоторое время (на $\frac{1}{2}$ часа или часъ) прекращаются, а когда они появляются снова, то опять прибѣгаютъ ко льду и т. д. въ теченіе 1—3 сутокъ, сначала чаще, а потомъ, смотря по результату, рѣже.

Ледъ въ видѣ суппозиторіевъ я считаю за самое могучее симптоматическое средство противъ частыхъ испражнений и тенезмовъ, но я не согласенъ съ Образцовымъ („Клин. Газета“ 1882, № 12) и Demme, которые приписывали ему abortивное дѣйствіе при дизентеріи; нѣкоторые больные умираютъ, несмотря на энергичное введеніе кусочковъ льда, чуть не съ 1-го дня заболѣванія, но палліативное дѣйствіе проявлялось и въ этихъ отчаянныхъ случаяхъ.

Употребленіе льда показано въ самый острый періодъ болѣзни, на 1-й недѣль, а позднѣе я совѣтую прибѣгать къ нему только въ случаяхъ дизентеріи, осложненныхъ выпаденіемъ кишки.

При явленіяхъ колѣпса нельзя обойтись безъ возбуждающихъ; здѣсь показаны: вино, мускусъ, эеиръ, анисовыя капли, а изъ наружныхъ средствъ — горчичныя ванны. Противопоказанъ опій.

Груднымъ дѣтямъ всего лучше давать коньякъ, напр. ребенку 6—12 мѣсяцевъ по 15—20 капель на пріемъ разъ 6 въ сутки, ребенку 2—3 лѣтъ по $\frac{1}{2}$ чайной ложечки, старшіе охотно пьютъ малагу или портвейнъ чайными и десертными ложками черезъ 2 часа.

Liq. ammon. anis. и эеиръ (liq. apod. Hoff.) назначаются, смотря по возрасту, по 1—8 капель на пріемъ черезъ 2 часа поочередно съ виномъ: t-ra moschi по 4—20 капель черезъ 2 часа, или: Rp. Pulv. moschi orient. 0,005—0,03 (gr. $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{2}$), Flor. benzoës 0,015—0,06 (gr. $\frac{1}{4}$ —1), Sacch. albi 0,20 (gr. j). Mf. pulv. D. t. dos. № 12. S. Черезъ 2 часа по порошокъ.

При холоданіи ногъ ихъ согрѣваютъ горячими бутылками.

Для приготовленія *горчичныхъ ваннъ* берутъ двѣ горсти горчицы (въ порошокъ), зашитой въ холстяной мѣшокъ и выжимаютъ его въ 3—4-ведерной ваннѣ 30° R., пока изъ него идетъ мутная жидкость; ребенка держатъ въ ваннѣ до покраснѣнія кожи (минутъ 10—15), потомъ обливаютъ теплой водой, обсушиваютъ и заворачиваютъ въ теплыя одѣяла. Ванна повторяется, если ребенокъ начинаетъ снова холодать, 2—3 раза въ день.

Въ періодъ хроническаго, каловаго поноса показаны различныя вяжущія внутрь и снаружи въ видѣ большихъ клистировъ и вливаній.

Изъ внутреннихъ средствъ время отъ времени приходится прибѣгать къ касторовому маслу, если испражненія дѣлаются слишкомъ вонючи и развивается метеоризмъ. Послѣ слабительнаго въ теченіе нѣсколькихъ дней больной принимаетъ вяжущія съ опіемъ (при частыхъ испражненіяхъ или при боляхъ живота) или безъ него. Выборъ средствъ здѣсь очень большой; которое изъ нихъ лучше — сказать трудно; обыкновенно приходится переходить отъ одного къ другому; я лично всего чаще употребляю лянисъ, висмутъ (азотнокислый или салициловый), танальбинъ, ратанію. Напр.:

Rp. Argenti nitrici 0,03—0,06 (gr. $\frac{1}{2}$ —j), Aq. destill. 90,0 (ʒijj), Syr. simpl. 10,0 (ʒijj). MDS. Черезъ 2—3 часа по чайной ложкѣ.

Rp. Magister. Bismuti (s. Bismuti salicyl.) 0,2—0,3 (gr. jii—v), Pulv. Doveri 0,03—0,06 (gr. 1/2—j). M. f. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 3—4 раза въ день.

Rp. Tannalini 0,3—0,5, Sacch. albi 0,2. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 4 раза въ день (дѣтямъ 2—6 лѣтъ).

Rp. T-rae ratanhiaе 10,0 (зjj). DS. По 2—5 капель 3—4 раза въ день.

При поносѣ, сопровождающемся повышеніемъ температуры, охотно даютъ дубильновислый хининъ:

Rp. Chinini tannici 0,03—0,12 (gr. 1/2—jj), Pulv. Doveri 0,3—0,06 (gr. 1/2—j), Sacchari 0,2 (gr. jii). M. f. pulv. D. t. dos. № 12. S. По 1 пор. 4 раза въ день (ребенку 1—6 лѣтъ).

Если поносъ не силенъ, но тянется уже давно, а больной очень блѣденъ и рахитиенъ, то показано желѣзо въ *маленькихъ* дозахъ:

Rp. Ferri lactici 0,015—0,03 (gr. 1/4—1/2), Sacchari 0,2 (gr. jii). D. t. dos. № 12. S. 3—4 раза въ день.

Soltmann считаетъ самымъ лучшимъ средствомъ при хроническомъ поносѣ глину:

Rp. Argillae depur. 1,0, Aq. destill. 50,0, T-rae opii benzoicae 2,0, Syr. cunnamom. 15,0. DS. Взбалтывая, давать черезъ 1—2 часа по чайной ложкѣ.

Въ послѣднее время входятъ въ моду разныя дезинфицирующія, напр. салоль, нафталинъ; послѣдній во многихъ случаяхъ хроническаго поноса оказывалъ мнѣ большія услуги.

Салоль дается дѣтямъ до года по 0,03—0,05 на приемъ раза 4 въ день; дѣтямъ до 2 лѣтъ по 0,05—0,15 на приемъ и до 0,5 гр. pro die; послѣ 6 лѣтъ по 1,0—2,0 pro die въ порошкахъ или микстурѣ (взбалтывая).

Rp. Saloli 2,0 (зз) Mixt. gummos. 90,0 (зjjj), Syr. simpl. 10,0 (зjjj). DS. Черезъ 2 часа по дес. ложкѣ (ребенку 6—8 лѣтъ).

При употребленіи нафталина необходимо обращать вниманіе на чистоту препарата, такъ какъ не чистый химически нафталинъ можетъ вызвать тенезмы мочевого пузыря, струнгурию и т. п.

Чистый нафталинъ не долженъ окрашивать алкоголя, съ которымъ онъ взбалтывается, въ желтый цвѣтъ. Приемы для дѣтей лѣтъ до 2-хъ — по 0,3—0,6 (5—10 гр.) pro die, старшимъ по 0,05—0,20 грана на приемъ нѣсколько разъ въ день въ порошкахъ или микстурѣ:

Rp. Naphtalini 0,3—1,0 (gr. 5—15), Mucil. g. arab., Aq. chamomil. aa 30,0—0 (зj), Ol. menth. pp. gtt. j. DS. Взбалтывая, черезъ 2 часа по дес. ложкѣ (ребенку 1—3 лѣтъ).

Rp. Naphtalini 0,12 (gr. jj), Magister. Bismuti 0,2 (gr. jii). D. t. dos. № 12. S. Черезъ 3 часа по порошокъ (ребенку 2—3 лѣтъ).

При хроническомъ поносѣ съ успѣхомъ также примѣняются минеральныя воды, напр. эмсъ-кренхенъ, виши-селестинъ и друг., для маленькихъ дѣтей по чайной ложкѣ черезъ 2 часа въ подогрѣтомъ видѣ, для дѣтей 8—10 лѣтъ — по столовой.

Къ числу хорошо дѣйствующихъ и пріятныхъ на вкусъ вяжущихъ средствъ относится и черника, которую даютъ дѣтямъ за обѣдомъ въ видѣ киселя, приготовленнаго на картофельной муцѣ, или въ видѣ чая (дес. ложку сухихъ ягодъ на стаканъ кипятку). Въ нѣкоторыхъ затяжныхъ случаяхъ легкой формы дизентеріи, не уступавшихъ обычнымъ внутреннимъ средствамъ, я видѣлъ чрезвычайно быстрое прекращеніе поноса отъ черники; иногда уже на слѣдующій день черныя испраженія получали почти нормальную консистенцію.

Черничный кисель дѣйствуетъ лучше, чѣмъ чай. Это народное средство рекомендуется, между прочимъ, и Henoch'омъ (Vorlesungen. 3. Aufl. 1850, S. 500).

Въ хроническій періодъ дизентеріи большую пользу приносятъ *клизмы*, но только не маленькіе, какъ въ острыхъ случаяхъ, а, напротивъ, большіе, именно въ видѣ вливаній посредствомъ Эсмарховой кружки.

Вливаніе производится при положеніи больного на спинѣ съ нѣсколько согнутыми бедрами (для расслабленія брюшной стѣнки); *in anum* вводится наконечникъ клистирной трубки, соединенный длиннымъ гуттаперчевымъ рукавомъ съ кружкой, въ которую наливается нужное количество вливаемой жидкости. Когда наконечникъ введенъ на высоту приблизительно двухъ дюймовъ, то поднимаютъ кружку на 1 аршинъ выше постели больного и съ этой высоты заставляютъ жидкость медленно стекать въ кишки. Вливаніемъ большихъ количествъ жидкости въ кишечный каналъ желаютъ достигнуть двухъ цѣлей: во-1-хъ, промыть кишки и, во-2-хъ, дѣйствовать тѣмъ или другимъ лѣкарствомъ на большую слизистую оболочку на большемъ протяженіи или дезинфицировать содержимое кишекъ. Для первой цѣли можетъ служить простая вода, подогрѣтая до 26—28° R., для второй — вяжущія и противогнилостныя. Такъ какъ дѣти иногда очень скоро привыкаютъ къ вливаніямъ и надолго задерживаютъ въ себѣ влитую жидкость, то понятно, что введенное въ кишки лѣкарство можетъ всосаться и оказать общее дѣйствіе, а потому ядовитыхъ веществъ слѣдуетъ избѣгать, каковы, напр., столь часто употребляемые при поносѣ *plumb. acet.*, *ac. carbolicum* и др.

Количество вливаемой жидкости сообразуютъ съ возрастомъ ребенка. Monti, специально занимавшійся вливаніями, рекомендуетъ громадныя количества; для новорожденныхъ 300—500 грм., ребенку до 4 мѣсяцевъ 500—700 грм., послѣ 4 мѣсяцевъ до года 500—1000—1200 грм., т.-е. отъ 1/2 до цѣлаго штофа. Такія количества годятся и для дѣтей старшаго возраста, но до 3 лѣтъ я не вливалъ болѣе 3—4 стакановъ; дѣтямъ старшаго возраста Monti вливаетъ 2 1/2 литра (2 штофа).

Что прибавлять къ вливаемой жидкости? Для вливаній при хроническихъ катаррахъ кишекъ берутъ либо дезинфицирующіе растворы, или вяжущіе; къ первымъ относятся изъ наиболѣе употребительныхъ — однопроцентные растворы *natr. benzoici* и *natr. salicyl.*, ко вторымъ — таннинъ и квасцы (1% растворъ составить въ общемъ количествѣ 1—2 драхмы на каждое вливаніе). (Monti рекомендуетъ для тяжелыхъ случаевъ брать 2% растворы, что составить для 2 1/2 литровъ болѣе ½ таннина!) Но и вышеприведенныя дозы, если онѣ всосутся изъ кишекъ, нельзя считать совсѣмъ индифферентными для орга-

низма, а потому если введенная жидкость остается въ кишкахъ долѣе 10 минутъ, то я совѣтую обыкновенно, въ видахъ скорѣйшаго ея выведенія, массировать животъ по направленію ободочной кишки справа налѣво.

Вливанія производятся одинъ разъ въ день въ теченіе многихъ дней подрядъ, а въ періодъ улучшенія — черезъ день.

Весьма важную роль при лѣченіи дизентеріи играетъ *дѣта*. Въ острый періодъ *трудныя дѣти* остаются при груди и не получаютъ никакой другой пищи, а для утоленія жажды имъ даютъ прохладный чай, едва подслащенный; въ случаѣ слабости — крѣпкій чай съ небольшою прибавкой коньяку (чайную ложку на стаканъ чая).

Рожковья дѣти (и дѣти до 2 лѣтъ) могутъ продолжать питаться коровьимъ молокомъ только въ легкихъ случаяхъ слизистаго поноса, когда *нѣтъ рвоты и въ испражненіяхъ не замѣтно большаго свертковаго перевареннаго молока*. Если поносъ не силенъ, рвоты нѣтъ, но *испражненія содержатъ остатки молока*, то необходимо уменьшить количество молока и давать его въ *разведенномъ* видѣ, напр. пополамъ съ ячменнымъ отваромъ или просто съ водою съ прибавкою соды. Въ случаѣ *рвоты* молоко совсѣмъ не переносится; тогда дня на два больного оставляютъ при *бульонной водѣ* и чаѣ, а потомъ переходятъ къ *муки Нестле* (1:10), которую даютъ 4—6 разъ въ сутки, приготовляя отваръ всякій разъ снова. Если ребенокъ не съѣдаетъ порціи изъ столовой ложки муки, то всякій разъ приготовляютъ $\frac{1}{2}$ порціи и тогда даютъ эту пищу черезъ 2 часа.

Дѣтямъ старше двухъ лѣтъ въ острый періодъ дизентеріи, при хорошемъ аппетитѣ, можно давать *молоко и бульонъ*. При плохомъ аппетитѣ молоко даютъ ложками черезъ часъ или два, а простой бульонъ замѣняютъ бутылочнымъ, который также пазначается ложками.

Способъ приготовления бутылочнаго или парового бульона состоитъ въ слѣующемъ: $\frac{1}{2}$ —1 ф. хорошей, но не *жирной* говядины или телятины разрѣзаютъ на мелкіе кусочки (чѣмъ мельче, тѣмъ лучше) и помѣщаютъ въ чистую, крѣпкую бутылку (изъ подъ шампанскаго) безъ воды, которую закупориваютъ не очень плотно (для избѣжанія разрыва бутылки) и ставятъ въ кастрюлю съ теплою водою. Постепеннымъ подогреваніемъ въ теченіе 35—40 минутъ вода въ кастрюлѣ доводится до кипѣнія, и послѣ 10-минутнаго кипяченія бульонъ готовъ. Подъ влияніемъ жара мясо сжимается и даетъ изъ себя сокъ, который сливается и *не процеженный* прямо идетъ въ пищу, какъ прибавка къ обыкновенному бульону или *per se*.

Такъ какъ бутылки часто лопаются, то для приготовления парового бульона въ продажѣ существуютъ особаго рода оловянные котелки съ герметической крышкою. Для приготовления бульона въ такомъ котелкѣ, надо держать его въ кипящей водѣ 1— $\frac{1}{2}$ часа.

Телячій бульонъ бываетъ желтаго цвѣта, говяжій — буроватаго; оба они очень мутны вслѣдствіе плавающихъ въ нихъ мелкихъ клочьевъ. Телячій бульонъ при комнатной температурѣ застываетъ въ желе.

Назначая бульонъ, надо соблюдать два условія: во-1-хъ, приготовлять его всякій день свѣжій и, во-2-хъ, давать понемногу за разъ (чайную, десертную или столовую ложку нѣсколько разъ въ день).

Если молоко плохо переносится, т.-е. или вызываетъ рвоту, или выходитъ отчасти перевареннымъ, то его всего лучше замѣнить кобыльимъ кумысомъ,

если его можно достать, а если нѣтъ, то приходится прибѣгнуть къ молоку, разведенному ячменнымъ или рисовымъ отваромъ.

Въ періодѣ *хроническаго поноса* очень часто держать дѣтей на одномъ бульонѣ съ кусочкомъ бѣлаго хлѣба и такимъ образомъ подвергаютъ ихъ хроническому голоданію, причѣмъ поносъ все-таки не проходитъ. Такая діета при хроническомъ поносѣ совсѣмъ не годится ни для маленькихъ, ни для болѣе взрослыхъ дѣтей. Правило, котораго я держусь, назначая діету при хроническомъ поносѣ, состоитъ въ томъ, что *непремѣнно нужно перемѣнить пищу ребенку и назначить ему ту, къ которой онъ меньше привыкъ*, причѣмъ новая пища можетъ быть даже менѣе легка и удобоварима, чѣмъ прежняя. Напр., у дѣтей 2 лѣтъ и старше, получавшихъ исключительно бульонъ, сплошь и рядомъ удается добиться блестящихъ результатовъ назначеніемъ молока; въ другихъ случаяхъ быстрое прекращеніе поноса происходитъ подъ вліяніемъ муки Нестле (у дѣтей 1—2 лѣтъ) или кумыса и кефира у старшихъ. По моему мнѣнію, *хроническій поносъ составляетъ самое настоящее показаніе для употребленія кумыса въ дѣтскомъ возрастѣ*.

Прежде большою славой при лѣченіи хроническихъ поносовъ пользовалось *сырое мясо*, въ настоящее время почти оставленное въ виду возможности зараженія солитеромъ. Это тоже пища совсѣмъ не привычная для ребенка. Противопоказано сырое мясо при лихорадочныхъ катаррахъ и при поносахъ у дѣтей до 9 мѣсяцевъ. Мелко изрубленное или наскобленное сырое мясо даютъ или просто съ ложечки, или съ супомъ. Всегда слѣдуетъ давать за-разъ лишь небольшіе приемы; начинаютъ, напр., для ребенка 2 лѣтъ съ $\frac{1}{2}$ чайной ложечки раза 3—4 въ день, и если мясо не выходитъ неперевареннымъ (его легко узнать по красноватому цвѣту), то увеличиваютъ приемъ до 1—2 чайныхъ ложекъ.

Въ Москвѣ вмѣсто сырого мяса въ большомъ ходу свѣже-выжатый *мясной сокъ*. Дѣтямъ 2—3 лѣтъ его даютъ до унціи въ день, старшимъ по 2—3 унціи десертными или столовыми ложками per se или съ виномъ. Зараженія солитеромъ при немъ быть не можетъ, такъ какъ выжатый сокъ фильтруется черезъ бумагу и вату. Гдѣ нельзя достать прессованнаго сока, тамъ его замѣняютъ или бутылочнымъ бульономъ, или сокомъ, приготовленнымъ такъ: $\frac{1}{2}$ фунта не жирной и не жилистой говядины, изрѣзанной въ кусочки, и кусокъ льда; прибавивъ нѣсколько капель соляной кислоты, все содержимое ступки растираютъ и разбиваютъ пестикомъ до полного растворенія льда; тогда сокъ, смѣшанный съ водой, сливаютъ черезъ полотенце и пища для ребенка готова; ради вкуса можно ее посолить.

Еще одно правило: *начиная лѣченіе хроническаго поноса назначеніемъ новой пищи, необходимо прежде всего дать касторовое масла*, чтобы, по возможности, вывести изъ кишечъ прежнія, загнившія испраженія.

Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о лѣченіи наиболѣе частыхъ осложненій дизентеріи, именно *выпаденія recti и паралича сфинктера*. И то и другое происходитъ подъ вліяніемъ тенезмовъ и жилинія, слѣдовательно, прежде всего необходимо причинное лѣченіе, о которомъ было говорено выше. Вмѣстѣ съ прекращеніемъ поноса исчезаетъ и параличъ сфинктера, такъ что

спеціального лѣченія это неприятое осложненіе не требуетъ; но prolapsus gestі иногда остается въ видѣ самостоятельнаго страданія.

Въ сравнительно легкихъ случаяхъ хорошо помогаютъ клистиры изъ таннина (2^o/о) въ количествѣ 1—2 унцій въ подогрѣтомъ видѣ и съ прибавкой 2—4 капель опія, но необходимымъ условіемъ лѣченія должно быть соблюденіе правила: *отнюдь не испражняйтесь сидя, а непременно или лежа, или стоя*, такъ какъ только при этомъ условіи можно избавить больного отъ ежедневнаго выпаденія кишки и дать время таннину подѣйствовать на расслабленныя ткани тонизирующимъ образомъ.

Въ болѣе упорныхъ случаяхъ Неносъ рекомендовалъ подкожныя инъекціи въ окружности али стрихнина ($\frac{1}{120}$ гр.), или эрготина ($\frac{1}{3}$ —1 гр.), отъ которыхъ, впрочемъ, въ послѣднемъ изданіи своихъ лекцій онъ не приходитъ уже въ восторгъ. Если выпаденіе кишки не уступаетъ вышеприведеннымъ средствамъ, то остается прибѣгнуть къ оперативному лѣченію, выходящему изъ сферы моей компетенціи.

Resumé. Если ребенокъ заболѣваетъ дизентеріей средней силы, т.-е. протекающей съ небольшимъ лихорадочнымъ состояніемъ, причемъ бываетъ отъ 12 до 20 слизистыхъ испражнений, съ жиленіемъ и болью живота, то больной укладывается въ постель и получаетъ только жидкую пищу — бульонъ, молоко, чай. Онъ долженъ мараться лежа, на подкладной стуль, причемъ испраженія немедленно смѣшиваются съ $\frac{1}{10}$ ^o/о растворомъ сулемы. Лѣченіе состоитъ далѣе въ согрѣвающимъ компрессѣ на животъ и внутрь ol. ricini, а потомъ слизистая или маслянистая эмульсія съ опіемъ. Если касторовое масло не вызвало каловаго стула, то приемъ его повторяется на слѣдующій день.

Если, несмотря на слабительное, тенезмы и частыя испраженія остаются въ прежней силѣ или даже усиливаются, то переходятъ къ ипекакуанѣ и, кромѣ того, назначаютъ еще небольшіе теплые крахмальные клистиры съ опіемъ, а если они не переносятся, то свѣчи съ опіемъ или кокаиномъ. Если и это не помогаетъ, или если съ самаго начала тенезмы чрезвычайно сильны и позывы непрерывны, то вводятся in rectum кусочки льда.

Если животъ очень чувствителенъ къ давленію, такъ что можно предполагать ограниченный перитонитъ, то пѣвки на мѣсто боли, въ количествѣ столькокихъ штукъ, сколько ребенку лѣтъ. Симптомы начинающагося коллапса не составляютъ противопоказанія для приставленія пѣвокъ, такъ какъ коллапсъ при дизентеріи зависитъ не столько отъ истощенія вслѣдствіе „потери соковъ“, сколько отъ раздраженія органовъ живота, и потому послѣ пѣвокъ больной нерѣдко дѣлается даже бодрѣе.

При начинающемся коллапсѣ показаны возбуждающія, въ особенности вѣпкій горячій чай съ коньякомъ, мускусъ, liq. ammon. apis. и др.

При переходѣ остраго періода въ хроническій съ дѣтотой можно быть смѣлѣе; старшимъ дѣтямъ можно дать, напр., котлету, не дожидаясь прекращенія поноса, если только они усиленно просятъ ѣсть. Въ этотъ періодъ особенно примѣнимъ кумысъ и хорошо приготовленный кефиръ, а также мясной сокъ.

Медикаментное лѣченіе состоитъ въ назначеніи время отъ времени кастороваго масла (если испраженія дѣлаются вонючи) и вяжущихъ, въ особен-

ности ляписа или таннальбина per se или съ висмутомъ. Изъ наружныхъ средствъ — вливанія большихъ количествъ дезинфицирующихъ или раствора таннина (чайную ложку на стаканъ воды). Если поносъ отличается перемежающимся характеромъ, то хининъ.

При prolapus recti — лежачее положеніе при дефекаціи и небольшіе теплые клистиры съ танниномъ.

Противъ затрудненнаго мочеиспусканія помогаютъ всѣ средства, рекомендованныя для ослабленія тенезмовъ, въ особенности касторовое масло. Большую пользу приносятъ также припарки на низъ живота и общія теплыя ванны.



Железистая лихорадка. DRÜSENFIEBER PFEIFFER'A.

Болезнь описанная Pfeiffer'омъ въ Jahrbuch. f. Kinderheilkunde за 1889 (XXIX, 3 и 4 Heft, S. 257—267) подъ именемъ Drüsenfieber, встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ не особенно рѣдко. Въ первомъ выпускѣ моихъ лекцій объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, въ главѣ о діагностикѣ лихорадочныхъ заболѣваній, я упоминалъ объ этой формѣ, называя ее идиопатическимъ воспаленіемъ шейныхъ железъ. Въ настоящее время описано уже много случаевъ этой болѣзни, и въ учебникахъ, хотя и не во всѣхъ, ей удѣляется особая глава.

Железистая лихорадка относится къ числу инфекціонныхъ заболѣваній; она характеризуется непродолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и острымъ припуханіемъ шейныхъ железъ, въ особенности лежащихъ близъ задняго края верхней трети сгибателя головы, и скорымъ исходомъ въ выздоровленіе безъ нагноенія железъ. *Этиологія* болѣзни темна; инфекціонное происхожденіе ея явствуетъ изъ того, что она встрѣчается иногда въ видѣ семейныхъ эпидемій (Pfeiffer видѣлъ заболѣваніе въ теченіе мѣсяца четырехъ членовъ семьи; два случая Раухфуса относятся къ брату и сестрѣ; я упоминаю тоже объ одновременномъ заболѣваніи двухъ сестеръ). Болѣзнь эта встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, не исключая и грудныхъ, но чаще отъ 2 до 8 лѣтъ. Время года, по моимъ наблюденіямъ, оказываетъ несомнѣнное вліяніе на частоту заболѣванія, такъ какъ осенью и зимой, т.-е. въ періоды господства эндемическаго гриппа, железистая лихорадка встрѣчается значительно чаще, чѣмъ лѣтомъ. Нѣкоторое сродство съ гриппомъ выражается еще и въ томъ, что въ началѣ болѣзни всѣ авторы наблюдали легкое катарральное пораженіе слизистыхъ оболочекъ носа и зѣва почти во всѣхъ случаяхъ.

Симптомы и теченіе.

Картина болѣзни состоитъ въ слѣдующемъ: безъ всякой видимой причины ребенокъ заболѣваетъ сильною лихорадкой съ потерей аппетита, старшіе жалуются при этомъ на боль во всѣхъ членахъ, маленькіе дѣлаются раздражительны и безпокойны; иногда бываетъ и рвота. Температура на первыя же сутки подымается до 39—40° и даже до 40,5° (Раухфусъ), а въ дальнѣйшемъ теченіи можетъ подняться до 41°, но это случается рѣдко; языкъ обложенъ

зѣвъ слегка красенъ, стулъ задержанъ, всѣ внутренніе органы при объективномъ изслѣдованіи оказываются здоровыми, больной жалуется только на боль въ шеѣ, особенно при движеніяхъ головой; ощупываніемъ легко замѣтить болѣзненную припухлость нѣсколькихъ лимфатическихъ железокъ по всей окружности шеи, но особенно сильно припухаютъ железки, лежація подъ затылкомъ вблизи задняго края *musc. sterno-cleido-mast.* Въ легкихъ, такъ называемыхъ абортивныхъ, случаяхъ, лихорадка можетъ стихнуть ужъ на слѣдующій день, но болѣзненная припухлость железъ остается еще на нѣсколько дней; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ лихорадочное состояніе затягивается до 8—10-го дня; железы припухаютъ сначала на одной сторонѣ шеи, а въ теченіе слѣдующихъ дней и на другой; слизистая оболочка глотки замѣтно краснѣетъ, является даже боль при глотаніи или чувство царапанія въ зѣвѣ, а также покашливаніе и небольшой насморкъ; впрочемъ, эти симптомы не обязательны. На 3—4-й день нерѣдко припухаютъ печень и селезенка (прощупываются) и появляется боль живота, и именно всегда по средней линіи между пупкомъ и лобкомъ. Боль эта ощущается и самопроизвольно, и при давленіи. Никакихъ другихъ симптомовъ не бываетъ. Подмышечныя и паховыя железы никогда не поражаются. Легкій кашель, боль при глотаніи и боль по средней линіи живота указываютъ, по мнѣнію Pfeiffer'a, на пораженіе заднешейныхъ, заднетрахеальныхъ и брыжеечныхъ железъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаются рецидивы болѣзни въ видѣ повторнаго заболѣванія однѣхъ и тѣхъ же железъ, и тогда лихорадочное состояніе затягивается надолго. Въ случаѣ Heubner'a, напр., у ребенка 2 лѣтъ оно продолжалось, съ перерывами въ 1—4 дня, цѣлый мѣсяць, причемъ сначала поразились железки лѣвой стороны шеи, потомъ (черезъ 10 дней) правой, а подъ конецъ опять лѣвой.

Теченіе болѣзни всегда благопріятное: выздоровленіе наступаетъ обыкновенно скоро, причемъ разрѣшеніе опухшихъ железъ въ однихъ случаяхъ совершается быстро (8—10 дней), въ другихъ медленно (3—8 недѣль). Исходъ въ нагноеніе железъ хотя и встрѣчается (Heubner, авторъ), но рѣдко. Надолго, сравнительно, остаются слабость и блѣдность.

Изъ числа осложненій особеннаго вниманія заслуживаетъ *нефритъ*, являющійся то въ разгаръ болѣзни (случай Heubner'a, Starck'a и Raухfуса), то въ періодъ выздоровленія (Heubner). Выражается онъ, какъ и скарлатинозный нефритъ, гематуріей, уменьшеніемъ количества мочи, присутствіемъ въ ней лимфоидныхъ элементовъ и цилиндровъ и иногда водянкой. Всѣ четыре упомянутые случая кончились выздоровленіемъ; до уремій дѣло не дошло ни разу.

Подъ именемъ *подострой формы железистой лихорадки* Pfeiffer описалъ особаго рода заболѣваніе, при которомъ шейныя железы совсѣмъ не поражаются, и которое вообще не похоже на острую форму. Ребенокъ заболѣваетъ лихорадочнымъ состояніемъ и небольшимъ поносомъ (въ первой формѣ обязательно бываетъ запоръ); печень и селезенка значительно увеличиваются и легко прощупываются, моча содержитъ бѣлокъ, въ полости живота скопляется нѣкоторое количество жидкости. Черезъ 2—3 мѣсяца процессъ заканчивается полнымъ выздоровленіемъ.

Д і а г н о с т и к а .

Распознаваніе острой формы железистой лихорадки не представляет никаких затрудненій, такъ какъ боль въ шеѣ и опухоль железъ являются рано, а отсутствіе воспалительныхъ процессовъ на слизистой оболочкѣ зѣва или рта, или вообще на сосѣднихъ частяхъ, доказываетъ самостоятельность пораженія железъ. Въ случаѣ рѣзко выраженной боли при движеніяхъ головой или при боковомъ искривленіи шеи (*torticollis* при одностороннемъ воспаленіи железъ) съ перваго взгляда можно подумать, что имѣешь дѣло съ ревматизмомъ шейныхъ мышцъ или съ *synovitis vertebralis*, но изслѣдованіе шеи оцупываніемъ сейчасъ же показываетъ, что боль и неподвижность шеи обусловливаются припухшими железами. Въ случаѣ значительной опухоли въ области прикрѣпленія сгибателя головы, пониже и сзади уха получается сходство съ перипаротитомъ, но объ этомъ было ужъ говорено въ главѣ о диагностикѣ лихорадочныхъ болѣзней.

Думать въ началѣ болѣзни на тифъ, скарлатину или на какую-нибудь другую инфекционную болѣзнь нѣтъ никакихъ основаній, такъ какъ шейныя железы при этихъ процессахъ такъ рано не поражаются.

Что касается до подострой формы Pfeiffer'a, въ основѣ которой лежитъ якобы острое воспаленіе брыжеечныхъ железъ, то для меня совершенно не ясно почему собственно Pfeiffer пришелъ къ такому заключенію; картина болѣзни, представленная имъ, соответствуетъ подострому серозному перитониту, который обыкновенно тоже кончается выздоровленіемъ въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ.

Л ѣ ч е н і е .

Лѣченіе острой формы состоитъ во втираніяхъ прованскаго масла въ шею и окутываніе ея ватой.

Для подострыхъ случаевъ Pfeiffer рекомендуетъ небольшія дозы каломеля въ теченіе нѣсколькихъ недѣль (!) и согрѣвающей компрессъ на животъ; позднѣе іодистый калий внутрь и смазываніе живота *t-ra jodi* или *ung. jodato*.

